

*Ce putem și ce nu putem schimba* este un ghid cuprinzător și bine întemeiat științific pentru succesul în dezvoltarea personală. Este destinat în primul rând publicului larg, oamenilor care încearcă să-și rezolve problemele precum anxietatea, tulburarea de panică, fobiile, obsesiile, depresia, furia, tulburarea de stres posttraumatic, excesul de greutate, dependența de alcool, disfuncțiile sexuale, traumele din copilărie. Dar se adresează și profesioniștilor (psihologi clinicieni, psihoterapeuți, psihiatri, medici, asistenți sociali), sintetizând cele mai recente cercetări și perspective științifice. Documentată, bine scrisă și onestă, această carte va fi o revelație pentru toți cei care speră și vor cu adevărat să dobândească știința de a accepta cine sunt.

Alte apariții în colecția Practic:

Naomi Saunders,

Cum să îți simplifici viața.

Ghid inteligent pentru o viață mai simplă și mai fericită

Vicki Iovine,

Cel mai simpatic ghid de sarcină

Meg Schneider,

Educația copilului meu în 25 de tehnici (care nu dau greș)

Alexandra Stoddard,

Sfaturi pentru fiica mea.

O carte mică despre marile evenimente ale vieții

44,00

ISBN 978-973-50-3966-0



9 789735 039660

Foto copertă © Photowitch | Dreamstime.com



practic

MARTIN E.P. SELIGMAN Ce putem și ce nu putem schimba

MARTIN E.P. SELIGMAN  
Ce putem  
și ce  
nu putem  
schimba

Ghid complet  
pentru succesul  
în dezvoltarea  
personală

Știința de a accepta  
cine suntem

HUMANITAS



Martin E.P. Seligman (n. 12 august 1942) este un reprezentant de prim rang al școlii americane de psihologie cognitivă, fondată de Aaron T. Beck și Albert Ellis. Este profesor de psihologie la University of Pennsylvania și fost director al American Psychological Association. Domeniile sale predilecte de cercetare sunt psihologia pozitivă, depresia, optimismul și pesimismul. Printre cele mai cunoscute lucrări ale sale se numără *Learned Optimism: How to Change Your Mind and Your Life*, Knopf, New York, 1991 (*Optimismul se învață. Știința controlului personal*, Humanitas, București, 2004); *The Optimistic Child: Proven Program to Safeguard Children from Depression & Build Lifelong Resilience*, Houghton Mifflin, New York, 1996; *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*, Free Press, New York, 2002 (*Fericirea autentică. Ghid practic de psihologie pozitivă*, Humanitas, București, 2007); *Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-being*, Free Press, New York, 2011.

MARTIN E.P. SELIGMAN  
Ce putem  
și ce  
nu putem  
schimba

Ghid complet pentru succesul  
în dezvoltarea personală

Traducere din engleză și note de  
DANA-LIGIA ILIN

 HUMANITAS  
BUCUREȘTI

Redactor: Marieva Ionescu  
Coperta: Ioana Nedelcu  
Tehnoredactor: Manuela Măxineanu  
Corector: Elena Dormescu  
DTP: Andreea Dobreci, Carmen Petrescu

Tipărit la Monitorul Oficial R.A.

Martin E.P. Seligman  
*What You Can Change and What You Can't. The Complete Guide  
to Successful Self-Improvement*  
Copyright © 1993 by Martin E.P. Seligman.  
All rights reserved.

© HUMANITAS, 2013, pentru prezenta versiune românească

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României  
SELIGMAN, MARTIN  
Ce putem și ce nu putem schimba: ghid complet  
pentru succesul în dezvoltarea personală / Martin E.P. Seligman;  
trad.: Dana-Ligia Ilin. - București: Humanitas, 2013  
ISBN 978-973-50-3966-0  
I. Ilin, Dana-Ligia (trad.)  
159 923.2

EDITURA HUMANITAS  
Piața Presei Libere 1, 013701 București, România  
tel. 021 408 83 50, fax 021/408 83 51  
www.humanitas.ro

Comenzi online: [www.libhumanitas.ro](http://www.libhumanitas.ro)  
Comenzi prin e-mail: [vanzari@libhumanitas.ro](mailto:vanzari@libhumanitas.ro)  
Comenzi telefonice: 021 311 23 30 / 0372 189 509

*Pentru  
NICOLE DANA SELIGMAN,  
născută la 26 august 1991,  
la sfârșitul unei săptămâni  
în care oamenii au schimbat  
ceva care în cea mai mare parte a acestui veac  
păruse a fi  
mai presus de orice schimbare.  
Născută într-o lume nouă.\**

---

\* Aluzie la încercarea de puci din 19 august 1991 de la Moscova, care a pecetluit destrămarea Uniunii Sovietice (n. tr.).

Doamne, dă-mi seninătatea să accept lucrurile pe care nu le pot schimba,  
curajul să le schimb pe cele pe care le pot schimba și înțelepciunea să le  
deosebesc între ele.

Cuvinte atribuite lui Friedrich Oetinger  
(1702–1782) și lui Reinhold Niebuhr,  
„Rugăciunea seninătății“ (1934)

## Cuprins

Prefață .....	11
PARTEA I	
<i>Psihiatria biologică vs psihoterapia și dezvoltarea personală</i>	
1. Ce se schimbă? Ce nu se schimbă? .....	19
2. <i>Booters și bootstrappers:</i> epoca dezvoltării personale și a psihoterapiei .....	35
3. Medicamente, microbi și gene: epoca psihiatriei biologice .....	53
PARTEA A II-A	
<i>Schimbarea vieții emoționale: anxietatea, depresia și furia</i>	
4. Anxietatea obișnuită .....	77
5. Gândirea catastrofică: panica .....	91
6. Fobiile .....	103
7. Obsesiile .....	123
8. Depresia .....	137
9. Persoana furioasă .....	162
10. Stresul posttraumatic .....	186
PARTEA A III-A	
<i>Schimbarea obiceiurilor legate de mâncare, de băutură și de distracții</i>	
11. Sexul .....	201
12. Regimurile de slăbire: este un lucru îngrozitor să te ocupi de talie .....	238
13. Alcoolul .....	271

## PARTEA A IV-A

## Maturizarea – în sfârșit

14. Năpârlirea de copilărie .....	307
15. Profunzimea și schimbarea: teoria .....	333
Mulțumiri .....	347
Note .....	351
Mulțumiri pentru materialele reproduse .....	413

## Prefață

*Ce putem și ce nu putem schimba* a fost încercarea mea de a analiza cu maximă sinceritate eficiența diverselor modalități de tratare a principalelor tulburări psihologice. Astăzi, după trei-sprezece ani, studiind eficiența acestor tratamente, constat desul de surprins că cele mai multe dintre rezultate sunt aceleași, iar restul nu se deosebesc substanțial. Dar un tipar devine din ce în ce mai limpede, și este important ca toți consumatorii să-l cunoască. Din cauza exigențelor finanțării și asigurărilor, tratamentele psihologice și biologice oferite pacienților beneficiază de un buget tot mai restrâns. Ca reacție la acest fapt, psihologia și psihiatria clinică, precum și armele lor de cercetare au ajuns să se concentreze pe lupta cu incendiile în loc să urmărească prevenirea lor. Ele se concentrează aproape exclusiv pe gestionarea situațiilor de criză și pe o ameliorare cosmetică a simptomelor, și aproape că au renunțat la noțiunea de vindecare.

Există două feluri de tratamente și, tot astfel, există două feluri de intervenții psihologice: curative și cosmetice. În cazul tratamentelor, dacă luați un antibiotic o perioadă îndelungată, el vindecă prinuciderea bacteriilor invadatoare. Cu alte cuvinte, atunci când s-a încheiat administrarea lui boala nu revine. Pe de altă parte, dacă luați chinină pentru malarie, nu faceți decât să suprimați simptomele. Când nu mai luați chinină malarie revine. Chinina este un medicament cosmetic, un paliativ; tratamentele au de aceea fie scop curativ, fie scop cosmetic. Ameliorarea temporară este un lucru bun (chiar în acest moment port un aparat auditiv), dar nu este scopul suprem al

intervenției. În mod ideal, intervenția este o treaptă pe calea vindecării.

Și totuși, toate medicamentele din psiho-farmacopee sunt cosmetice. Nu există medicamente care vindecă, iar psihiatria biologică pare să fi renunțat la ideea de vindecare. Nu sunt în nici un caz freudian, dar un lucru exemplar la Freud era faptul că el și discipolii săi căutau să vindece. Freud dorea o psihoterapie asemănătoare antibioticelor, nu o psihoterapie a cosmeticelor, și nici astăzi ameliorarea temporară nu este un scop semnificativ în psihoterapia freudiană. Însă declinul influenței freudiene, precum și restricțiile planurilor de asigurări au schimbat obiectivul psihologiei și psihiatriei clinice din cel de vindecare în cel de ameliorare a simptomelor.

Cartea de față cercetează cât de eficientă este această ameliorare a simptomelor, comparând medicamentele și psihoterapiile folosite pentru diferite probleme psihologice. În mare, aceste tratamente au o eficiență de 65%. Depresia, după cum veți vedea mai departe, este tipică. Iată două tratamente care „funcționează”: terapia cognitivă și inhibitorii recaptării serotoninei (de exemplu Prozac). Cu fiecare se obține în mare o rată a ameliorării de 65%, alături de un efect placebo de 45-55%. Aceasta înseamnă că efectul net real al tratamentului este de 10-20%. Cu cât este mai puternic placebo, cu atât este mai mare rata lui și, prin urmare, cu atât este mai mic efectul real. Aceste cifre care trezesc la realitate apar mereu, indiferent dacă este vorba despre procentul de pacienți care prezintă ameliorare sau despre rata de ameliorare a simptomelor lor.<sup>1</sup>

De ce efectele amajorității medicamentelor și psihoterapiilor nu sunt decât mici până la moderate? De ce terapeuții au ajuns la o barieră de 65%?

1. J. Kirsch, T. Moore, A. Scoboria și S. Nicholls (2002), „The Emperor's New Drugs: An Analysis of Antidepressant Medication Data Submitted to the U.S. Food and Drug Administration”, *Prevention & Treatment*, iulie 15-02.htm <http://journals.apa.org/prevention/volume5/10e-jul15-02.htm>.

Din prima zi în care am început să schiez, timp de cinci ani, până m-am lăsat, m-am luptat mereu cu muntele. Schiatul nu era deloc ușor. Orice intervenție psihoterapeutică seamănă cu o „luptă cu muntele”. Tratamentele nu-și fac efectul asupra pacientului și îl obligă pe acesta să le urmeze în continuare. În general, tehnicile terapeutice au în comun proprietatea de a fi greu de aplicat și greu de asimilat în viața cuiva. De fapt, cercetătorii măsoară de obicei efectele terapiei pe baza intervalului de timp în care acestea persistă după întreruperea tratamentului, până să se „topească”.

S-ar putea ca ignoranța științifică, restricțiile costurilor și declinul psihoterapiei freudiene să nu fie singurele motive pentru bariera de 65%: tratamentele mai bune s-ar putea să fie greu de realizat. În secolul terapeutic care s-a încheiat de curând treaba terapeuților era să reducă la minimum emoția negativă: să ofere acele medicamente sau acea psihoterapie care să-i facă pe oameni mai puțin anxioși, mai puțin furioși sau mai puțin deprimați. Dar există și altă abordare a simptomelor, mai veche decât noțiunea de terapie: să înveți să funcționezi bine în prezența simptomelor – să te împaci cu ele.

Stăpânirea simptomelor devine din ce în ce mai necesară, în lumina celui mai important rezultat al cercetărilor cu privire la personalitate din ultimul sfert al secolului XX: faptul că majoritatea trăsăturilor de personalitate au un grad înalt de transmisibilitate ereditară.<sup>1</sup> Adesea, dar nu întotdeauna, simptomele provin din trăsăturile de personalitate. Ca atare, eu cred că ele sunt modificabile, dar numai în anumite limite. Cum abordăm probabilitatea ca majoritatea simptomelor psihologice să provină din trăsături de personalitate transmisibile ereditare care pot fi ameliorate, dar nu eliminate complet?

Știți cum sunt instruiți lunetiștii și piloții de pe avioanele de luptă? (Apropo, nu aprob în nici un caz crimele săvârșite de lunetiști; nu fac decât să descriu metoda de antrenament.)

1. S. Pinker, *The Black Slate*, Viking, New York, 2002.

Un lunetist are nevoie de circa douăzeci și patru de ore ca să ajungă pe poziția respectivă, și apoi s-ar mai putea să treacă treizeci și șase de ore până să trimită glonțul. Asta înseamnă că, de obicei, până să ajungă să tragă lunetistul n-a dormit două sau mai multe zile la rând. E mort de oboseală. Acum, să spunem că militarul ar întreba un psihoterapeut sau un specialist în psihiatria biologică cum ar instrui el un lunetist. Fără îndoială, acesta ar folosi medicamente sau intervenții psihologice pentru a-l ajuta să scape de oboseală.

Însă nu așa sunt instruiți lunetiștii. Lunetiștii sunt instruiți prin antrenamente de tragere la țintă atunci când sunt morți de oboseală. Cu alte cuvinte, lunetiștii sunt învățați să *se împace* cu starea negativă în care se află, așa încât să funcționeze foarte bine în prezența oboselii. Tot astfel, piloții de pe avioanele de luptă sunt aleși dintre indivizii duri, care nu se sperie cu una, cu două. Totuși, multe lucruri care li se întâmplă piloților de luptă îi îngrozesc chiar și pe cei cu personalitatea cea mai dură. Însă nimeni nu cheamă terapeuții ca să-i învețe pe candidații trucurile pentru reducerea anxietății și astfel să-i antreneze ca să devină piloți de luptă relaxați. Dimpotrivă, instructorul ține avionul cu botul drept către sol până ce recrutul e cuprins de groază, și apoi recrutul învață să redreseze avionul chiar și atunci când este îngrozit.

Emoțiile negative și trăsăturile de personalitate negative au limite biologice foarte stricte, și poate că cel mai bun lucru pe care vor reuși vreodată să-l facă știința și practica prin metodele pe care vi le prezint în această carte va fi să-i încurajeze pe oameni să trăiască în cea mai bună zonă a gamei lor stabilite de simptome psihologice. Gândiți-vă la Abraham Lincoln și la Winston Churchill, care probabil că aveau depresie unipolară. Amândoi au fost oameni extrem de energici, care s-au împăcat cu „câinele negru”<sup>\*</sup> și au funcționat minunat chiar și atunci când erau foarte deprimați.

\* *Black dog* – metaforă pentru deprimare sau melancolie (n. tr.).

Așadar, iată recomandarea mea pentru a folosi în mod optim această carte: dacă dumneavoastră sau cineva care vă este apropiat aveți/are simptomele unei tulburări mintale, puteți găsi aici recomandări sincere și intransigente despre psihoterapia sau medicația care v-ar putea ajuta și despre măsura în care v-ar putea ajuta. Dar ele nu vă vor vindeca. Multe dintre simptome vor reveni, chiar dacă sunt ameliorate. Acestor intervenții trebuie să li se alăture o virtute demodată. Se numește curaj: curajul de a vă înțelege problemele psihologice și de a le gestiona astfel încât să funcționați bine în ciuda lor. Dacă îmbinați curajul cu intervențiile pe care le analizez eu mai departe, ați putea să scăpați de bariera lui 65%.

Martin Seligman  
Wynnewood, Pennsylvania, septembrie 2006



PARTEA I  
Psihiatria biologică vs  
psihoterapia și dezvoltarea personală

## 1. CE SE SCHIMBĂ? CE NU SE SCHIMBĂ?

Există două concepții opuse despre lume. Pe de o parte, aceasta este epoca psihoterapiei și a dezvoltării personale. Milioane de oameni se străduiesc să se schimbe: ținem regimuri de slăbire, facem jogging, medităm. Adoptăm noi modalități de gândire ca să scăpăm de depresie. Practicăm relaxarea ca să reducem stresul. Facem exerciții de îmbunătățire a memoriei și de mărire a vitezei cu care citim. Adoptăm regimuri draconice ca să ne lăsăm de fumat. Ne creștem băieții și fetițele în ideea androginiei. Ne recunoaștem public homosexualitatea sau încercăm să devenim heterosexuali. Încercăm să ne lăsăm de băut. Încercăm să dăm mai mult sens vieții noastre. Încercăm să ne prelungim viața.

Uneori reușim. Dar supărător de des dezvoltarea personală și psihoterapia nu dau roade. Prețul este enorm. Ne spunem că nu suntem buni de nimic. Ne simțim vinovați și rușinați. Credem că nu avem voință și că suntem niște ratați. Renunțăm la încercarea de a ne schimba.

*Trudy, la fel ca zece de milioane de americani, este disperată deoarece crede, cu totul greșit, că nu e bună de nimic. Lucrurile stau și mai rău după zece ani în care a făcut tot ce i-a stat în putință ca să slăbească.*

*Acum zece ani, când a absolvit Brown College, Trudy cântărea 80 de kilograme. De atunci, în patru rânduri a ajuns sub 56 de kilograme: Weight Watchers, Nutri-System, șase luni în grija unui specialist în terapia comportamentală și, anul trecut, Optifast. La fiecare regim de slăbire kilogramele au dispărut rapid, chiar dacă nu fără chinuri. De fiecare dată însă kilogramele au revenit, mai repede și mai multe. Acum Trudy cântărește 88 de kilograme și a renunțat la slăbit.*

Curentul dezvoltării personale, impregnat de convingerea că putem schimba orice, prevede izbânda lui Trudy în lupta sa cu grăsimea, chiar dacă este evident că ea va fi înfrântă în jocul greutății. Pe de altă parte, există o concepție care prevede eșecul lui Trudy. Căci aceasta nu este doar epoca dezvoltării personale și a psihoterapiei, este și epoca psihiatriei biologice. Înainte de sfârșitul mileniului genomul uman va fi aproape complet cartografiat. Se cunosc acum sistemele cerebrale care stau la baza sexului, auzului, memoriei, tristeții, preponderenței folosirii mâinii stângi. Medicamentele psihoactive – agenți externi – ne calmează temerile, ne alungă melancolia, ne aduc extazul, ne amortizează maniile și ne alungă halucinațiile mai eficient decât putem s-o facem noi înșine. Personalitatea noastră în sine – inteligența și talentul muzical, până și evlavia sau conștiința (ori absența ei), convingerile și exuberanța – se vedește a fi în mai mare măsură produsul genelor noastre decât ar fi crezut aproape oricine cu un deceniu înainte. Asemănarea acestor trăsături la gemenii monoziagoți crescuți separat este aproape la fel de mare ca aceea dintre înălțimea și greutatea lor. Mesajul care stă la baza epocii psihiatriei biologice este că adesea biologia noastră face schimbarea imposibilă, în ciuda tuturor strădaniilor.

Însă de foarte multe ori concepția că totul este genetic și biochimic și, prin urmare, nu se poate schimba este și ea greșită. Mulți oameni își depășesc IQ-ul, nu „reacionează” la medicamente, fac schimbări radicale în viața lor, continuă să trăiască atunci când cancerul lor este „în ultima fază” sau sfidează hormonii și circuitele cerebrale care „dictează” pofa trupească, feminitatea sau pierderea memoriei.

Clay este unul dintre cei mulți care au ignorat concepția convențională că problema lor ar fi „biologică” și a găsit psihoterapia potrivită, care a dat rezultate rapide și durabile.

*Clay, proiectant de software, avea cam o dată pe săptămână, fără nici un motiv, atacuri de panică. Inima începea să-i bubueie, i se tăia respirația și era convins că o să moară. După vreo oră de teroare panica*

*dispărea. Clay a făcut timp de patru ani psihanaliză, care l-a ajutat să înțeleagă de ce se simțea abandonat în copilărie, dar n-a ușurat atacurile de panică. Apoi a luat timp de un an doze mari de Xanax (alprazolam, un tranchilizant); în acea perioadă crizele de panică aveau loc doar o dată pe lună, dar în cea mai mare parte a timpului era atât de somnoros, încât și-a pierdut doi dintre cei mai importanți clienți. Atunci Clay n-a mai luat Xanax, iar panica a revenit cu aceeași violență. Acum doi ani a făcut zece ședințe de terapie cognitivă pentru tulburarea de panică. Și-a corectat credința greșită că simptomele de anxietate (de exemplu iușirea băătăilor inimii, respirația tăiată) sunt catastrofice: simptome ale unui atac de cord iminent. De atunci n-a mai avut nici un atac de panică.*

În ciocnirea dintre ideologiile psihiatriei biologice și ale dezvoltării personale, soluția este evidentă. Există unele aspecte legate de noi care pot fi schimbate, altele care nu pot fi schimbate, și unele care pot fi schimbate doar cu extrem de mare greutate.

Ce putem reuși să schimbăm la noi? Ce nu putem? De ce Trudy a eșuat, iar Clay a izbutit? Când anume ne putem învinge biologia? Când anume biologia noastră este „bătută în cuie”? Acestea sunt principalele întrebări de care mă voi ocupa în lucrarea de față.

În prezent știm multe despre schimbare. O mare parte dintre aceste cunoștințe există doar în literatura de specialitate și adesea au fost trecute sub tăcere de mari interese comerciale, terapeutice și, nu în ultimul rând, politice. Behavioriștii au spus lumii acum multă vreme că totul poate fi schimbat: inteligența, sexualitatea, starea de spirit, masculinitatea sau feminitatea. Psihanaliștii încă mai susțin că toate trăsăturile personalității noastre pot fi „rezolvate” dacă există suficientă intuiție. Stânga marxistă, cei „corecți politic” și industria dezvoltării personale și-au adăugat vocile acestui cor convenabil. În schimb, companiile farmaceutice, biologii care cartografiază genomul uman și aripa de extremă dreaptă ne spun că avem caracterul invariabil, că suntem prizonieri ai genelor noastre și ai substanțelor chimice care ne scaldă creierul, că fără medicamente puternice,

inginerie genetică sau chirurgie cerebrală nu se poate schimba nimic fundamental: cu siguranță nu starea de spirit, inteligența, sexualitatea sau masculinitatea. Toate acestea sunt minciuni motivate de ideologie.

Iată câteva realități despre ceea ce putem schimba:

- Ne putem dezvăța ușor de panică, dar ea nu poate fi vindecată prin medicație.
- Ne putem dezvăța cu ușurință de „disfuncțiile“ sexuale – frigiditatea, impotența, ejacularea precoce.
- Stările noastre de spirit – care pot să ne ruineze sănătatea fizică – pot fi controlate cu ușurință.
- Depresia poate fi vindecată prin modificări directe ale gândirii conștiente sau poate fi ameliorată de medicație, dar nu poate fi vindecată prin lămurirea unor episoade din copilărie.
- Optimismul este o aptitudine care se învață. Odată învățată, ea crește randamentul muncii și îmbunătățește sănătatea fizică.

Iată câteva realități despre ceea ce nu se schimbă:

- Pe termen lung, regimurile de slăbire nu dau rezultate bune aproape niciodată.
- Copiii nu devin cu ușurință androgini.
- Nu se cunoaște nici un tratament care să fie mai bun decât cursul natural al vindecării de alcoolism.
- Homosexualitatea nu devine heterosexualitate.
- Retrăirea traumelor din copilărie nu rezolvă problemele personalității adulte.

Pentru a ne ocupa de ceea ce nu putem schimba, primul pas, mult prea des ignorat, este să știm ce anume din noi nu cedează. Dar cu aceasta n-am încheiat subiectul; de obicei există modalități de a rezolva acele probleme. O mare parte din reușita în viață înseamnă a învăța să profităm la maximum de o situație defavorabilă. Scopul meu aici este, parțial, nu numai să semnalez ceea ce nu se poate schimba cu ușurință, ci și să vă împărtășesc metodele de tratare a lucrurilor pe care nu le puteți schimba.

Această carte este primul ghid exact și factual despre ceea ce puteți să schimbați și despre ceea ce nu puteți să schimbați. Întrucât voi susține că atât de multe afirmații trâmbitate despre dezvoltarea personală, psihoterapie, medicație și genetică nu trebuie să fie crezute, că unele lucruri legate de dumneavoastră nu se vor schimba, oricât v-ați trudi, dar că altele se vor schimba cu ușurință, ar trebui să știți câte ceva despre calificarea mea.

Mi-am petrecut ultimii treizeci de ani cercetând problema „maleabilității“, jargonul academic pentru ceea ce se schimbă și ceea ce nu se schimbă. Am lucrat de ambele părți ale bari-cadei. Mi-am început viața academică în domeniul numit pre-tențios „învățare“. La fel ca majoritatea științelor umaniste din anii '60, psihologia învățării era plină de entuziasm ambiental, ideologia ei fiind o reacție la coșmarul încă proaspăt al naziștilor axați pe teoria genetică. Teoria învățării susținea că este suficient să aranjezi cum se cuvine recompensele și pedepsele, și organismul (porumbel, om adult, șobolan, maimuță rhesus sau copil care face primii pași – conta atât de puțin, încât le ziceam tuturor „S-ii“, de la „Subiecții“) va absorbi orice vrei să-l înveți.

În anii petrecuți în laboratorul de cercetare a învățării am aflat că există multe lucruri pe care organismele nu le învață, indiferent cât de ingenios ar fi experimentul. Șobolanii nu învață că tonurile prezic otrăvirea, iar porumbeii nu învață că ciugulirea tastelor îi ferește de șocuri. (Iar oamenii sunt și mai greu de schimbat – dar despre aceasta mai încolo.) În prima mea carte, *The Biological Boundaries of Learning* (1972), este formulată o teorie, „programarea“, despre felul în care selecția naturală modelează ceea ce putem și ceea ce nu putem învăța.<sup>1</sup> Evoluția, acționând prin intermediul genelor și sistemului nostru nervos, a făcut să ne fie mai ușor să schimbăm anumite aspecte, și aproape imposibil să schimbăm altele.

Fiind foarte conștient de constrângerile pe care evoluția le impune învățării, a trebuit să aleg cu mare atenție problemele. Eram și sunt un om de bine, și nu mă rușinez de asta. Doream

să descopăr lucruri care să alunge suferința – lăsând cunoașterea de dragul cunoașterii în seama altora, suflete mai pure. Unele suferințe psihice mi se păreau de neînving, imposibil de schimbat din pricina biologiei. Alte probleme păreau mai maleabile, rezolvabile în cazul în care aș fi avut destulă răbdare, aș fi muncit destul de mult și aș fi fost destul de deștept. Trebuia să descopăr problemele „maleabile“ de care să mă ocup.

Am ales să mă ocup de neputință, depresie și pesimism. Mi se părea că fiecare dintre acestea poate fi învățată și ca să ne putem dezvăța de ele. În 1975 am scris *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. Cartea era centrată pe felul în care se învață neputința, în urma unor evenimente negative necontrolabile, și pe felul în care această atitudine poate să distrugă restul vieții persoanei respective. Cea mai recentă carte a mea, *Optimismul se învață*, a fost tocmai opusul. Cuprinde cincisprezece ani din cercetarea mea care aduc dovezi cu privire la veștile rele: obișnuința pesimismului duce la depresie, distruge rezultatele bune și subminează sănătatea fizică. Vestea bună este că ne putem dezvăța de pesimism, și că odată cu eliminarea lui se reduc depresia, rezultatele slabe și problemele de sănătate. Programul meu de cercetare din prezent vizează prevenirea celei mai costisitoare afecțiuni mintale din America, depresia, în locul încercărilor de a o vindeca după ce s-a instalat. Toate acestea sunt foarte apropiate de spiritul epocii dezvoltării personale și a terapiei.<sup>2</sup>

O temă recurentă a acestei cărți este nevoia de adevăr în prezentarea aspectelor psihologice și psihiatrice; așadar, aș face bine să încep expunându-mi direcțiile și backgroundul.

**Natura fiarei.** Această carte se ocupă de fiarele psihologice: depresia, anxietatea, prostia, răutatea, stresul traumatic, alcoolismul, greutatea excesivă, „perversiunea“ sexuală. Pe când eram un teoretician novice al învățării, știam că există astfel de fiare care stau la pândă. Nu mi-am dat seama atunci că pentru a le putea înțelege trebuia să iau în calcul altă fiară, fiara umană.

Ideologia mea mi-a spus că mediul este deplin răspunzător pentru fiarele psihologice. Prostia este rodul ignoranței; dacă oferim destule cărți și educație, vindecăm prostia. Depresia și anxietatea sunt roadele traumei, în special ale experiențelor neplăcute din copilărie; dacă reducem la minimum experiențele neplăcute, dacă ne creștem copiii fără adversitate, izgonim depresia și anxietatea. Prejudicata este rodul necunoașterii; dacă îi facem pe oameni să se cunoască între ei, prejudecata dispare. „Perversiunea“ sexuală este rodul reprimării și suprimării; dacă lăsăm lucrurile în voia lor, toți oamenii vor deveni heterosexuali viguroși.

Acum înclin să cred că, deși această idee nu este cu totul greșită, are lacune grave. Lunga istorie evoluționistă a speciei noastre ne-a modelat și prostiile, temerile, tristețile, delicturile, lucrurile pe care le râvnim, și încă multe altele. Specia noastră se combină cu ceea ce ni se întâmplă în realitate și ne pune în căreă fiare psihologice sau ne apără de ele. Pentru a înțelege și a elimina aceste efecte negative trebuie să înfruntăm fiara umană.

**Fără prejudecăți.** Această carte merge pe muchie de cuțit din punct de vedere politic. De o parte se află segmentul rasist al dreptei, care nădăjduiește cu ardoare ca inteligența, feminitatea și delincvența să fie cu totul genetice. De partea cealaltă sunt mulți liberali din anii '60 care au îmbătrânit, precum și moștenitorii taberei lor „corecte politic“, care-i condamnă pe toți cei ce cutează să vorbească de rău victimele: eșecul, zic ei, se trage din sărăcie, rasism, felul nepotrivit în care au fost crescute, sistemul răuvoitor, lipsa privilegiilor, lipsuri – din orice, numai din om nu.

Nu sunt fidel dreptei sau stângii. N-am timp de prejudecățile sau de pledoariile lor caracteristice. Sunt fidel argumentării de bun-simț, pozițiilor demodate care merită să fie ascultate, cântării atente a dovezilor. Îmi dau seama că mult din ceea ce spun în această carte va da apă la moară ambelor poziții politice. Cred că înfruntarea fiarei implică scoaterea la iveală a

unor argumente nepopulare. Atunci când dovezile arată spre cauze genetice, asta voi spune. Atunci când dovezile arată că răspunderea o poartă mediul rău sau proasta creștere, asta voi spune. Atunci când dovezile arată imposibilitatea schimbării, asta voi spune. Atunci când dovezile arată căi eficiente de schimbare, voi spune și asta.

**Studiile rezultatelor sunt cea mai bună dovadă.** Să presupunem o clipă că se prevede o epidemie de rubeolă. Sunteți gravidă și știți că rubeola provoacă probleme fătului. Pe piață există două vaccinuri, Measex și Pneplox. O mare vedetă de la Hollywood spune la televizor că i s-a făcut Measex și nu s-a îmbolnăvit de rubeolă. O alergătoare olimpică își adaugă mărturia. Cea mai bună prietenă vă spune că a auzit lucruri bune despre Measex. Pe de altă parte, pentru Pneplox nu se face reclamă. Însă a fost testat în ceea ce se numește *studiul rezultatelor*, în care a fost administrat unui grup de cinci sute de persoane. Doar două dintre ele s-au îmbolnăvit de rubeolă. Altor cinci sute de persoane li s-a făcut o injecție falsă: douăzeci și opt dintre ele s-au îmbolnăvit de rubeolă. Acum, presupuneți că Measex nu a fost verificat în acest fel. Pe care dintre vaccinuri îl vreți? Desigur, pe cel care a trecut printr-o verificare riguroasă a rezultatelor.

Este greu să vă hotărâți în privința cursurilor de dezvoltare personală, asupra psihoterapiei și medicamentelor pentru dumneavoastră și pentru familia dumneavoastră, deoarece industriile care le susțin sunt enorme și profitabile și încearcă să le vândă prin metode foarte persuasive: mărturii, prezentarea unor cazuri, prin viu grai, recomandare („Doctorul meu este cel mai mare specialist din Est în domeniul X“), toate formele istețe de publicitate. Exact așa cum nu în acest fel trebuie să alegeți un vaccin sau să hotărâți, în caz de cancer, dacă apelați la chimioterapie sau la radiații, nu în acest fel trebuie să hotărâți dacă încercați sau nu un anumit regim de slăbire, sau dacă vă trimiteți sau nu tatăl la un anumit centru pentru tratarea alcoolismului,

sau dacă luați pentru depresie un anumit medicament ori apelați la psihoterapie. Acum sunt disponibile adesea dovezi mult mai bune – studiile rezultatelor.

În ciocnirea dintre dezvoltarea personală și psihiatria biologică, până de curând cele două tabere au folosit dovezi diferite. Specialiștii în psihiatria biologică au început cu descrierea de cazuri, dar apoi au ajuns la studiile rezultatelor – comparând un grup tratat cu alt grup, care a primit o pilulă de zahăr, un placebo. Adepții dezvoltării personale și psihoterapiei se bazează încă în cea mai mare parte pe descrieri de cazuri unice și pe mărturii: fotografii „înainte și după“ ale unei persoane care fusese obeză, un raport de caz spectaculos de la un jucător profesionist de fotbal american membru al Alcoholics Anonymous, cazul unei vindecări bruște de depresie gravă, după o confruntare furioasă cu Mama. Descrierile de cazuri sunt lecturi captivante, dar din punct de vedere clinic sunt foarte șubrede și, de obicei, sunt dovezi interesate. Vânzătorul prezintă descrierea cazului care este o mărturie a eficienței produsului său. Nu știm niciodată câte eșecuri au fost.

Evaluarea schimbării a fost îmbunătățită de curând. Când regretatul Gerald Klerman a devenit directorul ADAMHA (Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration a guvernului federal), în vremea președintelui Jimmy Carter, a susținut că psihoterapiile trebuie să fie evaluate în același mod dur în care Federal Drug Administration evaluează medicamentele. El a finanțat comparațiile dintre medicamente și psihoterapii. O mare parte din ceea ce cunosc acum specialiștii din domeniile psihologiei și psihiatriei provine din astfel de studii atente și costisitoare. Însă puține dintre acestea au ajuns la marele public, în parte din cauza puterii breslelor medicamentelor și psihoterapiei. În cazul multor probleme putem afirma în prezent cu convingere că unele terapii dau rezultate, iar altele nu. O mică parte din această tehnologie a izbutit să ajungă în industria dezvoltării personale, dar atunci când fac afirmații despre eficiență le întemeiez solid pe studii ale rezultatelor.

Folosesc adesea descrieri de cazuri pentru a ilustra idei importante, dar numai dacă sunt susținute de dovezi mai substanțiale.

Așadar, iată direcțiile mele. Acum, că le cunoașteți, ar trebui să le cunoașteți și pe ale dumneavoastră. Care vă sunt prejudecățile despre dezvoltarea personală? Credeți că terapia poate să vă schimbe aproape toate trăsăturile de caracter? Sau, după părerea dumneavoastră, caracterul este imuabil? Credeți că ceea ce faceți este produsul alegerii, al mediului sau al genelor?

Lisa Friedman Miller, autoarea anchetei următoare, a obținut răspunsuri de la mii de oameni pentru a cerceta felul în care diferitele concepții despre schimbare se raportează la emoții și la convingeri. Nu există răspunsuri corecte sau incorecte, ci punctajul obținut vă arată care este poziția dumneavoastră în problema crucială a schimbării. Încercuiți răspunsul care se potrivește cel mai bine cu concepția dumneavoastră. Acest chestionar vă va lua mai puțin de cinci minute.

### Chestionar despre maleabilitatea umană<sup>3</sup>

Tom face cumpărături într-un magazin universal și dă cu ochii de un pulover care îi place. Intră în cabina de probă ca să-l încerce, dar observă că prețul este prea mare. Atunci îl fură – îl bagă sub geacă și iese din magazin.

#### Cum se explică faptul că Tom a furat puloverul din magazin?

##### Părerea dumneavoastră:

1. Cât de mult este influențat comportamentul lui Tom de situația prezentă?

deloc 1 2 3 4 5 6 7 foarte mult

2. Cât de mult este influențat comportamentul lui Tom de situații mai îndepărtate (de exemplu copilăria, rasa, sistemul)?

deloc 1 2 3 4 5 6 7 foarte mult

3. Cât de mult este influențat comportamentul lui Tom de tipul de persoană care este el?

deloc 1 2 3 4 5 6 7 foarte mult

4. Cât de mult este influențat comportamentul lui Tom de propria hotărâre de a acționa astfel?

deloc 1 2 3 4 5 6 7 foarte mult

Să presupunem acum că i-ați explicat lui Tom că a făcut un lucru rău. I-ați spus să se schimbe. El a fost de acord că trebuie să se schimbe și că vrea să se schimbe.

5. Cât de mult s-ar putea schimba Tom?

deloc 1 2 3 4 5 6 7 complet

Să presupunem acum că n-ați vorbit nimic cu Tom despre purtarea lui.

6. Cât de mult credeți că s-ar fi schimbat totuși Tom?

deloc 1 2 3 4 5 6 7 complet

John a cunoscut o femeie la petrecerea organizată de un prieten și i-a dat întâlnire în seara următoare. La sfârșitul întâlnirii John spune că vrea să facă dragoste cu ea. Pentru că ea refuză, el o lipește de un zid și începe să o dezbrace.

#### Cum se explică faptul că John a dezbrăcat-o pe femeie?

##### Părerea dumneavoastră:

1. Cât de mult este influențat comportamentul lui John de situația prezentă?

deloc 1 2 3 4 5 6 7 foarte mult

2. Cât de mult este influențat comportamentul lui John de situații mai îndepărtate (de exemplu copilăria, rasa, sistemul)?

deloc 1 2 3 4 5 6 7 foarte mult

3. Cât de mult este influențat comportamentul lui John de tipul de persoană care este el?

deloc 1 2 3 4 5 6 7 foarte mult

4. Cât de mult este influențat comportamentul lui John de propria hotărâre de a acționa astfel?

deloc 1 2 3 4 5 6 7 foarte mult

Să presupunem acum că i-ați explicat lui John că a făcut un lucru rău. I-ați spus să se schimbe. El a fost de acord că trebuie să se schimbe și că vrea să se schimbe.

5. Cât de mult s-ar putea schimba John?

deloc 1 2 3 4 5 6 7 complet

Să presupunem acum că n-ați vorbit cu John despre purtarea lui.

6. Cât de mult credeți că s-ar fi schimbat totuși John?

deloc 1 2 3 4 5 6 7 complet

Dave se întoarce de la cursuri, când vede pe stradă un automobil nou-nouț. Își scoate din buzunar cheile și face trei zgârieturi lungi pe capotă.

**Cum se explică faptul că Dave a zgâriat automobilul?**

**Păreră dumneavoastră:**

1. Cât de mult este influențat comportamentul lui Dave de situația prezentă?

deloc 1 2 3 4 5 6 7 foarte mult

2. Cât de mult este influențat comportamentul lui Dave de situații mai îndepărtate (de exemplu copilăria, rasa, sistemul)?

deloc 1 2 3 4 5 6 7 foarte mult

3. Cât de mult este influențat comportamentul lui Dave de tipul de persoană care este el?

deloc 1 2 3 4 5 6 7 foarte mult

4. Cât de mult este influențat comportamentul lui Dave de propria hotărâre de a acționa astfel?

deloc 1 2 3 4 5 6 7 foarte mult

Să presupunem acum că i-ați explicat lui Dave că a făcut un lucru rău. I-ați spus să se schimbe. El a fost de acord că trebuie să se schimbe și că vrea să se schimbe.

5. Cât de mult s-ar putea schimba Dave?

deloc 1 2 3 4 5 6 7 complet

Să presupunem acum că n-ați vorbit cu Dave despre purtarea lui.

6. Cât de mult credeți că s-ar fi schimbat totuși Dave?

deloc 1 2 3 4 5 6 7 complet



Pentru a calcula punctajul testului trebuie doar să adunați cifrele de la fiecare dintre cele șase întrebări și să scrieți dedesubt scorul total. Fiecare dintre totalurile pe întrebare trebuie să fie între 3 și 21.

Întrebarea 1 (situația prezentă)	_____
Întrebarea 2 (situația mai îndepărtată)	_____
Întrebarea 3 (caracterul)	_____
Întrebarea 4 (alegera)	_____
Întrebarea 5 (schimbarea)	_____
Întrebarea 6 (schimbarea făcută de el însuși)	_____

Ce înseamnă aceste scoruri?

Întrebarea 1 vizează credința noastră că oamenii sunt dominați de situația prezentă. Dacă aveți peste 18 puncte, vă situați printre cei care cred cel mai mult în puterea situației prezente; 15 este media; dacă aveți mai puțin de 9 puncte, vă situați printre cei care cred cel mai puțin în puterea împrejurărilor prezente. La democrați există tendința de a avea peste 16 puncte, în vreme ce republicanii și independenții obțin de obicei sub 15 puncte.

Întrebarea 2 este despre importanța pe care o are povestea vieții unei persoane, și cu cât obțineți un punctaj mai mare, cu atât mai mult aprobați semnificația ei. Persoanele care obțin peste 19 puncte cred cel mai mult în povestea vieții; peste 16 puncte înseamnă jumătatea superioară; iar sub 12 puncte înseamnă sfertul cel mai sceptic. Cu cât punctajul dumneavoastră este mai mare, cu atât mai mult aprobați bunăstarea, măsurile de discriminare pozitivă și ajutorul din afară; de asemenea, cu atât mai mare vă este tendința de depresie. Cu cât punctajul dumneavoastră este mai mic, cu atât mai mult aprobați pedeapsa cu moartea, avortul și intervenția militară.

Întrebarea 3 este despre caracter. Persoanele care obțin peste 21 de puncte se situează printre cei care cred cel mai mult în caracter; cu 18 puncte sau mai mult se situează în jumătatea superioară, iar cu 14 puncte sau mai puțin, în sfertul inferior.

După cum au arătat rezultatele testului, cu cât punctajul dumneavoastră este mai mare, cu atât mai mult aprobați bunăstarea, măsurile de discriminare pozitivă și ajutorul economic. Cu cât punctajul dumneavoastră este mai mic, cu atât mai mult aprobați pedeapsa cu moartea, avortul și intervenția militară. Cu cât sunteți mai în vârstă, cu atât mai mult credeți în caracter. După cum vedeți, această scală diferențiază stereotipurile liberale și conservatoare.

Întrebarea 4 vizează credința noastră în puterea alegerii și voinței. Cei situați în sfertul superior obțin peste 21 de puncte; peste 19 înseamnă jumătatea superioară, 16 sau mai puțin înseamnă sfertul care crede cel mai puțin în puterea alegerii. Persoanele care obțin punctaje mari sunt mai conservatoare din punct de vedere social și economic, mai puțin deprimare și mai vârstnice.

Întrebarea 5 este despre amploarea pe care credeți că o poate avea schimbarea. Peste 20 de puncte vă plasează în sfertul superior; peste 16 înseamnă jumătatea superioară, iar sub 10 puncte vă plasează în sfertul inferior. Persoanele cu punctaj mare sunt liberale din punct de vedere social și mai favorabile bunăstării, măsurilor de discriminare pozitivă și ajutorului din afară.

Întrebarea 6 vizează credința noastră în schimbare. Dacă ați obținut peste 11 puncte, vă aflați în sfertul superior, al celor care cred că lucrurile se schimbă mult de la sine; peste 8 puncte înseamnă jumătatea superioară, 3 marchează sfertul celor care cred cel mai mult în faptul că lucrurile rămân neschimbate. Persoanele cu punctaj mare cred mai mult în ajutorul din afară, în bunăstare și în măsurile de discriminare pozitivă și sunt mai liberale din punct de vedere social și economic. Persoanele cu punctaj mic cred mai mult în pedeapsa cu moartea, în intervenția militară și în avort.

Cum stau lucrurile în ceea ce privește personalitatea umană? Iată despre ce este vorba, firește, în această carte. Doresc să vă

fac să înțelegeți ce puteți și ce nu puteți schimba în ceea ce vă privește, astfel încât să vă puteți concentra resursele limitate de timp și energie asupra a ceea ce este posibil. S-a irosit foarte mult timp. S-a creat foarte multă frustrare inutilă. O parte atât de mare din terapie, din creșterea copiilor, din dezvoltarea personală și chiar o parte din marile mișcări sociale din secolul nostru au eșuat pentru că au încercat să schimbe ceea ce e de neschimbat. Prea adesea ne-am înșelat crezând că suntem doar niște ratați fără voință, când de fapt schimbările pe care voiam să le facem în noi înșine pur și simplu nu erau posibile. Dar toate aceste eforturi au fost necesare: dat fiind că au existat atât de multe eșecuri, acum suntem în stare să vedem hotarele lucrurilor imposibil de schimbat; acest fapt, la rândul său, ne permite să vedem limpede pentru prima oară hotarele lucrurilor care *pot fi* schimbate.

Cunoașterea diferenței dintre ceea ce putem schimba și ceea ce trebuie să acceptăm ca atare la noi înșine este începutul adevăratei schimbări. Dacă știm acest lucru, ne putem folosi timpul prețios pentru a face numeroase schimbări posibile, care ne dau satisfacție. Putem trăi cu mai puține autoînvinuiri și mai puține remușcări. Putem trăi cu mai mare încredere. Această cunoaștere ne dă o nouă viziune despre cine suntem și încotro ne îndreptăm.

## 2. *BOOTERS* ȘI *BOOTSTRAPPERS*\*: EPOCA DEZVOLTĂRII PERSONALE ȘI A PSIHOTERAPIEI

„Rostul întemeierii noastre este cunoașterea cauzelor și mișcarea tainică a lucrurilor și lărgirea hotarelor stăpânirii omenești, pentru a influența toate lucrurile posibile.“

Inscripție deasupra ușii  
Casei lui Solomon – Francis Bacon,  
*Noua Atlantidă*, 1626

Ceea ce cred americanii că omul poate să schimbe este – în perspectivă istorică – de-a dreptul uluitor.

Ni se spune încă din copilărie că ne putem îmbunătăți în aproape toate felurile. Se presupune că școlile noastre ne ajută să facem asta. Copiii noștri nu trebuie doar să fie îndopați cu fapte, ci trebuie să fie învățați să citească, să fie buni cetățeni, să facă sex plin de iubire, să facă exerciții fizice, să aibă un nivel înalt al respectului de sine, să guste literatura, să fie toleranți cu persoanele care sunt altfel decât ei, să joace baseball, să cânte corect, să fie competitivi, dar și cooperanți, să-i conducă pe alții și să-i urmeze pe alții, să aibă obiceiuri de viață sănătoase, să fie ambițioși, să folosească prezervative, să respecte legea.

\* Termenii pot fi traduși doar prin perifraze complicate, așa încât îi vom păstra în original. *Booters* înseamnă aproximativ „adeptii funcționării pe baza unei programări anterioare“, iar *bootstrappers* – „cei care reușesc prin propriile mijloace“ (de la expresia *to pull oneself up by one's (own) bootstraps* – literal, „a se trage singur în sus de șireturile ghetelor“) (n. tr.).

Realitatea poate că nu ajunge la înălțimea cerințelor de mai sus, dar aceasta este misiunea școlilor americane.

Îmbunătățirea se află în însuși miezul ideologiei americane. Are o importanță la fel de mare ca libertatea în identitatea noastră națională; de fapt, în concepția americanilor avansarea este, probabil, scopul al cărui mijloc este libertatea. Orice băiat și, în sfârșit, orice fată ar putea ajunge președintele Statelor Unite – cu suficientă muncă și ambiție.

Realitatea poate să nu se ridice la înălțimea cerințelor, dar acesta este idealul pe care îl profesează americanii.

Avem aici mai mult decât vorbe goale. Este o enormă și profitabilă industrie a dezvoltării personale care mizează pe dorința noastră de succes. Americanii adulți cheltuiesc miliarde de dolari și petrec zeci de miliarde de ore pentru cursuri de:

-- vânzări	-- renunțarea la droguri	-- cum să devii mai feminină
-- slăbit	-- renunțarea la persoanele care consumă droguri	-- cum să învingi homosexualitatea
-- memorie	-- cum să vorbești cu copiii	-- cum să învingi homofobia
-- meditație	-- cum să vorbești la telefon	-- cum să-ți mărești punctajul la testele de inteligență
-- organizarea timpului	-- cum să te iubești pe tine însuși	-- învățarea optimismului
-- controlarea stresului	-- cum să-ți învingi teama de zbor	-- desenul bazat pe emisfera dreaptă
-- farmec	-- cum să-ți interpretezi visele	-- cum să privești lucrurile din perspectiva altcuiva
-- controlarea furiei	-- cum să-ți revendici drepturile	-- cum să-ți faci prieteni
-- arte marțiale	-- diplomație	-- cum să gândești pozitiv
-- negociere	-- etichetă	-- cum să gândești realist
-- exerciții fizice	-- cum să devii amuzant	
-- prelungirea vieții	-- cum să devii puțin feminină	
-- relaxare		
-- „pescuirea“ unui partener		
-- conversație obișnuită		
-- viteză de citire		
-- renunțarea la alcool		
-- degustarea vinului		

-- cum să te îmbogățești în plan spiritual	-- scris	-- combaterea depresiei
-- cum să te îmbogățești în plan material	-- controlarea propriei familii	-- renunțare
-- achiziții	-- cum să-ți reduci caracteristicile tipului A	-- deschidere
-- cum să iubești mai bine	-- punctualitatea	-- agățarea femeilor
-- cum să nu mai iubești	-- cum să fii ales	-- agățarea bărbaților
	-- vorbirea în public	-- fobia matematicii
	-- aprecierea muzicii	-- predare
	-- cântat	-- învățare
		-- ascultare

Aceasta nu este decât o trecere în revistă superficială a cursurilor disponibile. Însă ceea ce au toate în comun este simpla premisă că ne putem schimba, putem fi mai buni și putem progresa. Este acest lucru atât de evident, încât nu mai e nevoie să fie spus? Tocmai evidența lui, profunzimea acceptării lui de către noi toți este problema – deoarece cea mai mare parte a omenirii, în cea mai mare parte a istoriei sale, nu a crezut ceva nici măcar pe departe asemănător.

În mod tradițional, cei mai mulți dintre occidentali au crezut că oamenii au un caracter rigid, imposibil de modificat, pe care nu îl îmbunătățesc, emancipează sau perfecționează ei înșiși, și nici n-ar putea s-o facă. Trecerea de la credința profundă în imposibilitatea schimbării caracterului la credința la fel de profundă în capacitatea de îmbunătățire este recentă și reprezintă una dintre cele mai importante revoluții din gândirea modernă. În mod bizar, aceasta este o istorie care a rămas nescrisă.

Cum au ajuns americanii să creadă cu atâta tărie în maleabilitatea umană? De unde vine credința în psihoterapie? De unde se trage credința noastră în dezvoltarea personală?

### Sederul și Drumul Damascului

În ce fel auzim și repovestim marile acte de curaj ale tradiției iudeo-creștine? Haideți să examinăm două dintre ele: Ieșirea

din Egipt și convertirea lui Saul. Credeți oare că israeliții, oprimați crâncen de Faraon, și-au luat inima-n dinți, au hotărât că trebuie să fie liberi, s-au strâns laolaltă cu vitejie și au plecat? Asta am crezut eu, până ce am ascultat mai atent lectura de la un Seder\* recent. Iată povestea Paștelui evreiesc, așa cum este spusă în Haggadah. Ascultați cine a făcut, ce anume și cui.

Și el s-a dus în Egipt, mânat de cuvântul Domnului, și a sălășluit acolo. [...] Și fiii lui Israel erau rodnici, se înmulțeau în voie, sporeau și au devenit mult prea puternici. [...] „V-am făcut să vă înmulțiți ca roadele câmpului.“

Iar egiptenii ne-au asuprit, ne-au urgisit și ne-au legat cu lanțuri grele.

Și înălțat-am noi glas către Cel Veșnic. [...] Și Cel Veșnic ne-a auzit glasul. [...] Și Cel Veșnic ne-a scos din Egipt, cu mână puternică și cu brațul întins, cu mare înfricoșare și cu semne și minuni.<sup>1</sup>

Dumnezeu este cel care acționează, iar israeliții (și, într-o măsură mai mică, egiptenii) sunt cei asupra cărora se răsfrânge acțiunea. Aproape tot ceea ce fac israeliții este provocat sau poruncit de Dumnezeu. Singurul lucru pe care îl fac fără porunca lui Dumnezeu este să se văicărească. Acest act paradigmatic al eliberării nu este descris ca acțiunea unui popor brav, hotărât să fie liber. Nici măcar nu este comandat de un general cutezător. De fapt, Moise nu face decât să-l citeze cuvânt cu cuvânt pe Dumnezeu, așa cum i s-a poruncit. Dumnezeu zice:

Tu-î vei grai lui și îi vei pune în gură cuvintele Mele, iar Eu voi deschide gura ta și gura lui și vă voi învăța ce să faceți. (Ieșirea, 4:15)

La fiecare etapă a drumului, întâmplările bune sunt în întregime datorate lui Dumnezeu. Atunci când situația se îmbunătățește, nu este prin acțiunea oamenilor, ci prin intervenția lui Dumnezeu. De fapt, acesta este mesajul principal al poveștii, și motivul pentru care trebuie să o spunem din nou la fiecare Paște evreiesc.

Să cercetăm un alt eveniment important, din creștinism – convertirea lui Saul. Credeți că Saul s-a căit că-i prigoniște pe adepții

\* Cina rituală a Paștelui evreiesc (n. tr.).

lui Iisus, că era sătul de vechea religie, că a înțeles cu o intuiție oarbă făgăduința lui Iisus și a hotărât să se convertească? Așa mă gândeam eu, până când am recitat Faptele Apostolilor 9:

...o lumină din cer, ca de fulger, l-a învăluit deodată.

Și, căzând la pământ, a auzit un glas zicându-i: „Saul, Saul, de ce Mă prigonești?“

Iar el a zis: „Cine ești, Doamne?“ Și Domnul a zis: „Eu sunt Iisus. Care tu Îl prigonești. Greu îți este să izbești cu piciorul în țepușă.“

Și el, tremurând și înspăimântat fiind, a zis: „Doamne, ce voești să fac?“ Iar Domnul i-a zis: „Ridică-te, intră în cetate, și îți se va spune ce trebuie să faci. [...]“

Domnul [...] m-a trimis ca să vezi iarăși și să te umpli de Duhul Sfânt.“

Și de îndată au căzut de pe ochii lui ca niște solzi; și a văzut iarăși și, sculându-se, a fost botezat.

Și aici tot Dumnezeu este cel care acționează, iar Saul acceptă pasiv. Saul nu face decât să se informeze, dar Dumnezeu poruncește. Saul nu ia nici o hotărâre, nu gândește și nu alege nimic, nu are nici o intuiție.

Din Biblie lipsește aproape în întregime psihologia.<sup>2</sup> Ați căuta zadarnic prin Vechiul Testament și Noul Testament fapte care țin de intenția oamenilor – alegere, hotărâre și preferință individuală. Ați căuta zadarnic vreun erou care săvârșește schimbarea din proprie inițiativă, într-o lume dușmănoasă. Ați căuta zadarnic un personaj care gândește, cântărește argumentele pentru și împotriva și apoi acționează. Dumnezeu îi poruncește lui Avraam să-l jertfească pe Isaac, fiul lui conceput la bătrânețe. Avraam, fără să stea pe gânduri, pune șaua pe măgar și purcede.<sup>3</sup> Așa stau lucrurile cu toate personajele din Biblie.

Biblia prezintă un contrast uluitor cu reportajele moderne. În zilele noastre, atunci când se produce un eveniment important – cutremur, Cupa Mondială, victoria pe un câmp de luptă, un asasinat, o revoltă la Los Angeles – reporterii îi pisează pe participanți cu „La ce vă gândeați?“ și „Cum vă simțiți?“. Este anacronic să ne întrebăm ce credea Iosua despre dărâmarea zidurilor Ierihonului. Acest impuls le era cu totul străin celor

care au raportat faptele uimitoare din vremea lui Avraam până în vremea lui Iisus. Ceea ce s-a întâmplat – în special dacă era ceva bun, o îmbunătățire, un progres – era pur și simplu intervenția lui Dumnezeu în treburile omenești. Gândirea, hotărârile și intențiile omenești nu jucau nici un rol. Scripturile anulează în mod militant și uniform intervenția omenească.

Această dogmă a nemaleabilității umane a saturat civilizația occidentală în vremurile biblice și pe parcursul următoarelor două mii de ani.

### *Breșele de pe firmament*

Această concepție austeră despre progresul omenesc – anume că lucrurile se îmbunătățesc doar prin grația lui Dumnezeu – nu a prea fost pusă sub semnul întrebării pe tot parcursul Evului Mediu. Chiar dacă Evul Mediu nu mai este caracterizat drept stagnant de-a binelea, el a însemnat o mare încetinire a schimbării în treburile omenești. Timp de opt sute de ani, caracterul individual nu s-a schimbat, iar societatea nu s-a schimbat nici ea prea mult. Fiii făceau în mare ceea ce făcuseră înaintea lor tații. Femeile nu prea erau băgate în seamă. Sărăcii rămâneau săraci. Bogații rămâneau bogați. Cunoștințele, care veneau doar de la autoritate, nu se acumulau. În afară de astronomie, care descria mișcările corpurilor cerești, știința nu progresa. Biserica era în miezul lucrurilor, stând neclintită pe Piatra lui Petru. Ritmul schimbării oglindea ideologia.

Apoi au apărut pe firmament trei breșe – libertatea, știința și liberul-arbitru – și, în sfârșit, s-a prăbușit dogma nemaleabilității umane. Prima breșă a fost mișcarea pentru libertatea individuală.

**Libertatea politică.** Pe 15 iunie 1215, la Runnymede, Anglia, o mână de baroni răzvrățiți i-au smuls regelui Ioan un document, Magna Charta, care îi proteja de unele dintre capriciile regelui lor. Chiar dacă nu prea proclamă sufragiul

universal, Magna Charta este cu siguranță precursora libertății așa cum o știm noi:

Nici un om liber să nu fie prins sau închis sau lipsit de drepturile sale, sau pus în afara legii sau exilat sau vătămat în vreun chip, nici nu ne vom ridica împotriva lui, nici nu vom trimite pe nimeni împotriva lui, decât în temeiul unei judecăți legiuite a egalilor săi și potrivit cu legile țării [...].

Toți oamenii trebuie să fie liberi să vină și să plece, în afară de proscrisi și de prizonieri.

Însă ritmul creșterii libertății stagnează, și au trecut mai bine de patru secole până ce a izbucnit în Anglia războiul civil, Carol I a fost decapitat și s-a înființat Commonwealth-ul. Era cu aproape șase secole înainte ca Revoluția Americană să împlinească cerința lui John Locke, ca ocârmuirea să-și tragă puterea din consimțământul celor guvernați. Acest lucru a fost urmat în 1789 de și mai larg democratica Declarație a Drepturilor Omului din timpul Revoluției Franceze.

Mișcarea spre libertate devenise acum torent. Pentru scopurile noastre, este unul dintre cele trei curente care au alungat dogma că nu se poate schimba caracterul uman și că indivizii nu pot să devină mai buni sau să progreseze fără intervenția lui Dumnezeu.

Cea de-a doua breșă a fost credința că nu suntem cu totul în voia naturii.

**Știința poate să manipuleze natura.** Până la Renaștere, știința occidentală nu a prea făcut altceva decât să descrie creația lui Dumnezeu, cu toate că prin observarea atentă a mareelor și a corpurilor cerești se prevedeau destul de bine eclipsele și uneori chiar și inundațiile. Dată fiind concepția predominantă că oamenii nu pot schimba natura lucrurilor și că toate cunoștințele depind de autoritate, nu este o surpriză faptul că știința acelor vremuri era șovăielnică.

Intră în scenă Francis Bacon, una dintre mințile cu adevărat iconoclaste ale Renașterii. Bacon, despre care s-a spus că a scris operele lui Shakespeare și că a fost fiul nelegitim al reginei

fecioare, Elisabeta I, s-a născut în 1561. Tatăl său era Nicholas Bacon, lordul cancelar al Angliei, iar mama sa era Anne Cooke, doamnă de onoare a reginei Elisabeta. Bacon senior s-a distins prin progresul său social. Fusese jurist înainte ca Henric VIII să creeze Biserica Anglicană, dar atunci când Henric a desființat mănăstirile și ducea lipsă de oameni fideli cărora să le încredințeze treburile de stat l-a promovat pe Nicholas Bacon, printre alții de proveniență umilă. Bacon senior a sărit peste barierele sociale, devenind primul membru din familia sa care a trecut într-o clasă socială superioară. Mai întâi Moartea Neagră a distrus sistemul feudal; acum Henric abolise drepturile multora dintre nobili, lăsând disponibile funcțiile înalte pe care le îndepliniseră înainte o mulțime de dispăruți în timpul ciumei și noii dușmani ai lui Henric. Familii întregi înaintau pe scara socială. Francis Bacon a crescut știind că ordinea socială nu este bătută în cuie.

Francis Bacon a intrat la Cambridge la vârsta de doisprezece ani (nici vorbă de adolescență prelungită artificial în această economie de subzistență), și pe dată a urât curriculumul aristotelian obligatoriu, care trecea pe atunci drept cunoaștere. S-a răscolat fățiș împotriva lui. Într-o amețitoare ruptură cu trecutul, el ne-a îndemnat să căutăm cunoștințele în natură – nu la autoritate –, spre binele omenirii. Știința nu trebuie să se limiteze la observarea pasivă a naturii, a spus el. Oamenii pot cu adevărat să manipuleze natura (întocmai așa cum învățase că omul poate să schimbe orânduirea socială). Putem face experimente. Dacă vrem să știm de ce fierbe apa, nu trebuie să-l consultăm pe Aristotel sau Biserica. Putem să facem experimente și să aflăm singuri. Dacă stingem focul, fierberea se oprește. Dacă aprindem iarăși focul, fierberea începe iar. Focul este cauza.

Știința poate să schimbe lucrurile, ne-a spus Bacon. După mai puțin de cincizeci de ani, Isaac Newton a dezvăluit tainele mișcării. A urmat rapid o explozie de cunoștințe în medicină, agricultură și științele economice. Într-o explozie de activitate, următoarele două veacuri au fost martorele oamenilor care

schimbau regii, pe Dumnezeu și Natura însăși. Poate că oamenii, ca indivizi, ar putea să se schimbe chiar și pe ei înșiși. Însă pentru ca acest lucru să devină plauzibil trebuia să apară ultima breșă de pe firmament. A apărut, și avea o înșelătoare formă academică – în dezbateră dintre teologi.

**Liberul-arbitru.** În jurul anului 1480 ereticii erau arși pe rug în întreaga Europă. A fost publicat infamul *Malleus Maleficarum*, îndrumarul pentru dibuirea vrăjitoarelor și smulgerea mărturisirilor acestora prin tortură. Cu nările pline de duhoarea cărnii arzânde, Giovanni Pico della Mirandola, un tânăr aristocrat din Ferrara, a ajuns la Roma și a sfidat dogma nemăleabilității umane. În *Discurs: Despre demnitatea omului*, Dumnezeuul lui Pico îi spune lui Adam:

Nici vreun loc anume în care să hălăduiești, nici vreo formă unică, nici vreun rol care să fie anume al tău nu ți-am dat, Adame, ca să poți avea orice loc, formă și rol pe care le dorești, după dorințele tale și hotărârea ta. Natura tuturor celorlalte este definită și cuprinsă în legile făcute de noi; iară tu, nehotărânit de nimic, cu libera ta voce în ale cărei mâini te-am așezat, îți vei statornici propria natură.<sup>4</sup>

Pico se desfăta cu ideea că omul este liber să aleagă. Omul este înzestrat de Creatorul său cu capacitatea de a se ridica deasupra tuturor fapturilor create, chiar și deasupra îngerilor.

Papa l-a condamnat pe Pico și i-a interzis scrierile. Pico a răătăcit desculț prin lume și a murit de febră la treizeci și unu de ani.

Dar în mai puțin de treizeci de ani Reforma Protestantă era deja în plin avânt. Biserica Catolică și-a pierdut monopolul asupra vieții spirituale din Europa. Și totuși, Reforma nu era deloc o sărbătoare a liberului-arbitru. Luther a anulat libertatea voinței, căci în concepția sa umanitatea a fost creată josnică și neputincioasă: toți oamenii sunt păcătoși, cu toții merităm osânda veșnică.<sup>5</sup>

Apoi Jean Calvin a susținut că suntem cu toții osândiți sau mântuiți încă dinainte de a ne naște. Dumnezeu îi predestinează pe unii dintre noi vieții veșnice, iar pe restul, morții veșnice.

Pe aleșii Săi Dumnezeu îi ține în credință și sfințenie toată viața lor. Succesul în lume poate să fie o emblemă a celor aleși. Nimic din ceea ce facem, nici una dintre alegerile noastre nu ne schimbă soarta. Neajutați, oamenii nu sunt în stare să aleagă binele, iar rațiunea omului nu este în stare să priceapă vreun adevăr în afara simplei existențe a lui Dumnezeu. Faptele bune nu aduc grația divină. Soarta ne este pecetluită dinainte de a ne naște.

Dacă așa stau lucrurile, de ce s-ar mai osteni oamenii să fie buni? Cum ar putea oamenii să fie trași la răspundere pentru faptele lor? Începuse bătălia teologică legată de acțiunea umană. De rezultatul acestei bătălii uriașe depindea însăși soarta ideii că oamenii se pot schimba și pot face progrese. La începutul secolului al XVII-lea, protestanții olandezi liberali conduși de Jacobus Arminius (numele latinizat lui Jacob Harmensen) au susținut că omul are liber-arbitru și participă la alegerea lui întru grația divină.<sup>6</sup> Pentru a fi mântuiți, trebuie să ieșim în întâmpinarea lui Dumnezeu, dacă nu până la jumătatea drumului, măcar cât de cât. Această concepție a fost numită „erezia arminiană”.

Disputa a continuat timp de aproape două sute de ani, cu incursiunile arminienilor în Olanda imediat și în Anglia după o sută de ani, în timpul epurării calviniștilor din vremea Restaurației. Apoi această „erezie” a devenit populară prin predicile lui John Wesley, cofondatorul englez al metodismului, care a propovăduit pe larg această doctrină a mântuirii. Mai întâi, a declarat Wesley, omul are liber-arbitru:

El a fost înzestrat cu vrele, care se manifestă în felurite afecțiuni și patimi; și, în sfârșit, cu libertate, sau libertatea alegerii, fără de care tot restul ar fi fost zadarnic, [...] el ar fi fost la fel de incapabil de viciu ori virtute ca orice parte a creațiunii neînsuflețite. În acestea, în puterea mișcării sale, în înțelegere, voință și libertate, consta imaginea naturală a lui Dumnezeu.<sup>7</sup>

Wesley le spunea mulțimilor care veneau la predicile sale că Dumnezeu oferă mântuirea *în general*, dar că oamenii, folosind

liberul-arbitru, participă activ la obținerea propriei mântuirii prin folosirea „mijloacelor”.

Regula sigură și generală pentru toți cei care se vaietă cerând de la Dumnezeu mântuirea este aceasta – ori de câte ori se ivește prilejul, folosiți toate mijloacele pe care le-a orânduit Dumnezeu; căci cine știe în care dintre ele vă va veni în întâmpinare Dumnezeu cu grația care aduce mântuirea?<sup>8</sup>

Predicile charismatice ale lui Wesley, care puteau fi auzite prin orașe, târguri și sate din Anglia, Țara Galilor și Irlanda de Nord, precum și în coloniile americane, ca și eficiența organizațiilor pe care le-a creat pentru a-i feri pe cei convertiți să alunece înapoi au făcut din metodism o religie puternică și populară. Liberul-arbitru a intrat acum în conștiința populară. Oamenii de rând nu se mai considerau recipiente pasive care așteaptă să fie umplute de grația divină. Viața obișnuită a omului putea să fie îmbunătățită. Oamenii de rând puteau să acționeze pentru a deveni mai buni. Până și nebunii, despre care se crezuse că sunt cazuri desperate, erau eliberați acum dintre zidurile închisorii lor. În 1792, Philippe Pinel, de curând numit medic-șef la azilul La Bicêtre din Paris, a scos cu îndrăzneală lanțurile pacienților săi, în prezența capilor Revoluției Franceze.

Așadar, pe la începutul secolului al XIX-lea cele trei breșe ale dogmei nemaleabilității umane ajunseseră spărturi care nu mai puteau fi astupate. Revoluțiile americană și franceză izbucniseră și învinseseră; mulți oameni ajunseseră să se bucure de o mare libertate politică. Se răspândise credința că știința poate să schimbe natura, că oamenii nu trebuie să stea cu brațele încrucișate, lăsând natura să-i asuprească, și că omul are liber-arbitru. Rezulta că oamenii se pot schimba pe ei înșiși, ajungând să fie mai buni. Dogma nemaleabilității umane, care durase aproape două mii de ani și paralizase progresul uman, era în sfârșit răsturnată.

## Dogma maleabilității umane

Nu exista vreun teren mai fertil pentru această nouă dogmă decât America secolului al XIX-lea. Individualismul aprig era reacția Americii la mentalitatea europeană a nemaleabilității umane, care începea să se destrame. Toate cele de mai jos au alimentat credința:

- democratica idee că oamenii au fost creați egali
- un hotar nemărginit în care săracii să afle bogății
- valurile de imigranți, muncitori pentru pâinea cea de toate zilele, care curând au revendicat puterea
- goana după aur
- motto-ul „de la zdrențe la bogăție“
- învățământul general
- noțiunea de reeducare a delincvenților
- bibliotecile publice
- eliberarea sclavilor
- mișcarea către sufragiul feminin
- un nou liberalism religios, care a pus accentul pe liberul-arbitru și pe faptele bune, prin care ajungem în Rai
- idealizarea întreprinzătorului, întrupare a ambiției și inițiativei

Federaliștii, sceptici în privința capacității poporului de a se cârmui singur cu înțelepciune („Poporul tău, domnule – poporul tău este o mare *fiară!*“ a declarat Alexander Hamilton), și-au pierdut curând puterea în favoarea democrațiilor. Puțini mai susțineau acum ideea nemaleabilității umane. Prima jumătate a secolului al XIX-lea a devenit o epocă măreață a reformelor sociale. Mișcarea religioasă evanghelică din Vestul Îndepărtat era intens individualistă, întâlnirile culminau cu drama alegerii lui Cristos. Au răsărit comunități utopiste al căror scop era atingerea perfecțiunii umane.

Era unanim acceptat faptul că oamenii se pot schimba și îmbunătăți. A afirmat-o Andrew Jackson, când fusese ales președinte, dar încă nu era instalat:

Cred că omul poate fi înălțat; omul poate să fie din ce în ce mai înzestrat cu divinitate; și prin aceasta el devine mai asemănător lui Dumnezeu

în caracter și în stare să se cârmuiască singur. Haideti să continuăm să înălțăm poporul, să ne perfecționăm instituțiile, până ce democrația va ajunge atât de aproape de desăvârșire încât să putem afirma pe drept cuvânt că vocea poporului este vocea lui Dumnezeu.<sup>9</sup>

Existau în această epocă două păreri dominante în privința celui care poate să fie agentul schimbării; amândouă sunt încă foarte prezente acum, când pășim în mileniul următor.

**Booters și bootstrappers.** *Booters* credeau că oamenii se pot îmbunătăți, dar că *agentul schimbării trebuie să fie altcineva*. Pentru unii dintre *booters* mijlocul schimbării era terapeutul care îndrumă pacientul către schimbare. Freud, fondatorul mișcării terapeutice, a încercat autoanaliza și a renunțat.

Autoanaliza mea rămâne neterminată. Am înțeles de ce mă pot analiza doar cu ajutorul cunoștințelor obținute obiectiv (ca un străin). Autoanaliza reală este imposibilă; altfel n-ar mai exista nevroze.<sup>10</sup>

Când cel analizat și cel care analizează sunt unul și același, conflictele care distorsionează gândirea și împiedică intuiția sunt imposibil de aplanat.

Pentru alți *booters* mijlocul progresului uman era schimbarea instituțiilor sociale. Acești reformatori au fondat biblioteci publice, au întemeiat învățământul general, au sprijinit reabilitatea delincvenților, au pledat pentru tratarea morală a nebunilor, au făcut marșuri pentru sufragiul feminin și abolirea sclaviei și au pus temeliile comunităților utopiste. Încă mărsăluiesc și în zilele noastre. Marx a fost personificarea acestei concepții despre schimbare: oamenii sunt prizonierii sistemului economic capitalist; dacă schimbăm sistemul economic, dacă punem mijloacele de producție în mâinile muncitorilor, facem omenirea mai bună.

Din acest grup a răsărit ideea unei „științe sociale“. Imediat după răscola din 1886 de la Haymarket, Chicago, în care șaptezeci de polițiști au fost răniți și unul ucis de greviștii înarmați, lupta de clasă a devenit evidentă pentru liderii de opinie americani. Explicația pe care o dădeau ei purtării rele a trecut



de la caracterul rău (imuabil și individual) la sărăcie și la clasa socială (schimbătoare și generale). Soluția era îmbunătățirea condițiilor clasei de jos, de vreme ce răspunzători nu erau făptașii individuali. Teologii întrebau „nu în ce fel este răspunzător fiecare individ, ci cum ar putea să fie răspunzător pentru cei mulți care nu sunt”<sup>11</sup>. Știința instituțiilor sociale și-a trecut acest program pe ordinea de zi.

Iar pentru alți *booters* mijlocul schimbării era manipularea evenimentelor neprevăzute din mediu care afectează individul. Behavioriștii, în frunte cu John Watson, ne-au spus că un copil este în întregime produsul mediului. Watson spunea în 1920 că singura modalitate de schimbare

este să refaci individul prin schimbarea mediului în așa fel încât trebuie să se formeze obiceiuri noi. Cu cât este mai mare schimbarea, cu atât se schimbă mai mult personalitatea. Puțini oameni pot face aceasta neajutați.<sup>12</sup>

Știința teoriei învățării a fost dedicată afirmației de mai sus (B.F. Skinner a fost cel mai popular partizan recent al acestei concepții despre lume).

Toate aceste propuneri au în comun ideea că oamenii se vor schimba. Dar ei trebuie să fie împinși spre schimbare – de către un terapeut, de instituții sociale reformate, prin manipularea prielnică a mediului. Oamenii nu se pot schimba prin forțe proprii. *Booters* sunt urmașii lui Francis Bacon.

*Bootstrappers* sunt urmașii individualismului lui Pico, Arminius și Wesley. Agentul schimbării este sinele: oamenii se pot trage singuri în sus de șireturile ghetelor.

Pentru unii dintre *bootstrappers* dezvoltarea personală are rădăcini teologice, derivând din Wesley și protestantismul liberal din secolul al XIX-lea combinat cu doctrina americană a „individualismului aprig”. *The Power of Positive Thinking* a lui Norman Vincent Peale, publicată în 1952, și predicile actuale din diminețile de duminică ținute de Robert Schuller la Crystal Cathedral au pătruns în viețile a zeci de milioane de americani.<sup>13</sup> Oamenii cred că pot obține succesul în această lume dacă devin mai buni și că pot obține mântuirea pe lumea

cealaltă dacă fac fapte bune. Emile Coué, farmacistul francez care la începutul secolului îi îndemna pe cei ce luau pilule să alăture medicației gândul „în toate zilele și în toate felurile mi-e din ce în ce mai bine”, a fost un merituos precursor laic al acestor *bootstrappers* religioși din zilele noastre.

Psihologii umaniști sunt și ei *bootstrappers*. Abraham Maslow a susținut că „autoactualizarea” este cea mai înaltă formă a motivației umane, cu toate că o putem realiza doar atunci când sunt satisfăcute nevoile mai elementare – ca hrana, siguranța, iubirea și respectul de sine. Ideile de voință, responsabilitate și libertate au un loc central în psihoterapia existențială și umanistă; pacienții pot chiar să aibă tulburări de voință, iar terapia pune accentul pe creșterea capacității de alegere.

Adepții grupării Alcoholic Anonymous (AA) sunt și ei *bootstrappers*. Doctorul Robert H. Smith a pus bazele AA, și de atunci AA a ajutat probabil un milion de oameni să renunțe la băutura, o problemă care părușe imposibil de soluționat. Totuși, AA nu este *bootstrapping* pur: unul dintre elementele vindecării este reprezentat de hotărârea și voința fiecăruia. Acestea se combină cu credința în ajutorul unei Forțe Superioare și cu sprijinul susținut al grupului. De fapt, AA este un amestec ciudat al unor elemente aparent conflictuale – dezvoltarea personală și acceptarea unei forțe superioare, și voi analiza mai amănunțit preceptele, succesele și eșecurile ei în capitolul despre alcoolism.

În America secolului XX, undeva între îngrijirile oferite de *booters* și sprijinul entuziast oferit de *bootstrappers*, dogma nemaleabilității umane a murit. Vechea dogmă a fost înlocuită de una nouă, opusă ei, care susține că oamenii pot întotdeauna să se schimbe și să progreseze – prin acțiunea altora și prin ei înșiși. La fel ca dogma pe care a uzurpat-o, și aceasta face afirmații generale. *Toate* aspectele caracterului uman, zice ea, pot să cedeze și să fie îmbunătățite cu suficient efort sau învățare sau intuiție.

Dogma maleabilității este oare adevărată?

## Sinele maximal

Multe credințe larg răspândite sunt adevărate. Unele, cum ar fi credința medievală că luna este învelită de o sferă de cristal, sunt false. Altele se împlinesc. Restul acestei cărți încearcă să discearnă dacă este adevărată sau nu credința în maleabilitatea umană nelimitată. Dar înainte de a o evalua vreau să subliniez faptul că această credință că ne putem schimba pe noi înșine este diferită de majoritatea celorlalte credințe. Ea are, cel puțin, calitatea remarcabilă de a se împlini.

Societatea în care trăim glorifică sinele – sinele care poate să se schimbe pe sine însuși și poate să schimbe chiar și felul în care gândește. Economia noastră înflorește din ce în ce mai mult pe baza capriciului individual. Societatea noastră acordă sinelui o putere pe care nici un sine n-a mai avut-o vreodată. Trăim în era controlului personal.

Atunci când a fost creată prima linie de asamblare, la începutul acestui secol, puteam cumpăra doar frigider albe. Vopsirea tuturor frigiderelor cu aceeași culoare costa mai puțin. În anii '50, apariția unor rudimentare mașini inteligente a creat o uluitoare gamă de opțiuni. A devenit posibil (și profitabil, dacă există o piață pentru ele) ca, să zicem, pe fiecare al o sutălea frigider să fie încrustate strasuri.

Această piață a fost creată de glorificarea alegerii individuale. Acum blue-jeans nu mai sunt toți albaștri; se fabrică în zeci de culori și sute de varietăți. Prin permutarea opțiunilor disponibile, vi se oferă un număr uluitor de modele diferite de mașini noi. Există sute de feluri de aspirină și o mie de feluri de bere.

În vederea creării unei piețe pentru toate aceste produse, publicitatea a dezlănțuit un mare entuziasm față de controlul personal. Sinele care hotărăște, care alege, care este preocupat de plăcere a devenit o afacere imensă. (Acum există chiar și o revistă de succes numită *Self*.) Atunci când omul are o grămadă de bani de cheltuit, individualismul devine o concepție despre lume foarte profitabilă.

După cel de-al Doilea Război Mondial America a devenit o țară bogată. Cu toate că zeci de milioane de oameni au ieșit din zona prosperității, acum americanii au, în medie, o putere de cumpărare mai mare decât a oricărui alt popor din istorie. Bogăția noastră este legată de năucitoarea gamă de produse oferite nouă de același proces care a produs frigiderul cu strasuri. Avem mai multă hrană, mai multe haine, mai multă educație, mai multe concerte, mai multe cărți și mai multe cunoștințe despre piață dintre care să alegem decât a avut vreodată un alt popor.

Cine alege? Sinele. Sinele modern nu este țăranul de demult, în fața căruia se întindea un viitor bătut în cuie. El (și acum și ea, dublând efectiv piața – mai puneți la socoteală și copiii) este un teren comercial forfotind de opțiuni, decizii și preferințe. Rezultatul este un tip de sine care nu a mai fost văzut pe planetă – sinele maximal.

Sinele are o istorie. Am văzut că până la Renaștere sinele era minimal; într-un tablou de Fra Angelico toate personajele în afară de Iisus arată la fel. La Pico și Bacon sinele s-a extins, iar în lucrările lui El Greco și ale lui Rembrandt personajele secundare nu mai arată ca membrii unui cor care pot fi confundați între ei. În vremea lui Andrew Jackson, sinele, exercitând putere politică și având liber-arbitru, devenise complex.

Bogăția și tehnologia noastră au culminat acum într-un sine care, într-o măsură nemaivăzută, alege, simte plăcerea și durerea, dictează acțiunea, optimizează și are chiar și atribute foarte rafinate – cum ar fi stima, eficiența, încrederea, controlul, cunoașterea. Eu numesc acest nou sine, absorbit de interesul față de recompensele și pierderile de care are parte, sinele maximal, pentru a-l deosebi de cel pe care l-a înlocuit, sinele minimal, sinele din Biblie și cel al lui Luther. Sinele minimal nu făcea altceva decât să se comporte; era, cu siguranță, mai puțin preocupat de felul în care se simțea. Îl interesa mai mult să-și facă datoria.

Pledoaria pentru dezvoltarea personală n-ar fi avut nici un sens înainte de apariția sinelui maximal. O societate care consideră

că tornadele sunt vrerea lui Dumnezeu nu construiește adăposturi. Sau, chiar dacă le construiește, lumea nu intră în ele și nici măcar nu ascultă la radio avertismentele de tornadă. O societate care consideră că băutul își are rădăcinile într-un caracter rău și imposibil de schimbat nu va încerca să-i facă pe alcoolici să se înfrâneze de la băut. O societate care consideră că depresia își are rădăcinile în gene de proastă calitate sau într-o chimie cerebrală nepotrivită nu va încerca să-i facă pe cei deprimați să-și schimbe gândurile atunci când au un eșec. Noțiunile de terapie, recuperare și dezvoltare personală nu apar într-o societate a sinelui minimal care, în primul rând, nici n-ar fi prea interesată de psihologie. Crezând în dogma nemaleabilității umane, sinele minimal nu acționează pentru a se schimba.

Dar atunci când o societate exaltă sinele, așa cum face societatea noastră, sinele, gândurile sale și consecințele lor sunt tratate cu atenție ca obiecte ale științei, terapiei și îmbunătățirii. Acest sine care se îmbunătățește nu este o himeră. Dezvoltarea personală și terapia funcționează bine de multe ori, și la baza acestor strategii stă credința în maleabilitatea umană. Sinele maximal crede că se poate schimba și se poate îmbunătăți, și însăși această credință este ceea ce permite schimbarea și îmbunătățirea. Dogma maleabilității umane tinde să se adevărească.

### 3. MEDICAMENTE, MICROBI ȘI GENE: EPOCA PSIHIATRIEI BIOLOGICE

Cu toată răspândirea lor, dezvoltarea personală și psihoterapia sunt privite de multă lume cu scepticism și chiar cu dispreț, căci aceasta este și epoca psihiatriei biologice, cu concepția sa biomedicală despre emoții, personalitate și bolile mintale. Ea are trei principii fundamentale:

- Boala mintală este în realitate boală fizică.
- Emoția și starea de spirit sunt determinate de chimia cerebrală.
- Personalitatea este determinată de gene.

Toate trei se împotrivesc ideii că ne-am putea schimba – cu sau fără terapeut. Psihiatria biologică are o concepție despre schimbare complet diferită:

- Vindecarea bolii fizice de la bază vindecă boala mintală.
- Medicamentele vindecă emoțiile și stările de spirit negative.
- Personalitatea noastră este imuabilă.

Aceasta este poziția extremă. Există multe poziții care fac compromisuri, referindu-se la „interacțiunea“ biologiei cu mediul, la „contribuția“ genetică, la „programarea“ și „predispozițiile“ genetice. Unele dintre aceste compromisuri nu sunt decât anestezice care ne amorțesc gândirea, făcându-ne să credem că disputa fundamentală înnăscut/dobândit a fost oarecum soluționată, sau că este o pseudoproblemă. Într-o mare parte din această carte apar poziții intermediare rezonabile, dar nu și în acest capitol. Aici este prezentată poziția extremă, iar poziția extremă nu este nici superficială, nici vreun „bau-bau“. Ea reprezintă credințele de temelie ale unei mari părți

din lumea biomedicală. Această concepție derivă din trei descoperiri capitale.

*Variola italiană, variola franțuzească,  
variola englezească*

Cea mai cruntă epidemie de nebunie din istoria scrisă a început la câțiva ani după ce Columb a descoperit Lumea Nouă și a continuat cu violență din ce în ce mai mare până la începutul secolului nostru. I-a afectat atât pe cei puternici – de la Henric VIII până la Randolph Churchill, tatăl strălucit și excentric al lui Winston –, cât și pe oamenii de rând. Mai întâi apărea slăbirea brațelor și picioarelor, apoi de-a dreptul megalomanie, urmate de paralizia totală, letargie și moarte. Boala și-a luat numele de la simptomul final de paralizie: paralizie totală.

Prin 1884 azilurile din Europa erau ticsite de bărbați aflați în ultimele faze ale acestei boli, care zbierau măscări. Cauza ei stârnise un vârtej de controverse. Opinia tradițională, avându-l ca lider pe decanul psihiatriei germane, Wilhelm Griesinger, era că paralizia este rezultatul vieții nedisciplinate, în special al fumatului de trabucuri proaste. O minoritate dintre ei – savanți empirici, nu psihiatri teoreticieni, printre care tânărul Richard von Krafft-Ebing – susțineau că este rezultatul sifilisului.

Griesinger nici nu voia să audă de așa ceva. Cum ar fi putut să fie rezultatul sifilisului? Mulți dintre cei paralizați nu avuseseră contact sexual ani întregi. Aproape toți negau cu îndârjire că ar fi avut sifilis. Alți câțiva se poate să fi avut sifilis, dar cu douăzeci-treizeci de ani înainte – un șancru pe penis, care a durat o săptămână și apoi a dispărut. Cum ar putea să provină paralizia din sifilis?

Pe atunci oamenii de știință nu puteau să se uite pur și simplu în creierul acestor paralitici morți ca să vadă dacă este prezent germenele sifilisului. În acea vreme microscopul era primitiv, iar coloranții pentru țesuturi erau și mai rudimentari.

Când te uitați în creier nu vedeai decât un terci cenușiu-albicios. În plus, organismul care provoacă sifilisul nu era cunoscut – era doar un germen ipotetic. Totuși, existau din ce în ce mai multe dovezi că paralizia este o afecțiune a creierului: pupilele paraliticiilor nu se contractau atunci când era proiectată pe ele lumină, iar la autopsie creierul arăta scofălcite.

Nu numai Griesinger nega faptul că această maladie mintală ar fi o boală a trupului. Spre deosebire de prezent, când susținem că nebunia este fie mintală, fie fizică, în secolul al XIX-lea convingerea generală era diferită. Nebunia era un defect *moral*, manifestarea exterioară a caracterului rău. Oricât de ciudat ne-ar suna nouă ideea, această credință reprezenta un progres față de secolele precedente, în care se credea că nebunia înseamnă posedarea de către Necurat.

Krafft-Ebing a schimbat această situație. Într-unul dintre cele mai îndrăznețe experimente din istoria psihiatriei, el a arătat că paralizia totală este provocată de sifilis. A arătat aceasta fără să cerceteze deloc creierul, cu treizeci de ani înainte ca cineva să vadă la microscop *Treponema pallidum*, spirochetul sifilitic. El știa, așa cum știau toți bărbații cu școala vieții, că sifilisul, la fel ca vărsatul de vânt sau oreionul, este o maladie de care nu te mai poți îmbolnăvi a doua oară. Dacă îți apare pe penis un șancru după contactul sexual cu o femeie contaminată, ai probleme câteva săptămâni. Te ustură când urinezi; e posibil să faci febră. După aceea totul pare să fie în ordine, și te poți bucura în voie până și de cele mai mari târfe fără să-ți mai apară vreun șancru.

Krafft-Ebing a făcut un experiment pe nouă dintre pacienții săi, toți bărbați de vârstă mijlocie cu megalomanie, care negau vehement că ar fi avut vreodată infama „variola franțuzească” (nemții îi ziceau „variola franțuzească”, francezii îi ziceau „variola italienească”, italienii îi ziceau „variola englezească”). El a colectat materie din șancrul de pe penisul unor bărbați care tocmai se molipsiseră de sifilis (asta nu-i deloc știință teoretică) și a injectat-o celor nouă pacienți.

Nici unuia dintre ei nu i-a apărut vreun șancru. Un experiment memorabil a pus capăt controverselor. Toți acești nouă bărbați trebuie să fi avut deja sifilis și, prin urmare, germenele sifilisului trebuie să fi fost cauza paraliziei totale, prin cine știe ce proces foarte lent.

Curând a apărut o avalanșă de dovezi pozitive. A fost descoperit *Treponema pallidum* și i s-a constatat prezența în creierul paralizicilor. S-a descoperit că un simplu test al sângelui detectează sifilisul și a fost creat „606”, numit așa pentru că până atunci eșuaseră șase sute cincisprezece preparate. Acesta a ucis *Treponema* și, astfel, a prevenit paralizia.

Atât de mare a fost succesul lucrării lui Krafft-Ebing, încât cea mai răspândită boală mintală din secolul al XIX-lea a fost eradicată în decursul unui deceniu. (Când căutam paralizici prin Philadelphia – eu predau la University of Pennsylvania – ca să-i instrui pe studenții din zilele noastre, este foarte greu de găsit vreunul.) Însă Krafft-Ebing, acest savant plin de curaj și geniu, a izbutit mai mult decât simpla descoperire a cauzei paraliziei. Cu această descoperire a convins lumea medicală de ceva mult mai amplu: *Boala mintală nu este altceva decât o boală trupească*. Acesta a devenit principiul de căpătâi, strigătul de luptă și programul noului domeniu al psihiatriei biologice. A urmat un secol de cercetări pe temele schizofreniei, depresiei, sindromului Alzheimer și multor alte probleme despre care se presupunea că își au rădăcina într-o dereglare a creierului. În prezent se consideră că schizofrenia este rezultatul cantității prea mari a unui neurotransmițător din creier; depresia este rezultatul cantității prea mici a altui neurotransmițător; sindromul Alzheimer este rezultatul deteriorării unor anumiți centri nervoși; excesul de greutate este rezultatul activității insuficiente a altui centru (pentru nici una dintre cele de mai sus nu a fost dat verdictul).

Rezultă de aici că în cazul tuturor bolilor mintale o schimbare reală este posibilă doar după eliminarea bolii fizice. De exemplu, dacă ucidem spirochetele, punem capăt deteriorării

mintale. Dacă creștem nivelul neurotransmițătorilor, vindecăm depresia, dacă le scădem nivelul, vindecăm schizofrenia. Dacă efectuăm lobotomie – extirparea centrilor nervoși respectivi – vindecăm tulburările legate de anxietate. Dacă reprogramăm cu ajutorul unui medicament centrul poftelor de mâncare, vindecăm excesul de greutate. Privită din acest unghi, psihoterapia în cazul unei boli biologice este o prostie sentimentală. În cel mai bun caz poate fi cosmetică. Un terapeut ar putea să ajute un paralizic să se adapteze la starea lui mintală și fizică din ce în ce mai gravă. Un terapeut ar putea îndemna un schizofrenic să nu uite să-și ia pilulele și să nu-i spună șefului său ce halucinații are.

### Medicamentele și emoțiile

Iată cum arată psihoza în floare:

*Lester apare într-o dimineață la merceeria tatălui său într-o ținută îngrozitoare. E gol pușcă, vopsit din cap până-n picioare într-un roșu-maroniu și mănjit cu nămol. Are înfipt în obraz un cârlig de pescuit enorm, cu zimți.<sup>1</sup>*

*„Sunt un vierme”, bolborosește, târându-se pe podea. Casierul cheamă poliția și Lester e dus cu forța la Baptist Memorial Hospital.*

*La spital schizofrenia lui Lester e în floare. Își închipuie că aude sunetele scoase de niște pești care mănâncă lacom. Crede că el este obiectul lăcomiei lor. Are iluzia specială că este un vierme, probabil legată de disperarea produsă de faptul că prietena lui l-a părăsit („Vierme ce ești!” a strigat ea, trântind ușa). Starea lui de spirit fluctuează sălbatic, de la groază la nebunie confuză și la tristețe profundă.*

*Lester e nebun de legat. Dar ceea ce se întâmplă apoi pare de-a dreptul miracol. Este sfârșitul verii lui 1952. Unul dintre rezidenții de la Baptist Memorial Hospital tocmai s-a întors la Memphis după un an petrecut în Franța. Înainte de a pleca din Europa ascultase o lucrare uimitoare prezentată la Luxemburg, la Congresul francez al psihiatrilor și neurologilor. Profesorul Jean Delay, șeful secției de psihiatrie de la Hôpital Sainte-Anne din Paris, anunța o descoperire epocală în tratamentul psihozei.*

Psihoza: cea mai feroce maladie mintală. În 1952 saloanele dosnice din spitalele de boli mintale din Paris, New York, Moscova și Memphis erau suprapopulate de pacienți ca Lester. Aceste saloane erau numite „gropile cu șerpi”. Pacienții aveau halucinații și nu se putea comunica cu ei, ori erau catatonici și nu scoteau nici o vorbă, ori delirau sălbatic și erau în cămăși de forță, ori râdeau prosteste și vorbeau aiurea, ori erau pur și simplu abătuți, holbându-se la pereți. Acestor schizofrenici li se aplicau toate procedurile cunoscute: terapia cu electroșocuri, hibernarea artificială, lobotomia, șocul insulinic, amestecuri de medicamente. Totul era zadarnic. Psihoticul putea avea unele ameliorări, dar în general se considera că viitorul lui este sumbru.

Delay a anunțat un tratament care dădea rezultate. Împreună cu Pierre Deniker testase o nouă antihistamină, sintetizată cu doi ani înainte de compania Rhone-Poulenc pentru tratarea alergiei la polen. Pacienții lor au devenit uimitor de liniștiți: în câteva zile halucinațiile au dispărut, așa cum eușma de zăpadă așezată de viscol pe un copac se topește într-o dimineață blândă de iarnă. Psihoticii intrau din nou în contact cu lumea reală.

*La discutarea cazului lui Lester se iscă o ceartă cumplită. Psihanalistii plodează în favoarea psihoterapiei. Ei cred că halucinațiile lui sunt provocate de panica homosexuală. Orice formă de schizofrenie este „homosexualitate latentă”, zic ei. A-l trece pe Lester pe medicație n-ar fi decât o cosmetizare și, mai grav, ar putea să-l împiedice să perceapă conflictul care stă la baza problemei. Dar rezidentul de-abia întors de la Paris o ține pe-a lui. Repetă rezultatele lui Delay și are câștig de cauză. Lester este injectat cu noul medicament, clorpromazina. Se desinde imediat. (Se spune că noul medicament este un „tranchilizant su-prem”.) Înainte de sfârșitul săptămânii Lester e uluit de consumația sa și se spală de toată vopseaua. Ideea că ar fi vierme îi pare acum la fel de nebuinească pe cât ne pare nouă. În mai puțin de trei săptămâni Lester revine la munca lui de aprovizionare a rafturilor din magazin.*

Noul medicament s-a răspândit fulgerător în lumea psihiatrică. În fiecare centru medical important li se dădea clorpromazină pacienților psihotici și, global, ea dădea rezultate bune. Starea celor mai mulți dintre ei se ameliora în câteva săptămâni. La

mulți ameliorarea era uimitor de mare. Chiar și unii pacienți care vegetaseră în tăcere în saloanele dosnice un deceniu sau mai mult și-au revenit și după câteva luni au fost externati. Saloanele dosnice s-au golit și pentru prima dată după ani de zile au fost paturi libere în saloanele secțiilor de psihiatrie.

Așa a început revoluția medicamentelor, căreia în psihiatrie i s-a spus „a treia revoluție”. Prima fusese cea a lui Pinel, care a sfârșit lanțurile nebuniei; cea de-a doua a fost inventarea psihanalizei, de către Freud. Premisa revoluției medicamentelor este că *dereglările stării de spirit și emoțiilor reflectă dereglări ale chimiei cerebrale. Dacă se corectează cu ajutorul medicamentelor chimia cerebrală, se corectează starea de spirit și emoțiile.*

Revoluția medicamentelor s-a extins cu iuteală. Medicamentele erau compatibile cu venerabilul model al bolii. Faptul că prescriau medicamente i-a salvat pe psihiatri de scepticismul disprețuitor al colegilor lor medici, care erau adepții unei științe mai tradiționale. Medicamentele erau ieftine și acționau rapid. Medicamentele erau o afacere foarte mare, și exista un lobby imens pentru ca ele să fie vândute medicilor, Congresului, mass-mediei și publicului.

Și medicamentele au avut efect. A apărut un șuvoi de prezentări de cazuri. S-au făcut studii ale rezultatelor noilor anti-psihotice, și de obicei medicamentele s-au dovedit mai eficiente decât pilulele de zahăr administrate grupurilor de control. La circa 60% dintre pacienți s-a constatat o ameliorare, cu toate că puțini s-au vindecat complet.<sup>2</sup>

**Depresia, mania și anxietatea.** Pe măsură ce creștea entuziasmul față de medicamente în tratarea psihoticilor, noi medicamente erau testate pe pacienți care sufereau de alte maladii. Primul antidepressiv a fost descoperit accidental: fusese testat un nou medicament pentru tuberculoză. Starea pacienților s-a ameliorat. Erau încântați. Grozav de încântați. Dansau pe coridoare și țipau extaziați. Medicamentul – iproniazid – era în

principal un euforizant. În primul an în care a ieșit pe piață, 1957, au fost tratați cu el 400 000 de pacienți.<sup>3</sup> Din nefericire, iproniazidul este toxic, uneori chiar letal. Curând a fost depășit pe piață de antidepresive mai ușoare, numite triciclice, căci companiile farmaceutice se întreceau să creeze versiuni noi, puțin diferite (putând fi, prin urmare, patentate). Și ele au dat rezultate bune, iar efectele secundare erau mai slabe. La circa 65% dintre pacienți s-a redus depresia.<sup>4</sup> Prozacul, ridicat în slăvi ca „medicament revoluționar pentru depresie” pe coperta revistei *Newsweek* în 1990, funcționează în aceeași proporție ca medicamentele anterioare, dar s-a susținut că are efecte secundare mai mici.<sup>5</sup> Prozacul și-a adjudecat partea leului pe piață.

Antidepresivele dădeau rezultate moderate. În schimb, a fost decoperit un medicament cu adevărat „miraculos” – carbonatul de litiu – pentru tratarea maniei. John Cade, un medic australian care lucra singur și în condiții primitive, a descoperit că urina pacienților săi cu manie omora cobaii: rozătoarele tremurau, aveau convulsii puternice, se prăbușeau și mureau. El le-a injectat litiu, un element despre care se știa că este otrăvitor, și cobaii au devenit liniștiți și letargici și au supraviețuit injecțiilor cu urina pacienților cu manie. Atunci Cade a încercat să le administreze litiu pacienților cu manie a căror urină era letală. În câteva zile agitația lor, gândurile care se perindau rapid, imposibilitatea de a se concentra și excitarea euforică au fost înlocuite de calm.<sup>6</sup>

În 1970 psihiatrii prescriau deja în mod obișnuit litiu în cazul sindromului maniaco-depresiv. Înainte de litiu, sindromul maniaco-depresiv era o maladie handicapantă și incurabilă: 15% dintre pacienții maniaco-depresivi se sinucideau și majoritatea lor – mulți maniaco-depresivi sunt foarte talentați – nu își puteau păstra serviciul. Comportamentul celor afectați este atât de detestabil, încât întotdeauna familiile lor erau nefericite, iar în 60% dintre căsnicii se ajungea la divorț (într-o vreme în care divorțurile erau rare). Cu litiul lucrurile s-au schimbat. Circa 80% dintre maniaco-depresivi sunt ajutați de el, cei mai mulți în mare măsură.<sup>7</sup>

Cea mai mare senzație au creat-o anxioliticele. De obicei anxietatea era considerată o parte inevitabilă a vieții tuturor, chiar dacă era neplăcută și strica bunul mers al lucrurilor. Freud o considera emoția fundamentală, și prima jumătate a acestui secol a fost numită epoca ei. Totuși, atunci când este extremă și scapă de sub control, anxietatea este indiscutabil o problemă clinică.

La jumătatea anilor '50 Miltown (meprobamat) a fost folosit pentru prima oară la pacienții anxioși, cu efect fenomenal: pacienții înnebuniți se relaxau aproape deplin în câteva minute, rămânând însă conștienți; iar problemele lor, care cu câteva clipe mai devreme îi copleșeau, păreau acum minunat de îndepărtate. Somnul venea cu ușurință.

În mod previzibil, Miltownul a fost folosit în exces. Cursa industrială era în plin avânt. Librium (clordiazepoxid) a înlocuit Miltown și a ajuns pe locul întâi în lume între medicamentele prescrise. Valium (diazepam), de cinci ori mai puternic, a înlocuit curând Librium. În prezent aceste medicamente rivalizează cu alcoolul în folosirea lor zilnică de către americani. Dacă problemele vă provoacă anxietate și puteți găsi un medic înțelegător, faptul că luați Valium de patru ori pe zi este foarte acceptabil.<sup>8</sup> Nu mai trăim în Epoca Anxietății. Este Epoca Tranchilizantelor.

Cel de-al doilea principiu al psihiatriei biologice pare să fie neclintit. Medicamentele, susțin adepții lor, au triumfat asupra psihozei și maniei și au eliminat stările de spirit mai obișnuite, depresia și anxietatea. Emoțiile și starea de spirit nu sunt altceva decât chimie cerebrală. Dacă nu vă place cea pe care o aveți, o puteți schimba cu ajutorul medicamentului potrivit.

### *Latura întunecată a medicamentelor*

Am încercat să prezint medicamentele cu cât mai multă simpatie. A trebuit să mă stăpânesc bine. Medicamentele acționează asupra emoțiilor. Mania poate fi atenuată în mare măsură. Depresia poate fi ameliorată moderat. Anxietatea poate fi eliminată

aproape instantaneu. Halucinațiile psihotice pot fi alungate în mod chimic.

Dar povestea mai are o latură. De ce în general medicamentele chiar au efect? Poate că aveți imaginea naivă a medicamentelor care se năpustesc în picaș asupra bolii care vine din afară și o ucid, ca un șoim care atacă un iepure. Eu am o viziune diferită a modului cum acționează o mulțime de medicamente și, chiar dacă este controversată, ea vă va ajuta să înțelegeți latura sordidă. În viziunea mea, medicamentele sunt ele însele invadatori, întocmai ca bolile. Pentru corpul nostru medicamentul apare ca o toxină, și sistemul natural de apărare este mobilizat pentru a o combate. Un efect secundar este că acest sistem de apărare mobilizat se întâmplă să ucidă boala. Adevăratul efect secundar al unui medicament este stăvilirea bolii. Principalul efect al unui medicament este producerea de boli mai mici, nedorite, numite eufemistic „efecte secundare”.

Paralizia totală însăși a fost inițial stăvilită printr-o astfel de tactică. În 1917 Julius Wagner von Jauregg, un psihiatru austriac, și-a îmbolnăvit intenționat pacienții de malarie. Raționamentul lui a fost că boala „minoră”, malarie, prin faptul că produce febră mare și mobilizează alte sisteme de apărare, ar putea ucide boala majoră, paralizia. Chiar asta s-a întâmplat, și Wagner von Jauregg a primit în 1927 Premiul Nobel, devenind singurul psihiatru căruia i s-a acordat vreodată o astfel de onoare. După părerea mea, Wagner von Jauregg nu a folosit o tactică medicală specială. De obicei medicamentele acționează în același fel: prin inducerea unei boli mai ușoare pentru a vindeca o boală mai gravă.

**Psihoza.** Antipsihoticele par să „funcționeze” în circa 69% din cazuri, cu toate că, în mod surprinzător, există puține studii bine efectuate ale rezultatelor. O mare minoritate a pacienților nu obțin vreun beneficiu<sup>9</sup> (cu toate că „beneficiu” nu este un cuvânt prea potrivit, chiar și atunci când medicamentele au efect – medicamentele *amelioarează* simptomele, dar pacienții nu se restabilesc deplin). Schizofrenicii devin mai ușor de con-

trolat – mai liniștiți, mai puțin ciudați, mai docili –, dar tot schizofrenici sunt. Acest lucru este convenabil pentru personalul spitalicesc și poate fi cu ușurință confundat cu vindecarea.

*Lester are în continuare gânduri ciudate, dar nu mai sunt atât de puternice ca înainte. De asemenea, a învățat să nu mai vorbească despre faptul că este vierme, cu toate că încă mai crede adesea că asta este.*

*Din păcate, din 1952 încocoace Lester, căzut din nou pradă halucinațiilor, a fost internat de șase ori pe perioade de câte o lună.*

Supraaglomerarea saloanelor dosnice a încetat în urma tratamentelor, dar a fost înlocuită cu o „ușă turnantă”. Multe dintre persoanele pe care le vedem zăcând pe străzi în marile orașe americane au ajuns acolo după repetate externări din spitalele pentru boli mintale, în urma administrării de antipsihotice. Ajunși pe stradă, starea lor se degradează din nou – fie din cauză că nu-și mai iau medicamentele, fie din cauză că medicamentele nu-și mai fac efectul – și în scurt timp poliția îi duce înapoi la spital.

Psihoticii nu încetează să ia medicamentele doar din cauza confuziei sau a faptului că sunt cu gândul aiurea. Odată am fost „pseudopacient” și am reușit să fiu internat în salonul bărbaților de la Norriston State Hospital (Pennsylvania), care era ținut încuiat. Am observat o năvală către toaletă în momentul primirii medicamentelor, și mi-am urmat vecinii de salon. Acolo am dat peste o coadă lungă de pacienți care ascuseseră sub limbă pilulele și le aruncau unul după altul în vasul WC-ului.<sup>10</sup>

Medicamentele antipsihotice au efecte secundare supărătoare. Cele mai evidente sunt aritmia cardiacă, hipotensiunea, nervozitatea și neastămpărul incontroabile, imobilitatea feței, care îl lipsește pe pacient de posibilitatea de a zâmbi, tremurăturile și mersul târșăit. Câțiva dintre pacienți mor. Un efect secundar dezastruos, și extrem de neplăcut privirii, este dischinezia tardivă, în care medicamentele distrug ceva (până în prezent necunoscut) care ține de controlul mișcărilor la nivelul creierului. Victimele ei își sug buzele și pleacăie incontroabil.



*Familia lui Lester se preface că nu observă. Dar Lester arată adesea ca un broscoi care prinde muște.*

Această deformare apare la circa un sfert până la o treime dintre pacienții care iau medicamente. Cu cât medicamentul este administrat mai multă vreme, cu atât crește riscul de apariție a dischineziei tardive complet ireversibilă<sup>11</sup>.

**Depresia.** Medicamentele antidepressive au efect cam în 65% din cazuri. La fel ca antipsihoticele, sunt cosmetice. Dacă nu le mai luați există la fel de multe riscuri ca depresia să recidiveze și să aveți o nouă criză. Ele nu modifică pesimismul profund și caracteristica de neputință a celor care suferă de depresie. Atunci când vă vindecați de depresie cu ajutorul unui medicament nu ați dobândit noi abilități și noi idei despre modalitatea de a face față repetatelor eșecuri pe care le aduce viața. Atribuiți meritul vindecării unui medicament sau unui medic binevoitor, nu dumneavoastră înșivă.

Antidepressivele, la fel ca antipsihoticele, au efecte secundare supărătoare. Inhibitorii de monoaminooxidază (MAO), un tip de antidepressiv folosit cândva în mod obișnuit, pot fi mortali. Triciclicele sunt mai slabe, dar pot să producă probleme cardiace, delir, confuzie și pierderea memoriei, precum și oboseală extrem de puternică; o mare minoritate dintre pacienți nu le tolerează. Cea mai nouă apariție – Prozacul – produce mai puțină somnolență, uscăciune a gurii și transpirație ca medicamentele mai vechi, dar are ca efect mai multă greață, nervozitate și insomnie. Eli Lilly, creatorul lui, poate culege acum roadele mediatizării intense premature, deoarece există studii de cazuri care sugerează că Prozacul provoacă obsesia sinuciderii într-o măsură fără precedent. Încă nu s-a făcut vreun studiu controlat.<sup>12</sup>

**Anxietatea.** Medicamentele tranchilizante atenuează anxietatea. Ele vă aduc o relaxare spectaculoasă și fac viața să pară mai plăcută. Dar, la fel ca antidepressivele și antipsihoticele, sunt cosmetice. Dacă nu le mai luați, anxietatea revine

cu toată forța. Mai grav, în cazul în care anxietatea izvorăște dintr-o problemă reală, descoperiți că între timp n-ați făcut nimic ca s-o rezolvați. Atunci când anxietatea este mesajul că trebuie să luați măsuri în privința vieții dumneavoastră, tranchilizantele vă împiedică să primiți acest mesaj. În plus, aceste medicamente au fost folosite în mod exagerat în tulburările de tip anxios: probabil că sunt inutile în tulburarea de panică și în anxietatea generalizată.<sup>13</sup>

Anxioliticele nu au efectele secundare nocive ale antipsihoticelelor și antidepressivelor. Probabil că nu ne ucid, nici măcar în doze exagerate. Dar, spre deosebire de altele, anxioliticele își pierd puterea pe măsură ce le luăm, și probabil creează dependență.<sup>14</sup>

**Mania.** Litiul acționează eficient asupra maniei. Principala problemă în cazul litiului este că mulți pacienți cu manie refuză să-l ia, deoarece le place să rămână în starea lor. În secolele trecute litiul a fost folosit ca medicament, dar era în dizgrație (deoarece producea atacuri de cord) atunci când John Cade, cercetătorul australian, i-a dat o nouă viață prin descoperirea proprietăților lui antimaniacale. Prin urmare, spre deosebire de medicamentele menționate mai înainte, litiul a produs mai puține surprize neplăcute.<sup>15</sup> Tabăra medicală era prevenită, și pacienții care luau litiu pentru ameliorarea sindromului maniaco-depresiv au fost supravegheați de la început cu atenție de către medicii lor curanți.

### *Genele noastre și personalitatea*

Principiul suprem al psihiatriei biologice este caracterul genetic al personalității. Acest lucru este în așa măsură contrar sensibilității politice din vremea noastră, încât redescoperirea lui reprezintă un șoc pentru sistem. Cum a ajuns psihiatria biologică să creadă într-o astfel de idee „neluminată”? Să luăm în discuție explicația la modă despre maltratarea copiilor.

*Andy este un copil de doi ani foarte turbulent. Steven, tatăl lui, îl bate ori de câte ori Andy face târâboi – nu doar câteva palme la poponeț: se lasă cu ochi învinețiți și degete rupte. Când se dezlănțuie, Steven nu se mai poate opri. Plânsul lui Andy îl atâță și mai tare pe tată, și Steven nu se oprește până ce Andy începe să geamă cu voce stinsă. Toate astea au ieșit la iveală atunci când mama lui Andy l-a dus la urgență, după o „căzătură”. Steven a fost arestat.*

*Steven a fost bătut cu cruzime de tatăl lui în cea mai mare parte a copilăriei și își amintește că tatăl spunea că fusese bătut în copilărie de tatăl său.*

Sociologii ne spun că acest ciclu al maltratării copiilor este învățat. Steven a învățat să-l bată pe Andy atunci când a fost bătut de tatăl său, iar tatăl său a învățat în același fel. Este foarte posibil ca odraslele celor care își maltratează copiii să-și bată propriile odrasle mai des decât cei care nu au fost bătuți de părinții lor. Însă această dovadă este compatibilă și cu altă teorie, una atât de demodată, încât nu a fost luată în considerare de sociologii care au descoperit transmiterea ereditară a maltratării copiilor.<sup>16</sup>

**Lucrurile asupra cărora acționează evoluția.** Cealaltă explicație este că agresivitatea este moștenită și că oamenii mai agresivi au „gene mai agresive”. Această teorie sugerează că persoanele care bat copiii mici sunt încărcate cu astfel de gene. Dacă acei copii mici sunt urmașii biologici ai celor care îi maltratează, vor crește la rândul lor agresivi – nu pentru că „învață” ceva când sunt bătuți, ci din cauză că moștenesc tendințele agresive ale părinților.

Steven îl bate pe Andy din cauză că a moștenit o dispoziție agresivă (pe care i-a transmis-o fiului său de două ori nenorocos), sau a învățat să bată copiii din bătăile suferite de el în copilărie? Cum se poate răspunde la această întrebare?

Suntem obișnuiți cu ideea că genele controlează caracteristici simple, precum culoarea ochilor. Dar poate un lucru complex, cum este o trăsătură de personalitate – de exemplu agresivitatea –, să fie moștenit? Pentru a trata această problemă

este util să ne gândim la evoluție: care sunt lucrurile asupra cărora acționează evoluția și ce anume este selectat?

Eu cred că genele, lanțul molecular special al ADN-ului și trăsăturile simple, de exemplu culoarea ochilor, sunt selectate doar *indirect*. Ele sunt selectate datorită faptului că posesorul lor are mai mult succes la reproducere și la supraviețuire decât posesorii unor lanțuri de ADN diferite. Însă lucrurile care ajung să fie selectate direct sunt caracteristicile care îl fac pe posesor să câștige competiția reproducerii și supraviețuirii. Trăsăturile complexe, „molare”, cum sunt frumusețea, inteligența și agresivitatea, sunt materia primă a selecției naturale, care ia în considerare doar „modulele”, trăsăturile care duc în mod nemijlocit la succesul în reproducere. Aceasta înseamnă că selecția trăsăturilor complexe este mecanismul normal al evoluției.

Biologia moleculară procedează invers. Acest domeniu se ocupă exclusiv de trăsăturile simple și de blocurile de construcție moleculare (lanțurile de ADN) – o știință respectabilă, cantitativă. Însă aceasta nu înseamnă că natura ar fi cătuși de puțin interesată de trăsăturile simple sau de părțile lor constitutive moleculare ori că moștenirea trăsăturilor simple aruncă lumină asupra moștenirii trăsăturilor fundamentale, mai complexe.

De exemplu, evoluția a acționat cu siguranță asupra trăsăturii complexe „frumusețe”<sup>17</sup>, care este transmisă de la o generație la alta, așa cum este și înclinația de a fi atrași de ea. Selecția naturală are grijă ca persoanele atrăgătoare să aibă mai mult succes la reproducere decât cele mai puțin atrăgătoare. La rândul ei, frumusețea este alcătuită din trăsături cum ar fi culoarea ochilor, iar culoarea ochilor, la rândul ei, este alcătuită din blocuri de construcție – de exemplu, un anumit lanț de ADN. Însă frumusețea, la fel ca automobilele, are multe modele, iar definiția ei se schimbă în anumite limite pe parcursul timpului și în culturi diferite. Există multe feluri de a fi atrăgător: multe combinații dintre culoarea ochilor, dinții și păr. Un lucru mai important este că un număr mai mare de combinații sunt urâte și, astfel, sunt eliminate din rezervorul de gene. Dacă

există nenumărate feluri de frumusețe, atunci există nenumărate feluri moleculare de a construi „frumusețea“, și toate sunt selectate.

Prin urmare, este improbabilă existența unei biologiei moleculare a frumuseții. Nu există „gene ale frumuseții“, sau la baza frumuseții stau atât de multe combinații de gene, încât abordarea științifică devine anevoioasă. Însă frumusețea este în continuare supusă selecției naturale și este în continuare transmisă ereditar. La fel stau lucrurile și cu inteligența, agresivitatea și toate trăsăturile complexe<sup>18</sup>. Rezultă că noțiunea de „gene agresive“ nu prea are sens, dar noțiunea de transmisibilitate ereditară a agresivității are un sens solid din punct de vedere științific.

**Cum este studiată moștenirea personalității.** Frumusețea, agresivitatea, nervozitatea, depresia, inteligența și capacitatea de a compune *limerick*-uri\*, toate acestea sunt moștenite. Dar, dacă nu putem găsi genele care stau la baza unei trăsături de personalitate, cum putem afla dacă ea este moștenită, și nu dobândită? Această întrebare formidabilă are un răspuns surprinzător de simplu: studiem gemenii și studiem copiii adoptați.

Gemenii monoziigoți sunt identici din punct de vedere genetic. De exemplu, ei au întotdeauna aceeași culoare a ochilor. Gemenii dizigoți au în general în comun jumătate dintre gene. Uneori unul din ei are ochii verzi, iar celălalt albaștri. Ei nu sunt mai asemănători din punct de vedere genetic decât oricare alți doi frați. Atunci când gemenii monoziigoți seamănă mai mult decât gemenii dizigoți la o anumită trăsătură spunem că acea trăsătură este *transmisibilă ereditar*.

Acest lucru este adevărat în cazul culorii ochilor, dar cum rămâne cu trăsăturile mai complexe, cum ar fi capacitatea de a compune *limerick*-uri? Chiar dacă gemenii monoziigoți sunt la fel de talentați (sau de netaientați) la *limerick*-uri, iar gemenii

\* Poezii umoristice sau burlești cu cinci versuri și rimă fixă, *aabba* (n. tr.).

dizigoți nu se aseamănă atât de mult, acest talent ar putea totuși să fie rezultatul felului în care au fost crescuți. Toată lumea știe că gemenii sunt crescuți în mod mai asemănător: părinții îi îmbracă la fel, în cele mai multe cazuri dorm în aceeași cameră, merg la aceleași cursuri etc. Gemenii monoziigoți crescuți separat au aceleași gene, dar cresc în medii foarte diferite. Dacă se aseamănă la unele trăsături de personalitate, acestea trebuie să fie transmisibile ereditar, nu dobândite. Studiarea gemenilor monoziigoți crescuți separat este cea mai bună modalitate de a deosebi efectele felului în care au fost crescuți copiii de efectele zestrei lor genetice.<sup>19</sup>

Într-adevăr, pentru a marca printr-o cifră gradul de transmisibilitate ereditară se consideră pur și simplu corelarea pentru gemenii monoziigoți crescuți separat: când corelarea este 1,00, trăsătura este complet determinată genetic; când este mai mică, să zicem 0,50, înseamnă că trăsătura are origine jumătate genetică și jumătate non-genetică.

### Gemenii monoziigoți crescuți separat

*Tony și Roger au fost adoptați încă din leagăn. Tony a crescut într-o familie plină de căldură și efuziuni, a unor muncitori italieni din Philadelphia. Roger a fost crescut în Florida de către părinți evrei sobri și cu nivel cultural înalt. Într-o zi, pe la vârsta de douăzeci de ani, Tony, vânzător itinerant, mânca la un restaurant din New Jersey când a fost abordat cu insistență de o femeie care mânca și ea acolo. „Roger, ce mai faci? Nu m-ai sunat.“ Tony a reușit cu greu s-o convingă că nu e Roger și că nu cunoaște nici un Roger. Dar a fost intrigat și l-a căutat pe acel Roger. Când și-au dezvăluit unul celuilalt data de naștere, au descoperit că sunt gemeni.*

*Asemănarea era stranie. Firește, arătau și vorbeau identic. Dar aveau exact același IQ. Foloseau aceeași pastă de dinți. Amândoi erau ateii încă din școală. Avuseseră aceleași note. Amândoi fumau Lucky Strike și foloseau after-shave Canoe. Aveau aceleași vederi politice. Aveau posturi asemănătoare și le plăcea același gen de femei. La următoarea lor aniversare și-au trimis unul celuilalt prin poștă cadouri-surpriză: seturi identice de pulover și cravată.*

În ultimii doisprezece ani, un grup sânguinos de psihologi de la University of Minnesota, condus de Tom Bouchard, David Lykken și Auke Tellegen, a studiat profilurile psihologice ale gemenilor. Grupul a început cu gemenii „Jim” (amândoi au primit numele Jim), despre a căror regăsire s-a scris în presă în anii '70. Proiectul a avut evoluția bulgărelui de zăpadă. Oameni care știau că au un frate geamăn despre care nu aveau vești de multă vreme s-au dus la University of Minnesota ca să fie ajutați să-l găsească. Minnesota a reunit până acum 110 perechi de gemeni monozi-goți crescuți separat și 27 de perechi de gemeni dizigoți crescuți separat. Multe dintre revederile acestor gemeni s-au petrecut în laboratorul din Minnesota. Poveștile despre asemănări stranii se repetă mereu (de exemplu, doi gemeni monozi-goți care au divorțat amândoi de câte o Linda și s-au recăsătorit cu câte o Betty; altă pereche care a pus fiilor numele James Allen și, respectiv, James Alan). Să fie oare vorba despre simple coincidențe? Improbabil: s-ar părea că aceste „coincidențe” nu se regăsesc în cazul gemenilor dizigoți crescuți separat.

Pentru oamenii de știință, măsura transmisibilității ereditare și gama trăsăturilor de personalitate transmisibile ereditare sunt mai impresionante decât anecdotele. Toate cele de mai jos sunt foarte apropiate la gemenii monozi-goți crescuți separat și mai puțin apropiate la gemenii dizigoți crescuți separat<sup>20</sup>:

- |                                      |                                     |  |
|--------------------------------------|-------------------------------------|--|
| - coeficientul de inteligență        | - satisfacția legată de serviciu    | - autoritarismul                       |
| - viteza de gândire                  | - alegerea efectivă a serviciului   | - extraversia                          |
| - viteza și acuratețea percepției    | - voioșia (afectivitatea pozitivă)  | - tendințele nevrotice                 |
| - religiozitatea                     | - depresia (afectivitatea negativă) | - timpul petrecut privind la televizor |
| - tradiționalismul                   | - înclinația către acte periculoase | - starea bună                          |
| - abuzul de alcool și de medicamente |                                     | - împăcarea cu sine                    |
| - delictelor și purtarea             |                                     | - autocontrolul                        |
|                                      |                                     | - dominanța                            |

Aceste rezultate au apărut în alt studiu de mare amploare, efectuat pe cinci sute de perechi de gemeni suedezi, monozi-goți și dizigoți, crescuți separat și crescuți împreună, aflați acum la vârstă medie.<sup>21</sup> Rezultatele sunt similare, dar putem adăuga listei:

- optimismul
- pesimismul
- ostilitatea
- cinismul

**Copiii adoptați.** Pe lângă studierea gemenilor monozi-goți crescuți separat, mai există o modalitate de a deosebi efectele genelor de cele ale felului în care au fost crescuți copiii: prin compararea copiilor adoptați cu părinții lor biologici față de compararea lor cu părinții adoptivi. S-au făcut sute de studii despre adopții. Danemarca păstrează evidența totală a adopțiilor (ca și o evidență totală a delictelor), așa încât Evidența Daneză a Populației este o mină de aur pentru separarea felului în care au fost crescuți copiii de latura biologică. A fost cercetat cazierul judiciar (în cazul în care există) al taților, atât cei biologici, cât și cei adoptivi, tuturor băieților adoptați care s-au născut la Copenhaga în 1953, precum și cazierul judiciar al fiilor.

În condițiile în care nici tatăl biologic, nici cel adoptiv nu fuseseră condamnați pentru vreun delict, 10,5% dintre fii au devenit delincvenți. Când tatăl adoptiv era delincvent, dar tatăl biologic nu, 11,5% dintre fii au devenit delincvenți, o diferență nesemnificativă. Așadar, faptul că un copil este crescut de un delincvent nu sporește riscul ca acel copil să devină delincvent el însuși.

Dacă tatăl biologic (pe care copilul nu l-a văzut de când avea cel mult șase luni) era delincvent, dar tatăl adoptiv nu, 22% dintre fii au devenit delincvenți. Rata de delincvență este dublată de „genele delincvenței”. Dacă și tatăl biologic, și cel adoptiv erau delincvenți, rata de delincvență a fiilor a fost de 36,2% – mai mult decât triplul ratei în cazul fiilor cu tați respectabili.

Aceasta înseamnă că există o predispoziție biologică de comitere a delictelor (și de a fi prins). Dacă ea există și suntem crescuți de un tată delincvent, riscurile sunt foarte mari. Simplul fapt că ne-a crescut un tată delincvent, fără predispoziția biologică, nu ne sporește riscurile.<sup>22</sup>

Așadar, delincvența, lucru uimitor, este transmisibilă ereditar. Studii similare despre adopție aduc o confirmare solidă rezultatelor studiilor pe gemeni: cea mai mare parte din personalitatea umană are o componentă genetică puternică.

Cealaltă descoperire principală a studiilor despre adopție este faptul că, dacă luăm în calcul genele, doi copii crescuți în aceeași familie sunt aproape la fel de diferiți între ei ca doi copii luați la întâmplare – la aproape fiecare măsurare a personalității și inteligenței. Nu există asemănări între doi copii care au fost adoptați de aceeași familie; oricine a crescut doi copii adoptați știe asta, dar alții, care au drept călăuză doar ideologia, exagerează importanța mediului familial. Această descoperire revoluționară – care sugerează că multe dintre eforturile pe care le depunem la creșterea copiilor pur și simplu nu au nici o valoare – va fi discutată mai încolo.

Însă pentru fiecare dintre aceste trăsături transmisibile gradul de transmisibilitate ereditară este sub 1,00. În general se situează puțin sub 0,50. Aceasta înseamnă că personalitatea noastră nu este determinată în întregime de gene – nici vorbă de așa ceva –, dar mai înseamnă și că la o mare parte din ceea ce suntem contribuie *cu adevărat* genele.

**Concluzie și evaluare.** Așadar, principiul suprem al psihiatriei biologice este solid: un volum mare de cercetări din ultimii zece ani a arătat că personalitatea este transmisibilă ereditar. Dacă adăugăm aceasta la principiul că boala mintală este boală fizică și că medicamentele ne pot schimba emoțiile și dispoziția, ajungem la o concepție foarte puternică despre natura umană.

Psihiatria biologică pe post de filozofie a bolii mintale trebuie să fie luată în serios. Însă am trei avertismente – câte unul pentru fiecare principiu.

Primul: faptul că boala mintală este boală fizică a fost demonstrat în cazul unei singure boli mintale – paralizia totală. Afirmările legate de schizofrenie, sindromul Alzheimer și sindromul maniaco-depresiv sunt plauzibile, dar nedovedite – încă nu a fost depistată vreo cauză biochimică. Afirmările legate de depresie, anxietate, problemele sexuale, supraponderalitate și tulburarea de stres posttraumatic sunt simple puncte ale unui program ideologic, cu foarte puține dovezi care să le susțină.

Al doilea: afirmația că starea de spirit și emoțiile țin doar de chimia cerebrală și că pentru a le schimba nu ai nevoie decât de medicamentul potrivit trebuie să fie privită cu scepticism. Până în prezent, descoperirile esențiale legate de medicamente nu prilejuiesc decât un entuziasm modest. Există, într-adevăr, medicamente care modifică starea de spirit a unor oameni – dar nu a tuturor. Totuși, toate aceste medicamente sunt doar cosmetice, și toate produc efecte secundare nedorite, iar unele dintre acestea sunt cumplite.

Al treilea: afirmația că personalitatea este moștenită este susținută de dovezi solide. Dar în cel mai bun caz personalitatea este doar parțial genetică. Gradul de transmisibilitate ereditară se situează sub 0,50 la toate trăsăturile personalității (cu excepția coeficientului de inteligență, care ar putea fi în jur de 0,75). Chiar și în cele mai generoase estimări, cel puțin jumătate din personalitate nu este moștenită. Aceasta înseamnă că maximum jumătate din personalitate este imuabilă.<sup>23</sup> Cealaltă jumătate a personalității vine din ceea ce facem și din ceea ce ni se întâmplă – și aceasta deschide ușa terapiei și dezvoltării personale.

Care jumătate o putem schimba și care nu, de aceasta se ocupă restul cărții de față.

PARTEA A II-A  
Schimbarea vieții emoționale:  
anxietatea, depresia și furia

Mintea e un oraș ca Londra,  
Plin de fum și de omenire: e o capitală  
Ca Roma, părăginită și veșnică,  
Însemnată de monumente de care nimeni  
Nu-și amintește azi. Căci mintea, ca și Roma, are  
Catacombe, apeducte, amfiteatre, palate,  
Biserici și statui evestre, prăbușite, ciuntite ori mânjite.  
Mintea posedă și este posedată de toate ruinele  
Sărbătoririi fiecărei generații bântuite și hăituite.

Delmore Schwartz, „Mintea e o capitală străveche  
și faimoasă”, 1959

#### 4. ANXIETATEA OBIȘNUITĂ

În fiecare zi avem parte, cel puțin fugitiv, de trei emoții care nu ne plac: anxietate, depresie și furie. Acestea sunt cele trei fațete ale *disforiei* – starea proastă. Tot aceste trei emoții obișnuite, atunci când scapă de sub control, provoacă majoritatea „bolilor mintale”. Atunci când o simțim pe una dintre ele dorim să scăpăm de ea. Și acesta este însuși rostul lor. În acest capitol voi vorbi despre ce putem și ce nu putem schimba în privința anxietății. În următoarele capitole din această parte voi vorbi despre depresie și furie. Dar înainte de a explora exorcizarea acestor emoții ar trebui să ne întrebăm ce caută ele de fapt în viața noastră.

Sunt puse aici în discuție două feluri de „înțelepciune de a le deosebi între ele”. Primul este ceea ce putem și ce nu putem schimba în privința disforiei – subiect principal al acestei cărți. Totuși, vom vorbi mai întâi despre celălalt.

Când ar trebui să nu încercăm să schimbăm? Când ar trebui să ascultăm mesajul emoțiilor negative, oricât de neplăcut ar fi el, și să ne schimbăm viața exterioară, nu pe cea emoțională?

**Vremea urâtă dinăuntru.** Global vorbind, oamenii sunt surprinzător de atrași de interpretarea catastrofică a lucrurilor. Nu numai „nevroticii”, nu numai depresivii, nu numai fobicii, nu numai personalitățile explozive, ci majoritatea dintre noi, de cele mai multe ori.

Goethe spunea că în toată viața lui a avut doar câteva zile deplin fericite. Mă miră faptul că, atunci când viața mea curge liniștit – munca, dragostea și distracțiile sunt toate în bună

rânduială, ceea ce nu se întâmplă prea des –, încep să mă frământ ca să gădesc ceva ce nu e în ordine. Cum, cuptorul cu microunde e stricat? Acest dezastru declanșează telefoane repetate, furioase la reparatori; griji la patru dimineața; sunete de linie ocupată, înjurături și învinuiri. Fleacul ăsta îmi produce o disforie exact la fel de mare ca atunci când merg prost lucrurile importante, toate. Eu numesc acest fenomen irațional obișnuit *conservarea disforiei*.

De ce este disforia atât de răspândită? De ce este conservată? De ce anxietatea, furia și tristețea umplu o parte atât de mare din viața noastră – în concurență cu atât de mult succes, atâta bogăție și absența nevoilor biologice din viața americanilor privilegiați? Psihologul rus Blyuma Zeigarnik a descoperit la începutul secolului că ne amintim mult mai bine problemele nerezolvate, frustrările, eșecurile și respingerile decât succesele și împlinirile.

De ce ne petrecem atât de mult timp în suferință lăuntrică? Iată o abordare evoluționistă: penultima epocă geologică a fost miocenul – savane tropicale, fructe în copaci, vreme frumoasă, o Grădină a Raiului. Pacea în suflet, mulțumirea și optimismul – care oglindeau vremea frumoasă de afară – au fost selectate, întrucât erau adaptive, și au înflorit în timpul acestui paradis lung de douăzeci de milioane de ani. Însă ultima sută de mii de ani, epoca pleistocenului, a adus vremuri rele: gheață, inundații, secetă, foamete, arșiță, mai multă gheață, uragane, mai multă gheață; un șir de cataclisme. Cine supraviețuiește acestui supliciu? Ce fel de viață emoțională este selectată de dezastrul climatic? Probabil că aceea plină de gânduri sumbre, de griji este „orientată către viitor” (acest eufemism maschează faptul că orientarea către viitor nu este o contemplare extatică a viitorului, ci o stare plină de anxietate). O persoană cu această mentalitate lua întotdeauna în considerare interpretările catastrofice și vedea întotdeauna norul în spatele căruia se ascunde câptușeala argintie; ba chiar se trezea la patru dimineața ca să se asigure că nu a trecut cu vederea vreun amănunt extrem de

important. Creierul lui a rezistat deoarece în timpul pleistocenului avea, în mod global, dreptate – nenorocirea *chiar era* la doi pași. Acest nevrotic prudent și-a transmis genele. Voișii săi frați și surori cu creier miocenian au fost înghițiți de o inundație bruscă, au înghețat sub un măr sau au fost striviți de picioarele mastodonților.

Iată o ipoteză radicală: *Homo dysphorus*, specia noastră, a evoluat în pleistocen din *Homo sapiens*, predecesorul nostru. Este fascinant faptul că creierul „mare” (capacitate craniană de 1200–1500 centimetri cubi) a apărut acum circa șase sute de mii de ani. Dar *Homo sapiens* ședea în savană, nu scria cărți, nu semăna porumb, vorbea puțin și nu construia catedrale. De-abia de curând, acum vreo zece mii de ani, s-au ivit zorii progresului – agricultura, civilizația, acumularea de cunoștințe. De ce a durat atât de mult?

Poate că a avea un creier mare, înțelepciune nu este de ajuns. Este necesară disforia, vremea urâtă dinăuntru, pentru a galvaniza simpla inteligență, transformând-o în acțiune. Nemulțumirea, grijile, depresia, pesimismul în privința viitorului (dar, așa cum vom vedea, având la bază miocenica credință că ne așteaptă un sfârșit fericit) sunt necesare pentru agricultură, pentru cultură, pentru civilizație.

Fiecare emoție din triada disforică poartă (de fapt, *este*) un mesaj – insistent, neplăcut, dureros – care ne îmboldește să ne schimbăm viața. Prin disforia noastră obișnuită suntem în contact cu însăși starea care face posibilă civilizația, care transformă culesul fructelor sălbatice în agricultură, picturile rupestre în *Guernica*, holbatul la eclipse în astronomie și, din păcate, cozile topoarelor în bombardiere Stealth. Fiecare emoție are un anumit conținut și îmboldește către o anumită acțiune.

- Anxietatea ne avertizează că ne pândește o primejdie. Ea alimentează plănuirea și răzgândirea, căutarea mai multor căi de scăpare, repetițiile pentru acțiune.
- Depresia marchează pierderea unui lucru foarte drag. Depresia ne silește să ne despuim, să „desprindem sentimentele”, să ne



„dezdrăgostim”, să jelim și, în ultimă instanță, să ne resemnăm cu absența aceluia lucru.

- Furia, extrem de încăpățânată, ne avertizează că ceva rău ne încalcă teritoriul. Ne spune să ne debarasăm de acel obiect, să ne apărăm de el.

În lumina acestei ipoteze, cum ar trebui să ne privim disforiile obișnuite?

**Limba noastră mentală.** Fiți atenți la limba dumneavoastră – chiar acum. Ce face? A mea se plimbă printre măselele de jos, din dreapta. Tocmai a dat de o fărâmă din floricelele de porumb de aseară (rămășițe de la *Terminator 2*). Ca un câine cu osul lui, zgândăre de zor bucățica înțepenită acolo. Acum, că mă ocup de fărâma de porumb, e greu să mă întorc la scris.

Uitați-vă la mâna dumneavoastră, cea care nu ține cartea – chiar acum. Ce face? Mâna mea stângă scarpină un loc de sub lobul urechii drepte, unde tocmai a apărut o mâncărime.

Limba și mâinile dumneavoastră au în mare parte o viață proprie. Le puteți supune controlului voluntar dacă le scoateți în mod conștient din modalitatea de funcționare automată. „Ridică telefonul” sau „Nu mai zgândări coșul ăla”. Dar în cea mai mare parte a timpului sunt de capul lor. Caută mici defecte. Scanează tot interiorul gurii și toată suprafața pielii, căutând ceea ce nu este în ordine. Sunt dispozitive de îngrijire personală minunate, care funcționează fără răgaz. Ele, nu sistemul imunitar, care este mai în vogă, vă sunt prima linie de apărare împotriva invadatorilor. Credeți că periuța de dinți electrică pe care o folosiți este ingenioasă. Este din epoca de piatră, dacă o comparăm cu întreținerea preventivă, curățarea, detectarea deșeurilor și îndepărtarea resturilor–funcții pe care le îndeplinesc atât de des limba asupra dinților și gingiilor.

Anxietatea este limba dumneavoastră mentală. Modalitatea ei de funcționare automată este căutarea lucrurilor care s-ar putea să fie pe punctul de a merge rău. Întinuu, și fără aprobarea dumneavoastră conștientă, vă scanează viața – da, chiar

și când dormiți, în vise și coșmaruri. Vă trece în revistă munca, iubirea și distracțiile – până ce dă de o imperfecțiune. Când găsește una, o zgândărește. Încearcă să o scoată din ascunzătoare, unde e înțepenită discret, sub vreo piatră. Nu se lasă păgubașă. Dacă imperfecțiunea este destul de amenințătoare, anxietatea vă atrage atenția asupra ei dându-vă o senzație de disconfort. Dacă nu faceți nimic, ea strigă și mai tare – perturbându-vă somnul și poftele.

Vi se pare enervant zelul scormonitor al limbii dumneavoastră acum, că v-am atras atenția asupra lui? Vi se pare acum săcâitor faptul că vă răsuciți pe deget părul când citiți? Există tehnici comportamentale pentru reducerea acestor activități, și există chiar și un medicament care reduce astfel de „ticuri”<sup>1</sup>.

Tot așa, aveți la dispoziție soluții pentru a reduce anxietatea obișnuită, ușoară. O puteți amorți cu băutură, valium sau marijuana. O puteți calma prin meditație sau relaxare progresivă. O puteți înfrânge devenind mai conștient de gândurile despre primejdii care vă vin automat, adesea declanșatoare ale anxietății, și apoi combătându-le energetic.

Dar nu trebuie să treceți cu vederea ceea ce încearcă să facă pentru dumneavoastră anxietatea. În schimbul suferinței pe care o provoacă, ea scutește de necazuri mai mari, prin faptul că vă face să fiți conștient de posibilitatea lor și vă îmboldește să vă faceți planuri și să le preveniți. Poate chiar să vă ajute să le evitați complet. Priviți-vă anxietatea ca pe semnalizatorul de „nivel redus al uleiului”, care pâlpâie pe bordul mașinii dumneavoastră. Deconectați-l, și veți fi o vreme mai puțin distras și mai în largul dumneavoastră. Dar asta s-ar putea să vă coste un motor ars.<sup>2</sup> Câteodată ar trebui să ne tolerăm disforia, să ne ocupăm de ea, chiar s-o iubim.

**Îndrumări pentru momentele exacte în care trebuie să încercăm să schimbăm anxietatea.** Gata cu osanalele înălțate anxietății – o mare parte din ea este irosită și trebuie să fie eliminată. Puțini oameni de știință s-au ocupat de această

problemă: când anume ar trebui să încercăm să ne modificăm nivelul anxietății, în loc să ne ocupăm de mesajul ei. Dar vă pot oferi îndrumările mele. În general, ceea ce deosebește cea mai mare parte a sfaturilor din restul acestei cărți de cele din cărțile despre cum să ne descurcăm singuri este faptul că ale mele se bazează pe asimilarea unor butoaie întregi de cercetare serioasă, condimentate cu un polonic vârfuit de cunoștințe clinice. Însă în cazul de față sfatul meu are o temelie mai șubredă – ceva folclor clinic și un strop de bun-simț.

O parte din anxietatea noastră obișnuită, din depresie și din furie își depășesc funcția utilă. Majoritatea trăsăturilor adaptive au un spectru de distribuire normal, iar capacitatea de vreme urâtă interioară pe care o avem cu toții înseamnă câteodată că unii dintre noi vor avea parte de vreme îngrozitoare tot timpul. În general, atunci când suferința este inutilă și recurentă – de exemplu când anxietatea insistă să facem un plan, dar nici un plan nu dă rezultate –, este vremea să acționăm pentru a reduce suferința. Există trei indicii ale faptului că anxietatea a devenit o povară de care trebuie să ne descotorosim.

În primul rând, este cumva *irațională*?

Trebuie să ne etalonăm vremea urâtă dinăuntru după vremea reală de afară. Lucrul care vă provoacă anxietatea este disproporționat față de realitatea primejdiei? Pentru aceia dintre dumneavoastră care trăiesc sub amenințarea unei boli incurabile, a violenței, a șomajului sau a sărăciei, anxietatea este adesea întemeiată pe realitate. Dar pentru cei mai mulți dintre dumneavoastră anxietatea obișnuită ar putea fi doar un vestigiu al unei epoci geologice în care nu mai trăim.

Oare anxietatea dumneavoastră este disproporționată față de realitatea primejdiei de care vă temeți? Iată câteva exemple care vă pot ajuta să răspundeți la această întrebare. Toate cele care urmează *nu* sunt iraționale:

- Un specialist în stingerea incendiilor care încearcă să domolească incendiul cumplit al unei sonde de petrol din Kuwait se trezește în mod repetat la patru dimineața din cauza viselor pline de groaza flăcărilor.

- O mamă cu trei copii simte miros de parfum pe cămășile soțului și, roasă de gelozie, clocește gânduri negre în legătură cu infidelitatea lui, parcurgând iar și iar lista cu femeile posibile.
- O femeie este singurul sprijin al copiilor săi. Colegii ei de serviciu încep să primească deciziile de concediere. Ea are un atac de panică.
- Un student care a picat la două examene parțiale constată că, pe măsură ce se apropie examenul final, nu poate dormi din pricina grijilor.

Singurul lucru bun care se poate spune despre temerile dumneavoastră este că sunt bine întemeiate.

În schimb, toate cele care urmează sunt iraționale, disproporționate față de primejdie:

- Un bătrân care a fost implicat într-o tamponare minoră a unor mașini se gândește cu neplăcere la călătorie și n-o să mai pună piciorul în vreo mașină, în vreun tren sau în vreun avion.
- Un copil de opt ani ai cărui părinți au trecut printr-un divorț urât face pe el noaptea. E bântuit de viziuni cu tavanul dormitorului care se prăbușește peste el.
- O studentă nu se prezintă la examenul final, pentru că se teme că profesorul o s-o privească în vreme ce ea scrie și că n-o să-și poată opri tremuratul mâinii.
- O soție care se ocupă doar de casă, care are un masterat în administrarea afacerilor și care, înainte de a naște gemenii, a acumulat un deceniu de experiență ca vicepreședinte financiar este convinsă că degeaba își caută serviciu. Tărăgânează timp de o lună pregătirea CV-ului.

Cel de-al doilea semn al anxietății scăpate de sub control este *paralizia*. Anxietatea vizează acțiunea: plănuiți, repetiți, scrutarea umbrelor în căutarea primejdiilor care pândesc, schimbarea vieții. Când anxietatea devine puternică, este neprofitabilă; nu se produce vreo rezolvare a problemelor. Iar când anxietatea este extremă, vă paralizează. Anxietatea dumneavoastră a trecut sau nu acest hotar? Câteva exemple:

- O femeie ajunge să nu mai poată ieși din casă, pentru că se teme că dacă iese o să fie mușcată de o pisică.
- Ros de teama că prietena îl înșală, un tânăr îndrăgostit nu-i mai telefonează niciodată acesteia.

- Un vânzător își face griji că următorul client o să-i închidă telefonul în nas și nu mai dă telefon clienților potențiali.
- Un elev în clasa a treia este adesea ultimul ales în echipe și refuză să mai meargă la școală, din cauză că „toți mă urăsc”.
- Un scriitor, temându-se de viitoarea scrisoare de refuz, nu mai scrie.

Ultimul semn este *intensitatea*. Viața vă este cumva dominată de anxietate? Doctorul Charles Spielberger, fost președinte al American Psychological Association, este și unul dintre cei mai eminenți oameni de știință care au testat emoțiile. A creat scale solide validate pentru a măsura gravitatea anxietății și furiei. El împarte aceste emoții în forma lor de *stare* („Cum vă simțiți în acest moment?”) și cea de *trăsătură* („Cum vă simțiți în general?”). Dat fiind că pe noi ne interesează schimbarea personalității, voi folosi, cu amabila îngăduință a doctorului Spielberger, întrebările sale despre trăsături.

### Chestionar de autoanaliză<sup>3</sup>

Citiți fiecare afirmație și apoi marcați cifra adecvată care indică *ceea ce simțiți în general*. Nu există răspunsuri corecte sau greșite. Nu pierdeți prea mult timp cu nici una dintre afirmații, ci dați răspunsul care descrie ceea ce simțiți în general.

1. Sunt o persoană echilibrată.

aproape niciodată	uneori	adesea	aproape întotdeauna
4	3	2	1

2. Sunt mulțumit de mine.

aproape niciodată	uneori	adesea	aproape întotdeauna
4	3	2	1

3. Mă simt nervos, agitat.

aproape niciodată	uneori	adesea	aproape întotdeauna
1	2	3	4

4. Aș vrea să fiu la fel de fericit cum par să fie alții.

aproape niciodată	uneori	adesea	aproape întotdeauna
1	2	3	4

5. Mă simt ratat.

aproape niciodată	uneori	adesea	aproape întotdeauna
1	2	3	4

6. Mă simt încordat și tulburat când mă gândesc la grijile și interesele mele actuale.

aproape niciodată	uneori	adesea	aproape întotdeauna
1	2	3	4

7. Mă simt în siguranță.

aproape niciodată	uneori	adesea	aproape întotdeauna
1	2	3	4

8. Am încredere în mine.

aproape niciodată	uneori	adesea	aproape întotdeauna
1	2	3	4

9. Mă simt nelalocul meu.

aproape niciodată	uneori	adesea	aproape întotdeauna
1	2	3	4

10. Îmi fac prea multe griji pentru ceva ce nu contează.

aproape niciodată	uneori	adesea	aproape întotdeauna
1	2	3	4

**Punctajul.** Nu trebuie decât să adunați cifrele de sub răspunsurile la cele zece întrebări. Observați că unele dintre șirurile de cifre sunt crescătoare, iar altele descrescătoare. Cu cât totalul este mai mare, cu atât trăsătura „anxietate” vă domină mai mult viața. La bărbații și femeile adulți/adulte scorurile sunt în medie puțin diferite, la femei anxietatea fiind în general mai mare.

Dacă ați obținut 10-11 puncte, vă situați în zona celor 10 procente minime de anxietate.

Dacă ați obținut 13-14, vă situați în zona sfertului inferior.

Dacă ați obținut 16-17, nivelul anxietății dumneavoastră este aproximativ mediu.

Dacă ați obținut 19-20, vă situați în zona 75%.

Dacă ați obținut 22-24 și sunteți bărbat, aveți nivelul anxietății de circa 90%.

Dacă ați obținut 24-26 și sunteți femeie, aveți nivelul anxietății de circa 90%.

Dacă ați obținut 25 și sunteți bărbat, aveți nivelul anxietății de circa 95%.

Dacă ați obținut 27 și sunteți femeie, aveți nivelul anxietății de circa 95%.

Scopul acestei secțiuni este să vă ajute să hotărâți dacă ar trebui sau nu să încercați să vă schimbați nivelul general de anxietate. Nu există reguli „bătute în cuie“, însă pentru a lua această decizie trebuie să luați în calcul toate cele trei semne – iraționalitatea, paralizia și intensitatea. Iată aici regulile mele generale:

- Dacă aveți punctajul peste 90%, probabil că vă veți putea crește calitatea vieții reducându-vă nivelul general de anxietate – indiferent dacă este sau nu paralizantă și irațională.
- Dacă aveți punctajul peste 75% și simțiți fie că anxietatea vă paralizează, fie că este nefondată, probabil că ar trebui să încercați să vă reduceți nivelul general de anxietate.
- Dacă aveți peste 18 puncte și simțiți că anxietatea vă paralizează și în același timp este nefondată, probabil că ar trebui să încercați să vă reduceți nivelul general de anxietate.

### *Reducerea nivelului anxietății obișnuite*

Nivelul anxietății obișnuite nu este o categorie căreia psihologii să-i fi acordat prea multă atenție. Imensa masă a lucrărilor

despre emoții se referă la „tulburări“ – ajutând persoanele „anormale“ să ducă o viață emoțională „normală“. După părerea mea încă nu s-a efectuat destulă cercetare științifică pentru a îmbunătăți viața emoțională a oamenilor normali – pentru a-i ajuta să ducă o viață emoțională mai bună. Această sarcină a fost lăsată automat pe seama predicatorilor, profesorilor, redactorilor rubricilor de sfaturi și personajelor charismatice și bune de gură de pe la talk-show-uri. Aceasta este o mare greșală, și cred că una dintre obligațiile psihologilor calificați este să ajute persoanele din rândurile marelui public să ia hotărâri raționale în privința îmbunătățirii vieții lor emoționale. Totuși, s-au făcut suficiente lucrări de cercetare încât să pot recomanda două tehnici destul de fiabile de reducere a nivelului anxietății obișnuite. Ele necesită zilnic între douăzeci și patruzeci de minute din timpul dumneavoastră prețios.

Prima este *relaxarea progresivă*, făcută o dată sau, și mai bine, de două ori pe zi timp de minimum zece minute. Această tehnică implică încordarea și relaxarea fiecăreia dintre principalele grupe de mușchi ale corpului, până ce deveniți cu totul relaxat. Nu-i ușor să fii foarte anxios când îți simți trupul ca o piftie. Mai oficial spus, relaxarea angrenează un sistem de reacție care concurează cu excitarea anxioasă. Dacă această tehnică vă ispitește, vă recomand cartea doctorului Herbert Benson *The Relaxation Response*<sup>4</sup>.

Cea de-a doua tehnică este *meditația regulată*. Meditația transcendențială (MT) este o versiune utilă, disponibilă pe scară largă. Dacă vreți, puteți să ignorați cosmologia în care este ambalată și să o tratați pur și simplu ca pe o tehnică binefăcătoare. De două ori pe zi, timp de douăzeci de minute, într-un loc liniștit, închideți ochii și repetați o mantră (silabă ale cărei „proprietăți sonice sunt cunoscute“). Meditația funcționează prin blocarea gândurilor care produc anxietate. Ea completează relaxarea, care blochează componenta motorie a anxietății, dar nu acționează asupra gândurilor anxioase. Dacă este practică regulat, meditația creează în general o stare de spirit calmă.

Anxietatea din alte momente ale zilei dispare, iar hiperexcitația provocată de evenimentele neplăcute este amortizată. Dacă este practică conștiințios, probabil că MT funcționează mai bine decât simpla relaxare.<sup>5</sup>

Există și o soluție rapidă. Tranchilizantele minore – Valium, Dalmane, Librium și rudele lor – reduc anxietatea obișnuită. Asta face și alcoolul. Avantajul tuturor acestora este că acționează în câteva minute și nu este nevoie de disciplină la folosirea lor. Însă au dezavantaje care depășesc avantajele. În vreme ce acționează, tranchilizantele minore vă fac să fiți confuz și destul de neîndemânic (un efect secundar destul de obișnuit sunt accidente de mașină). Tranchilizantele își pierd repede efectul dacă sunt luate regulat, și creează obișnuință – probabil dependență. Același lucru este valabil și pentru alcool, iar în cazul lui este și mai limpede crearea dependenței. În plus, alcoolul produce handicapuri cognitive și motorii grave care însoțesc îndeaproape scăderea anxietății. Atunci când este consumat cu regularitate pe perioade lungi, produce deteriorări fatale ale ficatului și creierului.

Întâmplător, nu sunt puritan în privința medicamentelor sau a soluțiilor rapide, așa încât atunci când vă avertizez împotriva lor – așa cum fac aici – nu este o dovadă de fariseism.

### Tratamentul potrivit

Tabel rezumativ cu privire la anxietate\*

	Meditație	Relaxare	Tranchilizante
AMELIORARE	▲▲▲	▲▲	▲▲▲
RECIDIVĂ	▲▲▲	▲▲	▲
EFECTE SECUNDARE	▼	▼	▼▼▼
COST	necostisitor	necostisitor	necostisitor
DURATĂ	săptămâni/luni	săptămâni	minute
TOTAL	▲▲▲	▲▲	▲

\* Pe tot parcursul acestei cărți voi face o evaluare generală a psihoterapiei și a medicamentelor pentru fiecare problemă, în tabelele rezumative

Tratamentul potrivit. Voi folosi sistemul săgeților cu vârful în sus și în jos, în care ▲▲▲▲ înseamnă cel mai bine și ▼▼▼▼ cel mai rău.

#### AMELIORARE

- ▲▲▲▲ = ameliorare pronunțată, de 80-100%, sau dispariția simptomelor
- ▲▲▲ = ameliorare pronunțată, de 60-80%
- ▲▲ = ameliorare moderată, de cel puțin 50%
- ▲ = probabil mai bun decât placebo
- 0 = probabil inutil

#### RECIDIVĂ (după întreruperea tratamentului)

- ▲▲▲▲ = recidivă mai mică de 10%
- ▲▲▲ = recidivă de 10-20%
- ▲▲ = rată moderată a recidivei
- ▲ = rată ridicată a recidivei

#### EFECTE SECUNDARE

- ▼▼▼▼ = grave
- ▼▼▼ = moderate
- ▼▼ = ușoare
- ▼ = nici unul

#### TOTAL

- ▲▲▲▲ = excelent, este evident tratamentul potrivit
- ▲▲▲ = foarte bun
- ▲▲ = util
- ▲ = nesemnificativ
- 0 = probabil inutil

Dacă vă doriți cu disperare scăderea rapidă și temporară a anxietății acute, atât alcoolul, cât și tranchilizantele minore, luate în cantități mici și doar din când în când, funcționează bine. Totuși, ele sunt de departe pe locul doi față de relaxarea progresivă și meditație, care merită fiecare să o încercați înainte de a apela la psihoterapie, sau în combinație cu terapia. Spre deosebire de tranchilizante și alcool, nici una dintre aceste tehnici nu riscă să vă dăuneze.<sup>6</sup>

Vă rog insistent să vă măsurați anxietatea obișnuită. Dacă nu este intensă, sau dacă este moderată și nu irațională sau paralizantă, acceptați-o. Ascultați ceea ce vă spune și schimbați-vă viața exterioară, nu viața emoțională. Dacă este intensă, sau dacă este moderată, dar irațională sau paralizantă, acționați

pe loc pentru a o reduce. În ciuda rădăcinilor ei evolutive profunde, anxietatea obișnuită intensă este adesea modificabilă. Meditația și relaxarea progresivă practicate cu regularitate o pot schimba durabil.

Însă atunci când este intensă și refractară la orice tratament, anxietatea poate fi semnul unei *dereglări* care necesită exorcizare, nu simpla recunoaștere. Următoarele trei capitole se ocupă de trei dereglări legate de anxietate despre care știm cele mai multe lucruri – panica, fobia și obsesia –, precum și de ceea ce poate și ceea ce nu poate fi schimbat la ele.

## 5. GÂNDIREA CATASTROFICĂ: PANICA

S.J. Rachman, unul dintre cei mai de seamă cercetători clinici din lume și unul dintre fondatorii terapiei comportamentale, mi-a telefonat. Îmi propunea să fiu „partenerul de discuție oficial” la o conferință sponsorizată de National Institute of Mental Health (NIMH), despre tulburarea de panică. Această întrunire avea să-i pună față în față pe specialiștii în psihiatria biologică tradițională și gruparea progresistă a specialiștilor în terapia cognitivă.

„Ce rost ar avea, Jack? i-am răspuns. Știe toată lumea că panica e o boală biologică și că singurul lucru care are efect este medicația.”

„Nu te pripi să refuzi, Marty. Există o descoperire epocală de care încă n-ai aflat.”

*Descoperire epocală* era o formulă pe care n-am mai auzit-o vreodată de la Jack, cu stilul lui foarte britanic. Tocmai emigrase în Canada din Anglia, unde a condus prima clinică din Europa pentru problemele legate de anxietate, la Maudsley Hospital, care ține de London University. Jack este plin de discreție și de modestie.

„Care e descoperirea epocală?” l-am întrebat.

„Dacă vii, o să afli.”

De multă vreme știam că există și văzusem pacienți cu tulburare de panică, iar în anii '80 am citit cu tot mai mult interes ceea ce s-a scris despre ei. Știam că tulburarea de panică este o afecțiune înspăimântătoare, care constă în atacuri repetate, fiecare mult mai grav decât cel de dinainte. Din senin, te simți de parcă ai fi în pragul morții. Iată o descriere a unui caz tipic:

*Prima dată când a avut un atac de panică, Celia<sup>1</sup> lucra la McDonald's. S-a întâmplat cu două zile înainte să împlinească douăzeci de ani. Pe când înmăna unui client un Big Mac, a trăit cea mai cumplită clipă din viața ei. A simțit că se crapă pământul sub ea. Inima a început să-i bubuie, a simțit că se sufocă, a transpirat toată și era sigură că face un atac de cord și moare. După vreo douăzeci de minute de groază panica a scăzut. Tremurând, s-a suit în mașină și s-a grăbit să ajungă acasă, de unde a ieșit foarte puțin în următoarele trei luni.*

*De atunci încoace Celia a avut cam trei atacuri de panică pe lună. Nu știe când o să vină. În timpul unui atac simte în piept o durere cruntă, arzătoare, se sufocă și găfâie, e amețită și tremură. Câteodată gândește că toate astea nu sunt reale și că e pe cale să-și piardă mințile. Întotdeauna se gândește că o să moară.*

Atacurile de panică nu sunt subtile, și nu trebuie să-ți bați prea mult capul ca să descoperi dacă le ai tu însuși sau cineva la care ții. Le au destui americani, poate chiar 5%. Trăsătura definitorie a acestei afecțiuni este simplă: atacuri de panică recurente și cumplite, care se produc din senin, țin câteva minute și dispar. Atacul constă în dureri în piept, transpirație, greață, amețelă, senzație de înecare, sufocare sau tremurături. Acestea sunt însoțite de o spaimă copleșitoare și de gândul că o să murim, că avem un atac de cord, că ne pierdem controlul sau că suntem pe cale să înnebunim.

### *Biologia panicii*

Există patru întrebări legate de caracterul predominant „biologic” sau „psihologic” al unei probleme mintale.<sup>2</sup>

- Poate fi indusă biologic?
- Este transmisibilă ereditar?
- Sunt implicate anumite funcții cerebrale?
- O ameliorează vreun medicament?

**Inducerea panicii.** Atacurile de panică pot fi create de un agent biologic. De exemplu, unor pacienți care au antecedente de atacuri de panică li se pune o perfuzie și li se injectează lent în fluxul sangvin lactat de sodiu, o substanță care provoacă în mod normal respirație rapidă, superficială și palpitații. În câteva minute 60-90% dintre acești pacienți au un atac de panică. La grupurile de control normale, alcătuite din subiecți fără antecedente de panică, rareori apar atacuri în urma injectării de lactat.<sup>3</sup>

**Genetica panicii.** S-ar putea ca tulburarea de panică să fie într-o anumită măsură transmisibilă ereditar. Dacă unul din doi gemeni monoziagoți are atacuri de panică, în 31% din cazuri geamănul le are și el. Însă dacă unul din doi gemeni dizigoți are atacuri de panică, geamănul lui nu le are. Mai mult, peste jumătate din pacienții cu tulburare de panică au rude apropiate care prezintă tulburări de anxietate sau alcoolism.<sup>4</sup>

**Panica și creierul.** Creierul persoanelor cu tulburări de panică arată puțin deosebit la o examinare amănunțită. Neurochimia lor prezintă anomalii ale sistemului care declanșează și apoi domolește teama. În plus, scanarea PET (*positron-emission tomography*), o tehnică prin care se evidențiază cantitatea de sânge și de oxigen folosită de diferite părți ale creierului, arată la pacienții cu panica declanșată de injectarea cu lactat un flux sangvin și un consum de oxigen mai mari decât la cei fără tulburare de panică.<sup>5</sup>

**Medicamentele.** Există două feluri de medicamente care reduc panica: antidepresivele triciclice și anxioliticul Xanax, și ambele funcționează mai bine decât placebourile. Atacurile de panică sunt amortizate și uneori chiar eliminate. Anxietatea generală și depresia sunt de asemenea reduse.<sup>6</sup>

Dat fiind că atunci când m-a sunat Jack Rachman se dăduse deja răspunsul „da” la aceste patru probleme, mi-am zis că

această chestiune fusese deja lămurită. Tulburarea de panică era pur și simplu o maladie biologică, o boală a trupului care putea fi ameliorată doar de medicamente.

Peste câteva luni eram la Bethesda, Maryland<sup>7</sup>, ascultând încă o dată cele patru serii de dovezi biologice. Un personaj șters, în costum cafeniu, stătea la masă cu spatele încovoiat. La prima pauză Jack ne-a făcut cunoștință – era David Clark, un tânăr psiholog de la Oxford. După câteva clipe Clark și-a început discursul.

„Vă rog să luați în considerare o alternativă, o teorie cognitivă.“ El ne-a amintit că aproape toți cei cuprinși de panică cred că vor muri în timpul atacului. De cele mai multe ori cred că au un atac de cord. Clark sugera că s-ar putea să fie mai mult decât un simplu simptom. Poate că este rădăcina problemei. Panica s-ar putea să fie, pur și simplu, *interpretarea catastrofică greșită a senzațiilor corporale*.

De exemplu, atunci când intrați în panică inima începe să galopeze. Simțiți asta și vă gândiți că ar putea fi un atac de cord. Lucrul acesta vă neliniștește foarte mult, ceea ce înseamnă că inima bate și mai tare. Vă dați seama că inima bubuje de-a binelea. Acum sunteți sigur că este un atac de cord. Asta vă îngrozește, și transpirați din cap până-n picioare, vă este greață, respirați cu greu: toate acestea sunt simptome ale groazei, dar pentru dumneavoastră ele sunt confirmarea unui atac de cord. E pe cale să se producă un atac de panică generalizat, la baza căruia se află interpretarea greșită pe care o dați simptomelor de anxietate ca simptome ale morții iminente.<sup>8</sup>

Această teorie psihologică încorporează bine rezultatele biologice.

- Lactatul de sodiu induce panica deoarece face inima să galopeze. El creează senzațiile corporale inițiale pe care le interpretăm apoi eronat ca fiind o catastrofă.
- Tulburarea de panică este parțial transmisibilă ereditar, deoarece prezența unei anumite senzații corporale perceptibile, precum pal-pitațiile, este transmisibilă ereditar, nu pentru că tulburarea de panică însăși ar fi transmisibilă ereditar în mod direct.

- Zonele cerebrale care împiedică amortizarea anxietății sunt active din cauză că această activitate este un simplu simptom al panicii.
- Medicamentele diminuează panica deoarece reduc senzațiile corporale care sunt interpretate ca atac de cord.

De-acum îl ascultam foarte atent pe Clark cum afirma că un semn evident al unei afecțiuni, pe care ne grăbim să-l considerăm doar un simptom, este de fapt afecțiunea însăși. Acest fel de argument a mai fost folosit doar de două ori în istorie, și în ambele cazuri a revoluționat psihiatria.

La începutul anilor '50, Joseph Wolpe, un tânăr psihiatru sud-african, a uluit lumea terapeutică și și-a scos din sărite colegii descoperind un tratament sigur pentru fobii. În gândirea tradițională, fobia (o teamă irațională și intensă de diferite lucruri – de exemplu, de pisici) nu este altceva decât manifestarea de la suprafață a unei tulburări mai profunde. Psihanaliștii considerau că fobia este teama îngropată în noi cu privire la faptul că tatăl o să ne castreze ca răzbunare pentru că am dorit-o trupește pe mamă. Pe de altă parte, psihiatrii biologici susțineau că este o problemă încă nedescoperită legată de chimia cerebrală. Ceea ce aveau în comun cele două tabere era credința că la baza simptomelor stă o tulburare mai profundă. A trata doar teama de pisici a pacientului nu aduce mai mult folos decât a da cu ruj peste erupția de rujeolă.

Însă Wolpe a afirmat că teama irațională nu este doar un simptom; este întreaga fobie. Dacă ar putea fi eliminată teama (și poate fi), s-ar vindeca fobia. Fobia nu ar reveni într-o altă formă, așa cum afirmă teoreticienii psihanaliști și biomedicali. Wolpe și adepții lui au vindecat în mod curent fobiile în răstimp de o lună sau două, iar teama nu a mai revenit în nici o formă. Pentru impertinența lui – pentru că a sugerat că nu există nimic în profunzime în cazul acestei afecțiuni psihiatrice –, Wolpe a fost ostracizat.

■ Celălalt precedent al afirmației lui David Clark implică punerea bazelor terapiei cognitive. În 1967, Aaron Beck, psihiatru de la University of Pennsylvania, a scris prima sa carte despre



depresie. El nota că depresivii gândesc lucruri îngrozitoare despre ei înșiși și despre viitorul lor. Beck a lansat ipoteza că în asta constă de fapt depresia. Poate că ceea ce arată ca un simptom al depresiei – gândurile sumbre – este cauza ei. Depresia, a argumentat el, nu este nici defecțiune în chimia cerebrală, nici furie întoarsă înspre înăuntru (teoria lui Freud), ci o dereglare a gândirii conștiente. Eliminarea caracterului sumbru al gândirii conștiente ar trebui să poată vindeca depresia. Această teorie simplă a remodelat domeniul depresiei și a pus bazele unei noi și eficiente forme de terapie.

David Clark, cu purtarea sa modestă și la numai treizeci și doi de ani, făcea acum aceeași argumentație îndrăzneată în privința tulburării de panică. Simțeam că mi se învârtește capul. Dacă avea dreptate, acesta era un moment istoric. Totuși, până atunci Clark nu făcuse altceva decât să arate că cele patru serii de dovezi din teoria biologică despre panică se potrivesc la fel de bine și cu teoria interpretării greșite. Dar Clark a menționat curând o serie de experimente pe care le făcuse la Oxford împreună cu colegul său Paul Salkovskis.

Mai întâi au comparat pacienții cu tulburare de panică cu pacienții care aveau alte tulburări legate de anxietate și cu subiecții normali. Toți subiecții au citit cu voce tare următoarele propoziții, din care ultimele cuvinte erau scrise încetșosat. De exemplu:

- |  |   |
|--|---|
| Dacă aș avea palpitații, s-ar putea să fiu | <i>pe moarte.<br/>emoționat.</i>            |
| Dacă mi s-ar tăia răsufierea, s-ar putea   | <i>să mă sufoc.<br/>să nu fiu în formă.</i> |

Când propozițiile se refereau la senzații corporale, pacienții cu tulburare de panică, dar nici unul dintre ceilalți, vedeau mai repede sfârșitul dezastruos. Aceasta a arătat că pacienții cu tulburare de panică au obiceiul de a gândi catastrofic postulatul de Clark.

Apoi, Clark și colegii săi s-au întrebat dacă activarea prin cuvinte a acestui obicei ar putea induce panica. Toți subiecții au citit cu voce tare o serie de perechi de cuvinte. Atunci când au ajuns la „gâfâială–sufocare” și „palpitații–moarte”, 75% dintre pacienții cu tulburare de panică au avut un atac de panică generalizat – chiar acolo, în laborator. Nici unul dintre subiecții sănătoși nu a avut atac de panică, nici unul dintre pacienții vindecați de panică (vă voi spune curând mai multe despre vindecarea lor) nu a avut atac de panică, și numai 17% dintre ceilalți pacienți cu probleme de anxietate au avut atacuri.

Ultimul lucru despre care ne-a vorbit Clark a fost „descoperirea epocală” promisă de Rachman.

„Am creat și am testat o terapie inovativă pentru tulburarea de panică”, a continuat Clark în felul lui discret, dezarmant. El a explicat că, dacă interpretarea greșită ca dezastru iminent a senzațiilor corporale este cauza atacului de panică, atunci modificarea tendinței de a interpreta greșit ar trebui să vindece afecțiunea. Noua terapie, așa cum a descris-o el, era directă și de scurtă durată:

Pacienților li se spune că panica rezultă din faptul că ei se înșală luând simptomele normale ale creșterii anxietății drept simptome ale atacului de cord, ale pierderii minții sau ale morții. Li se spune că anxietatea însăși produce respirație superficială, dureri în piept și transpirație. Dacă interpretează greșit aceste senzații corporale firești ca atac de cord iminent, simptomele devin și mai intense, din cauză că interpretarea greșită face neliniștea să se transforme în groază. Cercul vicios culminează cu un atac de panică generalizat.

Pacienții sunt învățați să reinterpreteze simptomele în mod realist, ca simple simptome ale anxietății. Apoi li se oferă o demonstrație practică pe loc, în cabinet, fiind puși să respire repede într-o pungă de hârtie. Aceasta duce la acumularea de bioxid de carbon și la dificultatea de a respira, imitând senzațiile care provoacă un atac de panică. Terapeutul arată că simptomele pe care le are pacientul – gâfâitul și galopul inimii – sunt nevătămătoare, nu sunt decât rezultatul hiperventilației,

nu semnul unui atac de cord. Pacientul învață să interpreteze simptomele corect.

Un pacient, când se simțea puțin slăbit, avea un atac de panică. A început să se teamă că va leșina și se va prăbuși cu adevărat, și își interpreta anxietatea ca pe un alt simptom al leșinului iminent. În câteva secunde ajungea la panică.

— De ce n-ai leșinat cu adevărat niciodată? I-a întreat Clark.

— Întotdeauna am reușit să evit la timp prăbușirea ținându-mă de ceva, a răspuns pacientul.

— Aceasta este o posibilitate. O altă explicație este că senzația de leșin pe care o ai într-un atac de panică nu te-ar face să te prăbușești, chiar dacă nu ai controla-o. Ca să hotărâm care posibilitate este corectă este nevoie să știm ce trebuie să i se întâmple corpului tău ca să leșini cu adevărat. Știi?

— Nu.

— Trebuie să-ți scadă tensiunea, a zis Clark. Știi ce se întâmplă cu tensiunea ta în timpul unui atac de panică?

— Păi, pulsul meu o ia la goană. Presupun că tensiunea trebuie să fie mare, a răspuns pacientul.

— Așa este. La anxietate ritmul cardiac și tensiunea tind să se schimbe împreună. Așadar, în realitate sunt mai puține șanse să leșini când ești anxios decât atunci când nu ești, a spus Clark.

— Dar de ce mă simt așa de slăbit?

— Senzația de slăbiciune este un semn că trupul tău reacționează normal la perceperea primejdiei. Când percepi primejdia este trimis mai mult sânge în mușchi și mai puțin la creier. Aceasta înseamnă că se produce o mică scădere a nivelului de oxigen din creier. Iată de ce te simți slăbit. Însă această senzație este înșelătoare, pentru că de fapt nu vei leșina, dat fiind că ai tensiunea mai mare, nu mai mică.

Pacientul a conchis:

— E foarte limpede. Așadar, data viitoare când o să mă mai simt slăbit pot să verific dacă o să leșin sau nu luându-mi pulsul. Dacă este normal sau mai rapid decât normal, știu că n-o să leșin.<sup>9</sup>

„Această terapie simplă pare să aducă vindecarea, ne-a spus Clark. Între nouăzeci și sută la sută dintre pacienți au scăpat de panică la sfârșitul terapiei. După un an, o singură persoană a mai avut un atac de panică.“

În acest moment al conferinței, Aaron Beck, părintele terapiei cognitive, a luat cuvântul: „Rezultatele lui Clark nu sunt întâmplătoare. Am efectuat la Philadelphia același studiu cu aceeași terapie. Și noi am constatat vindecarea completă, dat fiind că după un an nu mai apăruseră aproape deloc atacuri de panică.“

Aceasta era, într-adevăr, o descoperire epocală: o psihoterapie simplă și de scurtă durată, fără efecte secundare, cu rată de vindecare de 90% a unei afecțiuni care acum un deceniu era considerată incurabilă. Într-un studiu controlat efectuat pe șaizeci și patru de pacienți, în care se compara terapia cognitivă cu medicamentele, cu relaxarea și cu absența tratamentului, Clark și colegii săi au descoperit că terapia cognitivă este semnificativ superioară medicamentelor sau relaxării, acestea fiind mai bune decât absența tratamentului. O astfel de rată ridicată a vindecării era fără precedent. Nu-mi puteam aminti vreun caz din anele psihoterapiei sau terapiei medicamentoase în care tratamentul să ducă la o vindecare aproape completă, aproape fără recidivă. Litiul în cazul sindromului maniaco-depresiv, cu eficiență de 80% (cu efecte secundare periculoase), era cel mai apropiat rezultat pe care mi-l puteam aminti.

Cum se compară terapia cognitivă cu medicamentele în cazul tulburării de panică? Este mai eficientă și mai puțin periculoasă. Atât antidepresivele, cât și Xanaxul provoacă o reducere considerabilă a panicii la majoritatea pacienților, însă medicamentele trebuie să fie luate mereu; după întreruperea administrării lor panica revine la nivelul de dinainte de terapie în cazul a circa jumătate din pacienți.<sup>10</sup> De asemenea, medicamentele au uneori efecte secundare grave, printre care somnolență, letargie, complicații ale sarcinii și dependență.

## Tratamentul potrivit

Tabel rezumativ cu privire la panică<sup>11</sup>

	Terapia cognitivă	Medicamente
AMELIORARE	▲▲▲▲	▲▲▲
RECIDIVĂ	▲▲▲▲	▲▲
EFECTE SECUNDARE	▼	▼▼▼
COST	necostisitor	necostisitor
DURATĂ	săptămâni	zile/săptămâni
TOTAL	▲▲▲▲	▲▲

## AMELIORARE

- ▲▲▲▲ = ameliorare pronunțată, de 80-100%, sau dispariția simptomelor  
 ▲▲▲ = ameliorare pronunțată, de 60-80%  
 ▲▲ = ameliorare moderată, de cel puțin 50%  
 ▲ = probabil mai bun decât placebo  
 0 = probabil inutil

## RECIDIVĂ (după întreruperea tratamentului)

- ▲▲▲▲ = recidivă mai mică de 10%  
 ▲▲▲ = recidivă de 10-20%  
 ▲▲ = rată moderată a recidivei  
 ▲▲ = rată ridicată a recidivei

## EFECTE SECUNDARE

- ▼▼▼▼ = grave  
 ▼▼▼ = moderate  
 ▼▼ = ușoare  
 ▼ = nici unul

## TOTAL

- ▲▲▲▲ = excelent, este evident tratamentul potrivit  
 ▲▲▲ = foarte bun  
 ▲▲ = util  
 ▲ = nesemnificativ  
 0 = probabil inutil

După această bombă, „discuția“ mea a fost un duș rece. Am reușit să fac o observație pe care Clark a luat-o foarte în serios. „Crearea unei terapii cognitive care dă roade, chiar și atunci când este atât de eficientă cum pare să fie cea de față, nu este suficientă pentru a dovedi caracterul cognitiv al cauzei panicii.” Mă apucasem să despic firul în patru. „Teoria biologică

nu neagă faptul că altă terapie ar putea acționa eficient asupra panicii. Ea doar afirmă că la temelia panicii stă o anumită problemă biochimică. Există vreo altă predicție pe care o face teoria interpretării greșite ca dezastru și pe care trebuie să o nege teoria biologică?”

Peste doi ani am primit răspunsul. Clark a efectuat un experiment crucial care a testat teoria biologică în comparație cu teoria cognitivă. Stâlpul principal al teoriei biochimice este producerea atacului de panică prin injectarea de lactat. Bioxidul de carbon, yohimbina (un medicament care stimulează sistemul spaimei din creier) și hiperventilația induc și ele panica. Nu se cunoaște un anumit traseu neurochimic pe care să-l aibă toate acestea. Pe de altă parte, teoria cognitivă susține că elementul comun este producerea de senzații corporale care sunt interpretate greșit ca dezastru iminent.

Teoria cognitivă susține posibilitatea de a bloca atacurile de panică induse de lactat prin simpla contracarare a interpretării greșite. În schimb, teoria biologică susține că lactatul este suficient pentru a produce atacuri de panică. Clark a făcut injecția obișnuită cu lactat unui grup de zece pacienți cu tulburare de panică, și la nouă dintre ei s-a declanșat panica. El a repetat procedura cu alți zece pacienți, dar a adăugat instrucțiuni speciale pentru a înlătura interpretarea greșită a senzațiilor. Pur și simplu le-a spus: „Lactatul este o substanță corporală naturală, care produce senzații asemănătoare cu cele pe care le produc exercițiile fizice sau alcoolul. Este normal să aveți senzații intense în timpul injectării, dar ele nu indică o reacție adversă.” Doar la trei din zece subiecți a apărut panica. Aceasta a confirmat în mod crucial teoria.

Terapia funcționează foarte bine, ca în cazul Celiei:

*Povestea Celiei are happy-end. Mai întâi a încercat Xanaxul, care reducea frecvența și intensitatea atacurilor de panică. Dar era prea somnoroasă ca să muncească, și încă mai avea câte un atac cam la șase săptămâni o dată. Apoi a fost trimisă la Audrey, terapeut cognitiv care i-a explicat Celiei că interpretează greșit galopul inimii și faptul că nu*

poate respira bine ca pe niște simptome de atac de cord, că sunt în realitate doar simptome ale anxietății care crește, nu ceva mai periculos. Audrey a învățat-o pe Celia relaxarea progresivă și apoi a demonstrat lipsa de nocivitate a simptomelor Celinei punând-o să respire iute într-o pungă de hârtie. Audrey i-a arătat Celinei că inima îi galopează și că simte că se sufocă, simptome normale ale hiperventilației. Atunci Celia s-a relaxat în prezența simptomelor și a constatat că ele s-au redus treptat. După câteva alte ședințe practice terapia s-a încheiat. Au trecut doi ani fără ca Celia să mai fi avut vreun atac de panică.

## 6. FOBIILE

Înainte de a vorbi despre fobii, trebuie să prezint elementele fundamentale legate de rolul evoluției în ceea ce putem schimba la noi înșine. Unele dintre lucrurile care nu pot fi schimbate sunt așa deoarece pentru strămoșii noștri au reprezentat trășături de adaptare și sunt produsul selecției naturale. Fobiile, alături de multe alte lucruri din viața noastră emoțională, se încadrează în această categorie.

**Fenomenul *sauce béarnaise*.** *Sauce béarnaise* a fost preferatul meu până într-o seară din 1966, când m-am delectat cu un file mignon cu *sauce béarnaise*. Pe la miezul nopții mi s-a făcut rău și am vomat până ce n-a mai fost nimic de dat afară. După aceea *sauce béarnaise* mi s-a părut oribil; doar gândul la el îmi strepezea dinții.

În acea vreme debutam în domeniul teoriei învățării. Cunoșteam condiționarea pavloviană, și parcă trăiam o exemplificare a ei. Condiționarea pavloviană este, desigur, știința felului în care învățăm ce anume semnaleză un anumit lucru. O fetiță aude mârâitul unui câine, dar nu se sperie. Apoi câinele o mușcă. După aceea ea se sperie de câte ori vede un câine. A învățat, prin condiționarea pavloviană, că semnalul mârâit face rău, și acum se teme de câini. Cum se poate explica aceasta?

La câinii lui Pavlov, după cum vă amintiți, a fost mai întâi stimulul condiționat<sup>1</sup> (SC) al vederii lui Pavlov asociat cu reacția necondiționată (RN) de salivare la stimulul necondiționat (SC) al hranei. După șase astfel de asocieri câinii au început să saliveze la simpla vedere a lui Pavlov. Salivarea la vederea

lui Pavlov era reacția condiționată (RC). Condiționarea pavloviană funcționa deoarece câinii asociau vederea lui Pavlov cu reacția de salivare declanșată de hrană.

Unele evenimente ne dezgustă sau ne atrag de la prima manifestare: tunetul este înspăimântător de prima dată; mângâierea organelor genitale este excitantă de prima dată. Alte evenimente trebuie să-și capete semnificația emoțională. Semnificația emoțională a chipului mamei noastre sau al cuvintelor „banii sau viața“ trebuie să fie învățată. Tot ce nu este înăscut în viața noastră emoțională ar putea să fie condiționare pavloviană. Această idee a plasat pe la mijlocul anilor '60 condiționarea pavloviană printre cele mai interesante arii din întreaga psihologie.

Aversiunea mea față de *sauce béarnaise* părea să se potrivească teoriei. Gustul era SC, iar greața era RN. Această asociere făcea ca viitoarele întâlniri cu *sauce béarnaise* să mă umple de greață. În orice caz, la asta am cugetat cam toată luna următoare.

Ceea ce a dat o țintă cugetărilor mele a fost o lucrare care a apărut la o lună după acest incident. John Garcia, un tânăr cercetător din domeniul radiațiilor, a publicat un experiment ale cărui rezultate erau atât de scandaloase, încât – odată acceptate – au revoluționat teoria învățării. Pentru teoreticienii învățării aceste rezultate erau așa de greu de înghițit, încât principalul autor de manuale din acel domeniu a spus atunci că nu erau mai multe șanse ca ele să fie adevărate decât „să găsești găinaț într-un ceas cu cuc“!<sup>2</sup>

Garcia era un cercetător necunoscut care studia într-un laborator guvernamental greața provocată de radiații. El a observat că atunci când li se făcea rău șobolanii nu se mai atingeau de mâncare. După ce își reveneau continuau să refuze hrana dinainte. Însă în rest păreau cu totul în ordine. Acest lucru era uimitor, dar semăna și cu condiționarea pavloviană, în care hrana era SC, greața era RN, iar faptul că nu se mai atingeau de vechea hrană era RC. Dar, dacă șobolanii erau condiționați

de greață, de ce nu era decât o aversiune la acel gust? De ce nu era o aversiune mai amplă – față de cei care îi manipulau, față de stingerea luminii, față de deschiderea ușilor, față de toate celelalte elemente care însoțeau indispoziția? Garcia era uluit – din același motiv pentru care eram uimit eu de *sauce béarnaise*.

Atunci Garcia a făcut un experiment clasic, pe care eu îl consider cel mai semnificativ experiment efectuat în timpul vieții mele în domeniul psihologiei învățării.

De câte ori șobolanii au lins orificiul pentru apă, au simțit gust de zaharină și s-a produs o explozie de lumină și de zgomot. Acesta se numește SC complex – apă cu zaharină, luminoasă și zgomotoasă. A urmat un fascicul de raze X. În câteva ore șobolanilor li s-a făcut rău. Când și-au revenit, Garcia a testat separat elementele din SC complex, ca să vadă ce anume le provoca șobolanilor teamă. Acum detestau zaharina, dar nu-i deranja deloc zgomotul luminos. Când le-a fost rău, au dat vina pe gust și au ignorat tot restul.

Poate că în timpul condiționării pur și simplu nu observaseră zgomotul luminos? Garcia a contrabalansat experimentul. Altor șobolani li s-a dat aceeași zaharină luminoasă și zgomotoasă, asociată acum cu un șoc la picior în loc de greață. Ce anume au învățat? Acum se crispau la zgomotul luminos, dar zaharina le plăcea în continuare. Când i-a durut piciorul au dat vina pe zgomotul luminos și au ignorat gustul.

Așadar, atât zgomotul luminos, cât și zaharina erau observate, dar numai gustul a devenit respingător atunci când șobolanilor le-a fost greață, și numai zgomotul luminos a devenit respingător atunci când șobolanii au simțit durere. Cum se poate așa ceva? Atât rezultatele obținute de Garcia, cât și aversiunea față de *sauce béarnaise* semănau cu condiționarea pavloviană. Dar nu se potriveau legilor condiționării. Existau cinci probleme<sup>3</sup>:

În primul rând, condiționarea pavloviană nu este selectivă: orice SC care este prezent când apare RN ar trebui să fie condiționat. Pavlov era acolo când erau hrăniți câinii, așa că a devenit

factor de excitare (așa cum au devenit, cu siguranță, vocea lui, after-shave-ul și halatul alb). Dar nu la fel s-a întâmplat în cazul lui Garcia. Doar zaharina a devenit respingătoare în combinație cu deranjamentul stomacal, și numai zgomotul luminos a devenit respingător în combinație cu durerea.

La fel stăteau lucrurile cu *sauce béarnaise*; absorbise în mod selectiv caracterul rău al incidentului – în detrimentul altor posibili SC. *Sauce béarnaise*, și nimic altceva, a devenit grețos. Fuseseră prezenți mulți alți stimuli care ar fi trebuit să fie condiționați, deoarece condiționarea funcționează pe baza simplei asocieri a evenimentelor care se petrec simultan. Dar nici un alt stimul nu a devenit respingător. Îmi plăcea în continuare carnea de vită. Îmi plăcea în continuare soția mea, care fusese acolo tot timpul. Nu găseam nici un cusur farfuriilor albe din care am mâncat sosul și tacâmurilor daneze din inox, cu toate că erau asociate cu greața. La fel și în cazul vasului de WC în care am vomitat, și nici el nu mi s-a părut după aceea neobișnuit de respingător.

Cea de-a doua încălcare a legilor cunoscute era faptul că o condiționare pavloviană se formează doar la intervale de timp foarte mici. Dacă auziți un zgomot și după o secundă se produce un șoc electric, veți ajunge să vă temeți de acel zgomot. Însă dacă șocul nu se produce decât după un minut nu se va crea teama de zgomot. Un singur minut de întârziere între SC și SN este prea mult pentru a se forma condiționarea. Intervalul dintre zaharină și greața indusă de radiații a fost mult mai mare, la fel ca distanța dintre momentul în care am mâncat *sauce béarnaise* și cel în care mi s-a făcut rău: nu secunde, ci ore – de sute de ori mai mult decât în orice experiment de condiționare încununat de succes.

Cea de-a treia problemă era că șobolanii lui Garcia urau zaharina după o singură doză de raze X, iar eu am ajuns să nu mai pot suferi *sauce béarnaise* după o singură experiență. Condiționarea pavloviană normală nu are loc aproape niciodată după o singură încercare. Pavlov a trebuit să hrănească

de mai multe ori câinii pentru ca aceștia să saliveze la prezența lui. Este nevoie de circa cinci asocieri sunet–șoc pentru a face pe cineva să transpire când aude zgomotul. Acest lucru este valabil chiar și atunci când șocul este foarte dureros.

Cea de-a patra problemă este faptul că o condiționare pavloviană este logică: legile ei urmează creșterea și descreșterea așteptărilor conștiente. Câinii lui Pavlov au învățat să aștepte mâncarea atunci când se ivea Pavlov, așa că salivau. După ce Pavlov nu i-a mai hrănit n-au mai salivat la vederea lui – aceasta se numește *extincție*. Însă cu *sauce béarnaise* lucrurile nu s-au petrecut așa. A doua zi după ce mi-a fost rău l-am sunat pe cel mai apropiat colaborator al meu ca să-mi cer scuze că nu m-am dus la laborator. El m-a întrebat dacă m-am procopsit cu gastroenterita virală care băntuia prin toată facultatea. După aceea am „știut” că sosul era nevinovat; gastroenterita virală, nu sosul, făcuse să-mi fie rău. Nu m-am așteptat să vomit dacă aveam să mănânc din nou *sauce béarnaise*. Dar cunoașterea n-a folosit la nimic; *sauce béarnaise* avea în continuare gust rău.

Același lucru irațional este valabil și pentru fenomenul lui Garcia. Conștiința, întregul sistem care domină o mare parte a vieții noastre, este irelevantă în ceea ce privește învățarea unei aversiuni gustative. Într-un experiment, șobolanii au gustat zaharină și apoi au fost anesteziți. În timpul somnului li s-a indus un deranjament stomacal de scurtă durată. Când s-au trezit, detestau zaharina.<sup>4</sup>

Ultima problemă era faptul că o condiționare pavloviană dispare cu ușurință, unul dintre efectele ei secundare fiind așteptarea conștientă. Pavlov n-a trebuit decât să se arate de câteva ori fără să dea de mâncare câinilor, și ei n-au mai salivat la vederea lui. Dar aversiunea mea față de *sauce béarnaise* a durat un deceniu și a rămas vie după o duzină de cine la care psihologi sceptici mi-au dat să gust *sauce béarnaise*. Acum pot să-l mănânc, după douăzeci și cinci de ani, dar tot a trebuit să trec de la rețeta lui Craig Claiborne la cea a Juliei Child.

**Mesajul lui Garcia.** Toate aceste probleme *pot* să fie puse de acord cu condiționarea pavloviană, deoarece acționează evoluția. Timp de milioane de ani strămoșii noștri au avut de furcă în mod repetat, printre alte bețele, cu deranjamentele stomacale. Unele dintre plantele și animalele pe care le mâncau conțineau otravă, uneori li se strica mâncarea, uneori apele curgătoare din care beau purtau microbi. Fiecare dintre aceste necazuri putea să-i omoare; dar dacă se îmbolnăveau și supraviețuiau, învățau să se ferească pe viitor de acele toxine.

Problema este: de ce anume să te ferești? De toxinele din natură ne putem feri doar pentru că au un gust deosebit, așa cum au și alimentele care le conțin. Aceia dintre strămoșii noștri cărora după un deranjament stomacal le-a intrat în cap iute și temeinic sila față de gustul cel mai deosebit care însoțea deranjamentul și-au transmis mai departe genele. Cei care n-au făcut-o au murit.

Suntem *programați* de istoria evoluției noastre să învățăm bine unele lucruri. Învățăm, așa cum am făcut eu, că *sauce béarnaise* însoțește boala – într-o singură încercare și după un interval de timp mare. Această învățare se produce la niveluri mai profunde și mai puțin supuse greșelilor decât rațiunea, este foarte puternică și este illogică. A trebuit să treacă ani întregi până am ajuns să-mi placă din nou *sauce béarnaise*.

Nu „știm“ nici unul dintre aceste lucruri atunci când ne naștem – ele nu sunt „instinctive“. Șobolanilor lui Garcia le-a plăcut zaharina, iar mie mi-a plăcut *sauce béarnaise* când l-am gustat prima oară. Și totuși, chiar dacă nu avem decât o experiență neplăcută cu asociații programate, o absorbim imediat și nu scăpăm ușor de ea. Evoluția ne-a modelat aparatul senzorial, iar acesta ne-a modelat sistemul de reacții. Și simțul subtil al gustului, și reacția la vomitat sunt produse ale selecției naturale. Știm asta de la Darwin încoace. Noutatea pe care ne-a spus-o Garcia este că rapiditatea sau încetineala cu care învățăm un lucru – sau dacă îl învățăm ori nu – ține de selecția naturală. Însăși capacitatea de a învăța este modelată de evoluție.

Ca reacție la descoperirile lui Garcia s-a stârnit în ziare o ceartă îndelungată și aprigă, poate cea mai aprigă din istoria teoriei învățării. Încă nu s-a încheiat. Cea mai mare parte dintre psihologi acceptă acum ideea că genele noastre restricționează învățarea, dar pentru nucleul de fideli aceasta este încă o erezie, din două motive: primul ține de interesele unui anumit grup, iar cel de-al doilea este o chestiune fundamentală.

În 1965 breasla behavioriștilor se afla într-un impas. Făceam experimente cu porumbei care ciuguleau discuri ca să capete grăunțe, cu șobolani care apăsau pe bare ca să capete granule Purina, cu șobolani care ajungeau să se teamă de tonuri, și cam atât. Dar ne-am numit pompos descoperirile „legile învățării“ – și nu „legile învățării la porumbeii flămânzi“ sau „legile învățării la șobolani“. Ne-am proclamat legile la fel de universale ca gravitația lui Newton. Garcia, deloc adept al breslei, ne-a spus că felul stimulului (gustul) și relația lui în planul evoluției cu reacția (greața) au o importanță foarte mare. Acest lucru, pretindea el, ducea la încălcarea legilor: învățarea din prima încercare, după intervale lungi. Aceasta însemna că toți ani petrecuți de B.F. Skinner, Clark Hull, Ivan Pavlov și adepții lor cu șobolani, porumbei și câini s-ar putea să nu fi avut ca rezultat decât niște curiozități de laborator – nu legi generale. S-ar fi putut ca toată munca breslei să fie lipsită de importanță.

Însă motivul real pentru care restul psihologiei rămânea blocată în această controversă este mai simplu. Psihologia americană, ca întreg, este ambientalistă\* în mod militant, iar Garcia a atacat această premisă. Bazele ambientalismului american sunt foarte profunde, atât în planul intelectual, cât și în cel politic.

John Locke, David Hume și empiriștii britanici au pornit această tradiție, argumentând că orice cunoaștere are loc prin simțuri. Aceste senzații sunt legate între ele de asocieri, au

\* Ambientalism: teoria conform căreia mediul, nu ereditatea, este factorul principal care influențează creșterea intelectuală și dezvoltarea culturală ale fiecărui individ (n. tr.).

afirmat ei, așa încât tot ce știm, tot ceea ce este un om este pur și simplu acumularea de asocieri. Dacă vrem să înțelegem o persoană, tot ce trebuie să știm sunt amănuntele despre felul în care a fost crescută. Behaviorismul în general și condiționarea pavloviană în special au captivat imaginația psihologiei americane, deoarece erau o versiune verificabilă a ambientalismului lui Locke. Ambientalismul nu este numai miezul behaviorismului; el este miezul dogmei maleabilității umane.

Și nu trebuie să ne înșelăm în privința laturii politice. Nu este o coincidență faptul că Locke a fost atât părintele ideii că toată cunoașterea înseamnă asocieri, cât și cel al ideii că toți oamenii au fost creați egali. Behavioriștii, cu toții savanți lockeeni, au dominat psihologia academică de la sfârșitul Primului Război Mondial până la era Vietnamului. John Watson a lansat mișcarea behavioristă, în perioada „creuzetului“. Popularitatea lui s-a datorat în parte mesajului ascuns: noii imigranți nu erau cu nimic inferiori oamenilor aflați deja în America; ei puteau fi modelați ca să ajungă același material de înaltă calitate constituit deja de WASP\*. Înfrângerea lui Hitler a dat și mai mult avânt ambientalismului american: genocidul din lagărele de concentrare a insuflat generației mele hotărârea de a nu mai admite niciodată explicațiile genetice ale psihologiei umane.

Chiar dacă am lucrat cu porumbei și șobolani, încercam prin aceasta să arătăm că omul este produsul felului în care a fost crescut și al culturii sale, nu al rasei sale. Mișcarea pentru drepturile civile, feminismul, protestele împotriva Războiului din Vietnam (oameni albi care omorau oameni galbeni), toate au alimentat această premisă ascunsă, sacră, a psihologiei americane și s-au alimentat din ea.

Ambientalismul militant a permis behaviorismului să domine psihologia academică americană. Garcia i-a negat premisa de bază: că suntem în întregime creația mediului nostru,

\* *White Anglo-Saxon Protestant* – desemnează americanii albi de origine anglo-saxonă și protestanți (n. tr.).

nu a genelor noastre. Privit de la distanță, mesajul lui Garcia nu pare să zguduie lumea. El nu a susținut că suntem produsul genelor noastre sau că felul în care am fost crescuți nu are importanță. A susținut doar existența unei *predispoziții* genetice. A susținut că genele noastre *limitează* ceea ce putem învăța. Dar aceasta a deschis – doar o crăpătură – ușa pe care ambientalității o voiau închisă pe vecie. Ușa a rămas deschisă și a oferit un mod nou de a privi multe lucruri care sunt învățate, printre care cântecul păsărilor, agresivitatea, limbajul, imprintingul, alegerea obiectului sexual și, nu în ultimul rând, fobiile.

### *Fobiile și temerile*

O fobie este o teamă intensă, disproporționată în raport cu pericolul real al obiectului ei. În formă ușoară, fobia este obișnuită, afectând circa 10% din populația adultă. În forma sa extremă, atât de intensă, încât cei afectați nu pot ieși din casă, este mai rară – cu mult sub 1% dintre adulți.<sup>5</sup> Cele mai răspândite tipuri de fobii sunt agorafobia (literal, teama de piața publică), care este teama de locurile aglomerate, de spațiile deschise și de călătorie, fobia socială – teama de umilire și stînghereală atunci când subiectul este privit de alte persoane – și nosofobia, teama de o anumită boală, precum SIDA sau cancerul mamar. Frecvente sunt și fobiile specifice, printre care se numără teama de animale, insecte, înălțime, avioane, locuri închise sau vreme rea. Există și fobii rare, precum teama de cifra treisprezece sau de zăpadă, și am avut chiar și un pacient care avea probleme cu țevile de eşapament.

Circa jumătate dintre cazurile de fobie încep cu un incident traumatic, de obicei în copilărie. Teamă intensă de pisici a lui Susan a început cu o traumă.

„Nu-l lăsați în casă pe Motănel!“ zbigera la mama ei Susan, în vârstă de patru ani, arătând către ușa bucătăriei. Afară stătea mândru motanul lor, plin de sânge de iepure și crăntănind animalul mâncat în parte.



*Susan a plâns isteric cam o oră. După aceea n-a mai stat niciodată în aceeași încăpere cu Motănel sau cu vreo altă felină.*

*Pe măsură ce a crescut i s-a intensificat teama de pisici. Dar în toamna aceasta, la vârsta de treizeci și unu de ani, teama a ajuns la paroxism. Nu mai poate să iasă din casă. Casa de alături fusese pustie pe timpul verii, și Susan a văzut o pisică în iarba netunsă. Acum se teme că dacă iese o să fie atacată și mutilată de o pisică. Primul ei gând la trezire este ce pisici ar putea să-i iasă în cale în acea zi. Orice zgomot și mișcare bruscă din casă o sperie – ar putea fi o pisică. Ultimul gând înainte de a adormi, epuizată, este groaza – de pisicile care ar putea să-i apară în coșmaruri.*

**Terapia eficientă.** Este normal ca la copiii de patru și de cinci ani să „izbucnească” o teamă specifică puternică, în special față de animale. 95% dintre aceste temeri pur și simplu dispar pe măsură ce copilul crește. Unele, ca a lui Susan, persistă până la maturitate, și în acest caz sunt tenace și nu dispar de la sine. Dar există un tip de terapie pentru fobii care funcționează neabătut: terapia comportamentală. Iată teoria despre motivul pentru care aceasta are efect:

O fobie este un caz de condiționare obișnuită cu o RN (reacție necondiționată) deosebit de traumatizantă. Un lucru neutru, de exemplu o pisică, se întâmplă să fie în preajmă atunci când se produce o traumă, cum este groaza lui Susan când vede un iepuraș sfâșiat. Pisica este SC, iar trauma lui Susan este RN. În virtutea acestei asocieri, SC devine înspăimântător.

Dacă fobiile sunt doar condiționare pavloviană, ar trebui să fie ușor de eliminat. Terapia nu trebuie decât să efectueze extincția pavloviană – punând pacientul să stea în prezența SC, dar făcând în așa fel încât să nu se producă RN. Înainte de Joseph Wolpe, în anii '50, nimeni n-a încercat vreodată această abordare directă. În acea vreme psihoterapia era dominată de psihanaliză, ai cărei practicanți încercau, fără succes, să-i facă pe fobici să înțeleagă conflictele sexuale și agresive despre care se presupunea că le provoacă fobiile. Însă pe la mijlocul

anilor '60 psihanalistii știau că aplicarea la fobii a terapiei bazate pe introspecție nu e „niciodată ușoară”.<sup>6</sup>

În prezent în cazul fobiilor se folosesc cu succes două terapii comportamentale, amândouă fiind forme ale extincției.

Prima, *desensibilizarea sistematică*, este cea originală folosită de Wolpe. Pacientul învață mai întâi relaxarea progresivă. Apoi alcătuiește o ierarhie a fricii, punând în vârf situația cea mai rea, deplin fobică, și jos o situație care produce cea mai mică teamă fobică. De exemplu, Susan a ales pentru treapta de jos întâlnirea cu cineva care se numește Katz, iar pe treapta următoare vederea pe o etichetă a cuvântului *cat* din *catsup*\*. În vârf era cazul în care stă la ea în poală o pisică reală – cea mai rea situație imaginabilă.

Apoi pacientul intră în starea de relaxare pe care a exersat-o și își imaginează intens situația de pe treapta de jos. Așadar, Susan a stat culcată, cu mușchii relaxați, și și-a imaginat că este prezentată unei femei pe nume Ada Katz. A repetat asta până când n-a mai simțit nici un pic de teamă în vreme ce vizualiza scena. În ședința următoare, pacientul se relaxează din nou și își imaginează scena de pe treapta următoare a spaimei – vederea cuvântului *cat*, în cazul lui Susan. Ea îl vizualizează, în vreme ce se relaxează, până când nu mai simte deloc teamă. În aproximativ douăsprezece ședințe pacientul ajunge la vârful ierarhiei – în imaginație – fără să simtă teamă. După ce au ajuns la treapta de sus, cei mai mulți dintre cei care au fobia pisicilor constată că pot trece de la faza în care se gândesc fără teamă la pisici la confruntarea fără mare teamă cu pisici reale.

Ceea ce s-a întâmplat în cazul lui Susan este extincția pavloviană. Ea și-a amintit în repetate rânduri SC de care se temea în absența RN (starea de relaxare exclude teama). Aceasta a distrus asocierea dintre pisici și teamă.

Cealaltă terapie, *imersia*, folosește același principiu al extincției. Imersia este mai spectaculoasă, dar mai scurtă. Cel

\* „Pisică” și, respectiv, „ketchup” (n. tr.).

care suferă de fobie este aruncat în situația fobică: un claustrofob acceptă să fie închis într-un dulap, cineva care suferă de fobia pisicilor stă într-o încăpere plină de pisici; cel cu agorafobie poposește, însoțit de terapeut, într-un centru comercial. În fiecare caz, pacientul stă în spațiul respectiv un anumit interval de timp, cu care a fost de acord – poate să pară o eternitate, dar de obicei este de circa patru ore –, fără să plece. La început este îngrozit, dar, inevitabil, după aproximativ o oră teama începe să se risipească, atunci când vede că nu i se întâmplă nimic rău. După circa patru ore pacientul nu se mai teme. Acum este în prezența SC, dar fără RN. Este sleit de puteri, dar spaima fobică a fost eliminată.

Opusul relaxării este folosit cu succes remarcabil în cazul fobiei sângelui. În această fobie obișnuită (suferă de ea cam 3% din populație), ritmul cardiac și tensiunea persoanei afectate scad brusc, iar la vederea sângelui aceasta leșină. Cei care suferă de fobia sângelui sunt învățați *tensionarea aplicată*. Învăță să-și încordeze mușchii brațelor, picioarelor și pieptului până când urcă la suprafață o senzație de căldură. Aceasta contraconținează scăderea tensiunii și leșinul, întocmai cum relaxarea contraconținează tensiunea anxioasă.<sup>7</sup>

Aceste terapii dau roade în cel puțin 70% din cazuri. După o perioadă scurtă de terapie de acest fel, de obicei în jur de zece ședințe, cei mai mulți dintre pacienți pot să înfrunte obiectul fobic. Tensionarea aplicată folosită în cazul fobiei sângelui funcționează și mai bine: vindecarea este permanentă; cei care suferiseră de fobie rareori ajung să îndrăgească obiectul fobiei, dar nu se mai tem de el.

**Terapia inefficientă.** După terapia de extincție simptomele nu se manifestă altundeva. Această absență a substituirii simptomelor este importantă, întrucât și teoria psihanalitică, și cea biomedicală afirmă că eliminarea directă a fobiei este doar cosmetică. După cum afirmă aceste școli de gândire, conflictul sau dereglarea chimică de la bază rămân neatinse, și simptomele trebuie să apară altundeva. Dar în realitate ele nu apar.

## Tratamentul potrivit

### Tabel rezumativ cu privire la fobii

#### FOBIILE SPECIFICE

	<i>Terapia prin extincție</i>	<i>Medicamente</i>
AMELIORARE	▲▲▲	▲
RECIDIVĂ	▲▲▲▲	▲
EFECTE SECUNDARE	▼	▼▼▼
COST	necostisitor	necostisitor
DURATĂ	săptămâni/luni	zile/săptămâni
TOTAL	▲▲▲▲	▲

#### FOBIA SOCIALĂ

	<i>Terapia prin extincție</i>	<i>Medicamente (triciclice, inhibitori de MAO)</i>
AMELIORARE	▲▲▲	▲▲▲
RECIDIVĂ	▲▲▲	▲
EFECTE SECUNDARE	▼	▼▼▼
COST	necostisitor	necostisitor
DURATĂ	săptămâni/luni	zile/săptămâni
TOTAL	▲▲▲	▲▲

#### AGORAFOBIA

	<i>Terapia prin extincție</i>	<i>Medicamente (triciclice)</i>	Combi-nație
AMELIORARE	▲▲	▲▲	▲▲▲
RECIDIVĂ	▲▲▲	▲	▲▲▲
EFECTE SECUNDARE	▼	▼▼▼	▼▼▼
COST		toate sunt necostisitoare	
DURATĂ	săptămâni/luni	săptămâni	săptămâni/luni
TOTAL	▲▲	▲▲	▲▲▲

## AMELIORARE

- ▲▲▲▲ = ameliorare pronunțată, de 80-100%, sau dispariția simptomelor
- ▲▲▲ = ameliorare pronunțată, de 60-80%
- ▲▲ = ameliorare moderată, de cel puțin 50%
- ▲ = probabil mai bun decât placebo
- 0 = probabil inutil

## RECIDIVĂ (după întreruperea tratamentului)

- ▲▲▲▲ = recidivă mai mică decât 10%
- ▲▲▲ = recidivă de 10-20%
- ▲▲ = rată moderată a recidivei
- ▲ = rată ridicată a recidivei

## EFECTE SECUNDARE

- ▼▼▼▼ = grave
- ▼▼▼ = moderate
- ▼▼ = ușoare
- ▼ = nici unul

## TOTAL

- ▲▲▲▲ = excelent, este evident tratamentul potrivit
- ▲▲▲ = foarte bun
- ▲▲ = util
- ▲ = nesemnificativ
- 0 = probabil inutil

Psihanaliza nu se ocupă de fobii. Terapia cognitivă, în care pacienții privesc în față iraționalitatea fobiei lor („Care este probabilitatea reală ca un avion să cadă?” sau „Auzi, nici un adult din Philadelphia n-a fost vreodată mutilat de o pisică”) și învață să combată aceste gânduri iraționale, nu pare să fie de mare folos în cazul fobiilor specifice.<sup>8</sup> Totuși, terapia cognitivă pentru tulburarea de panică poate fi folositoare în agorafobie, atunci când problema centrală este panica.<sup>9</sup>

Medicamentele nu sunt de mare folos în cazul fobiilor determinate de lucruri reale. Anxioliticele au ca efect liniștirea dacă sunt luate în cantitate mare în situația fobică însăși, cu toate că această liniștire este însoțită de somnolență și letargie. Prin urmare, în cazul cuiwa care are fobia avioanelor și trebuie dintr-odată să zboare un tranchilizant minor va fi de folos, dar numai temporar. Liniștirea este cosmetică: după ce trece efectul medicamentului, fobia rămâne intactă.

Probabil că nici combinația dintre medicamente și terapia de extincție nu este folositoare în cazul fobiilor determinate de lucruri reale. Pentru ca extincția să dea rezultate, se pare că anxietatea trebuie să se facă simțită și apoi să fie eliminată. Anxioliticele blochează perceperea anxietății, și astfel blochează extincția ei. Prin urmare, fobia rămâne intactă.

Medicamentele nu par să fie de mare folos în cazul fobiei sociale. Inhibitorii de MAO (antidepresive puternice) au fost folosiți cu oarecare succes. Circa 60% dintre pacienți se simt mai bine câtă vreme iau aceste medicamente. Însă succesul este temporar, iar rata recidivei este mare când medicamentele nu mai sunt luate. Amintiți-vă și că inhibitorii de MAO au efecte secundare periculoase (vezi capitolul 3). O ameliorare ceva mai slabă (circa 50%) se produce la folosirea unor agenți anxiolitici puternici, cum este Xanaxul, și a unor betablocante. Dar și aici rata recidivei este foarte mare, iar medicamentele au efecte secundare accentuate. Rata mare de recidivă la întreruperea medicației sugerează un efect strict cosmetic asupra anxietății fobice.<sup>10</sup>

În schimb, în cazurile de agorafobie sunt de ajutor antidepresivele, și nu în mod cosmetic. Antidepresivele par să funcționeze aproape în aceeași măsură ca terapiile de extincție, și sunt deosebit de utile în combinație cu terapiile de extincție.<sup>11</sup> Esențial este probabil faptul că agorafobia, spre deosebire de majoritatea celorlalte fobii, implică de obicei atacuri de panică. Într-adevăr, un atac de panică este de obicei incidentul care face să se declanșeze agorafobia. Antidepresivele suprimă atacurile de panică fără să sedeze pacientul.

Acesta este un efect al medicamentelor care îi încântă pe pavlovieni. Teoria pavloviană ne spune că agorafobia se instalează atunci când SC, reprezentat de prezența subiectului în piața publică, agora, coincide cu RN a atacului de panică. Aceasta condiționează agora să declanșeze groaza. Când i se administrează unui pacient o combinație de medicamente și terapie de extincție, el se încumetă să iasă din casă și nu mai suferă un

atac de panică, pentru că a luat medicamentul. Acum este expus în mod foarte eficient la SC a agorei în absența RN a panicii, așa încât se produce extincția pavloviană.

Astfel, teoria că fobiile rezultă din condiționarea pavloviană pare destul de solidă: un obiect nevătămător asociat cu o traumă îngrozitoare impregnează acel obiect cu capacitatea de a produce groaza. Așa cum se prevede, terapiile de extincție dau rezultate destul de bune.

**Fobiile și evoluția.** Și totuși, există prea multe probleme minore: trei, mai exact. Fiecare dintre ele face fobiile să arate mai degrabă ca fenomenul *sauce béarnaise* și aversiunile gustative decât ca obișnuita condiționare pavloviană.

În primul rând, condiționarea pavloviană obișnuită nu este selectivă. Orice SC care se nimerește să coincidă cu orice traumă este condiționat. Însă fobiile sunt, în realitate, foarte selective:

*La un picnic, o fetiță de șapte ani vede un șarpe care se târâște prin iarbă. E interesată de el, dar nu deranjată. După o oră fetița se întoarce la mașina familiei și își strivește mâna închizând portiera. Se declanșează o fobie pentru tot restul vieții – nu la ușile de mașini, ci la șerpi.<sup>12</sup>*

De fapt, există doar vreo douăzeci de subiecte obișnuite ale fobiilor, în special spațiile deschise, mulțimile, animalele, insectele, spațiile închise, înălțimea, boala și furtunile. Global, acestea sunt lucruri care uneori s-au dovedit primejdioase pentru strămoșii noștri pe parcursul evoluției. Chiar și excepțiile, de exemplu avioanele, pot fi de obicei legate de obiecte mai primitive ale temerilor, precum sufocarea, căderea sau prinderea în capcană.<sup>13</sup>

Arne Ohman, unul dintre psihologii de frunte ai Suediei, s-a hotărât să afle dacă fobiile sunt mai apropiate de aversiunile gustative decât de condiționarea pavloviană obișnuită. El a efectuat experimentul lui Garcia pe subiectul fricii omenești, efectuând asupra unor studenți voluntari o condiționare pavloviană cu șocuri electrice ca stimul necondiționat (SN). Stimulul condiționat (SC) era fie un obiect *programat în planul*

*evoluției*, imaginea unui păianjen, fie un obiect *neprogramat în planul evoluției*, imaginea unei case. Un obiect fobic programat este cel care a fost cu adevărat primejdios pentru oameni pe parcursul evoluției; un obiect neprogramat este cel care nu a fost primejdios. La început studenții nu s-au temut de păianjen, dar după o singură asociere între păianjen și șoc începeau să transpire când li se arăta păianjenul. Imaginea casei provoca teamă – și doar în mică măsură – de-abia după multe asocieri. Prin urmare, spre deosebire de condiționarea obișnuită, condiționarea fobică în laborator, fenomenul *sauce béarnaise* și fobiile umane din natură sunt toate selective.<sup>14</sup>

Cea de-a doua problemă a concepției pavloviene este faptul că, pentru a funcționa, condiționarea necesită intervale scurte și asociere explicită a SC cu RN. Fobiile n-au nevoie de acestea. A trecut o oră între vederea șarpelui și strivirea mâinii cu portiera mașinii; și totuși fobia a acoperit acest interval. Și mai grăitor este faptul că, în vreme ce aproximativ 60% dintre fobici explică felul în care s-a instalat fobia povestind asocierea explicită dintre obiect și traumă, 40% nu fac asta, oferind în schimb o poveste mult mai vagă, mai socială despre originea fobiei lor: de exemplu, au auzit că cel mai bun prieten al lor a fost mușcat de un câine și după aceea le-a fost întotdeauna groază de câini.<sup>15</sup>

Suedezul a creat din nou legătura. Ohman le-a arătat studenților săi un obiect programat, o imagine cu un scorpion, și ei au privit-o fără nici o teamă. N-a urmat nici o traumă explicită. Nu s-a produs nici un șoc electric. În schimb, unul dintre studenți, complicele profesorului, a sărit de pe scaun și s-a năpustit pe ușă țipând „Nu mai rezist!”. După aceea subiecții transpirau când vedeau o imagine cu un scorpion.

Apoi Ohman a repetat scenariul cu alt grup, dar cu un obiect neprogramat, o imagine cu o floare. Din nou un student a fugit, țipând îngrozit. Dar de data aceasta subiecții n-au manifestat nici un fel de teamă față de floare. Obiectele programate în planul evoluției – însă nu și cele neprogramate – au devenit

însăpăimântătoare în absența asocierii cu trauma; simpla vedere a cuiva traumatizat este suficientă pentru a le înzebra cu capacitatea de a însăpăimânta.<sup>16</sup>

Cea mai profundă problemă este faptul că obișnuita condiționare pavloviană este logică. Ea produce așteptarea conștientă ca SC să fie urmat de SN. Însă fobiile sunt, fără îndoială, iraționale. A-i spune unui fobic că temerile sale sunt iraționale („Zborul este cea mai sigură modalitate de a călători“) nu zdruncină fobia. Toate rudele fobicului îi spun asta de ani de zile, și el cunoaște statisticile mai bine ca oricine. Știe că spaima sa este neîntemeiată. Nu-i de mirare că terapiile cognitive nu elimină fobiile, deoarece acestea sălășluiesc într-un înveliș mai puțin fragil decât rațiunea; rădăcinile lor sunt înfipite adânc în inconștient. Sunt ca aversiunea mea față de *sauce béarnaise*, care nu a fost afectată de faptul că am aflat că sosul era nevinovat și că pricina fusese gastroenterita virală. Fobiile pot fi eliminate, dar nu cu vorbe.

Fobiile, spre deosebire de tulburările de panică, necesită dovezi. Pentru a le elimina trebuie să fie prezentat obiectul fobic fără RN a groazei. Pentru a le elimina trebuie să se demonstreze că sunt inofensive – imersie și desensibilizare.

Am fost subiect într-unul dintre experimentele cruciale ale lui Ohman, în Suedia, în care se demonstra că o condiționare programată este irațională, în vreme ce condiționarea obișnuită este rațională. Mi-a legat mâna de un electrod pentru șocuri și mi-a arătat o imagine cu o floare. După douăzeci de secunde am simțit un șoc de scurtă durată. A repetat asta de cinci ori. Data următoare când a apărut floarea am rămas liniștit în primele secunde. După vreo zece secunde am început să mă crispez. Neliniștea creștea, așa încât la a nouăsprezecea secundă transpiram. Mă așteptam să primesc șocul după douăzeci de secunde, și teama mea cronometrăse intervalul. Am manifestat condiționare pavloviană obișnuită. M-am purtat foarte logic.

Apoi Ohman mi-a arătat imaginea unui piton. Destul de scârbos, mi-am zis, dar nu am simțit teamă. După douăzeci

de secunde de privit imaginea a venit același șoc. O singură asociere dintre șoc și șarpe. După două minute Ohman a proiectat a doua oară imaginea pitonului, și aproape că am sărit de pe scaun.

Așadar, datorită lui John Garcia și lui Arne Ohman, avem acum o imagine limpede despre ceea ce sunt și ceea ce nu sunt fobiile. Nu sunt cazuri de condiționare pavloviană obișnuită, ci cazuri de condiționare pavloviană programată. Ele nu se instalează atunci când un obiect nevinovat se nimerește să fie prin preajmă tocmai când pățim ceva rău. Fobiile se instalează atunci când anumite obiecte programate în planul evoluției coincid în mare cu primejdia. Nu sunt create în mod cultural: obiectele primejdioase create de om care nu au o istorie în planul evoluției – de exemplu cuțitele și puștile – creează aceeași condiționare ca aceea creată de case și flori, nu de obiecte primejdioase din cursul evoluției – șerpi, păianjeni și scorpioni.<sup>17</sup> Întocmai așa cum își aleg obiectele, fobiile își aleg și victimele. Unii dintre noi capătă fobii mai ușor decât alții; de exemplu, rudele unor persoane cu tulburări anxioase sunt mai înclinate către fobii. Fobiile stau la pândă în fiecare dintre noi. Ele sunt reactivarea spaimelor primordiale, întunecate.

În această relatare există un mesaj profund și global. O parte din ceea ce suntem – de exemplu, ceea ce ne sperie cel mai mult – s-a născut la începuturile evoluției speciei noastre. Adesea constatăm că alte părți din noi se împotrivesc schimbării, deși tot ce avem rațional insistă să ne schimbăm. Atunci când se întâmplă acest lucru, moștenirea noastră în planul evoluției este unul dintre locurile în care putem afla sursa împotrivirii, deoarece nu suntem doar creația felului în care am fost creșcuți și a culturii căreia îi aparținem.

O parte din ceea ce este greu de schimbat ne leagă de luptele pe viață și pe moarte ale strămoșilor noștri. Și nu numai lucrurile care ne însăpăimântă sunt programate. Obiectele sexuale după care alergăm toată viața, agresivitatea și rivalitatea de care ne este atât de greu să ne debarasăm, prejudecata

împotriva celor care arată altfel decât noi, masculinitatea sau feminitatea noastră, precum și acele obsesii care ne bântuie iar și iar mintea, toate sunt exemple de legături psihologice cu trecutul nostru biologic.

Nimic nu este justificat doar prin faptul că este programat în planul evoluției. Unele dintre lucrurile pe care ni le cere evoluția noastră sunt doar vestigii ale unor presiuni care nu mai există. Unele dintre ele sunt dezgustătoare din punct de vedere moral. Dar a închide ochii în fața laturii biologice a naturii noastre este mai mult decât inutil. Căci atunci când acționăm împotriva moștenirii noastre în planul evoluției este mai bine să fim conștienți că o facem. Ar trebui să știm că schimbarea nu este niciodată ușoară pe acest teritoriu. Uneori, așa cum vom vedea, schimbarea este imposibilă, așa încât trebuie să învățăm să trăim mai departe cu acele laturi ale noastre care nu ne plac. Alteori schimbarea este posibilă, dar de obicei rațiunea nu o poate produce de una singură. Însă, cu ajutorul unor tehnici care acționează la niveluri mai profunde decât rațiunea, uneori putem izbândi. Tocmai am văzut două exemple. Vom vedea mai multe când ne vom ocupa de obsesii, depresie, furie și stresul posttraumatic.

## 7. OBSESIILE

Când copacul îl sădim, ce sădim noi oare?  
Sădim vaporeșul care trece peste mare...  
Când copacul îl sădim, ce sădim noi oare?  
Sădim câte o căsuță pentru fiecare.<sup>1</sup>

Cântecul acesta îmi umblă acum prin minte, de vreo două ore încoace. A început când i-am cântat acest refren din copilărie fiicei mele de doi ani, Lara, în vreme ce culegeam roșii. Și nu mai scap de el.

**Postul de emisie a refrenelor.** Cu toții avem un post de emisie a refrenelor. Unii oameni au acolo tot soiul de cântecele, dar nu toți au muzică. Alții au fraze care se tot repetă. Adesea cuvintele rimează, uneori au ritm, și întotdeauna sunt simple: *Step on a crack and break your mother's back*.<sup>\*</sup> Pentru alții, care sunt mai puțin înclinați spre cuvinte, nu există sunet, este doar imagine: aceleași imagini care se tot repetă: Mica Sirenă înotând către prințul Eric, sau Lee Harvey Oswald împușcat de Jack Ruby. La unii oameni există un amestec de cuvinte, cântece și imagini. Lăsat în voia lui, conținutul se schimbă încet, dar dacă primește un impuls din afară, cum ar fi un cântec fredonat de colegul de cameră, poate să țâșnească dintr-odată.

Postul dumneavoastră de emisie a refrenelor este amplasat puțin sub nivelul conștient, dar după ce ați aflat de existența lui este ușor să-l deschideți și să ascultați. La unii oameni emisia

<sup>\*</sup> Superstiție din tradiția anglo-saxonă: „Dacă pășești pe o crăpătură mama ta o să-și rupă spatele” (n. tr.).

este mai sonoră decât la alții. Uneori vă puteți da seama de unde se trage conținutul din această oră: o reclamă la radio, o expresie de-a șefului dumneavoastră, o nouă melodie rock la MTV.

După ce l-ați deschis, descoperiți că postul de emisie a refrenelor are propria viață. Ne este foarte greu să-l schimbăm. Atunci când își impune prezența și nu-l putem închide, devine tare enervant. Mark Twain a aflat-o pe pielea lui acum mai bine de un secol, când a auzit acest cântecel al conductorilor de autobuze și n-a putut scăpa de el zile întregi.

Pe-un bilet albastru opt is bănișorii.

Pe biletul cafeniu șase-s bănișorii.

Pe-un bilet trandafiriu trei is bănișorii.

Bortește-l de îndată ce-l arată călătorii.

Bortește, frățioare, cum fac conductorii.

Bortește-l de îndată ce-l arată călătorii.<sup>2</sup>

Civilizația a profitat adesea de acest post de emisie. Înainte de bombardamentul mediatic modern, probabil că transmitea poezie (și încă poezie epică), catehism și Biblia. Îmi place să cred că mobilierul mental uman era mai distins pe atunci. Uimitor este faptul că cercetătorii din domeniul psihologiei n-au manifestat interes față de acest post de emisie. Prin el emite o parte necunoscută și necercetată a creierului.

**Postul de emisie a coșmarurilor.** O mare parte din viața emoțională se desfășoară pe postul de emisie a refrenelor. În cazul multora el nu oferă o experiență plăcută și înălțătoare. Uneori versurile sunt despre pierderi și deznădejde. „A plecat, a plecat, a plecat și nu se mai întoarce” sau „M-am născut ratat” sunt genul de fraze care ne năpădesc când suntem cu moralul la pământ. Când acest tip de refrene sunt dominante și recurente îi numim pe ascultători depresivi, iar gândurile lor au fost numite gândire negativă ciclică sau *gânduri automate*. La alții postul de emisie a refrenelor este un post de emisie a

coșmarurilor, o creație de-a lui Steven King în care pot să apară animale feroase sau insecte veninoase, sau scene de umilire. Despre acești oameni se spune că au *fobie determinată de un obiect real* sau, respectiv, *fobie socială*. În cazul altora postul emite gânduri despre un atac de cord sau despre nebunie sau despre pierderea controlului: problema acestora se numește *tulburare de panică*.

Iar în cazul altora, atunci când își deschid postul de emisie a refrenelor ceea ce se aude este nefamiliar, respingător, înspăimântător și deprimant. Mai rău, au un post foarte sonor, care adesea pornește nepoftit în timpul lucrului și distracției. Temele cele mai frecvente sunt murdăria și contaminarea, posibila prezență a unei primejdii și îndoielile. Acești oameni au o problemă numită *maladia obsesiv-compulsivă* (MOC), numită după cele două elemente din care este alcătuită. Obsesia lor este un gând sau o imagine care se repetă, iar compulsia lor este acțiunea rituală pe care o îndeplinesc pentru a neutraliza gândul. Atunci când gândurile despre murdărie domină postul de emisie a refrenelor, persoana respectivă se spală pe mâini timp de o oră, sau curăță de trei ori pe zi fiecare centimetru pătrat din camera bebelușului, sau deschide ușile doar cu piciorul, ca să-și ferească mâinile de contaminarea cu microbii de pe clanță.

Howard Hughes a fost un magnat strălucit. Spre sfârșitul vieții era atât de obsedat de microbi, încât devenise sihastru. Le trimitea angajaților săi un șuvoi de note interne pe tema contaminării și îi instruia cum să prevină „transmiterea înapoi” a microbilor către el. Hughes era destul de bogat și de puternic ca să aibă o echipă întreagă care să-i îndeplinească pornirile cu privire la igienă: într-o notă internă de trei pagini își instruia personalul cum să deschidă o conservă de fructe astfel încât să împiedice „căderea” de microbi:

„Cel care se ocupă de asta deschide robinetul din cadă. De asemenea, reglează temperatura apei așa încât să nu fie nici prea caldă, nici prea rece. Apoi ia una dintre perii și, cu o bucată de săpun, produce multă spumă și apoi freacă bine conserva începând de la un punct situat la cinci centimetri sub partea ei de sus. Întâi trebuie să înmoaie și să înlătorească eticheta, apoi să frece în repetate rânduri partea cilindrică a conservei,

până când sunt îndepărtate toate particulele de praf, bucățile din eticheta de hârtie și, în general, toate sursele de contaminare.”<sup>3</sup>

Ritualurile de spălare și curățare pot să ocupe mare parte din zi atunci când, spre deosebire de Hughes, trebuie să le îndeplinim singuri. O fată de paisprezece ani trebuia să se trezească în fiecare dimineață la patru și jumătate ca să se spele minuțios și să-și facă patul, așa încât să fie întru totul în ordine înainte de a pleca la școală, la ora opt. Suferea de gravele eczeme și jupuituri ale pielii care apar atunci când te speli pe mâini timp de o oră sau mai mult.

„Verificatorii” se trezesc de mai multe ori pe noapte ca să vadă dacă e stins gazul în bucătărie sau dacă sunt încuiate toate ușile și ferestrele. Un bărbat a mers luni în șir cu mașina de zece ori pe zi până la o intersecție din apropierea casei sale ca să se asigure că nu e acolo vreun cadavru pe care l-a călcat și nu l-a observat data trecută. O femeie se uita întotdeauna în vasul WC-ului ca să se asigure că nu e acolo vreun sugar care să fie luat de apă. Întâmplător, WC-urile apar adesea pe postul de emisie MOC: un stomatolog, care în rest avea o carieră de succes și era sănătos, trebuia să tragă apa în multipli de trei – de 9, 27, 81 sau 243 de ori – înainte să se poată apuca de altceva. Probabil că nu era prea amuzant să ieși la băut cu el.

Dumneavoastră sau cineva drag aveți tendințe obsesiv-compulsive? Cum vă puteți da seama dacă postul dumneavoastră de emisie a refrenelor este pe frecvența normală sau are nevoie de schimbare? Autodiagnosticarea este întotdeauna riscantă, iar această carte nu este un manual de diagnosticare. Intenția mea este să vă avertizez în privința unei game largi de probleme, iar dacă există semne că le aveți vreau să vă arăt direcția corectă în care veți găsi ajutorul. În cazul unor probleme nu-i nevoie de cine știe ce subtilitate ca să vă dați seama despre ce este vorba: atacurile de panică și fobiile sunt două exemple. Pentru diagnosticarea altor probleme, de exemplu obsesiile, este nevoie de un specialist cu experiență. Iată trei lucruri care ar trebui să vă avertizeze că aveți nevoie de ajutor:

- Gândurile sunt inoportune, neplăcute și vin nepoftite?
- Vin dinăuntru, fără stimul exterior?
- Vă este foarte greu să vă abateți atenția de la ele sau să le alungați?

Pe lângă aceste semne, iată un test de validare:

### Inventarul obsesiv-compulsiv Maudsley

Jack Rachman și Ray Hodgson, doi dintre experții de nivel mondial în domeniul obsesiilor, au creat un chestionar care vă poate spune dacă aveți o problemă pe care ar trebui să o eliminați. Au avut amabilitatea de a-mi permite să-l reproduc aici.<sup>4</sup>

Vă rog să răspundeți la fiecare întrebare încercuind „ADEVĂRAT” sau „FALS”. Nu există răspunsuri corecte sau greșite și nici întrebări înșelătoare. Parcurgeți-l repede și nu vă gândiți prea mult la înțelesul exact al întrebării.

1. Evit să folosesc telefoanele publice, din cauza posibilei contaminări.

ADEVĂRAT      FALS

2. Am adesea gânduri neplăcute, și mi-e greu să scap de ele.

ADEVĂRAT      FALS

3. Mă preocupă cinstea mai mult decât pe majoritatea oamenilor.

ADEVĂRAT      FALS

4. Întârzii adesea, deoarece se pare că nu pot să termin totul la timp.

ADEVĂRAT      FALS

5. Îmi fac griji prea mari în legătură cu contaminarea dacă ating un animal.

ADEVĂRAT      FALS



6. Adesea trebuie să verific ceva (de exemplu robinetul de gaz sau de apă, ușile) de mai multe ori.

ADEVĂRAT FALS

7. Conștiința mea este foarte severă.

ADEVĂRAT FALS

8. Constat că în fiecare zi sunt deranjat de gânduri neplăcute care îmi vin în minte fără să vreau.

ADEVĂRAT FALS

9. Îmi fac griji prea mari dacă mă ciocnesc întâmplător de cineva.

ADEVĂRAT FALS

10. De obicei am mari îndoieli în privința lucrurilor simple pe care le fac zilnic.

ADEVĂRAT FALS

11. În copilăria mea cel puțin unul din părinții mei a fost foarte sever.

ADEVĂRAT FALS

12. Tind să rămân în urmă cu lucrul, din cauză că tot repet acțiunile.

ADEVĂRAT FALS

13. Folosesc mai mult săpun decât se obișnuiește.

ADEVĂRAT FALS

14. Unele numere sunt foarte nenorocoase.

ADEVĂRAT FALS

15. Verific de mai multe ori scrisorile înainte de a le expedia.

ADEVĂRAT FALS

16. Dimineța pierd mult timp cu îmbrăcatul.

ADEVĂRAT FALS

17. Mă preocupă în mod excesiv curățenia.

ADEVĂRAT FALS

18. Una dintre cele mai mari probleme ale mele este că acord prea multă atenție amănuntelor.

ADEVĂRAT FALS

19. Pot folosi doar cu șovăială chiar și WC-urile bine curățate.

ADEVĂRAT FALS

20. Principala mea problemă este faptul că verific iar și iar.

ADEVĂRAT FALS

21. Îmi fac griji prea mari în legătură cu microbii și bolile.

ADEVĂRAT FALS

22. Tind să verific lucrurile de mai multe ori.

ADEVĂRAT FALS

23. Când fac lucruri obișnuite nu mă abat de la un tipic foarte riguros.

ADEVĂRAT FALS

24. Îmi simt mâinile murdare când ating bani.

ADEVĂRAT FALS

25. De obicei număr când îndeplinesc o sarcină de rutină.

ADEVĂRAT FALS

26. Îmi trebuie destul de mult timp ca să termin cu spălătul dimineța.

ADEVĂRAT FALS

27. Folosesc multe antiseptice.

ADEVĂRAT      FALS

28. Petrec multă vreme în fiecare zi verificând de mai multe ori câte ceva.

ADEVĂRAT      FALS

29. Punerea pe umerase și împăturirea hainelor seara îmi ia foarte mult timp.

ADEVĂRAT      FALS

30. Chiar și atunci când fac ceva cu mare atenție simt adesea că nu este foarte corect.

ADEVĂRAT      FALS

Fiecare răspuns „ADEVĂRAT” înseamnă un punct. Cel mai mare punctaj este 30. Există scala verificării (întrebările 2, 6, 8, 14, 15, 20, 22, 25 și 28), cu punctajul maxim 9, și scala murdăriei și contaminării (întrebările 1, 4, 5, 9, 13, 17, 19, 21, 24, 26 și 27), cu punctajul maxim 11. Dacă punctajul dumneavoastră total depășește 10, vă situați printre persoanele diagnosticate clinic cu maladia obsesiv-compulsivă. Dacă punctajul la scala murdăriei și contaminării este 2 sau mai mult, sau cel al scalei verificării este 4 sau mai mult, vă situați tot în gama clinică. Punctajele atât de mari înseamnă că ar trebui să primiți ajutor de specialitate. În acest capitol voi vorbi și despre cel mai bun tip de ajutor de specialitate și despre cât de mare este schimbarea care ar putea să survină.

Există două metode care au șanse de reușită în cazul MOC: cea biologică și cea comportamentală. Fiecare are o teorie și fiecare are dovezi care o susțin. De asemenea, fiecare a generat o terapie care este de folos majorității persoanelor afectate de MOC. Nici una din ele nu este deplin mulțumitoare.

## Concepția biologică

Experții în psihiatria biologică susțin că MOC este o boală cerebrală.

Prima lor serie de dovezi este faptul că MOC, în foarte rare cazuri, apare imediat după un traumatism cerebral.

*Jacob, în vârstă de opt ani, juca fotbal în spatele casei. A leșinat și a intrat în comă, cu hemoragie cerebrală. Când și-a revenit după operația pe creier, care a decurs foarte bine, era obsedat de cifre. Trebuia să atingă orice de câte șapte ori. Înghițea de câte șapte ori și cerea ceva de câte șapte ori la rând.<sup>5</sup>*

Uneori MOC începe cu epilepsie, și după marea epidemie de boală a somnului (o infecție cerebrală virală) din Europa, între 1916 și 1918 se pare că a crescut numărul pacienților cu MOC. De asemenea, există și niște dovezi secundare ale factorului genetic în MOC. Acesta există în familie: 30% dintre toți adolescenții cu MOC au unul din părinți sau un frate cu MOC.

A doua serie de dovezi biologice provine din studiile bazate pe scanarea cerebrală a pacienților cu MOC. La aceștia două arii cerebrale prezintă intensificarea activității: aceste două arii sunt legate de filtrarea informațiilor irelevante și de perseverența comportamentului. Când starea pacienților se ameliorează, cu ajutorul medicamentelor sau al terapiei comportamentale, activitatea în aceste arii se reduce.<sup>6</sup>

A treia serie de dovezi vizează conținutul specific al postului de emisie MOC. Ceea ce se petrece acolo nu este arbitrar. La fel ca și conținutul fobiilor, alcătuit în majoritate din lucruri care au fost cândva primejdioase pentru specia umană, conținutul obsesiilor și al ritualurilor compulsive este și el restrâns și selectiv. Cei mai mulți dintre pacienții cu MOC sunt obsedați de microbi sau de accidente violente, și reacția lor este să se spele sau să se asigure. Care este motivul prezenței unor astfel de teme specifice și bizare? De ce nu există obsesii legate de anumite forme, cum ar fi triumphiurile, sau de împrietenirea doar cu oameni de aceeași înălțime? De ce nu există compulsii

legate de flotări, de bătutul din palme sau de cuvintele încrușișate? De ce microbi și violență, de ce spălare și verificare?

Pe parcursul evoluției, spălarea și verificarea au fost foarte importante și adaptive. Îngrijirea corporală și siguranța fizică, precum și a odraslelor sunt preocupări constante ale primatelor. Poate că zonele cerebrale care îi făceau pe strămoșii noștri să se curețe și să se asigure în permanență sunt zonele care s-au defectat în cazul MOC. Poate că gândurile și ritualurile recurente din MOC sunt vestigii profunde ale obiceiurilor primatelor, dar care au luat-o razna.<sup>7</sup> Aceasta ar însemna, ca și în cazul fobiilor, că nu ar fi ușor să ne debarasăm de MOC, că nu am fi în stare să-i convingem cu vorba pe oameni să iasă din obsesiile și din compulsiile lor. Acest lucru este adevărat: nici psihanaliza, nici terapia cognitivă nu par să dea rezultate în cazul MOC.

Terapia eficientă este, într-adevăr, dovada supremă a teoriei biologice. Anafranilul (clomipramină) este un medicament folosit cu succes de mii de persoane afectate de MOC în mai mult de o duzină de studii controlate. Anafranilul este un antidepresiv puternic, inhibitor al recaptării serotoninei. Când cei cu MOC iau Anafranil, scapă de obsesii și le este mai ușor să reziste compulsiilor.

Nu este un medicament perfect. La o mare minoritate (aproape jumătate) dintre pacienții care iau Anafranil nu apare vreo ameliorare, sau nu-l pot lua din cauza efectelor secundare, printre care se numără somnolența, constipația și pierderea interesului față de sex. Cei cărora le face bine nu se vindecă decât rareori: simptomele le sunt atenuate, însă de obicei gândurile obsesive rămân la pândă, iar tentația de ritualizare persistă. Când cei cărora medicamentul le-a făcut bine renunță la el, la mulți – poate chiar la majoritatea – apare recidiva completă. Însă Anafranilul este, cu siguranță, mai bun decât nimic.<sup>8</sup>

## Concepția comportamentală

Gândurile și imaginile oribile au un soi de magnetism (drept dovadă popularitatea filmelor horror). Unii dintre noi reușim mai bine decât alții să alungăm aceste gânduri sau să ne abatem atenția de la ele. Atunci când suntem deprimați sau neliniștiți (așa cum sunt majoritatea celor cu înclinație către MOC), acest soi de gânduri sunt și mai greu de oprit. Într-adevăr, atunci când oamenilor li se arată, de exemplu, filme cu accidente oribile în timpul prelucrării lemnului, privitorii cei mai tulburați sunt cei cărora le este cel mai greu să scape de acele imagini.<sup>9</sup>

Adeții terapiei comportamentale argumentează că oamenii care nu reușesc să facă abstracție sau să se debaraseze de gânduri sunt cei mai înclinați către MOC. Atunci când apare un gând îngrozitor și nu puteți scăpa de el, vă posomorâți. Cu cât vă posomorâți mai tare, cu atât vă este mai greu să scăpați de acel gând. Deveniți și mai neliniștit, și urmează un cerc vicios. Dacă nu reușiți să vă opriți gândurile prin mijloacele obișnuite, este posibil să recurgeți la un ritual, o *compulsie*, care alungă anxietatea. Așadar, dacă aveți gânduri din ce în ce mai îngrozitoare despre microbi, puteți să vă spălați meticolos pe mâini; dacă sunteți obsedați de spărgători, puteți să verificați încuietorile. Aceasta alungă pe moment anxietatea, dar atunci când gândul revine tentația de a recurge la ritual este și mai mare, deoarece a fost întărită de scăderea anxietății. Această teorie se potrivește destul de bine cu experiența subiectivă a MOC.

De aici decurge în mod direct o terapie: expunere și prevenirea reacției. Dacă expuneți pacientul la situația de care se teme și apoi îl împiedicați să recurgă la ritual, de obicei la început va fi foarte neliniștit. Însă dacă el continuă să se stăpânească și descoperă că răul așteptat nu se produce – că nu se infectează cu microbi, că nu se produce o explozie dintr-o scurgere de gaze – gândul ar trebui să se dizolve, iar ritualul ar trebui să dispară. Mii de pacienți cu MOC au fost ajutați de această terapie. Iată o exemplificare spectaculoasă:

Jackie avea obsesia unor cioburi de sticlă care îi taie vaginul. Își ținea lenjeria intimă într-un sertar separat, încuiat. Înainte de a se așeza pe un scaun îl cerceta atent, să nu fie sticlă în jurul lui. Nu putea folosi toalete publice și nu ar fi purtat în nici un caz fuste largi. Cel mai cumplit gând al ei era să trebuiască să folosească un tampon igienic.

A apelat la terapia comportamentală și a fost de acord cu un tratament de prevenire a reacțiilor. Cu ajutorul terapeutului, s-a așezat pe scaune cu care nu era obișnuită, fără să le verifice. A folosit toaletele publice. După ce a fost în stare să facă aceste lucruri din ce în ce mai destinsă, a stat așezată pe podea în vreme ce în jurul ei se spârgeau sticle. În cele din urmă, încurajată de terapeut, a fost în stare să folosească un tampon igienic. Obsesiile și compulsivitatea i-au dispărut și n-au mai revenit.<sup>10</sup>

### Tratamentul potrivit

Tabel rezumativ cu privire la maladia obsesiv-compulsivă

	Terapia comportamentală	Anafranil
AMELIORARE	▲▲▲	▲▲▲
RECIDIVĂ	▲▲▲	▲▲
EFECTE SECUNDARE	▼	▼▼
COST	necostisitor	necostisitor
DURATĂ	săptămâni/luni	săptămâni/luni
TOTAL	▲▲▲	▲▲

#### AMELIORARE

- ▲▲▲▲ = ameliorare pronunțată, de 80-100%, sau dispariția simptomelor
- ▲▲▲ = ameliorare pronunțată, de 60-80%
- ▲▲ = ameliorare moderată, de cel puțin 50%
- ▲ = probabil mai bun decât placebo
- 0 = probabil inutil

#### RECIDIVĂ (după întreruperea tratamentului)

- ▲▲▲▲ = recidivă mai mică de 10%
- ▲▲▲ = recidivă de 10-20%
- ▲▲ = rată moderată a recidivei
- ▲ = rată ridicată a recidivei

#### EFECTE SECUNDARE

- ▼▼▼▼ = grav
- ▼▼▼ = moderat
- ▼▼ = ușor
- ▼ = nici unul

#### TOTAL

- ▲▲▲▲ = excelent, este evident tratamentul potrivit
- ▲▲▲ = foarte bun
- ▲▲ = util
- ▲ = nesemnificativ
- 0 = probabil inutil

Nu există încă suficiente dovezi despre efectele combinate ale Anafranilului (clomipramină) și terapiei comportamentale pentru a ști dacă sunt superioare fiecărui tratament în parte. Vezi I. Marks, P. Lelliott, M. Basoglu *et al.*, „Clomipramine, Self-Exposure, and Therapist-Aided Exposure for Obsessive-Compulsive Rituals”, *British Journal of Psychiatry*, nr. 152, 1988, pp. 522-534.

Între jumătate și două treimi dintre pacienți prezintă o ameliorare considerabilă după expunere și prevenirea reacției, și la cei mai mulți dintre ei ameliorarea este durabilă. Totuși, la sfârșitul terapiei de obicei pacientul nu este complet însănătoșit: gândurile încă mai dau târcoale. Trebuie să spunem că la o minoritate clară nu se produce vreo ameliorare. De obicei pacienții cu MOC care sunt deprimați, care au halucinații sau care își îndeplinesc în secret ritualurile nu prezintă ameliorare.<sup>11</sup>

La persoanele cu MOC postul de emisie a refrenelor are ca emoții dominante îngrijorarea și deprimarea. La persoanele cu alte probleme emoționale altă emoție domină postul. La persoanele care suferă de fobii determinate de obiecte reale groaza însoțește scenele cumplite de întâlnire cu obiectul temut. Persoanele care suferă de atacuri de panică au imagini recurente cu atac de cord, atac cerebral și moarte, însoțite de debutul panicii. Persoanele care suferă de agorafobie simt panică și groază atunci când le vin în minte scene în care ies din casă, li se face rău, sunt neputincioase și nimeni nu le vine în ajutor.

Faptul că avem un post de emisie a refrenelor este un lucru pe care nu-l putem schimba. Este un aspect al vieții spirituale atât de important, încât evoluția vrea să se asigure că el se

manifestă fără întrerupere. Este prea important ca să fie lăsat în seama unei decizii conștiente, dacă să-l pornim sau nu. Dar conținutul lui poate fi schimbat, iar volumul este cu siguranță modificabil. Schimbarea conținutului sau măcar modificarea volumului ar putea reduce unele dintre problemele noastre emoționale. Probabil că terapia cognitivă pentru tulburarea de panică scoate atacul de cord și moartea din grila postului de emisie a refrenelor. Terapia de extincție a oricărei fobii și terapia cu medicamente antidepresive în cazul agorafobiei dau volumul de la tare la încet în privința întâlnirilor temute. Atât Anafranilul, cât și prevenirea reacției dau volumul de la tare la moderat în MOC. Modificarea volumului postului de emisie, chiar dacă nu este simplă, poate fi făcută eficient acum în cazul tuturor acestor probleme. Totuși, cea mai solidă presupunere a mea este că după tratamentul izbutit în cazurile de MOC (și de fobii, probabil) vechile refrene sunt tot acolo – poate că mai liniștite și mai puțin insistente, dar încă la pândă.

## 8. DEPRESIA

Trăim într-o epocă a depresiei. În comparație cu perioada în care bunicii noștri erau tineri, depresia este acum de zece ori mai răspândită în SUA, iar rata este în creștere. În zilele noastre depresia apare cu zece ani mai devreme, cele mai tinere victime aflându-se în ultima parte a copilăriei sau la începutul adolescenței. A devenit echivalentul răcelii în rândul bolilor mintale.

Fiecare epocă are o emoție dominantă. Prima jumătate a acestui secol a fost Epoca Anxietății, și tonul ei emoțional a fost sesizat de Sigmund Freud. Freud a trăit în vremea ultimelor zvârcoliri ale Imperiului Habsburgic și apoi în cea a ororilor Primului Război Mondial, cu haosul care i-a urmat. Freud a văzut cum dispare o ordine a lumii care dura de sute de ani și cum alta nouă se străduia să se nască. Vremurile în care valorile vechi se prăbușesc, iar viitorul este imprevizibil sunt vremuri pline de anxietate. Anxietatea era principala emoție pe care a văzut-o Freud la pacienții săi, și era tema dominantă a literaturii, filmului și picturii contemporane lui. Nu-i de mirare că Freud a crezut că toate nevrozele și aproape toate acțiunile omenești sunt provocate de anxietate. Toate celelalte emoții – depresia, sfiala, furia, stinghereala, rușinea și vinovăția – nu erau decât note de subsol.

În schimb, epoca noastră este cea a imposibilității de a controla lucrurile și a nepuținței. Valorile noastre sunt stabile, însă eforturile de a scăpa de neajutorare și de a obține puterea ale unor indivizi și grupuri care niciodată până acum nu s-au bucurat de libertate ne domină politica, literatura, ceea ce este considerat acum domeniul științelor umaniste și ceea ce văd

terapeuții în clinici. Depresia este emoția care apare în urma neajutorării, a eșecului individual și a încercărilor ratate de a obține puterea. În epoca noastră depresia și tristețea sunt emoțiile dominante, iar anxietatea, chiar dacă este mai importantă decât o notă de subsol, a părăsit centrul scenei.<sup>1</sup>

### Testați-vă depresia

Pentru a stabili cât de deprimați sunteți, faceți acest test folosit pe scară largă, numit CES-D (Center for Epidemiological Studies-Depression). A fost creat de Lenore Radloff la Center for Epidemiological Studies din cadrul National Institute for Mental Health. Încercuiți răspunsul care vi se pare că descrie cel mai bine felul în care v-ați simțit *săptămâna trecută*:

1. Mi-am făcut griji pentru lucruri care în general nu mă îngrijorează.
  - 0 rareori sau deloc (mai puțin de o zi)
  - 1 puțină vreme (1-2 zile)
  - 2 ocazional sau nu prea multă vreme (3-4 zile)
  - 3 în cea mai mare parte a timpului sau tot timpul (5-7 zile)
2. N-am avut chef să mănânc; mi-a lipsit pofta de mâncare.
  - 0 rareori sau deloc (mai puțin de o zi)
  - 1 puțină vreme (1-2 zile)
  - 2 ocazional sau nu prea multă vreme (3-4 zile)
  - 3 în cea mai mare parte a timpului sau tot timpul (5-7 zile)
3. Am simțit că nu mă pot înveseli nici măcar rudele și prietenii.
  - 0 rareori sau deloc (mai puțin de o zi)
  - 1 puțină vreme (1-2 zile)
  - 2 ocazional sau nu prea multă vreme (3-4 zile)
  - 3 în cea mai mare parte a timpului sau tot timpul (5-7 zile)

4. Am simțit că le sunt inferior altora.
  - 0 rareori sau deloc (mai puțin de o zi)
  - 1 puțină vreme (1-2 zile)
  - 2 ocazional sau nu prea multă vreme (3-4 zile)
  - 3 în cea mai mare parte a timpului sau tot timpul (5-7 zile)
5. Mi-a fost greu să mă concentrez la ceea ce fac.
  - 0 rareori sau deloc (mai puțin de o zi)
  - 1 puțină vreme (1-2 zile)
  - 2 ocazional sau nu prea multă vreme (3-4 zile)
  - 3 în cea mai mare parte a timpului sau tot timpul (5-7 zile)
6. M-am simțit deprimat.
  - 0 rareori sau deloc (mai puțin de o zi)
  - 1 puțină vreme (1-2 zile)
  - 2 ocazional sau nu prea multă vreme (3-4 zile)
  - 3 în cea mai mare parte a timpului sau tot timpul (5-7 zile)
7. Am simțit că pentru tot ce fac este nevoie de efort.
  - 0 rareori sau deloc (mai puțin de o zi)
  - 1 puțină vreme (1-2 zile)
  - 2 ocazional sau nu prea multă vreme (3-4 zile)
  - 3 în cea mai mare parte a timpului sau tot timpul (5-7 zile)
8. Am simțit că viitorul e lipsit de speranță.
  - 0 rareori sau deloc (mai puțin de o zi)
  - 1 puțină vreme (1-2 zile)
  - 2 ocazional sau nu prea multă vreme (3-4 zile)
  - 3 în cea mai mare parte a timpului sau tot timpul (5-7 zile)
9. M-am gândit că mi-am ratat viața.
  - 0 rareori sau deloc (mai puțin de o zi)
  - 1 puțină vreme (1-2 zile)
  - 2 ocazional sau nu prea multă vreme (3-4 zile)
  - 3 în cea mai mare parte a timpului sau tot timpul (5-7 zile)

10. Mi-a fost frică.
- 0 rareori sau deloc (mai puțin de o zi)
  - 1 puțină vreme (1-2 zile)
  - 2 ocazional sau nu prea multă vreme (3-4 zile)
  - 3 în cea mai mare parte a timpului sau tot timpul (5-7 zile)
11. N-am dormit bine.
- 0 rareori sau deloc (mai puțin de o zi)
  - 1 puțină vreme (1-2 zile)
  - 2 ocazional sau nu prea multă vreme (3-4 zile)
  - 3 în cea mai mare parte a timpului sau tot timpul (5-7 zile)
12. Am fost nefericit.
- 0 rareori sau deloc (mai puțin de o zi)
  - 1 puțină vreme (1-2 zile)
  - 2 ocazional sau nu prea multă vreme (3-4 zile)
  - 3 în cea mai mare parte a timpului sau tot timpul (5-7 zile)
13. Am vorbit mai puțin decât de obicei.
- 0 rareori sau deloc (mai puțin de o zi)
  - 1 puțină vreme (1-2 zile)
  - 2 ocazional sau nu prea multă vreme (3-4 zile)
  - 3 în cea mai mare parte a timpului sau tot timpul (5-7 zile)
14. M-am simțit însingurat.
- 0 rareori sau deloc (mai puțin de o zi)
  - 1 puțină vreme (1-2 zile)
  - 2 ocazional sau nu prea multă vreme (3-4 zile)
  - 3 în cea mai mare parte a timpului sau tot timpul (5-7 zile)
15. Oamenii nu au fost prietenoși cu mine.
- 0 rareori sau deloc (mai puțin de o zi)
  - 1 puțină vreme (1-2 zile)
  - 2 ocazional sau nu prea multă vreme (3-4 zile)
  - 3 în cea mai mare parte a timpului sau tot timpul (5-7 zile)

16. Nu m-am bucurat de viață.
- 0 rareori sau deloc (mai puțin de o zi)
  - 1 puțină vreme (1-2 zile)
  - 2 ocazional sau nu prea multă vreme (3-4 zile)
  - 3 în cea mai mare parte a timpului sau tot timpul (5-7 zile)
17. Am avut crize de plâns.
- 0 rareori sau deloc (mai puțin de o zi)
  - 1 puțină vreme (1-2 zile)
  - 2 ocazional sau nu prea multă vreme (3-4 zile)
  - 3 în cea mai mare parte a timpului sau tot timpul (5-7 zile)
18. Am fost trist.
- 0 rareori sau deloc (mai puțin de o zi)
  - 1 puțină vreme (1-2 zile)
  - 2 ocazional sau nu prea multă vreme (3-4 zile)
  - 3 în cea mai mare parte a timpului sau tot timpul (5-7 zile)
19. Am simțit că oamenilor nu le place de mine.
- 0 rareori sau deloc (mai puțin de o zi)
  - 1 puțină vreme (1-2 zile)
  - 2 ocazional sau nu prea multă vreme (3-4 zile)
  - 3 în cea mai mare parte a timpului sau tot timpul (5-7 zile)
20. Nu puteam „să mă urnesc“.
- 0 rareori sau deloc (mai puțin de o zi)
  - 1 puțină vreme (1-2 zile)
  - 2 ocazional sau nu prea multă vreme (3-4 zile)
  - 3 în cea mai mare parte a timpului sau tot timpul (5-7 zile)

Punctajul acestui test este ușor de calculat. Este pur și simplu o acumulare a simptomelor depresiei. Cu cât aveți mai multe, cu atât este mai mare probabilitatea să fiți deprimat. Adunați cifrele încercuite. Dacă nu v-ați putut hotărî și ați încercuit două cifre la aceeași întrebare, luați-o în calcul doar pe cea mai mare. Punctajul va fi undeva între 0 și 60.

Înainte de a interpreta punctajul, trebuie să știți că un număr mare de puncte nu este același lucru cu diagnosticarea depresiei. O mică parte dintre persoanele cu punctaj mare nu sunt cu adevărat deprimare, iar persoanele cu punctaj mic pot totuși să aibă o „tulburare depresivă”. Diagnosticarea completă a depresiei se poate face doar după o consultație amănunțită efectuată de un psiholog sau un psihiatru calificat. Acest test nu oferă un diagnostic, ci dă o indicație exactă a nivelului dumneavoastră de depresie din acest moment.

Dacă aveți între 0 și 9 puncte, sunteți printre persoanele care nu suferă de depresie, sub media adulților americani; între 10 și 15 puncte vă situează în rândul celor cu o depresie ușoară, iar între 16 și 24 de puncte vă situează în gama celor cu depresie moderată. La peste 24 de puncte aveți probabil o depresie gravă.

Dacă punctajul vă situează în rândul celor cu depresie gravă, *vă rog insistent să recurgeți la tratament*. În cazul în care credeți că v-ați sinucide dacă ați avea ocazia, indiferent de restul răspunsurilor dumneavoastră, *vă rog insistent să apelați imediat la un specialist din domeniul sănătății mintale*. Dacă punctajul vă situează în rândul celor cu depresie moderată și, în plus, vă gândiți adesea la sinucidere, ar trebui să apelați imediat la un specialist. Dacă punctajul vă situează în rândul celor cu depresie moderată, faceți din nou testul după două săptămâni. Dacă sunteți tot în acea zonă, programați-vă o consultație la un specialist din domeniul sănătății mintale.

Simptomele depresiei din acest chestionar se încadrează în patru grupuri.

Mai întâi, felul în care *gândiți* atunci când sunteți deprimat se deosebește de felul în care *gândiți* atunci când nu sunteți deprimat. Când sunteți deprimat aveți o imagine sumbră despre sine, despre lume și despre viitor. Viitorul vi se arată fără nici o speranță, și atribuiți acest lucru lipsei de talent. Micile obstacole par să fie niște bariere imposibil de trecut. Vi se pare

că tot ce atingeți se prefăce în cenușă. Găsiți nenumărate motive pentru care fiecare dintre succesele dumneavoastră este de fapt un eșec. Un *stil explicativ*<sup>2</sup> pesimist este în miezul celei mai mari părți din gândirea depresivă. Ni se pare că pricinile tragediilor și eșecurilor noastre sunt permanente, invadatoare și personale („O să țină la nesfârșit, o să submineze tot ce fac și tot ce sunt”), și lucrurile stau exact invers în ce privește cauzele evenimentelor pozitive.

Cel de-al doilea grup de simptome este o modificare negativă a *stării de spirit*. Când sunteți deprimat vă simțiți îngrozitor: trist, descurajat, prăbușit într-o prăpastie a disperării. Poate că plângeți mult, sau poate că ați ajuns dincolo de lacrimi. Viața își pierde interesul. Activitățile care vă plăceau înainte nu mai au nici un farmec. Glumele nu mai sunt amuzante, ci insuportabil de ironice. Tristețea nu este singura stare de spirit din depresie; adesea apar anxietatea și irascibilitatea. Iar atunci când depresia devine intensă anxietatea și irascibilitatea dispar, și persoana respectivă intră într-o stare de amorțeală și confuzie.

Cel de-al treilea grup de simptome ale depresiei este legat de *comportament*: pasivitate, nehotărâre și sinucidere. Adesea persoanele deprimare nu se pot apuca de nici o treabă, în afara celor mai obișnuite, și renunță cu ușurință atunci când dau de un obstacol. Un romancier nu poate să scrie primul cuvânt dintr-o carte. Când reușește, în cele din urmă, să se apuce de lucru, se oprește din scris dacă pâlâie monitorul, și nu se mai întoarce la carte decât peste o lună. Persoanele deprimare nu se pot hotărî ce să aleagă. Un student deprimat comandă la telefon o pizza, și când este întrebat dacă o vrea simplă sau cu ingrediente în plus se uită încremenit la receptor. După cincisprezece secunde de tăcere, închide telefonul. Multe persoane deprimare se gândesc la sinucidere și încearcă să o pună în practică.

În depresie până și trupul se întoarce împotriva dumneavoastră – cel de-al patrulea grup de simptome, *somatice*. Cu cât este mai gravă depresia, cu atât aveți mai multe simptome



fizice. Vă scade pofta de mâncare. Nu puteți mânca. Nu puteți face dragoste. Până și somnul vă este afectat. Vă treziți prea devreme și vă zvârcoliți în pat, încercând zadarnic să adormiți la loc. În cele din urmă sună deșteptătorul, și începeți o nouă zi nu numai deprimat, dar și sleit de puteri.

Când sunteți deprimat nu trebuie neapărat să aveți simptome din toate cele patru grupuri și nu este obligatoriu să existe un simptom anume. Dar cu cât aveți mai multe simptome și cu cât este mai intens fiecare, cu atât puteți fi mai sigur că problema este depresia.

La unii dintre noi aceste simptome sunt rare, ivindu-se doar atunci când mai multe dintre speranțele noastre se năruiesc în același timp. La mulți dintre noi depresia este mai obișnuită, o stare care se ivește ori de câte ori suferim o înfrângere. Iar la alții este o tovărășie permanentă, acrindu-ne chiar și cele mai dulci clipe și făcând clipele mai cenușii să devină cu totul negre.

Până de curând depresia era un mister. La care persoane există cele mai mari riscuri? De unde vine depresia? Cum o putem alunga? Toate acestea erau enigme. În prezent, datorită celor treizeci de ani de cercetare științifică intensă efectuată de sute de psihologi și psihiatri în zeci de laboratoare și sute de clinici din întreaga lume, se știe cum arată răspunsurile. Dacă cineva are simptome grave de depresie, poate fi vorba despre una din două afecțiuni foarte diferite: depresia *unipolară* sau depresia *bipolară*. Acestea dau zilnic de lucru psihologilor și psihiatrilor clinici. Diferența dintre ele este implicarea sau neimplicarea maniei.

Mania este o stare psihologică inversă față de depresie: simptomele ei sunt euforia fără motiv, grandilocvența, vorbire și acțiuni frenetice, somn prost timp de zile întregi și amor-proprriu exagerat. Depresia bipolară implică întotdeauna accese de manie; este numită și tulburare maniaco-depresivă (un pol fiind mania, iar celălalt, depresia). Altă diferență între cele două este faptul că depresia bipolară este transmisibilă ereditar într-o proporție mult mai mare. Dacă unul din doi gemeni

monoziagoți are depresie bipolară există 72% șanse s-o aibă și celălalt. (Acest lucru este valabil doar la 14% dintre gemenii dizigoți.) Depresia bipolară reacționează extrem de bine la carbonatul de litiu. În peste 80% din cazuri litiul reduce în mare măsură mania și într-o măsură mai mică depresia. Luat continuu, tinde să prevină declanșarea acceselor. Tulburarea maniaco-depresivă este o boală, considerată pe drept cuvânt o afecțiune a trupului și tratată medical. Se aseamănă cu depresia unipolară doar în aparență.

Este adevărat că de obicei terapeuții nu sunt dați în judecată pentru malpraxis atunci când folosesc o terapie depășită sau ineficientă, iar un terapeut incompetent poate oricând să găsească alt membru al breslei care aplică același fel de terapie, ca să depună mărturie că terapia lor este o procedură „uzuală”. Dar sunt atât de limpezi datele despre faptul că de obicei litiul dă rezultate și că de obicei orice altă formă de psihoterapie folosită singură nu dă rezultate, încât pacienții care nu sunt tratați cu litiu ar trebui, cred eu, să câștige procesele de malpraxis. În orice caz, dacă suferiți de tulburarea maniaco-depresivă și sunteți tratat doar printr-o formă de psihoterapie, renunțați la acel terapeut. Este pur și simplu incorect să tratați depresia bipolară prin psihoterapie, cu excepția cazului în care aceasta însoțește terapia medicamentoasă.

Mai frecventă decât tulburarea maniaco-depresivă — probabil de 10-20 de ori mai frecventă — este depresia unipolară. Aceasta este afecțiunea pe care atât de mulți dintre noi o cunoaștem bine. Ea este generată de suferințe și pierderi, aspecte inevitabile ale statutului de ființe capabile să se gândească la viitor. Nu obținem postul pe care îl vrem. Acțiunile la bursă scad. Suntem respinși de cei pe care îi iubim. Ne moare partenerul de viață. Ținem conferințe proaste și scriem cărți care nu au succes. Îmbătrânim. Când se produc astfel de pierderi, ceea ce urmează este normal și previzibil: ne simțim triști și neputincioși. Devenim pasivi și letargici. Credem că perspectivele noastre sunt sumbre și că nu avem talentul de a le face

mai luminoase. Nu ne îndeplinim bine sarcinile, și poate că nici nu mergem la lucru. Dispare farmecul din activitățile care ne plăceau și nu mai avem chef de mâncare, de tovărășie, de sex. Nu putem dormi.

Dar după o vreme, printr-una dintre tainele binevoitoare ale naturii, începem să ne simțim mai bine. Formele ușoare ale acestei depresii (numite depresie *normală*) sunt extrem de frecvente. Am descoperit că în orice moment circa 25% dintre noi avem o criză de depresie ușoară.

Există o controversă aprigă în privința înrudirii dintre depresia unipolară (o afecțiune atestată) și depresia normală. Eu cred că sunt același lucru, deosebindu-se doar prin numărul și gravitatea simptomelor. Este posibil ca un individ să primească diagnosticul de depresie unipolară și să fie etichetat drept pacient, iar în cazul altuia cu exact aceleași simptome se poate considera că suferă de simptome acute de depresie normală, și nu este pacient. Deosebirea dintre aceste două diagnostice este superficială, adesea nu ține decât de ușurința cu care persoana respectivă apelează la terapie, sau de faptul că asigurarea sa medicală acoperă ori nu depresia unipolară, sau de măsura în care o stingherește ori nu stigmatul etichetei de pacient.

Concepția mea se deosebește radical de opinia medicală în vogă, anume că depresia unipolară este o boală, iar depresia normală este o simplă stare trecătoare de demoralizare, fără interes clinic. Această concepție este dominantă, în ciuda dovezilor solide că depresia unipolară nu este altceva decât depresie normală gravă. Nimeni n-a stabilit încă între ele acel tip de distincție care a fost stabilită, de exemplu, între pitici și persoanele normale scunde – o distincție calitativă.

Cel mai important lucru, cred eu, este ca depresia unipolară și depresia normală să fie recunoscute exact la fel: ambele implică o modificare negativă a gândirii, a stării de spirit, a comportamentului și a trupului.

### Caracterul epidemic

Este foarte important să știm că acest tip de depresie este din ce în ce mai răspândit în zilele noastre și că victima sa obișnuită este femeia.

La sfârșitul anilor '70, sub conducerea specialistului vizionar în psihiatria biologică Gerald Klerman, guvernul SUA a sponsorizat două studii importante despre bolile mintale; rezultatele au fost surprinzătoare. În primul au fost selectate aleatoriu 9 500 de persoane ca eșantion al americanilor adulți. Fiecare a trecut prin același interviu de diagnosticare ca orice pacient cu probleme care intră în cabinetul unui specialist competent.

Dat fiind că au fost intervievați atât de mulți adulți de diferite vârste, studiul a dat o imagine fără precedent a bolilor mintale pe parcursul multor ani și a făcut posibilă urmărirea modificărilor care au avut loc în secolul XX.<sup>3</sup> Una dintre cele mai izbitoare schimbări a fost frecvența depresiei pe durata vieții, adică procentul din populație care a avut depresie cel puțin o dată. Evident, cu cât sunteți mai înaintat în vârstă, cu atât crește riscul de a avea această tulburare. De exemplu, frecvența pe durata vieții a fracturii de membre inferioare crește odată cu vârsta, deoarece cu cât sunteți mai bătrân, cu atât există mai multe riscuri să vă rupeți un picior.

Se prevedea următoarea situație: cu cât o persoană s-a născut mai devreme în acest secol, cu atât frecvența depresiei pe durata vieții ar fi trebuit fie mai mare – cu alte cuvinte, să fi avut mai multe crize de depresie. La cineva născut în 1920 riscul de apariție a depresiei ar fi trebuit să fie mai mare decât la cineva născut în 1960. Înainte să examineze rezultatele, statisticienii ar fi afirmat cu încredere că dacă aveți douăzeci și cinci de ani – ceea ce însemna că v-ați născut în jurul anului 1955 – exista, să zicem, un risc de circa 6% să fi avut cel puțin o criză de depresie gravă, iar dacă aveți între douăzeci și cinci și patruzeci și patru de ani riscul de depresie ar fi crescut – să zicem până pe la 9% –, așa cum ar fi normal în cazul oricărei statistici cumulative rezonabile.

Și totuși, când au examinat rezultatele, statisticienii au observat ceva ciudat. Acestea arătau că persoanele născute în jurul anului 1925 nu suferiseră prea mult de depresie; nu 9%, ci numai 4% avuseseră o criză. Iar când au examinat rezultatele persoanelor născute și mai devreme – înainte de Primul Război Mondial – statisticienii au găsit ceva și mai ciudat: nici aici frecvența depresiei pe durata vieții nu crescuse; de fapt, plonjase la doar 1%. Aceasta însemna că la persoanele născute în a doua jumătate a secolului riscurile de a suferi de depresie erau de zece ori mai mari decât la cele născute în prima jumătate.

Totuși, un singur studiu – chiar și unul efectuat atât de bine ca acesta – nu-i îndreptățește pe savanți să proclame o „epidemie“. Din fericire, în același timp era efectuat alt studiu important. De data aceasta subiecții nu au fost selectați aleatoriu; au fost aleși deoarece aveau rude apropiate spitalizate pe motiv de depresie.<sup>4</sup>

Din nou rezultatele au răsturnat previziunile. Au arătat o puternică creștere a ratei depresiei pe parcursul secolului – din nou, mai mult de 10:1. De exemplu, atunci când femeile din generația Primului Război Mondial împliniseră treizeci de ani (vârsta pe care o aveau acum femeile născute în timpul Războiului din Coreea), doar 3% dintre ele suferiseră vreodată de depresie gravă, în vreme ce până la vârsta de treizeci de ani 60% dintre femeile născute în timpul Războiului din Coreea avuseseră o criză de depresie – de douăzeci de ori mai multe. Statisticile pentru bărbații din acest studiu au arătat aceeași răsturnare surprinzătoare. Cu toate că rata depresiei la bărbați era cu aproximativ 50% mai mică decât la femei (un fapt crucial, pe care îl voi discuta imediat), și la ei apărea aceeași creștere intensă a procentajului pe parcursul deceniilor.

Nu este vorba doar despre faptul că depresia gravă este mult mai frecventă în prezent; în plus, ea își atacă victimele mult mai devreme. Dacă v-ați născut în anii '30 și în orice moment după aceea una dintre rudele dumneavoastră a suferit de

depresie, prima depresie, în cazul în care ați suferit de așa ceva, s-a manifestat între treizeci și treizeci și cinci de ani, în medie. Dacă v-ați născut în 1956, prima depresie v-ar apărea între douăzeci și douăzeci și cinci de ani – cu zece ani mai devreme. Dat fiind că depresia revine la circa jumătate dintre cei care au avut-o o dată, cei zece ani suplimentari de expunere la depresie au ca rezultat un ocean de lacrimi.<sup>5</sup>

Această tendință către o rată mai mare a depresiei la vârste mai mici continuă și în anii '90. Doctorul Peter Lewinsohn, de la Oregon Research Institute, a intervievat recent 1710 adolescenți, jumătate dintre ei născuți în perioada 1968–1971 și cealaltă jumătate născuți în perioada 1972–1974. La cei mai mari apărea o rată a depresiei alarmantă: până la vârsta de paisprezece ani 4-5% dintre ei avuseseră o criză de depresie generalizată. La cei mai tineri lucrurile stăteau și mai rău: până la paisprezece ani 7,2% avuseseră o criză. Este șocant faptul că americanii, în medie, sunt victimele unei suferințe psihologice fără precedent într-o națiune care se bucură de o prosperitate, o putere mondială și o bunăstare materială fără precedent.<sup>6</sup>

În orice caz, toate acestea sunt suficiente ca să justifice proclamarea „epidemiei“.

### *Femeile și bărbații*

Unul după altul, studiile arătau că în secolul XX depresia lovește mai des femeile decât bărbații.<sup>7</sup> În prezent raportul este de 2:1.

Să fie oare din cauză că femeile sunt mai dispuse să apeleze la terapie decât bărbații, și astfel apar mai frecvent în statistici? Nu. Aceeași preponderență apare și în anchetele făcute la domiciliu.

Să fie oare din cauză că femeile sunt mai dispuse să vorbească deschis despre problemele lor? Nu. Raportul 2:1 apare atât în condițiile dezvoltării identității, cât și în cele ale anonimatului.

Să fie oare din cauza tendinței ca femeile să aibă slujbe mai proaste și mai puțini bani decât bărbații? Nu. Raportul rămâne 2:1 chiar și atunci când grupurile de femei și de bărbați sunt egale din punctul de vedere al activității profesionale și al veniturilor: femeile bogate au o rată a depresiei de două ori mai mare decât bărbații bogați, iar femeile fără serviciu, de două ori mai mare decât bărbații fără serviciu.

Există un soi de diferență din punct de vedere biologic care produce mai multă depresie? Ar putea exista niște diferențe biologice care își aduc contribuția, dar probabil că nu destul cât să explice raportul de 2:1. Studiile despre emoțiile premenstruale și postnatale arată că, deși hormonii influențează depresia, efectul lor nu este nici pe departe atât de mare încât să creeze o inegalitate atât de mare.

Să fie oare o diferență genetică? Studii minuțioase despre rata depresiei care apare la fiii în comparație cu fiicele persoanelor depresive de sex masculin și feminin arată că există o rată substanțial mai mare a depresiei în rândurile fiilor bărbaților depresivi. Dacă luăm în considerare felul în care sunt transmiși cromozomii de la tată la fiu și de la mamă la fiică, acest studiu arată o rată a depresiei în rândurile bărbaților prea mare ca să poată fi adevărat faptul că genetica produce disproporția dintre sexe. Chiar dacă există unele dovezi despre contribuția genetică la depresie, probabil că nu genetica produce disproporția dintre sexe.

Să fie oare presiunea rolului sexual? Probabil că nu. În viața modernă *chiar există* mai multe cerințe conflictuale în cazul femeilor decât în cel al bărbaților, și în zilele noastre o femeie nu are doar rolul tradițional de mamă și soție, ci adesea trebuie să aibă și serviciu. Această cerință suplimentară ar putea să producă mai multă tensiune ca niciodată și, prin urmare, mai multă depresie. Sună plauzibil, și totuși, la fel ca multe teorii acceptabile din punct de vedere ideologic, și aceasta se zdrobește de stâncile faptelor. În medie, în rândul soțiilor care au un serviciu rata depresiei este mai mică, nu mai mare decât

în rândul celor care nu muncesc în afara casei. Așadar, explicațiile bazate pe rolul sexual nu par să lămurească preponderanța depresiei la femei.

Rămân trei explicații posibile:

Prima este *neputința dobândită*. Se argumentează că în societatea noastră femeile au din belșug experiența neputinței pe durata întregii vieți. Purtarea băieților este lăudată sau criticată de părinți și de profesori, în vreme ce purtarea fetelor este adesea ignorată. Băieții sunt antrenați pentru autonomie și activitate, fetele, pentru pasivitate și dependență. Când ajung mari, femeile constată că trăiesc într-o cultură care dezaprobă rolul de soție și de mamă. Dacă se orientează către lumea muncii, constată că realizările lor sunt mai puțin apreciate decât ale bărbaților. Când ia cuvântul la o ședință, o femeie are parte de mai multe clătănări din cap plictisite decât ar fi avut un bărbat. Dacă în ciuda tuturor acestor lucruri reușește să se descurce foarte bine și să fie promovată într-un post care implică putere, este considerată nelalocul ei. Neputința dobândită se manifestă la fiecare cotitură și produce în mod cert depresie.<sup>8</sup>

Cea de-a doua explicație a faptului că femeile sunt mai deprimare decât bărbații implică *gândirea negativă ciclică*. Această teorie spune că atunci când se ivește un necaz bărbații acționează, în vreme ce femeile gândesc. Femeia este concediată și încearcă să priceapă de ce; cugetă și retrăiește iar și iar întâmplarea. Când este concediat, un bărbat se îmbată, bate pe cineva sau își abate în alt fel gândurile de la problemă. Poate chiar să se ducă să-și caute altă slujbă, fără să se ostenească să descopere ce anume a mers prost. Dacă depresia este o tulburare a gândirii, gândirea negativă ciclică o alimentează. Tendința de a analiza o hrănește; tendința de a acționa o destramă – cel puțin pe termen scurt.

De fapt, depresia însăși declanșează mai multă gândire negativă ciclică la femei decât la bărbați. Ce facem când suntem deprimati? Femeile încearcă să înțeleagă de unde vine depresia. Bărbații joacă baschet sau se duc la birou să lucreze, ca

să-și abată atenția. Este fascinant faptul că la bărbați se înregistrează o rată mai mare a alcoolismului și a abuzului de droguri decât la femei, poate chiar destul de mare ca să putem spune: bărbații beau, femeile se aleg cu depresie. Femeile, tot gândindu-se la sursa depresiei, nu fac decât să fie și mai deprimare, în vreme ce bărbații, acționând, s-ar putea să taie picioarele depresiei.

Teoria despre gândirea negativă ciclică ar putea explica global epidemia de depresie, ca și disproporția dintre sexe. Trăim acum în epoca raționalității și a conștiinței de sine. Suntem îndemnați mai degrabă să ne luăm mai în serios problemele și să le analizăm la nesfârșit decât să acționăm. Dat fiind că depresia este amplificată de gândirea negativă, este foarte posibil ca rezultatul să fie și mai multă depresie.<sup>9</sup>

Cea de-a treia explicație posibilă este *dorința de a fi suplă*. Femeile din societatea noastră au fost cucerite într-o măsură mai mare decât bărbații de ideea că a fi foarte suplă este un lucru frumos. Și totuși, idealul supleții este aproape imposibil de atins în plan biologic. Dacă vă numărați printre oamenii care țin tot timpul regim de slăbire ca să ajungă la ideal (majoritatea), sunteți deja pe calea depresiei. Ori nu veți reuși să împiedicați kilogramele în plus să se așeze la loc, la fel ca 95% dintre femei (și atunci eșecul și frecvența amintire a faptului că sunteți „prea grasă“ vă vor deprima), ori veți reuși și veți deveni o anorexică ambulantă, flămânzind continuu (vezi capitolul 12) și suferind de unul dintre principalele efecte secundare ale flămânzirii – depresia.

În întreaga lume, în toate culturile care au idealul supleții există o rată mai mare a depresiei în rândul femeilor și, de asemenea, mai multe tulburări de alimentație. În toate culturile care nu au idealul supleții nu apar tulburări de alimentație, iar femeile deprimare nu sunt mai numeroase decât bărbații.<sup>10</sup>

Într-un studiu la care am participat și eu, efectuat pe un grup de câteva sute de elevi în clasa a șaptea, am încercat să prevenim la care dintre fete exista riscul de depresie când aveau să

ajungă la pubertate. Am descoperit că nemulțumirea față de forma corpului în perioada de dezvoltare este un factor de risc principal. Pe măsură ce înaintează în pubertate, băieții devin mai musculoși și mai aproape de modelul bărbatului „ideal“. Dar în pubertate fetelor le apare grăsimea moale, pe care moda o decretează dizgrațioasă. Ele au suferit o manipulare și sunt convinse că rotunjimile voluptuoase sunt urâte. Înainte de pubertate băieții sunt mai deprimați decât fetele, însă pe măsură ce se instalează pubertatea fetele devin mai deprimare.<sup>11</sup>

Așadar, există trei factori care fac ca femeile să fie mai deprimare decât bărbații: mai mult antrenament în a se simți neputincioase, mai multă gândire negativă ciclică și zadarnica goană după suplețe. Toate sunt modificabile. Modificarea idealului de suplețe ține în mare de modificarea practicilor sociale. Modificarea gândirii negative ciclice și modificarea învățării sentimentului de neputință ține de modificarea felului în care sunt crescuți copiii și de terapie.

### *Tratamente eficiente pentru depresie*

De cele mai multe ori durata depresiei poate fi scurtată și intensitatea ei poate fi redusă în mod semnificativ prin tratament. Există patru terapii care funcționează bine: două biologice, medicamentele și șocul electroconvulsiv (SEC), și două psihologice, terapia cognitivă (TC) și terapia interpersonală (TIP). Toate patru au fost supuse unor testări riguroase care au implicat zeci de mii de persoane deprimare. Toate funcționează cam în aceeași măsură – destul de bine.

Feriți-vă de orice alt fel de tratament oferit în cazul depresiei unipolare.

**Medicamentele.** Principalele tipuri de medicamente sunt triciclicele (de exemplu, Elavil, Tofranil și Sinequan), inhibitori MAO (Marplan, Nardil și Parnat) și inhibitori ai recaptării

serotoninei (Prozac). În cazul tuturor acestor medicamente trebuie să treacă între zece zile și trei săptămâni până încep să acționeze. Atunci când acționează, reduc considerabil depresia în circa 65% din cazuri. Aceasta este vestea bună.

Iată vestea proastă: în primul rând, cam un sfert dintre persoanele deprimare nu pot sau nu vor să ia medicamente, de obicei din cauza efectelor secundare. În al doilea rând, după ce nu mai luați medicamentul există un risc considerabil de recidivă a depresiei, probabil exact la fel de mare ca înainte de a lua medicamentul. Pentru a împiedica agravarea depresiei sau recidiva ar trebui să luați încontinuu medicamentul – poate că tot restul vieții.<sup>12</sup>

**SEC.** Șocul electroconvulsiv ne înspăimântă. Presa i-a fost mai defavorabilă decât merită, dar este departe de a fi nevătmător. De cele mai multe ori are efect rapid și foarte eficient. Reduce depresia în circa 75% din cazuri, de obicei printr-o serie de SEC pe parcursul câtorva zile. Este neîndoielnic faptul că au fost salvate cu ajutorul lui multe vieți, în special cele ale persoanelor cu tendințe de sinucidere acute.

Vestea proastă este aceeași ca la medicamente. Mulți oameni nu acceptă SEC, din cauza efectelor sale secundare considerabile – pierderea memoriei, modificări cardiovasculare și confuzie – și din cauză că este o procedură medicală majoră. Și mai important este faptul că nu există dovezi că ar preveni revenirea depresiei. Oferă doar o ameliorare puternică.<sup>13</sup>

Așadar, amândouă tratamentele biologice aduc o ameliorare destul de mare. Dar ele au și efecte secundare grave și nu sunt decât cosmetice – nu rezolvă problemele de la rădăcină, și există riscul ca depresia să revină dacă nu mai luați medicamentele.

**Terapia cognitivă (TC).** Terapia cognitivă, care încearcă să modifice felul în care persoana deprimată se gândește conștient la eșec, înfrângere, pierdere și neputință<sup>14</sup>, folosește cinci tactici de bază.

În primul rând învățați să recunoașteți gândurile automate – tocmai acele gânduri atât de mult repetate, încât ajung să fie aproape neobservate și nu sunt puse la îndoială – care vă fulgeră prin minte când vă simțiți cel mai rău.

*O mamă cu trei copii strigă neori la ei când îi trimite la școală. Ca urmare, se simte foarte deprimată. În timpul TC învață să recunoască faptul că întotdeauna își spune, imediat după aceste incidente cu strigăte: „Sunt o mamă îngrozitoare – chiar mai rea decât mama mea.” Învață să fie conștientă de aceste gânduri automate.*

În al doilea rând, învățați să combateți gândurile automate concentrându-vă pe dovezile care le infirmă.

*Mama își atrage singură atenția asupra faptului că atunci când copiii se întorc de la școală joacă fotbal împreună cu ei, îi ajută la geometrie și vorbește cu ei, dovedind că le înțelege problemele. Mobilizează aceste dovezi și vede că ele contrazic primul ei gând, că ar fi o mamă rea.*

În al treilea rând, învățați să formulați explicații diferite, numite *reatribuiri*, și să le folosiți pentru a lupta cu gândurile automate.

*Mama învață să spună: „Mă port frumos cu copiii după-amiaza și urât dimineața. Poate că dimineața nu e momentul meu cel mai bun.”*

Aceasta este o explicație mult mai puțin permanentă și generalizată a faptului că țipă la copii dimineața. Cât despre lanțul de explicații negative care sună așa: „Sunt o mamă îngrozitoare, nu sunt făcută să am copii, prin urmare nu merit să trăiesc“, ea învață să-l rupă prin introducerea explicației noi: „Este cu totul ilogic să deduc că nu merit să trăiesc din cauză că dimineața nu este momentul meu cel mai bun.“

În al patrulea rând, învățați să vă abateți atenția de la gândurile deprimante. Gândirea negativă ciclică, mai ales atunci când cineva este presat de obligația de a avea rezultate bune, înrăutățește lucrurile. Adesea, ca să puteți avea rezultate optime este mai bine să nu vă gândiți. Învățați să controlați nu numai ceea ce gândiți, ci și momentul în care gândiți acel lucru.

În al cincilea rând, învățați să puneți la îndoială acele presupuneri generatoare de depresie care guvernează o parte atât de mare din ceea ce faceți:

- „Nu pot trăi fără iubire.“
- „Dacă nu este perfect tot ceea ce fac sunt un ratat.“
- „Dacă nu mă place toată lumea sunt un ratat.“
- „Există o soluție perfectă pentru fiecare problemă, trebuie să o găsim.“

Aceste tipuri de premise vă pregătesc pentru depresie. Dacă alegeți să trăiți pe baza lor – așa cum fac atât de mulți dintre noi –, viața o să vă fie plină de zile și de săptămâni mohorâte. Însă puteți alege un nou set de premise, mai îngăduitoare, pe baza cărora să trăiți:

- „Iubirea este prețioasă, dar rară.“
- „Succesul înseamnă să fac tot ce-mi stă în puteri.“
- „Corespunzător fiecărei persoane care te place există una care nu te place.“
- „Viața înseamnă să astupi cele mai mari crăpături din dig.“

TC funcționează destul de bine, aducând o ameliorare considerabilă în cazul a circa 70% dintre persoanele deprimare. Este, în mare, cam la fel de eficientă ca medicamentele prescrise în mod obișnuit, dar ceva mai puțin eficientă decât SEC. Este nevoie de aproximativ o lună ca să înceapă să acționeze, și terapia este de scurtă durată – de obicei câteva luni în total, o dată sau de două ori pe săptămână. Dintr-un punct de vedere, TC este clar superioară unei singure serii de medicamente sau de SEC: scade riscul de a mai avea depresii, prin faptul că vă învață noi tehnici de gândire pe care le puteți folosi data următoare când vi se întâmplă ceva cu adevărat rău. Cu toate că TC reduce riscurile în măsură mai mare decât medicamentele, nu scade riscul de recidivă nici măcar până aproape de zero.<sup>15</sup>

Principalele mele rețineri în privința TC sunt legate în primul rând de faptul că s-ar putea să funcționeze mai bine în

cazurile de depresie moderată decât în depresia gravă – în care probabil că trebuie să se încerce întâi medicamentele; în al doilea rând, terapia cognitivă a fost folosită în cea mai mare parte în cazul persoanelor educate, care au „spirit psihologic“, conștiențe de gândurile lor și de modul în care gândirea le afectează emoțiile. Se știu puține despre felul în care funcționează ea la persoanele mai puțin educate și mai simple; în al treilea rând, rata recurenței depresiei grave este atât de mare, chiar și după TC, încât mai trebuie mult până să putem vorbi despre ceva mai mult decât „ameliorare moderată“.

**Terapia interpersonală (TIP).** Terapia interpersonală se concentrează pe relațiile sociale. A devenit esențială deoarece în studiul de mare importanță al rezultatelor tratării depresiei sponsorizat de NIMH menirea ei fusese rolul de placebo, dar s-a dovedit la fel de eficientă ca triciclicele și cel puțin la fel de eficientă ca TC în ameliorarea depresiei.<sup>16</sup>

Această terapie își are originea în tratamentele psihanalitice pe termen lung create de Harry Stack Sullivan și Frieda Fromm-Reichmann. Însă TIP nu este, cu siguranță, psihanalitică. Nu se ocupă de bazele din copilărie, de justificările vechi de decenii întregi. De asemenea, TIP nu este o teorie pe termen lung, ci constă în douăsprezece până la șaisprezece ședințe, de obicei o dată pe săptămână.<sup>17</sup>

TIP abordează depresia pe modelul medical, afirmând că are multe cauze, atât biologice, cât și ambientale. Dintre probleme se evidențiază cele interpersonale. TIP se ocupă de problemele prezente care țin de felul în care ne înțelegem cu ceilalți oameni. Certurile, frustrările, neliniștile și dezamăgirile prezente sunt materia principală a acestei terapii. TIP analizează patru zone de probleme din prezentul pacientului: suferința psihică, disputele, schimbarea rolului și carențele sociale.

Atunci când se ocupă de suferința psihică, TIP caută reacțiile anormale la durere. Pune în evidență procesul amânat al doliului și ajută pacientul să-și găsească noi relații sociale care

să compenseze pierderea. Atunci când se ocupă de dispute, cel care aplică TIP ajută la stabilirea direcției în care merge relația perturbată: este nevoie de renegociere? Este un impas? Este o pierdere definitivă? Pacientul învață tehnici de comunicare, de negociere și de creștere a siguranței de sine. Printre schimbările rolului se numără pensionarea, divorțul și plecarea de acasă. Atunci când se ocupă de acestea, cel care aplică TIP îi cere pacientului să reevalueze rolul pierdut, să-și exprime emoțiile legate de pierdere, să-și dezvolte aptitudini sociale potrivite cu noul rol și să găsească noi surse de sprijin social. Atunci când se ocupă de carențele sociale, cel care aplică TIP caută tiparele recurente din relațiile anterioare. Este încurajată exprimarea emoțiilor. Sunt scoase la lumină atât punctele forte, cât și defectele constante. Când apar defecte sunt încurajate jocurile de rol și îmbunătățirea comunicării.

### Tratamentul potrivit

Tabel rezumativ cu privire la depresie

	TC	TIP	Medicamente	SEC
AMELIORARE	▲▲▲	▲▲▲	▲▲▲	▲▲▲▲
RECIDIVĂ	▲▲▲	▲▲▲?	▲▲	▲▲
EFECTE SECUNDARE	▼	▼	▼▼▼	▼▼▼▼
COST		toate sunt necostisitoare		
DURATĂ	luni	luni	săptămâni	zile
TOTAL	▲▲▲	▲▲▲	▲▲▲	▲▲▲

TC = terapia cognitivă, TIP = terapia interpersonală, medicamente = tricyclice, inhibitori MAO și inhibitori ai recaptării serotoninei, SEC = șoc electroconvulsiv

#### AMELIORARE

- ▲▲▲▲ = ameliorare pronunțată, de 80-100%, sau dispariția simptomelor
- ▲▲▲ = ameliorare pronunțată, de 60-80%
- ▲▲ = ameliorare moderată, de cel puțin 50%
- ▲ = probabil mai bun decât placebo
- 0 = probabil inutil

#### RECIDIVĂ (după întreruperea tratamentului)

- ▲▲▲▲ = recidivă mai mică de 10%
- ▲▲▲ = recidivă de 10-20%
- ▲▲ = rată moderată a recidivei
- ▲ = rată ridicată a recidivei

#### EFECTE SECUNDARE

- ▼▼▼▼ = grave
- ▼▼▼ = moderate
- ▼▼ = ușoare
- ▼ = nici unul

#### TOTAL

- ▲▲▲▲ = excelent, este evident tratamentul potrivit
- ▲▲▲ = foarte bun
- ▲▲ = util
- ▲ = nesemnificativ
- 0 = probabil inutil

Principalele calități ale TIP sunt că durează puțin (câteva luni), nu este costisitoare, nu i se cunosc efecte secundare și s-a dovedit că este destul de eficientă în tratarea depresiei, aducând ameliorare în circa 70% din cazuri. Principalul ei defect este că nu se practică în prea multe locuri (este foarte greu să găsești un practicant al TIP altundeva decât în New York City). Aceasta înseamnă că s-a făcut foarte puțină cercetare pentru a-i afla ingredientele active și a îmbunătăți efectele ei asupra depresiei.

### Depresia obișnuită

Probabil că la testul pentru depresie v-ați situat în gama „moderată spre gravă”; majoritatea oamenilor obțin un punctaj între 5 și 15. Dacă este și cazul dumneavoastră, probabil că nu aveți nevoie de terapie pentru depresie. Se prea poate să fiți destul de necăjit, viața să nu vă fie plină de entuziasm, să oboșiți foarte ușor, să vă lovească foarte rău eșecurile, să absorbiți energia de la întruniri, în loc să le însuflețiți și să nu vedeți viitorul în roz. Dar probabil că nu suferiți de o tulburare depresivă.

Dacă ultimul paragraf vă descrie starea, ar trebui să faceți ceva ca să schimbați această situație, deoarece chiar și cea mai ușoară depresie otrăvește viața de zi cu zi. Aceleași patru



simptome – tristețe, pesimism, pasivitate și atenuarea poftelor fizice – apar și atunci când depresia este ușoară, doar că au mai puțină forță. Atunci când depresia ușoară a devenit un stil de viață, acesta nu mai are sens, și trebuie să fie schimbat.

Depresia ușoară este provocată de obicei de obișnuința de a gândi pesimist. Pentru pesimist, cauzele eșecului și respingerii sunt permanente („O să dureze veșnic“), generale („O să strice totul“) și personale („E vina mea“). Aceste credințe obișnuite sunt exact asta, simple credințe. Adesea sunt false, și adesea sunt interpretări catastrofice nejustificate. Principala lecție a terapiei cognitive este că acest fel de a gândi poate fi schimbat definitiv – chiar și în cazul depresiei grave. De obicei persoanele care au depresie ușoară îl pot schimba fără terapie.

Principala aptitudine a gândirii optimiste este contestarea. Este o aptitudine pe care o avem cu toții, dar o folosim doar atunci când *alții* ne acuză pe nedrept. Dacă un prieten invidios ne spune că suntem un director nepriceput sau o mamă rea, putem să adunăm dovezi împotriva acuzației și să i le aruncăm în față. Cei care suferă de depresie ușoară își aruncă același soi de acuzații lor înșiși, *despre* ei, de multe ori pe zi. Ajungeți la o petrecere și gândiți: „N-am nimic de spus. Nimeni n-o să mă placă. Arăt groaznic.“ Atunci când aceste acuzații vin dinăuntru, le considerați incontestabile. Însă gândurile pesimiste automate pe care le aveți sunt exact la fel de neîntemeiate și de iraționale ca răutățile unui rival invidios. Ele se nasc nu din fapte solide, ci din criticile pe care vi le-au făcut părinții când erau supărați, din batjocura invidioasă a surorii mai mari și din regulile rigide ale duhovnicului dumneavoastră, toate absorbite pasiv când erați mult mai tânăr.

Puteți învăța, cu un pic de disciplină, să deveniți un minunat luptător împotriva gândurilor pesimiste. Am scris o carte despre acest subiect, *Learned Optimism* (1991)\*. Conține exerciții care v-ar putea fi de folos. Nu este cazul să-i repet conținutul,

dar v-o recomand. După ce dobândiți aptitudinile optimismului, ele persistă. Acest regim nu este ca regimurile de slăbire, care, așa cum vom vedea în capitolul 12, aproape întotdeauna se anulează singure după o vreme. Să te ții de un regim, să continui să refuzi hrana care îți place nu-i deloc distractiv. În schimb, să-ți contrazici gândurile negative *este* distractiv. După ce ajungi să te pricepi la asta, dorești să o faci în continuare. Dacă aproape zilnic ești prost dispus, poți alege să schimbi ceea ce gândești. Dacă faci asta, descoperi că viața merită să fie trăită.

\* Tr. rom. *Optimismul se învață: știința controlului personal*, traducere și adaptare de Alina Cârâc, Editura Humanitas, București, 2004 (n. tr.).

## 9. PERSOANA FURIOASĂ

În cazul unora dintre marile jigniri din viață cel mai bun remediu este acțiunea. Pentru jignirile mici cel mai bun remediu este un film cu Charlie Chaplin. Greu este să le deosebești între ele.

Carol Tavis, *Anger: The Misunderstood Emotion*

### CEARTA DIN CAUZA MAȘINII DE SPĂLAT VASE

*Akron, Ohio, ora 20.15*

KATE: *Fă bine și freacă mizeria de pe farfuriile înainte să mi le dai.*

JONAH: *Auzi, întâi le clătesc și dup-aia ți le dau.*

KATE: *Clătitul nu-i destul. Ți-am zis de o sută de ori: mașinile de spălat vase nu freacă farfuriile.*

JONAH: *Păi da, trebuie să spăl eu farfuriile înainte să speli tu farfuriile.*

KATE: *N-ai putea să dai o mână de ajutor pe-aici înainte să te apuci să te vâlcărești?*

JONAH: *Am impresia că nu pricepi că am avut o zi grea la lucru. Numai rahatul ăsta nu-mi trebuie când ajung acasă!*

KATE: *Ai avut o zi grea! Da' cum îți închipui tu că e când ai în cârcă doi adolescenți și un plod de șase luni? Petrecerea de 1 Mai la un pension? Am nevoie de un bărbat care să pună osu' la treabă, nu să fie o gaură neagră.*

JONAH: *Gaură neagră, zici? Da' cine a fost săptămâna trecută la petrecerea pentru promovarea mea și a făcut tot timpul mutre? Nemerinică nerecunoscătoare ce ești!*

(Jonah se năpustește afară din bucătărie. Kate izbucnește în lacrimi de furie neputincioasă.)

Cearta din cauza mașinii de spălat vase este o experiență foarte des întâlnită. Acest cuplu trăiește o cursă a învinuirilor. Nu este nevoie decât de un lucru nevinovat, cum ar fi mașina de spălat vase, pentru ca resentimentele care clocotesc să iasă la suprafață. Atunci problemele de bază nu se insinuează, ci apar în formă vulcanică. Din cauză că explodează, și Kate, și Jonah sunt luați prin surprindere, și nici unul din ei nu-și păstrează destul de bine sângele rece ca să fie alfel decât agresivi și defensivi. Nimic nu se rezolvă, și acum s-a mai adăugat un incident la grămada din ce în ce mai mare de lucruri pentru care să se certe data viitoare.

Vă treziți adesea implicat în „certuri din cauza mașinii de spălat vase“ cu persoane la care țineți? Problemele se acumulează fără să se rezolve nimic? Sunteți dintre cei care acumulează ranchiună? Haideți să aflăm dacă sunteți o persoană furioasă – relativ vorbind. Aș vrea să faceți un inventar al furiei. Nu este vreo șmecherie sau ceva profund în acest test. Punctajul vă va arăta unde vă situați în raport cu alți adulți.

### Inventarul furiei<sup>1</sup>

Citiți fiecare afirmație și apoi marcați cifra adecvată care indică *ceea ce simțiți în general*. Nu există răspunsuri corecte sau greșite. Nu pierdeți prea mult timp cu nici una dintre afirmații, ci dați răspunsul care descrie ceea ce simțiți *în general*.

#### 1. Mă înfurii repede.

aproape niciodată	uneori	adesea	aproape întotdeauna
1	2	3	4

#### 2. Am o fire arțăgoasă.

aproape niciodată	uneori	adesea	aproape întotdeauna
1	2	3	4

3. Sunt o persoană irascibilă.

aproape niciodată	uneori	adesea	aproape întotdeauna
1	2	3	4

4. Mă înfurii când mă țin în loc greșelile altora.

aproape niciodată	uneori	adesea	aproape întotdeauna
1	2	3	4

5. Mă irită când ceilalți nu recunosc că am făcut treabă bună.

aproape niciodată	uneori	adesea	aproape întotdeauna
1	2	3	4

6. Îmi ies din țâțâni.

aproape niciodată	uneori	adesea	aproape întotdeauna
1	2	3	4

7. Când mă înfurii spun lucruri urâte.

aproape niciodată	uneori	adesea	aproape întotdeauna
1	2	3	4

8. Mă înfurii când sunt criticat în fața altora.

aproape niciodată	uneori	adesea	aproape întotdeauna
1	2	3	4

9. Când sunt frustrat îmi vine să pocnesc pe cineva.

aproape niciodată	uneori	adesea	aproape întotdeauna
1	2	3	4

10. Mă înfurii când fac o treabă bună și nu este apreciată cum se cuvine.

aproape niciodată	uneori	adesea	aproape întotdeauna
1	2	3	4

**Punctajul.** Nu trebuie decât să adunați cifrele de sub răspunsurile la cele zece întrebări. Cu cât totalul este mai mare, cu atât mai mult viața vă este dominată de furie.

Dacă aveți 13 puncte sau mai puțin, vă situați în zona celor 10 procente minime de furie.

Dacă ați obținut 14-15 puncte, vă situați în zona sfertului minim.

Dacă ați obținut 17-20 de puncte, nivelul furiei dumneavoastră este aproximativ mediu.

Dacă ați obținut 21-24 de puncte, aveți un nivel ridicat al furiei, de circa 75%.

Dacă ați obținut 29-30 de puncte și sunteți bărbat, aveți nivelul furiei de circa 90%.

Dacă ați obținut 25-27 de puncte și sunteți femeie, aveți nivelul furiei de circa 90%.

Dacă ați obținut peste 30 de puncte și sunteți bărbat, vă situați printre cei mai irascibili, cu un nivel al furiei de 95%.

Dacă ați obținut peste 28 de puncte și sunteți femeie, aveți nivelul furiei de 95%.

Pe măsură ce îmbătrânesc, oamenii se mai îmblâzesc. Dacă aveți sub 23 de ani, mai mult de 26 de puncte vă situează în cele 10 procente maxime de furie. Dar dacă aveți mai mult de 23 de ani un punctaj de 24 sau mai mult vă situează în cele 10 procente maxime de furie.

Dacă punctajul dumneavoastră se situează în jumătatea superioară a inventarului, furia este o emoție pe care o cunoașteți bine.

Furia are trei componente.

Există un *gând*, un gând foarte discret și special: „Iarăși îmi este încălcat teritoriul“. Adesea, lucrurile scapă de sub control atât de repede, încât nu sunteți conștient de acest gând. Probabil că reacționați pur și simplu – însă gândul la încălcarea teritoriului pândește pe-aproape. Gândul de bază al lui Kate era: „Jonah nu mă ajută niciodată; nu știe decât să cârtească“. Al lui Jonah era: „Kate nu mă apreciază“.

Urmează o *reacție corporală*. Sistemul nervos simpatic și mușchii ni se mobilizează pentru atacul fizic. Mușchii ni se încordează. Tensiunea și ritmul cardiac cresc fulgerător. Procesul digestiv se oprește. Sunt declanșați centrii cerebrali și procesele chimice cerebrale trec în modalitatea de atac. Toate acestea sunt însoțite de sentimentele subiective de furie.

În al treilea rând – și pentru asta ne pregătesc primele două faze – *atacăm*. Atacul nostru vizează încetarea încălcării teritoriului – imediat. Lansăm lovituri. Ceea ce facem nu este nici mai mult, nici mai puțin decât încercarea de a răni sau a ucide persoana care ne-a încălcat teritoriul. Dacă suntem bine socializați, vom ataca verbal, nu fizic; și dacă suntem foarte bine socializați, de obicei vom fi în stare să controlăm într-o oarecare măsură atacul. Îl vom atenua sau îl vom suprima, păstrându-l pentru un moment mai potrivit. Ba am putea chiar să întoarcem și celălalt obraz.

Întrebarea ce anume se întâmplă cu furia atunci când controlăm faza de atac este terenul unei controverse de mare amploare. Un principiu fundamental al psihologiei freudiene este caracterul hidraulic al emoției (însuși sensul lui *dinamic* din *psihodinamica* freudiană). Emoția este ca un lichid dintr-un sistem închis: dacă furia este zăgăzuită sau împinsă în jos într-un loc, în mod inevitabil își va croi drum în sus în altă parte, unde nu este bine-venită. Dacă nu deschideți supapa furiei atunci când sunteți furios, ea face să vă crească tensiunea, sau vă sapă un ulcer în stomac, sau vă provoacă ură față de sine, sau este *deplasată* până ce dați de o victimă mai puțin periculoasă – cum ar fi fetița dumneavoastră în vârstă de trei ani. Antifreudienii susțin că furia neexprimată pur și simplu se risipește. Dacă numărați până la patru sute sau întoarceți și celălalt obraz, până să vă dați seama furia va fi amortizată. Apoi dispare. Înainte de încheierea acestui capitol vom ști mai bine care din cele două concepții este corectă.

## La ce ne folosește furia

Furia are o istorie lungă, dinainte de copilăria noastră și dinainte de copilăria părinților noștri. Apărea în luptele pe viață și pe moarte ale strămoșilor noștri, și încă mai înainte, la stră-strămoșii noștri, primatele, și la strămoșii *lor*. Natura „cu colții și ghearele roșii” este concepția populară a supraviețuirii celui mai adaptat. Și, chiar dacă aceasta nu este exactă, capacitatea omului de a simți furie este unul dintre principalele motive pentru care noi – și nu altă linie de descendență a primatelor – suntem specia dominantă de pe Pământ.

Robert Ardrey, un teoretician al evoluției umane, a susținut că strămoșii noștri, primatele, nu erau maimuțele vegetariene pașnice al căror creier mare era adaptiv, deoarece făureau unelte, idee mult îndrăgită în politica majorității antropologilor. Dimpotrivă, strămoșii noștri au izbândit deoarece erau maimuțe carnivore, selectate pentru că făureau arme și aveau furia explozivă cu care să le mânuiască bine. Școala de gândire a lui Ardrey susține că descindem dintr-o spită de ucigași fără pereche. Dintre cei doi poli ai evoluției ființelor inteligente postulați în filme, astronautii binevoitori din *Întâlnire de gradul trei* sau prădătorii cumpliți din *Alien*, teoria lui Ardrey afirmă că specia umană îl întrupează pe cel de-al doilea.<sup>2</sup>

Furia de acest fel este stârnită cu cea mai mare eficiență în apărarea teritoriului nostru, și acesta este principalul beneficiu – care nu trebuie să fie uitat niciodată – pe care îl are pentru noi furia. Gândul de bază este, la urma urmei, „Iarăși îmi este încălcat teritoriul”. Este un postulat militar faptul că popoarele atacate pe teritoriul lor se apără cu vigoare – ba nu, cu o uluitoare ferocitate. Atunci când ne apărăm copiii, țara, slujba, privilegiile, viețile, ne transformăm din păstori, profesori, contabili și mame în luptători de stradă, teroriști și amazoane. Atunci când suntem trimiși să ne batem pe terenul altcuiva nu facem decât să îndeplinim o sarcină, cântărind rezultatele posibile ale fiecărei mișcări, pregătiți să ne oprim și să o luăm la fugă dacă

lupta pare să fie pierdută. Nu așa procedăm când este vorba de teritoriul nostru și suntem disperați și furioși. Vietnamul, Algeria, ghetoul din Varșovia și Irlanda sunt lecții memorabile cu privire la acest postulat.

Alt beneficiu este faptul că furia vizează răzbunarea și restituirea – dreptatea, după cum vedem noi lucrurile. Ne ajută să îndreptăm paguba suferită și să facem schimbarea necesară. Atunci când ne înfruntăm partenerul de viață, de exemplu, de obicei gândim: „Eu am dreptate și el greșeste.“ Furia, spre deosebire de teamă sau de tristețe, este o emoție morală. E „virtuoasă“. Scopul ei nu este doar să pună capăt prezentei încălcări a teritoriului, ci și să răscumpere orice vătămare. De asemenea, are scopul să împiedice viitoarele încălcări prin dezarmarea, întemnițarea, castrarea sau uciderea făptașului.

Atunci când cineva ne sfătuiește să întoarcem și celălalt obraz, „să luăm la cunoștință și s-o lăsăm baltă“, sau să comparăm câștigurile și pierderile aduse de luptă, s-ar putea să ne împotrivim acestui sfat. Ne gândim că nu facem bine dacă nu luptăm, că sacrificăm dreptatea. Că am fi lași și că răul ar triumfa încă o dată.

Furia mai are un aspect moral. Considerăm că este o dovadă de sinceritate să ne exprimăm furia. Trăim într-o epocă în care ni se spune „să scoatem totul la lumină“. Dacă simțim furie, nu trebuie s-o înăbușim.

Este important să recunoaștem faptul că această doctrină nu este universală. Ritualurile pe care trebuie să le îndeplinească babuinii supuși în prezența unui alfa, adică a unui mascul dominant, faptul că americanilor le este greu să-și dea seama dacă un japonez este sau nu furios, felul subtil în care un englez îl rănește profund pe un altul, toate dovedesc că exprimarea furiei este maleabilă. Pentru a ști dacă este un merit să-ți manifesti deschis furia sau este un merit să o ascunzi, momentul, locul și obiceiurile au o importanță enormă. Concepția noastră despre „deschiderea supapei“ nu este decât o modă, o modă care are mai multe surse: reacția la cenzura

globală a emoțiilor în societatea victoriană, omogenizarea socială a vieții americane, care ne îndeamnă „să ajungem la miezul lucrurilor“ și goana din Epoca Electronică după titlurile de pagina întâi și după afirmațiile memorabile, care ne permit să ne descotorosim de ritualurile cuviincioase și prea lungi ale mascării emoțiilor.

Așadar, furia ne ajută să ne apărăm teritoriul – este dreaptă și este cinstită. Mai mult decât atât – este sănătoasă. Este larg răspândită credința că înăbușirea furiei poate să ne ucidă, cu încetul și în trei feluri.

În primul rând, dacă ne reprimăm furia ea se întoarce înăuntrul împotriva noastră. Furia întoarsă împotriva sinelui produce silă față de sine, depresie și, în ultimă instanță, autodistrugerea reală sub forma sinuciderii.

În al doilea rând, furia înăbușită produce hipertensiune și boli de inimă. Această teorie este atât de fascinantă, încât aproape că putem percepe funcționarea ei. Închipuți-vă că sunteți jignit de o persoană pe care o urăți. Siliți-vă să înghițiți jignirea și să rămâneți în starea aceasta neplăcută. Scrâșniți din dinți, încheștați pumnii, vă înroșiți la față. Aproape că simțiți cum vă crește tensiunea. Într-adevăr, în studiile experimentale tensiunea scade mai repede după o jignire dacă vă răzbunați pe cel care v-a jignit. În studiile de teren, la personalitatea de tip A – ostilă, competitivă și grăbită – se înregistrează mai multe atacuri de cord decât la cea de tip B, mai destinsă.<sup>3</sup>

În sfârșit, se spune că înăbușirea furiei duce la apariția cancerului. Există o personalitate „predispusă la cancer“, tipul C. Persoanele de tip C își controlează reacțiile emoționale, deoarece cred că este inutil să-și exprime nevoile. Nu-și exprimă furia, ci suferă în tăcere, cu stoicism; nu se răfuiesc cu soarta crudă. În special la femeile de tip C apare o rată mai mare de tumori mamare maligne decât la femeile care își exprimă emoțiile.<sup>4</sup> Mai mult, atunci când fac psihoterapie în care sunt încurajate să-și scoată la lumină emoțiile, femeile cu tumori mamare maligne trăiesc mai mult.<sup>5</sup> Nu-i de mirare că am devenit un

popor care se înfurie ușor. Protestăm, strigăm, contestăm. Nu acceptăm cu stoicism încălcarea teritoriului. Eroii multora dintre filmele noastre sunt de tipul Rocky, Rambo și Dirty Harry, care explodează: „Hai – fă-mi o bucurie!”

Furia este apărarea eficientă a ceea ce ne aparține, trambulina pentru dreptate, emblema cinstei, calea către sănătate. Ce emoție splendidă!

### *O revizuire a argumentelor pro-furie*

S-o luăm mai încetișor. În ciuda faptului că furia este atât de bine ancorată în cultura noastră, multe dintre virtuțile ei sunt mituri bazate pe ideologia freudiană sau pe distorsionarea dovezilor.

**Furia: emoția nesănătoasă.** Este adevărat că furia neexprimată duce la o rată mai mare a cancerului, la mai multe boli de inimă și la mai multă depresie?

*Cancerul.* Dovezile pentru faptul că suprimarea furiei duce la cancer sunt foarte șubrede. Personalitatea de tip C, despre care se pretinde că predispozează la cancer, este compusă din câteva caracteristici amestecate. De exemplu, femeia de tip C nu reușește să-și exprime furia. Dar ea este, de asemenea, mai neajutorată și mai disperată, are un nivel mai ridicat al anxietății și depresiei, este mai fatalistă și are mai puțin spirit combativ. Care dintre acestea este ingredientul activ? Reprimarea furiei este o posibilitate, dar este mai mare probabilitatea ca disperarea, neajutorarea și depresia să fie adevăratele vinovate. S-a dovedit legătura dintre dezvoltarea tumorilor și fiecare dintre acestea trei, însă nu și în privința suprimării furiei. În realitate, inventatorii teoriei tipului C au descoperit de asemenea că la „explozivi”, persoanele cu frecvente izbucniri de furie, cancerul apare mai des decât la persoanele normale.<sup>6</sup> Examinând dovezile despre cancer, nu pot stabili dacă exprimarea furiei

agravează, ameliorează sau nu are nici o importanță în cazul cancerului.

*Bolile de inimă.* Și personalitatea de tip A – predispusă la atacuri de cord – este compusă din trei trăsături amestecate: ostilitate, senzația lipsei de timp și spirit competitiv. Cei care au cercetat tipul A, spre deosebire de cei care au cercetat tipul C, au încercat să separe componentele. Ostilitatea, exprimarea deschisă a furiei, este probabil adevărata vinovată. Senzația lipsei de timp, spiritul competitiv și reprimarea furiei nu par să joace vreun rol în frecvența mai mare a bolilor de inimă la tipul A. Într-un studiu, 225 de studenți la medicină au făcut un test de personalitate care măsoară ostilitatea fățișă. La cei mai furioși dintre ei s-au constatat – după douăzeci și cinci de ani – cam de cinci ori mai multe boli de inimă decât la cei mai puțin furioși. În alt studiu, bărbații cu cel mai mare risc de atac de cord erau cei cu voci foarte explozive, cu grad mai înalt al iritării atunci când erau siliți să aștepte și cu un grad mai mare de exteriorizare a furiei. În cadrul cercetării mecanismului prin care exprimarea furiei ar putea vătăma inima, cei optsprezece bărbați din acest studiu au povestit furioși incidente care i-au supărat. Eficiența cu care inima lor pompa a scăzut în medie cu 5%, sugerând o scădere a fluxului sangvin către inimă. Eficiența cu care pompa inima nu a fost modificată de alți factori de stres.<sup>7</sup>

Studiile au arătat că tensiunea rămânea ridicată atunci când furia era reprimată doar în cazul studenților de sex masculin care își înăbușeau furia față de alți studenți de sex masculin, adică doar față de bărbații cu același statut. Atunci când un student își reprima furia față de un profesor tensiunea scădea, și creștea dacă studentul hotăra să-și exprime furia. Iar exprimarea furiei nu scădea tensiunea în cazul femeilor; exprimarea ostilității creștea tensiunea femeilor. În schimb, reacția prietenoasă la încălcarea teritoriului o reducea.<sup>8</sup>

Eu am o teorie foarte simplă despre felul în care emoțiile intervin în bolile de inimă. S-ar putea să fie greșită, însă este

compatibilă cu majoritatea faptelor. Inima noastră este o pompă și, ca orice pompă mecanică, are un barem, sau o *limită de funcționare*, în privința numărului de bătăi pe care le poate efectua înainte de a ieși din funcțiune. Așadar, să spunem că inima noastră are limita de funcționare de 100 de milioane de bătăi. După ce s-a depășit limita este foarte probabil să avem un atac de cord – dacă nu ne-a ucis mai înainte altceva. Limita de funcționare variază foarte mult de la om la om și de la familie la familie, fiind stabilită de factori precum tăria organismului, exercițiile fizice și bolile din copilărie.

Unele emoții, cele care cresc ritmul cardiac și tensiunea, ne consumă mai repede decât altele numărul de bătăi alocat. Furia și teama sunt două dintre acestea: ele mobilizează exact în acest fel sistemul nervos simpatic. Relaxarea și calmul au efectul contrar. Persoanele care se înfurie des își consumă mai repede bătăile alocate. De câteva ori pe zi îi apucă furia; inima începe să galopeze și tensiunea țâșnește în sus. Într-o zi proastă pot ajunge să consume bătăile prevăzute pentru două zile. Persoanele fricoase și cele paranoide, pentru care lumea este un loc plin de amenințări, intră mai des într-o activitate simpatică intensă, astfel încât și ele își consumă mai repede bătăile alocate. Obiceiul de a deschide supapa furiei – spre deosebire de înăbușirea ei – ne consumă din numărul de bătăi alocat, contribuind astfel la apariția bolilor de inimă.<sup>9</sup>

Dovezile sunt limpezi: contrar opiniei comune, furia manifestată deschis dăunează inimii.

*Depresia.* Concepția că depresia este furie întoarsă înăuntru este falsă. Freud a creat această teorie pur imaginară acum vreo optzeci de ani. Chiar așa lipsită de dovezi cum era, teoria sa despre depresie, alături de teoria despre sexualitatea reprimată, s-a numărat printre principalele forțe care au legitimat etica noastră actuală în privința exprimării emoțiilor imorale.

În anii '50 această etică era mană cerească pentru terapeuți. Unul dintre principalele tratamente ale depresiei consta în a-i încuraja pe pacienți să se înfurie. Terapeuții îi ajutau pe cei care

sufereau de depresie să povestească zbierând momentele în care au fost persecutați și să se înfurie că viața lor este așa de grea. Când am început să învăț să tratez depresia, la începutul anilor '70, aceasta a fost una dintre primele tehnici care mi-au fost predate. Dar se petrecea ceva șocant atunci când îmboldeam persoanele deprimare să se înfurie și să-și amintească abuzuri de mult uitate.

Gândiți-vă că persoanele deprimare sunt adesea tăcute, sfioase și retrase. Adesea se codesc să vorbească despre necazurile lor. Cu tehnica de tip freudian reușeam să-i facem să vorbească și să tot vorbească. Începeau să se plângă. Își aminteau ce grea e viața. Se văicăreau. Când erau încurajați, dezgropau și mai multe momente tragice. Începeau să plângă. Nu rareori se descompuneau de-a binelea, și atunci trudeam ca să-i punem iar pe picioare. Ceea ce poate că pornise ca un caz obișnuit de depresie ușoară lua uneori proporțiile unui caz grav – implicând și o încercare de sinucidere.

Altfel spus, pur și simplu nu există dovezi că depresia este furie întoarsă înăuntru. Provocarea furiei la persoanele deprimare, care adesea se protejează bine de multe dintre lucrurile rele care li s-au întâmplat, agravează uneori depresia. Contrar teoriei freudiene, atunci când se măsoară furia în timpul depresiei, ostilitatea crește în timpul depresiei și persistă după ce aceasta dispăre.<sup>10</sup>

Așadar, eu trag concluzia că deschiderea supapei furiei nu este bună pentru sănătatea noastră. Nu are o relație limpede cu cancerul, poate să crească – mai degrabă decât să reducă – riscul de maladii coronariene și poate exacerba depresia.

*Furia: sinceră? Dreaptă? Eficientă?* Considerăm că este o dovadă de sinceritate să-i spunem obiectului furiei noastre ceea ce gândim. La urma urmei, este adevărul, și trebuie să spunem adevărul. Dar există o diferență între sinceritate și adevăr. Furia, în mod specific, și emoțiile, în general, colorează faptele. Poate că acesta este unul dintre motivele pentru care există emoțiile. Prin faptul că distorsionează faptele, emoția ne pregătește

să acționăm în anumite feluri care pot să fie foarte adaptive atunci când suntem pe calea cea bună. Emoția pune lentile colorate ochelarilor prin care privim de obicei lumea. Anxietatea face lumea să arate mai înspăimântătoare decât este; teama ne coboară pragul de percepere a primejdiei și ne face capabili să fugim. Când ne uităm la un film horror, o pisică adevărată care sare din spatele unui birou ne îngrozește pe moment.

Depresia colorează la răndu-i lumea și ne face să renunțăm, să ne întoarcem spre noi înșine și să rămânem în peștera noastră, păstrându-ne energia până când se arată vremuri mai bune. Unei persoane deprimată lumea îi pare adesea mai sumbră decât este în realitate (unul dintre aspectele cele mai contestabile ale celui mai recent manual despre sinucidere care a apărut, un bestseller, este că nu recunoaște faptul că dorința de a-ți lua viața s-ar putea să se bazeze pe o distorsionare temporară a faptelor, și nu pe o evaluare rațională). Furia ne pregătește de atac – privity prin lentilele ei, niște acțiuni nevinovate par să fie o încălcare a teritoriului. Atunci când un puști stângaci din clasa a cincea scapă din greșeală tava cu mâncare pe pantalonii unui bătaș, bătașul interpretează acțiunea ca agresivă și intenționată. Această „tendință de atribuire a ostilității” caracterizează felul în care băieții agresivi gândesc tot timpul și felul în care oamenii normali gândesc când sunt furioși.<sup>11</sup>

Așadar, poate că să fii furios e o dovadă de sinceritate, dar nu exprimă adevărul. Judecățile pe care le emitem la mânie sunt adesea foarte departe de adevăr, dând faptelor o nuanță ostilă și amenințătoare.

Același lucru se poate spune și despre dreptate. Furia ne împinge spre dreptate – așa cum o vedem noi. Furia nu este o emoție care ne ajută să privim lucrurile din punctul de vedere al celui care ne atacă. Dimpotrivă, acoperă lumea cu lentilele protectoare, egoiste ale încălcării teritoriului. Uneori este îndreptățită și pedepsește făptașul după cum se cuvine. Alteori se răzbuună pe nevinovați sau cere în gura mare pedeapsă pentru abateri mărunte. Atunci când, orbit de furie, comiteți greșeala

de a pedepsi aspru un copilaș, este posibil să faceți un rău exagerat. Tonalitatea morală a furiei care te face să vezi negru în fața ochilor este mai degrabă „fariseică” decât „virtuoasă”.

În fine, eficiența furiei nu este chiar atât de mare cum se spune. Desigur, într-o luptă fizică disperată, când suntem încolțiți pe propriul teritoriu, furia ne înzecește puterile. Dar aproape niciodată nu suntem în această situație. Un rival ne insultă. Un coleg de serviciu ne desconsideră eforturile. Partenerul nostru de viață flirtează cu altcineva. Odrasla noastră de doi ani nu ne ascultă. Un voyeur ne spionează. Cât de eficientă este o explozie de furie în aceste situații?

Furia îi galvanizează pe unii, făcându-i să aibă replici istețe și argumente ingenioase – devin maeștri în „ultimul cuvânt”. Însă pentru cei mai mulți dintre noi, ceilalți, furia este o emoție foarte dezorganizantă. Scoatem fum pe nări și bodogănim. Uităm cele mai importante idei. Nu mai putem decât să zberăm epitețe. Când cearta se încheie, regretăm ce am spus. Ne dorim să nu ne fi înfuriat.

### Argumentele împotriva furiei

Dacă ai răbdare într-o clipă de furie, vei fi cruțat de o sută de zile de tristețe.

Proverb chinezesc

Mai întâi de toate, furia este emoția care alimentează violența. O societate ca a noastră, care îndeamnă la exprimarea furiei, o aprobă și evidențiază în filme virtuțile ei, este o societate violentă. Faptul că America are o rată a delictelor violente de cinci ori mai mare decât Japonia, o societate opusă ideii de „deschidere a supapei”, ar trebui să-i dezmeticească pe adepții „deschiderii supapei”. Numărul omorurilor, agresiunilor și violurilor violente din America este fără precedent. Apar din ce în ce mai multe cazuri de maltratare a copiilor și a soțiilor. Ciudat este faptul că, deși există tulburări legate de



anxietate și de depresie, nosologii nu au considerat nimerit să desemneze vreo tulburare legată de furie. Categoria demodată „tulburare de personalitate explozivă” și categoria rară „tulburare paranoidă (fără schizofrenie)” sunt cele mai apropiate din taxonomia actuală a problemelor mintale. Însă furia scăpată de sub control distruge multe vieți. După părerea mea, mai multe decât schizofrenia, mai multe decât alcoolul, mai multe decât SIDA. Poate că mai multe chiar și decât depresia.

Al doilea impact al furiei este mai subtil, dar aproape la fel de distrugător: neînțelegerile grave dintre părinți sunt cel mai deprimant eveniment obișnuit la care sunt martori copiii. În ultimii cinci ani am urmărit viața a circa 400 de copii, concentrându-ne pe cei ai căror părinți se ceartă (20%) și pe cei ai căror părinți divorțează sau se despart (15%).<sup>12</sup> I-am urmărit cu atenție pe acești 140 de copii și i-am comparat cu restul copiilor. Ceea ce am observat are implicații importante pentru societatea noastră în mare și pentru felul în care ar trebui să abordeze furia cuplurile căsătorite.

Copiii ai căror părinți se ceartă arată la fel – adică la fel de rău – ca aceia ai căror părinți au divorțat: acești copii sunt mai deprimați decât cei din familiile unite, în care părinții nu se ceartă. Am sperat că diferența va scădea cu timpul, dar n-a fost așa. După trei ani, acești copii continuau să fie mai deprimați decât ceilalți.

După ce părinții lor încep să se certe, acești copii cad într-un pesimism de nestăpânit. Ei cred că evenimentele negative sunt permanente și generale și se consideră răspunzători. După ani de zile acest pesimism încă există, chiar și după ce ne spun că părinții lor nu se mai ceartă. Concepția lor despre lume s-a schimbat de la optimismul senin al copilăriei la pesimismul mohorât al unui adult deprimat. Eu cred că mulți copii reacționează la certurile părinților prin apariția unei senzații de pierdere a siguranței, atât de distrugătoare, încât marchează începutul unei disforii care va dura toată viața.

Este important să înțelegem că aceasta este o medie a rezultatelor. Unii dintre copii nu devin depresivi, unii dintre copii

nu devin pesimiști, și unii dintre copii își revin cu timpul. Divorțul sau certurile nu condamnă un copil la ani întregi de nefericire, doar fac ca acest lucru să fie mult mai probabil.

În viața copiilor ai căror părinți divorțează sau se ceartă se produc mult mai multe evenimente negative. Această perturbare continuă poate fi motivul pentru care depresia este atât de pronunțată la acești copii. Printre evenimentele negative se numără următoarele:

- colegii de clasă se poartă mai puțin prietenos
- unul din părinți este internat în spital
- copilul rămâne corigent la o materie
- unul din părinți își pierde slujba
- copilul însuși este internat în spital
- un prieten moare

Toate completează un tablou urât în cazul copiilor ai căror părinți au o relație furtunoasă.

Există două motive pentru care certurile părinților pot să rănească un copil în mod atât de durabil.

Prima posibilitate este ca părinții care nu se înțeleg bine să se certe și să se despartă. Cearta și despărțirea îl perturbă în mod direct pe copil, provocând depresie și pesimism de lungă durată.

Cea de-a doua posibilitate este concepția tradițională: certurile și despărțirea nu au decât în mică măsură un efect direct asupra copilului, vinovată fiind perceperea nefericirii părinților, atât de supărătoare, încât produce depresie de lungă durată.

Numai viitorul va putea să lămurească lucrurile, dar, cu toate că nimic din datele obținute de noi nu ne poate spune care din cele două explicații este adevărată, eu înclin către prima. Nu cred că un copil este o creatură subtilă dotată cu detectoare de „nefericire a părinților”; de fapt, cred că majoritatea copiilor își văd părinții într-o lumină foarte pozitivă și că este nevoie de o adevărată criză sau carență afectivă pentru a face un copil să observe cât de rea este situația. Certurile și violența între cei doi oameni de care depinde cel mai mult viitorul copilului sunt o astfel de criză.

Desigur, mulți oameni sunt prinși în căsniciile zbuciumate, pline de neînțelegeri și de conflicte. Mai puțin dramatică, dar mai frecventă este următoarea situație: după câțiva ani de căsnicie, multor oameni nu le mai place partenerul de viață, fapt ce naște resentimente și este un teren fertil pentru certuri. Dar, în același timp, amândoi soții sunt adesea dominați de preocuparea pentru bunăstarea copiilor lor. Pare să fie un lucru evident – cel puțin din punct de vedere statistic – faptul că și despărțirea, și certurile ca reacție la o căsnicie nefericită implică probabilitatea vătămării copiilor pe termen lung. Dacă cercetările viitoare ne vor arăta că vina o poartă nefericirea părinților, nu certurile fățișe, așa sugera consiliere matrimonială care să vizeze ajungerea la un acord în privința cusurilor căsniciei. Uneori aceasta dă roade. Însă dacă cercetările viitoare vor stabili că actul disputei și alegerea despărțirii sunt răspunzătoare de depresia copiilor, ar urma un sfat foarte diferit. Cu toții economisim bani pentru copiii noștri. Renunțăm la călătoria în Hawaii acum, și poate că pentru totdeauna, pentru ca odraslele noastre să trăiască mai bine decât noi. Sunteți dispus să renunțați la despărțirea de un partener de viață care nu vă mai este drag? O provocare și mai dură: sunteți dispus să alegeți să vă abțineți de la certuri – pentru exact aceleași motive – de dragul copiilor dumneavoastră?

Probabil că se poate spune ceva și în favoarea certurilor din cuplu. Uneori vi se face dreptate. Dar când este vorba despre copiii dumneavoastră nu prea există argumente în favoarea disputelor dintre părinți. Prin urmare, aleg să merg împotriva eticii dominante și să spun că miza este mai degrabă binele copiilor decât al dumneavoastră.<sup>13</sup>

Violența fizică și depresia copiilor sunt cele două prețuri principale plătite pentru deschiderea supapei furiei; dar există și al treilea, mai mic, dar mai obișnuit. Și totuși, este cel mai convingător, deoarece este atât de evident: furia strică relațiile.

Furia este aprinsă și rapidă. Necenzurat, conținutul ei este distructiv. Un om furios nu vede niciodată lucrurile din punctul

de vedere al țintei furiei sale. Din contră, chibzuința este rece și de durată. Dat fiind că în zilele noastre ne abținem atât de rar să ne exprimăm furia, dat fiind că societatea noastră nu mai este „bine-crescută”, adesea spunem și facem lucruri pe care le regretăm. Vorbele și faptele nechibzuite, spre deosebire de gânduri, nu mai pot fi șterse. Pe parcursul vieții cei mai mulți dintre noi destramă zeci, poate chiar sute de relații în focul furiei. Exemple sunt cu duimul:

- În ultimul scandal din copilărie, un băiat de unsprezece ani îi strigă „Te urăsc” tatălui său, care îl adoră. Rănit și neștiind el însuși cum să gestioneze furia și respingerea, tatăl nu-și mai arată niciodată afecțiunea față de fiu.
- O femeie timidă, obișnuită ca soțul să ia conducerea pe plan sexual, face primul ei avans direct. Însă el este preocupat de declarația de impozitare a veniturilor și o respinge morocânos. Ea nu mai încercă niciodată.
- Un foarte înzestrat student la psihologie dă buzna entuziasmat în biroul profesoarei sale, întrerupând o convorbire telefonică importantă, ca să-i expună noua lui teorie despre gestionarea furiei. Evident, profesoara spune enervată: „Du-te și fixează o întâlnire prin secretara mea.” Rănit, studentul își schimbă specializarea principală cu fizica.
- La o petrecere, o femeie îi dă o palmă logodnicului, înfuriată pentru că el flirta cu altcineva. Respins și înfuriat la rândul-i, el pleacă imediat, iar flirtul devine relație sexuală. Logodna este ruptă. Amândoi regretă asta în anii care urmează.

Unii spun că a muștra pe cineva limpezește atmosfera sau că dacă te descarci te simți mai puțin furios. Aceasta este teoria „cathartică” a exprimării furiei, unul dintre stâlpii eticii bazate pe „deschiderea supapei”. Catharsisul se poate produce din când în când, dar conform statisticilor situația opusă apare mai frecvent. Seymour Feshbach, un pionier al experimentelor în domeniul furiei, a cercetat catharsisul lucrând cu un grup de băieți care nu erau nici agresivi, nici distructivi. I-a îndemnat să lovească mobila cu picioarele și să se joace cu jucării violente. Ei au făcut întocmai – foarte entuziasmați. Asta a

eliminat oare agresivitatea? Nu, a amplificat-o. Băieților le-a crescut nivelul ostilității și distructivității, nu le-a scăzut. Același lucru este valabil și la adulți: faptul că cerți pe cineva te face de obicei să te simți mai ostil, nu mai puțin ostil față de acea persoană.<sup>14</sup>

### *Furia poate fi schimbată?*

Nu sunt sigur. S-au făcut eforturi combinate de cercetare și clinice pentru ameliorarea celorlalte două emoții negative principale, anxietatea și depresia. Dat fiind că fiecare din ele este o afecțiune atestată, s-au cheltuit milioane de dolari și au fost tratați zeci de mii de pacienți printr-o varietate îndrăznească de tactici. Au fost alcătuite grupuri de control și s-au efectuat studii ale rezultatelor. Prin urmare, sunt îndreptățiți să afirm, așa cum am făcut în ultimele capitole, că tulburarea de panică este vindecabilă, că de obicei depresia poate fi ameliorată și redusă ca durată, precum și că adesea obsesiile pot fi ameliorate. Însă furia nu este o afecțiune atestată. Din păcate, puține cercetări s-au concentrat asupra ei. Există doar câteva sute de pacienți care au fost tratați, și au fost testate doar câteva tactici. Nu există nici măcar un studiu al rezultatelor important în privința schimbării furiei. Prin urmare, sfatul meu despre furie combină ceea ce s-a constatat cu o cantitate zdravă de cunoștințe clinice.

Haideți să presupunem că ați avut un punctaj care vă situează printre cele zece procente superioare din inventarul furiei. Faptul că vă sare țandăra imediat este supărător pentru cei din jur, ca și pentru spiritul dumneavoastră. După ce ați citit acest capitol, v-ați convins că prețul plătit pentru deschiderea supapei furiei depășește clar câștigul. Ce ar trebui să faceți?

Un prim pas util este să țineți un „jurnal al furiei” timp de o săptămână.<sup>15</sup> Împărțiți-l în cinci coloane. Iată cum ar trebui să arate notițele:

<i>Momentul</i>	<i>Declanșatorul</i>	<i>Intensitatea</i>	<i>Durata</i>	<i>A acțiunea și urmarea</i>
10.15	Au căzut lentilele ochelarilor noi	8 (din 10)	10 min.	Sunat opticianul. Zbierat la secretara lui. Simțit vinovat.
12.30	Lipsea maioneza de pe sendviș	9	2 min.	Înjurat chelnerița. Primit și priviri chiorășe.

Astfel veți putea distinge tipare ale furiei dumneavoastră. Ce fel de incidente o declanșează? Fleacurile? Amenințările la adresa veniturilor? Necazurile amoroase? Întreruperea când vă ocupați de treburi mărunte? Faptul că strigați o agravează, sau o îmblânzește? Vă simțiți vinovat? Dispare repede chiar dacă nu faceți nimic? Oamenilor pare să le placă mai puțin de dumneavoastră după aceea? Vă atingeți scopul?

După ce ați descoperit unele dintre tipare, ar trebui să aflați în ce fel amortizează medicii furia. Toate tacticile lor sunt simple, și le puteți folosi și dumneavoastră. Furia are trei aspecte: gândirea (încălcarea teritoriului), senzațiile (turbare, creșterea tensiunii, inima care galopează, mușchii încordați) și comportamentul (atacul).

**Gândirea.** Atunci când suntem provocați, adeseori intervalul de timp dintre declanșator și atac este extrem de scurt. Așa și trebuie să fie, dat fiind că acest lucru reflectă nevoia evoluționară de apărare instantanee. Există o vorbă, cu „numărul până la zece”. De fapt, este un sfat foarte rezonabil. Astfel de sfaturi vizează un timp mai lung între provocare și reacție.

Dar timp pentru ce anume? Sfatul cu număratoarea până la zece implică ideea că timpul însuși amortizează impulsul de a

înapoia lovitură. Există ceva adevăr în asta. Dar putem să facem mai mult decât o simplă numărătoare – gândul „Iarăși îmi este încălcat teritoriul“ poate fi schimbat în mod direct în intervalul prelungit. În orice caz, numărați; numărați nu numai până la zece, ci timp de douăzeci de respirații. (Și mai bine: lăsați să treacă o noapte.) Dar în acest răstimp înfrunțați și reinterpretăți gândul la încălcarea teritoriului și la jignire.

Închipuți-vă că sunteți un pește care înoată de colo-colo. Vă ies în cale numeroase cârlige, sub forma insultelor. Fiecare vă oferă alegerea să mușcați sau nu momeala.<sup>16</sup> Puneți-vă întrebarea: Este aceasta cu adevărat o ofensă? Încercați să vă vedeți din perspectiva provocatorului. Încercați să schimbați cadrul provocării.

- Poate că are o zi proastă.
- Nu-i nevoie s-o consider o ofensă personală.
- Nu te purta ca un tembel numai pentru că așa se poartă el.
- Nu s-a putut abține.
- Asta ar putea fi o situație supărătoare, dar e bine s-o iau ușurel.

Folosiți-vă de umor, dacă puteți. De exemplu: tocmai v-a tăiat calea un șofer iresponsabil care nu a semnalizat schimbarea bruscă a benzii. Vă gândiți: „Ce măgar!“\* Imaginați-vă două fese care manevrează volanul mașinii din fața dumneavoastră. Împodobiți-le cu niște pene. Distrăți-vă din plin cu acest tablou.

Mai presus de orice, în acest interval treceți de la „orientarea către amorul-propriu“ la „orientarea către sarcină“. Gândiți-vă: „Știu că arată a insultă personală, dar nu este. Este un obstacol pe care trebuie să-l depășesc, și pentru asta sunt necesare aptitudini pe care le am.“ Imaginați-vă că sunteți expert în deminare. Sarcina dumneavoastră este să dezamorsați bomba lent și calm. Faceți un plan pentru dezamorsarea atacatorului.

**Senzațiile.** Folosiți intervalul prelungit pentru a deveni conștient de propriile sentimente. Faptul că sunteți conștient de

\* În original, *ass*, omonimul lui *ass* – „fund“ (n. tr.).

aparitia furiei ușurează reglarea ei. Folosiți sentimentele ca pe un semnal care vă aduce aminte să vă împăcați cu contradicția.

- Mușchii îmi sunt încordați. E momentul să mă destind.
- Respirația mi s-a accelerat. Să respir adânc.
- Probabil că i-ar plăcea să mă vadă explodând. Ei bine, o să-l dezamăgesc.<sup>17</sup>

Aceste tehnici vă vor fi de ajutor când sunteți prins în capcana situației. Dar dacă vă treziți prea des în astfel de situații este nevoie să preveniți furia. Pentru aceasta există două modalități pe termen lung: relaxarea progresivă și meditația. Practicate regulat (de două ori pe zi), relaxarea sau meditația previn apariția furiei. (La paginile 87–88 se găsește o prezentare mai detaliată a lor.) Aceste tehnici le sunt la fel de folositoare persoanelor furioase și celor anxioase.

**Acțiunea.** După ce s-a scurs intervalul trebuie să faceți ceva. Există alternative ale atacului. Una dintre ele este să întoarceți și celălalt obraz. Alta este un zâmbet larg și o poveste amuzantă („Auzi, există un vechi proverb despre...“). Alta este crearea unui repertoriu bogat de tehnici de dezamorsare; este o alternativă minunată la repertoriul de ponegriri istețe. În cartea sa *Anger: The Misunderstood Emotion*, Carol Tavris citează o telefonistă care este capabilă să treacă peste grosolănia cu care își descarcă nervii pe ea unii dintre cei care sună: „Zic, pur și simplu, cel mai sincer posibil, «Măi, să fie, da' trebuie că aveți o zi tare grea!» Oamenii se liniștesc imediat, își dau seama cum trebuie să fi sunat vorbele lor și își cer scuze.“ Scrieți și folosiți serii de câte două replici bune de „dezamorsare“, fiecare pereche creată pentru partenerul de viață, pentru șef, pentru un coleg dificil sau pentru copiii dumneavoastră.

În multe situații care implică furia este ca și cum am vrea să ne continuăm drumul în ciuda unui baraj rutier. Există tehnologii mai eficiente decât atacul pentru a trece de un astfel de baraj rutier. Ele sunt numite „antrenament pentru negociere“

și „antrenament pentru afirmarea de sine“. Există cursuri și cărți despre aceste aptitudini, și dau rezultate. Cartea mea preferată este *Assert Yourself* a lui Sharon Bower.<sup>18</sup> Bower împarte afirmarea de sine în patru etape ușor de stăpânit – ea le numește D, E, S și C –, care trebuie să fie parcurse în această ordine.

- D: *Describe*. Descrie cu exactitate – fără emoție și fără evaluare – ceea ce te deranjează. Nu exagera. Nu spune „întotdeauna“ când te referi la „de două ori“. Această etapă fără vărsare de sânge trebuie să fie prima.
- E: *Exprimă*. Exprimă felul în care te face să te simți acest lucru. Nu acuza, nu evalua cealaltă persoană, identifică doar emoția pe care o simți.
- S: *Specifică*. Specifică ce anume vrei să faci persoana vizată.
- C: *Consecința*. Încheie spunând ceea ce vei face dacă persoana vizată nu se conformează. Fii corect. Nu amenința și nu intimida.

Amintiți-vă de cearta dintre Kate și Jonah. Nici unul din ei nu stăpânește tehnica DESC. Dar dacă vreunul din ei le-ar fi stăpânit cearta nu ar fi scăpat de sub control.

KATE: *Fă bine și freacă mizeria de pe farfuriile înainte să mi le dai.*

JONAH: *Auzi, întâi le clătesc și după-aiă ți le dau.*

KATE: *Clătutul nu-i destul. Ți-am zis de o sută de ori...*

Iată locul în care ar fi ajutat DESC. Kate trebuie să pună în aplicare această tehnică exact aici, când începe să simtă că se încordează mușchii și că-i crește furia.

KATE [descriind]: *Ultima dată când am spălat împreună vasele ai zis că nu vrei să clătești și să freci vasele. Eu am zis că dacă nu sunt frecate nu ies curate. [exprimând] Faptul că acum zici iar asta mă face să cred că nu ascuți ce-ți spun. Și asta mă întristează și mă înfurie. [specificând] Data viitoare când mai spălăm vasele vreau să le freci bine înainte să mi le dai – fără comentarii. [consecința] Dacă nu faci așa, prefer să le spăl singură.*

Sau Jonah ar fi putut să folosească DESC.

KATE: *Clătutul nu-i destul. Ți-am zis de o sută de ori: mașinile de spălat vase nu freacă farfuriile.*

JONAH: *Păi da, trebuie să spăl eu farfuriile înainte să speli tu farfuriile.*

KATE: *N-ai putea să dai o mână de ajutor pe-aici înainte să te apuci să te vâicărești?*

JONAH: *Am impresia că nu pricepi că am avut o zi grea la lucru. Numai rahatul ăsta nu-mi trebuie când ajung acasă!*

Momentul crucial. El își iese din țâțâni. Jonah ar trebui să-și dea seama că e timpul să folosească tehnica DESC.

JONAH [descriind]: *Ultima dată când am spălat împreună vasele ne-am luat la harță. [exprimând] Asta mă face să mă simt trist și neputincios. De asemenea, mă înfurie. [specificând] Data viitoare când mai spălăm vasele vreau să-mi masezi umerii în vreme ce le frec și le clătesc. [consecința] Dacă nu vrei să faci asta, o să spăl singur vasele data viitoare.*

Un ultim sfat, legat de certurile în fața copiilor: nu sunt atât de naiv încât să cred că, chiar dacă veți lua foarte în serios acest capitol, n-o să vă mai certați niciodată în fața copiilor. Certurile se ivesc, n-ai ce face. Există un rezultat solid al cercetărilor pe tema certurilor în fața copiilor – dacă acestea nu pot fi evitate. Este vorba despre rezolvare. Copiii care privesc filme cu adulți implicați în dispute sunt mult mai puțin tulburați atunci când disputa se încheie cu o rezolvare limpede. Când vă certați, faceți tot ce vă stă în puteri ca să încheiați cu o rezolvare, în mod limpede și în fața copilului.

## 10. STRESUL POSTTRAUMATIC

Vreau să trăiesc în așa fel încât viața să nu-mi poată fi distrusă de un simplu apel telefonic.

Federico Fellini, *La dolce vita*

Acesta este cel mai dureros dintre toate capitolele.

„Ce mai face fiul tău, Tommy?“, l-a întrebat pe Hector un vechi client. Hector îi vânduse cu câțiva ani înainte o poliță de asigurare, și de atunci nu se mai întâlniseră. Hector a izbucnit în plâns.<sup>1</sup>

Cu toate că trecuseră deja cinci ani de la acea îngrozitoare seară de octombrie, amintirea și durerea erau încă vii. Tommy, în vârstă de paisprezece ani, era lumina ochilor lui Hector și Jodi. Luau micul dejun împreună în fiecare dimineață, iar Hector și Jodi îl includeau pe Tommy în aproape tot ce făceau. Fiecare sâmbătă era ziua specială a lui Tommy și Hector; doar Tommy și Hector, toată ziua.

Norma Sue, verișoara de șaptesprezece ani a lui Tommy, intra tot timpul în belele la Chicago, unde locuia, așa că părinții au trimis-o să locuiască la Hector și Jodi, în orașelul lor din Iowa, ca s-o aducă pe calea cea bună. Tommy era tare încântat de ideea de a o ajuta pe Norma Sue, și încerca s-o facă să activeze în grupul de tineri din parohie.

Într-o luni seara Tommy a convins-o pe Norma Sue să meargă cu el la o întâlnire a grupului. Au pornit, cu ea la volan. După vreo oră Jodi a trecut pe la biroul ei și a primit un telefon de la Hector. Hector spunea că avusese un mic accident de mașină, dar că amândoi copiii erau bine. Ca să aibă inima împăcată, Jodi a sunat la spital și i s-a spus să meargă acolo imediat. Jodi s-a dus și a așteptat, iar când Hector a ajuns și el, împreună cu poliștii, își ieșise din minți. Jodi și-a dat seama imediat că Tommy era mort.

Cei cinci ani care au urmat nu au fost altceva decât un iad pentru Jodi și Hector. Jodi, care înainte era plină de viață, a căzut de atunci

într-o depresie cu tendințe suicidare. Nu mai are chef de nimic. Nu s-a mai întors la birou, și acum se ocupă doar de gospodărie. O dată sau de două ori pe săptămână are coșmaruri cumplite, în care apare adesea Tommy înconjurat de băieți „răi“, implorându-și mama să-l apere. Retrăiește în fiecare zi acea seară de luni.

Hector nu mai face altceva decât să-și continue munca de agent de vânzări. Frecventa regulat Million-Dollar Club, dar nu s-a mai apropiat de el după moartea lui Tommy. În weekend e și mai rău, pentru că era momentul pe care i-l dedica întotdeauna lui Tommy. De câte ori sună telefonul, Hector aproape că sare ca ars. Nu poate vorbi cu nimeni – și mai ales cu Jodi – despre Tommy, pentru că îl doare mult prea tare.

Luna trecută Hector și Jodi au depus actele pentru divorț.

Tragedia era până acum o parte a vieții fiecăruia dintre noi – condiția umană. Până în acest secol, mai mult de jumătate din populația din Occident credea că viața este o vale a plângerii. Acum nu mai este așa. O viață fără nici o tragedie nu este un lucru neobișnuit. Și totuși, tuturor ni se întâmplă mult prea des lucruri rele: scade valoarea acțiunilor, părinții noștri bătrâni mor, nu obținem postul pe care îl dorim, cei pe care îi iubim ne resping, îmbătrânim și murim. Dar în general suntem pregătiți pentru multe dintre aceste pierderi, sau cel puțin știm cum să amortizăm lovitura. Însă din când în când vechea condiție umană se înniștează nepoftită și se petrece ceva ireparabil, ceva care depășește pierderile obișnuite din viața omului. Atunci ni se amintește cât de fragile sunt în realitate boxele capitonate în care ne ducem viața.

Atât de distrugătoare și durabile sunt efectele unei pierderi extraordinare, încât li s-au atribuit un nume și o categorie de diagnosticare proprii: *tulburarea de stres posttraumatic (TSPT)*. Nici un jargon, nici un eufemism, nici un fel de psihobălmăjeală nu poate masca faptul că aceasta este cea mai dureroasă dintre toate tulburările. Suferința este universală. La mulți oameni – dar, cu siguranță, nu la toți – semnele distinctive ale TSPT persistă luni sau ani întregi:

- **Retrăirea:** Victima retrăiește mereu trauma, în vise sau în flash-backuri nedorite (sau are reacția opusă: nu-și poate aminti evenimentul). N-a trecut nici o zi în anii următori în care Hector și Jodi să nu se fi gândit la moartea lui Tommy. Amândoi visau iar și iar variațiuni pe tema morții lui.
- **Anxietatea:** Victima evită orice este legat de traumă. Îi este greu să adoarmă și să-și continue somnul. Nu se poate concentra. Se sperie ușor. Devine pasivă și mereu neliniștită. Hector nu putea suporta să vorbească despre Tommy și tresărea când suna telefonul.
- **Amorțeala:** Victima intră într-un fel de amorțeală. Este posibil să se simtă detașată și înstrăinată de lume. Își poate pierde capacitatea de a iubi pe cineva. Jodi a renunțat la slujbă, Hector și-a pierdut ambițiile, și căsnicia lor s-a destrămat.

Cea mai gravă dintre tragediile obișnuite este, conform tuturor statisticilor, pierderea unui copil. În SUA sunt omorâți anual în accidente 150 000 de oameni. Accidentele sunt pe locul întâi între cauzele morții copiilor. Prin urmare, există în prezent în țara noastră sute de mii de părinți care au suferit cea mai gravă dintre toate pierderile. Moartea neașteptată a partenerului de viață se situează pe locul al doilea, la diferență mică.

Pierderea cuiva drag: credința populară spune că este grea, dar că timpul vindecă toate rănilile. Așa să fie? Doar unele răni, după cum se vede. Când cel cu care ai împărțit viața timp de mulți ani moare, doliul are un traseu previzibil: de la șase luni până la doi ani de jelire, tristețe, chiar depresie, și un risc sporit de a muri tu însuși. Iar apoi, cu viața sărăcită, îți revii și mergi mai departe. Altfel stau lucrurile în cazul pierderilor extraordinare.

În general, se credea că victimele își revin rapid. Printre primele studii psihiatrice despre consecințele unui dezastru a fost cel care s-a ocupat de incendiul de la clubul Coconut Grove din 1942. Discuțiile cu supraviețuitorii și cu familiile celor care au murit au dus la un tablou optimist. S-a presupus că „o reacție de mâhnire fără complicații” dispăre în 4-6 săptămâni.<sup>2</sup> Aceasta a fost tradiția de atunci încoace. Dacă oamenii au nevoie

de mai mult de câteva săptămâni ca să-și revină după ce viața le-a fost distrusă, faptul este considerat „anormal”. Pentru a se încadra în diagnosticul atestat de TSPT, simptomele trebuie să dureze cel puțin o lună.

Doctorița Camille Wortman, sociopsiholog, a modificat de una singură tradiția. Ea a studiat înregistrările pe microfilm ale tuturor accidentelor de mașină mortale petrecute în Michigan în perioada 1976-1979. A alcătuit în mod aleatoriu un grup de treizeci și nouă de persoane care și-au pierdut soțul/soția și patruzeci și unu de cupluri care au pierdut un copil. A discutat cu ele îndelung și le-a comparat cu grupurile-pereche de control.

Părinții și soții/soțiile erau într-o stare evident proastă după patru până la șapte ani: erau mult mai deprimați decât persoanele din grupul de control, erau mai puțin optimiști în privința viitorului și nu le plăcea viața lor. Erau mai „epuizați”, mai „încordați” și „nefericiți”. În rândul lor au fost mai multe decese decât în grupurile de control. Deși veniturile lor nu se deosebeau de cele ale persoanelor din grupul de control înainte de a le muri copilul, părinții respectivi câștigau acum cu 25% mai puțin. 20% divorțaseră (în comparație cu 2% din grupul de control). Persoanele care suferiseră pierderea erau după șapte ani într-o stare la fel de proastă ca aceea în care fuseseră după patru ani, așa încât nu părea să se manifeste vreun proces natural de vindecare. Aproape fiecare întreba: „De ce eu?” 60% dintre ele nu puteau găsi un răspuns la această întrebare sfâșietoare.<sup>3</sup>

Există câteva cazuri clare de ceea ce se consideră pierdere „în afara registrului normal al trăirii omenești”: să petreci câțiva ani într-un lagăr de concentrare, fiind silit să ajuți la uciderea altor prizonieri; să vezi cum îți este torturat copilul; să fii singurul supraviețuitor din familie după ciocnirea cu un camion; să supraviețuiești unei inundații catastrofale care ți-a distrus comunitatea; să fii blocat zile întregi într-un tranșeu, înconjurat de cadavre; să fii răpit și ținut ostatic. Astfel de experiențe cumplite produc în mod obișnuit TSPT.

*Dora, evreică poloneză, a fost trimisă la Auschwitz împreună cu soțul și trei fii, după revolta din ghetoul varșovian. Soțul și sugarul au pierit din primele ore, dar ea a trăit până la sfârșitul războiului și și-a văzut ceilalți doi fii puși la muncă până au murit; ea a supraviețuit oferind favoruri sexuale paznicilor lagărului. După război Dora a reușit să ajungă la niște rude îndepărtate din Pittsburgh.*

*Acum, la bătrânețe, încă nu și-a revenit. N-a muncit niciodată, își petrece cea mai mare parte a timpului în camera ei de la mansardă ascultând muzică clasică. Când iese din casă, vederea unor bărbați în uniformă – polițiști, chiar și poștași – o sperie. Se gândește tot timpul la familia ei moartă și se simte vinovată că ea a supraviețuit, iar ei au murit. Contactul ei cu prezentul este minim. În fiecare noapte visează cum sugarul ei este ars de viu într-un cuptor. Au fost patruzeci și cinci de ani de viață la Auschwitz.*

Prizonierii de război pot să manifeste simptome de TSPT pe toată durata vieții. După patruzeci de ani de la captivitate, foști prizonieri din cel de-al Doilea Război Mondial au susținut interviuri de diagnosticare în Minneapolis. 67% dintre ei suferiseră de TSPT pe o anumită perioadă în ultimii patruzeci de ani. Dintre aceștia, aproape 35% încă mai aveau simptome intense sau moderate, iar 40% mai aveau simptome ușoare.<sup>4</sup>

Dacă TSPT ar apărea doar în cazuri clare, cum sunt ale Dorei și al prizonierilor de război, ar fi interesant doar pentru specialiști și pentru voyeuri. Dar eu consider că TSPT este mult mai răspândit și este declanșat de pierderi mai obișnuite decât cele acceptate de criteriile diagnostice. Consider că definiția obiectivă a pierderii „extraordinare” maschează ceea ce se petrece în mintea victimelor; ceea ce se petrece nu constă în caracterul îngrozitor pe care îl are evenimentul din punct de vedere obiectiv.

Cei mai mulți dintre noi avem parte de unele evenimente neplăcute, cu toate că poate nu sunt la fel de îngrozitoare, obiectiv vorbind, ca ororile pomenite mai înainte. Unii dintre noi reacționăm la pierderi cu flexibilitate. După câteva săptămâni ne reluăm viața obișnuită, ne căutăm altă familie, altă slujbă, altă țară sau alt rost al vieții. Mulți dintre noi suntem mai fragili. O pierdere gravă schimbă pentru totdeauna felul în care ne vedem

pe noi înșine și în care vedem lumea. Ni se pare că nu putem fi consolăți. Majoritatea oamenilor, dacă ar trece prin ce a trecut Dora, ar suferi de TSPT. Dar mulți dintre ei au aceleași simptome când le moare brusc un copil. Unii oameni le au în urma unei agresiuni sau a unui viol. Iar câțiva le au dacă sunt părăsiți de partenerul de viață sau doar dacă sunt dați în judecată.

### *Sindromul traumei violului*

Violul este neliniștitor de frecvent în societatea noastră. În fiecare an sunt raportate circa 100 000 de violuri, și s-ar putea ca de șapte ori mai multe să nu fie raportate. Una din 3-5 femei ajunge să fie victima unui viol.<sup>5</sup> Dacă folosim drept criteriu caracterul „extraordinar”, violul, ca și moartea unui copil, nu ar trebui să declanșeze TSPT. Însă este limpede că moartea unui copil declanșează de obicei – iar violul uneori – aceleași simptome care apar aproape întotdeauna în cazul războiului, torturii și cutremurelor de pământ.

*Domnișoara T., de douăzeci și opt de ani, dormea în apartamentul său, când a fost trezită de un bărbat cu un cuțit. El i-a spus să nu se întoarcă să-l privească și a amenințat-o că o omoară dacă se împotrivește. Apoi a violat-o și a fugit. Domnișoara T. a raportat delictul, a acceptat ajutorul fizic și consilierea psihologică și chiar s-a oferit să lucreze la o linie telefonică de urgențe pentru viol.*

*A prezentat simptome de TSPT generalizat. Se temea să adoarmă și timp de o lună nu a putut dormi decât în casele prietenilor – și numai în timpul zilei. Avea coșmaruri în care retrăia violul. De câte ori ieșea din casă era dominată de teama că o privește violatorul. Relația cu prietenul ei s-a deteriorat și a luat sfârșit. Nu o mai interesau deloc dragostea și sexul. După optsprezece luni încă mai avea probleme cu somnul și coșmaruri. Simțea că violul i-a distrus cariera și viața amoroasă.<sup>6</sup>*

Când o femeie este violată, prima sa reacție este numită faza de *dezorganizare*. Ea poate avea unul din următoarele stiluri emoționale: expresiv – teamă, furie, plâns – sau controlat –



calmă la exterior. De obicei urmează curând simptomele de TSPT. La 95% dintre victime TSPT se poate manifesta în interval de două săptămâni.<sup>7</sup>

Majoritatea victimelor trec prin faza de dezorganizare și, cu timpul, intră în cea de *reorganizare*. Își schimbă numărul de telefon și domiciliul. Citesc despre viol, scriu despre propria experiență și încep să ajute alte victime.

După 4-6 ani circa 75% dintre victimele violului spun că și-au revenit. Mai mult de jumătate dintre ele spun că și-au revenit în primele trei luni, restul spun că în răstimp de doi ani. Victimele care simt cel mai rar teamă și cele care au mai puține flashbackuri în săptămâna de după viol își revin mai repede. La victimele foarte tulburate sau care intră în starea de amorțeală consecințele sunt grave. Gradul de violență a atacului și măsura în care a pus în primejdie viața victimei prezic de asemenea consecințe pe termen lung. Cea mai proastă veste este că 25% dintre victimele violului spun că nu și-au revenit nici măcar după 4-6 ani. După 17 ani 16% dintre ele încă suferă de TSPT.<sup>8</sup>

Gravitatea circumstanțelor obiective nu este un indicator prea bun în prezicerea TSPT nici în cazul violului, nici în cazul vătămării fizice. Într-un studiu efectuat pe patruzeci și opt de victime ale unor vătămări fizice grave, gravitatea vătămării nu a prezis apariția TSPT și nici amploarea tulburării. În schimb, amploarea tulburării psihologice în urma vătămării a prezis apariția TSPT.<sup>9</sup> TSPT ar trebui, cred eu, să fie definit pe baza reacției victimei și a perioadei în care persistă, nu pe baza caracterului „extraordinar” al pierderii. Un criteriu mai bun este: „Victimele cred sau nu că evenimentul le-a distrus viața?”

### Vulnerabilitatea

Citind acest capitol, reacția dumneavoastră este probabil aceeași pe care am avut-o eu când l-am scris: „Dă, Doamne, să nu fiu eu!” Riscul să aveți parte de evenimente cu adevărat

catastrofale este mic. Dar riscul de a suferi un viol, moartea unui copil sau a partenerului de viață este mai mare. Și, chiar dacă sunteți cruțat de așa ceva, există și oameni la care TSPT este declanșat de traume mai mici, precum procesele, divorțul, agresiunea, închisoarea și pierderea slujbei. Experții au opinii diferite în privința categoriilor de persoane la care riscul este deosebit de mare.

Psihologii cercetează catastrofele în căutarea persoanelor care le supraviețuiesc bine, fără semne de TSPT, și a celor care se prăbușesc mai ușor. Iată ce au descoperit:

- După explozia catastrofală a unei fabrici din Norvegia, absența din istoria personală a problemelor mintale a indicat persoanele care au trecut cel mai bine peste moment.
- Dintre 469 de pompieri prinși într-un catastrofal incendiu în brusa australiană, cei cu riscul mai mare de TSPT aveau un nivel mai mare de nevroză și antecedente de tulburări mintale în familie. Acești factori au fost mai predictivi decât amploarea traumei pe care a resimțit-o fiecare dintre pompieri.
- După războiul din Liban, la veteranii israelieni răniți în luptă care erau odrasle de supraviețuitori ai Holocaustului (numiți „răniți la a doua generație”) rata de TSPT a fost mai mare decât la grupul de control.
- Dintre veteranii israelieni din două războaie, cei la care a apărut TSPT după al doilea război avuseseră mai multe reacții de stres provocat de luptă în primul război.

De aici se poate trage concluzia că la persoanele cele mai sănătoase psihologic înainte de traumă apar cele mai mici riscuri de TSPT. Iată o oarecare consolare – dacă sunteți destul de norocos să vă numărați printre aceste persoane. Însă dacă evenimentul neplăcut este destul de grav, sănătatea psihologică anterioară nu vă apără.<sup>10</sup>

### O prudență împietrită

Ceea ce am prezentat până aici este sinistru. Traumele extreme produc cu siguranță simptome distrugătoare care durează ani în șir. Traumele mai mici pot produce daune, dar la un

procent mai mic dintre victime. Chiar și traumele minore pot să le producă daune unora dintre oameni.

Unii sunt sceptici în privința acestor „fapte“. Aproape toate victimele cu TSPT au un interes personal, pretind criticii. „Victimele“ au de câștigat de pe urma simptomelor prelungite. Este interesant faptul că TSPT a primit numele și statutul de diagnostic în urma Războiului din Vietnam. Veteranii s-au întors acasă plângându-se de diferite boli și daune; nu doar veteranii care erau răniți fizic, ci chiar și cei care participaseră la atrocități – de partea livrării, nu a primirii. Unii dintre bărbații intervievați după o perioadă de șase-cincisprezece ani de la luptele violente din Vietnam duceau în prezent o viață plină de probleme. Trecuseră prin mai multe arestări și condamnări, prin mai multe probleme cu băutura și cu dependența de droguri și prin mai mult stres decât veteranii care nu intraseră în luptă. (Înainte de Vietnam între aceste două grupuri nu apăreau diferențe.) Bărbații care au luat parte la atrocități erau acum într-o stare deosebit de proastă.<sup>11</sup> Toți acești veterani au primit compensații pentru infirmitate legată de război, iar TSPT este în prezent o infirmitate rambursabilă. Este în interesul victimelor, spun scepticii, să-și prelungească simptomele.

Dată fiind societatea noastră iubitoare de litigii, acest lucru nu este valabil doar în cazul veteranilor. Hector și Jodi sunt implicați într-un proces împotriva părinților Nornei Sue. În timp ce le relatau sociologilor povestea lor, supraviețuitorii inundației din 1972 de la Buffalo Creek, din Munții Apalași, de la care au fost culese unele dintre cele mai cuprinzătoare date despre TSPT cronic, dădeau în judecată Pittston Company – al cărei baraj s-a dărâmat și le-a inundat valea – pentru daune de multe milioane.<sup>12</sup>

Probabil că există ceva justificat în acest scepticism. Sunt greu de estimat adevărata durată și gravitate a simptomelor la niște supraviețuitori care au de câștigat dacă prezintă o imagine gravă, de durată și dezastruoasă. Dar o imagine asemănătoare apare și la victimele care au puțin sau nimic de câștigat: supra-

viețuitorii lagărelor de concentrare și victimele violului nu prea au de câștigat altceva decât simpatie, și pentru aceasta nu merită să duci viața unei victime care suferă de TSPT.

## Terapia

Poate oare să existe terapie pentru persoanele a căror viață a fost distrusă de „un apel telefonic“? Terapeuții au testat medicamentele. În studiul cel mai bine controlat, patruzeci și șase de veterani din Vietnam cu TSPT au primit antidepresive sau placebo. Unele dintre simptomele TSPT s-au atenuat: a scăzut numărul de coșmaruri și flashbackuri, dar nu până la nivelul normal. Starea de amorțeală, senzația de depărtare de cei dragi și anxietatea generală nu s-au atenuat. Mai mult de un sfert dintre veterani au refuzat să ia medicamentele, și nu se știe ce s-a întâmplat cu ameliorarea simptomelor celor care au fost de acord să ia medicamentele după întreruperea tratamentului. În alt studiu, antidepresivele au produs o oarecare ameliorare, dar la sfârșitul tratamentului 64% din grupul care a primit medicație și 72% din grupul care a primit placebo încă mai aveau TSPT. Recidiva este frecventă. Per total, antidepresivele și agenții anxiolitici le produc unora dintre pacienți o oarecare ameliorare a simptomelor, însă cei care au cercetat efectul medicamentelor au tras concluzia că tratamentul medicamentos „nu este niciodată suficient pentru a reduce suferința în cazul TSPT“.<sup>13</sup>

Au fost testate câteva tipuri de psihoterapie, unul dintre ele fiind dezvoltat pe baza importanței lucrării despre tăcere a lui James Pennebaker. Pennebaker, un cercetător în domeniul psihologiei sănătății, a descoperit că starea de sănătate a victimelor Holocaustului și a victimelor violului care nu vorbesc cu nimeni despre trauma lor este mai rea decât a celor care vorbesc despre probleme. Pennebaker a convins șazeci de supraviețuitori ai Holocaustului să rupă tăcerea și să descrie

ce li s-a întâmplat. Ei au povestit scene pe care le-au re trăit de mii de ori în minte în cei patruzeci de ani precedenți.

Azvrăleau prunci pe fereastra celui de-al doilea etaj al orfelinatului. Încă am în fața ochilor bălțile de sânge și țipetele alea și bufniturile trupurilor. Stăteam pur și simplu acolo, mi-era frică să mă clintesc. Naziștii stăteau cu puștile îndreptate spre noi.

### Tratamentul potrivit

Tabel rezumativ cu privire la tulburarea de stres posttraumatic

	Cognitiv-comportamental*	Medicamente antidepresive și tranchilizante
AMELIORARE	▲▲	▲
RECIDIVĂ	▲▲▲	▲▲
EFECTE SECUNDARE	▼▼	▼▼▼
COST	necostisitor	necostisitor
DURATĂ	săptămâni/luni	săptămâni
TOTAL	▲▲	▲

#### AMELIORARE

- ▲▲▲▲ = ameliorare pronunțată, de 80-100%, sau dispariția simptomelor
- ▲▲▲ = ameliorare pronunțată, de 60-80%
- ▲▲ = ameliorare moderată, de cel puțin 50%
- ▲ = probabil mai bun decât placebo
- 0 = probabil inutil

#### RECIDIVĂ (după întreruperea tratamentului)

- ▲▲▲▲ = recidivă mai mică de 10%
- ▲▲▲ = recidivă de 10-20%
- ▲▲ = rată moderată a recidivei
- ▲ = rată ridicată a recidivei

#### EFECTE SECUNDARE

- ▼▼▼▼ = grave
- ▼▼▼ = moderate
- ▼▼ = ușoare
- ▼ = nici unul

#### TOTAL

- ▲▲▲▲ = excelent, este evident tratamentul potrivit

- ▲▲▲ = foarte bun
- ▲▲ = util
- ▲ = ne semnificativ
- 0 = probabil inutil

\* Situația se îmbunătățește rapid datorită tratamentului cognitiv-comportamental aplicat victimelor violului, prin folosirea tratamentului prin expunere combinat cu antrenamentul de imunizare împotriva stresului. Dacă ultimele rezultate ale psihologului Edna Foa se confirmă și se extind la victimele altor traume, această modalitate de tratare va deveni utilă sau foarte bună per total (vezi capitolul 10, nota 17).

Cei care au luat interviurile au avut coșmaruri după ce au auzit aceste povești multă vreme îngropate, dar sănătatea celor care le-au povestit s-a ameliorat. În același fel, Pennebaker a convins niște studenți să-și povestească în scris traumele secrete – abuzul sexual comis de un bunic, moartea unui câine, o încercare de sinucidere. Consecința imediată a fost creșterea depresiei. Dar pe termen lung numărul bolilor fizice ale acestor studenți a scăzut cu 50%, iar sistemul lor imunitar s-a întărit.<sup>14</sup>

Terapia care urmează este *expunerea* prelungită. În tratamentul prin expunere victima re trăiește în minte trauma. O descrie cu voce tare terapeutul, la timpul prezent. Acest lucru se repetă la fiecare ședință. În cel mai bine executat studiu despre tratamentul prin expunere, Edna Foa, pionier în terapia comportamentală, și colegii săi au tratat patruzeci de victime ale violului care sufereau de TSPT. Ei au comparat acest tratament cu *antrenamentul de imunizare împotriva stresului*, care implică relaxarea profundă a mușchilor, blocarea gândurilor pentru a combate gândirea negativă ciclică și restructurarea cognitivă. Alt grup a primit consiliere ajutătoare, iar al patrulea grup nu a primit nici un tratament.

La toate grupurile, inclusiv la grupul de control, care nu a beneficiat de tratament, s-a produs o ameliorare. Imediat după cele cinci săptămâni de tratament, antrenamentul de imunizare împotriva stresului producea cea mai mare ameliorare a

simptomelor TSPT, dar după alte patru luni s-a dovedit că expunerea are efectele cele mai durabile.<sup>15</sup>

Prin urmare, tratamentul psihologic produce o oarecare ameliorare. Însă o treime din pacienții cu TSPT au refuzat tratamentul sau au renunțat la el, iar după aceea simptomele de TSPT și de depresie erau încă mult peste nivelul normal.<sup>16</sup>

Dar există vești încurajatoare despre un studiu pe care îl efectuează în prezent Foa. Ea a constatat că o combinație între imunizarea împotriva stresului și expunerea prelungită dă rezultate foarte bune. După cinci săptămâni de tratament (nouă ședințe), 80% dintre victime nu mai prezentau semne de TSPT, iar simptomele erau mult reduse. Nu a fost observată nici o recidivă semnificativă. Aceste rezultate sunt cele mai bune de până acum pentru victimele violului. Dacă se confirmă, ar trebui să încurajeze victimele (care de obicei sunt destul de puțin doritoare să urmeze un tratament, deoarece vor să nu se mai gândească la viol) să facă imediat acest tratament.<sup>17</sup>

Per total, atât rezultatele terapiei medicamentoase, cât și cele ale terapiei cognitiv-comportamentale sunt încurajatoare și necesită mai multă cercetare, dar, cu excepția noilor tratamente cognitiv-comportamentale pentru victimele violului, aceste progrese sunt foarte modeste: o oarecare ameliorare a simptomelor, dar multe renunțări la tratament și aproape nici o vindecare. Dintre toate tulburările pe care le-am trecut în revistă, TSPT este cel mai puțin ameliorată de orice fel de terapie. Cred că este extrem de urgentă crearea de noi tratamente pentru ameliorarea TSPT.

### PARTEA A III-A

## Schimbarea obiceiurilor legate de mâncare, de băutură și de distracții

## 11. SEXUL

Viața noastră erotică are cinci straturi, fiecare dezvoltat în jurul celui de dedesubt.

Miezul este *identitatea sexuală*.<sup>1</sup> Simțiți că sunteți bărbat, sau femeie? Băiat, sau fată? Identitatea sexuală este aproape întotdeauna compatibilă cu organele genitale: dacă avem penis, ne simțim bărbați; dacă avem vagin, ne simțim femei. Dar savanții știu, datorită rarelor și uimitoarelor disocieri dintre identitatea sexuală și organele sexuale, că identitatea are o existență proprie, distinctă. Unii bărbați (îi numim „bărbați“ pentru că au penis și cromozomii de tipul 46XY) sunt ferm convinși că sunt femei pe care cine știe ce eroare cosmică le-a închis într-un trup de bărbat, iar unele femei (cu vagin și cromozomii de tipul 46XX) sunt ferm convinse că sunt bărbați prizonieri în trup de femeie. Ambele categorii se numesc *transsexuali* și oferă cheia pentru a înțelege cel mai profund strat al identității sexuale.

Imediat deasupra miezului identității noastre se află *orientarea sexuală* fundamentală. Vă plac bărbații, sau femeile? Sunteți heterosexual, homosexual, sau bisexual? Pentru a răspunde la această întrebare nu trebuie să ne examinăm istoria sexuală, ci trebuie să ne întoarcem spre fanteziile noastre. Dacă ați avut fantezii erotice doar cu persoane de sex opus, sunteți heterosexual exclusiv. Dacă ați avut fantezii masturbatorii doar cu persoane de același sex cu dumneavoastră, sunteți homosexual exclusiv. Dacă v-ați masturbat adesea cu fantezii de ambele tipuri, sunteți bisexual.

Cel de-al treilea strat este *preferința sexuală*. Care părți ale trupului și ce situații vă excită? La ce scene vă masturbați? La

ce vă gândiți în momentul orgasmului? La majoritatea bărbaților, cele mai erotice părți ale trupului feminin sunt fața, sânii, fesele și picioarele. La majoritatea femeilor, părțile preferate ale trupului masculin sunt pieptul și umerii, brațele, fesele și fața. Situații obișnuite în care apare excitarea sunt mângâierea unei persoane de sex opus, vederea lui sau ei în pielea goală, dansul, conversația intimă, lumina scăzută și muzica.

Însă acestea nu sunt – în nici un caz – universale. Mulți oameni tânjesc după obiecte și situații ieșite din comun: cele mai frecvente sunt labele picioarelor, părul, urechile, ombilicul; texturi mătăsoase sau cauciucate, slipuri, ciorapi, jeansi; voyeurismul, exhibiționismul, durerea simțită sau provocată. Animalele, copiii, urina și chiar ciaturile unui infirm sunt mai rare și mai bizare. Crima sexuală și organizarea propriei morți sunt cele mai erotice acte pentru extrem de puține persoane. Dacă vreunul dintre lucrurile de mai sus este ceea ce vă excită, lăsați deoparte o clipă ciudățenia obiectului și puneți-vă această întrebare importantă: „Obiectul pasiunii mele stă sau nu în calea unei relații erotice tandre între mine și altă persoană care este de acord?” Atunci când slipurile sau durerea devin mai importante decât partenerul, ați mers prea departe.

Cel de-al patrulea strat, cel mai apropiat de suprafață, este *rolul sexual*. Faceți sau nu ceea ce fac majoritatea bărbaților sau femeilor? Majoritatea oamenilor care simt că sunt bărbați adoptă roluri sexuale masculine și majoritatea femeilor adoptă roluri feminine. Dar cunoaștem existența separată a rolurilor sexuale din deloc neobișnuitele disocieri dintre identitate și rol. De exemplu, unele femei devin șofer de camion – dominante, agresive și dure. Unii bărbați devin infirmieri – iubitori, blânzi și mișoși. Termenul *rol sexual* face ca rolul să sune arbitrar, un simplu costum pe care putem să-l dezbrăcăm, dacă vrem, și să-l înlocuim cu ușurință cu unul mai potrivit în acel moment. În această concepție, rolurile sexuale sunt creații ale modei: stereotipurile masculului macho și ale femeii frumoase și proaste nu sunt decât accidente ale felului în care se întâmplă să fie crescuți acum americanii. Și, ca accidente ale socializării, pot fi schimbate

prin simpla modificare a felului în care ne creștem copiii sau printr-un alt soi de act voluntar. Vom vedea dacă așa stau cu adevărat lucrurile, sau dacă nu este decât o fantezie ideologică.

Stratul de la suprafață este *funcționarea sexuală*, cât de bine funcționați când sunteți cu o persoană potrivită într-un cadru erotic potrivit. Funcționarea normală constă în excitare și orgasm. Aveți probleme în vreuna dintre aceste privințe? Frigiditatea și impotența (ce cuvinte peiorative!) sunt probleme frecvente, așa cum sunt ejacularea precoce la bărbați și absența orgasmului la femei.

V-am împărțit viața erotică în cinci straturi având în vedere un scop fundamental – de a răspunde la întrebările despre ce și cât de ușor se poate schimba. Lipsa schimbării, consider eu, corespunde *profunzimii*: cu cât este mai profund stratul respectiv, cu atât mai greu este de schimbat. (Aceasta este o avanpremieră a teoriei globale pe care o voi prezenta în capitolul 15.) În teoria mea despre sex, transsexualitatea este o problemă la nivelul identității și pur și simplu nu se va schimba; orientarea sexuală, stratul următor, se împotrivesc cu tărie schimbării; după ce a fost dobândită, preferința sexuală este puternică, dar poate fi silită la unele schimbări; rolul sexual se poate schimba destul de mult, dar schimbarea nu este nici pe departe atât de ușoară cum pretind ideologii feministe, nici atât de grea cum le-ar plăcea antifeministilor; corectarea funcționării sexuale este anevoioasă, dar, datorită faptului că problemele legate de funcționare sunt stratul de la suprafață, puteți avea mari speranțe de schimbare.

### *Stratul I: Identitatea sexuală și transsexualitatea: ce anume sunteți?*

Transsexualii sunt normali din punct de vedere biologic. Un bărbat transsexual obișnuit are un penis în bună stare de funcționare, cromozomi de tipul 46XY, păr pe față și pe corp, o gramadă de testosteron și voce joasă. O femeie transsexuală

obișnuită are vagin, ovare funcționale, cromozomi de tipul 46XX, sâni și toate celelalte trăsături fizice feminine. Transsexualii nu pot fi deosebiți în plan fizic de bărbații sau femeile obișnuite/obișnuite. Și totuși, în plan sexual ei sunt cât se poate de anormali. La cele trei criterii principale ale anormalității – iraționalitate, suferință și neadaptare – transsexualii sunt în fruntea clasamentului. Ei cred – în mod irațional, se pare – că sunt prizonieri într-un trup cu sexul nepotrivit. Se chinuiesc: deprimați, cu tendințe suicidare și de automutilare – unii încearcă să-și taie organele sexuale. Aproape niciodată nu se căsătoresc și nu au copii.

Transsexualii au de când se știu convingerea „sexului greșit”. Și sunt osândiți s-o aibă tot restul vieții. Au fost testate toate tipurile de terapie pentru transsexuali. Atât de rare sunt succesele, încât singurul caz limpede din arhivele schimbării reușite arată cât de refractară la tratament este această problemă.<sup>2</sup>

*John s-a născut în 1952 și întotdeauna s-a perceput pe sine ca fată. Era bebelușul familiei, fragil și delicat, alături de sora lui mai mare, băiețoasă. La patru ani a început să se machieze și a fost încântat când sora lui a început să meargă la școală, pentru că avea o mulțime de rochițe noi cu care să se poată îmbrăca el. [Transsexualii se îmbracă întotdeauna în hainele celuilalt sex. Dar sunt travestiți doar tehnic vorbind. Un travestit bărbat poartă haine de femeie ca să se excite; un transsexual bărbat le poartă deoarece crede că este femeie.]*

*John își invidia mama și sora și își ura masculinitatea. A mers la școală, dar nu s-a descurcat bine. Era izolat, singuratic, se ocupa de gătit și de derețicat prin casă. În adolescență a citit despre transsexualitate și despre descoperirile importante făcute la Johns Hopkins Medical School. A luat estrogen și s-a simțit liniștit pentru prima oară în viață. De asemenea, era încântat că nu mai are erecții. S-a angajat la un magazin care vindea pui fripți și a început să strângă bani pentru operația de schimbare de sex. În această perioadă a fost investigat de o echipă psihiatrică și diagnosticat oficial ca transsexual.*

*Și-a luat numele „Judy” și a început să ducă o viață de femeie, pregătindu-se pentru operație. Trecea cu ușurință drept femeie, și în urma tratamentului hormonal a ajuns să poarte la plajă bikini. Tocmai când să înceapă partea chirurgicală, Judy a dispărut.*

*După câteva luni, Judy a reapărut la magazinul de pui fripți. Dar nu ca Judy – ca John. Când s-a înfățișat apoi echipei psihiatrice, purta un costum cu vestă, avea părul scurt și unghiile tăiate și pășea mândru, bărbătește. Și-a spus povestea cu multă însuflețire:*

*În drum spre operație a făcut ceea ce-i promisesse patronului magazinului – să treacă pe la un medic din oraș, care era adept al unei religii fundamentaliste (John era baptist nepracticant, neinteresat de religie). Medicul i-a spus lui John că ar putea să se descurce ca femeie, dar că adevărata lui problemă este că e posedat de duhuri rele. Medicul a efectuat asupra lui un ritual de exorcizare de trei ore, cu rugăciuni, îndemnuri, incantații și punerea mâinilor. John a leșinat de câteva ori, dar la sfârșit medicul a spus că a îndepărtat douăzeci și două de duhuri rele, iar John a fost eliberat pentru prima oară în viață de iluzia că ar fi femeie. În următorii doi ani și jumătate a fost urmărit îndeaproape de către echipa psihiatrică, și era limpede că este bărbat – atât psihologic, cât și fizic. Se descurca bine la serviciu, a fost promovată și abia aștepta să se însoare – cu o femeie.*

**Schimbarea sexului.** Psihoterapia reușește să schimbe identitatea sexuală de puține ori, dacă nu chiar niciodată.<sup>3</sup> Singura intervenție cu rezultate sigure este transformarea trupului pentru a se armoniza cu identitatea sexuală imuabilă. Iată de ce au apărut operațiile de schimbare de sex. Aceste operații, care au fost cândva o noutate de pagina întâi, sunt acum obișnuite. Au fost făcute zeci de mii. După ce pacientul îi convinge pe diagnosticieni că identitatea sa transsexuală este imuabilă, începe lungul proces de transformare a trupului. În cazul mai obișnuit, din bărbat în femeie (BF), la început persoana respectivă trăiește timp de câteva luni în rol feminin – își schimbă numele, se îmbracă și se poartă ca o femeie. Începe tratamentul hormonal și îi cresc sânii, i se schimbă vocea și îi dispăre pilozitatea facială. Apoi are loc intervenția chirurgicală. Testiculele sunt extirpate și penisul este tăiat – dar se păstrează pielea de pe el, pentru a căptuși vaginul, făcând posibile contactul sexual plăcut și chiar orgasmul.

În transformările din femeie în bărbat (FB), tratamentul hormonal și multiplele intervenții chirurgicale (extirparea sânilor,

extirparea ovarelor și, în cele din urmă, construirea unui penis) se desfășoară pe parcursul câtorva ani. Totuși, penisul nu poate să intre în erecție în mod natural, și pentru actul sexual trebuie să fie folosite dispozitive protetice.

Cu toate că intervenția chirurgicală este radicală, supraviețuirea pe termen lung a sute de pacienți sugerează că, deși departe de a fi ideală, este tratamentul favorit. Majoritatea pacienților se simt mult mai bine și se adaptează foarte bine la noua viață, trăiesc nestingheriți în noul trup, își dau întâlniri, fac sex și se căsătoresc. Copiii, desigur, sunt adoptați, deoarece încă nu se pot transplanta organe sexuale interne fertile. Pacienții care nu se descurcă bine în plan psihologic sunt cei la care rezultatele chirurgicale sunt cele mai slabe.<sup>4</sup>

**Originea identității sexuale.** Transsexualitatea este cea mai profundă dereglare din întreaga nosologie. Nu cunosc altă problemă psihologică atât de refractară la tratament. Nu știm cum să modificăm psihicul pentru a se armoniza cu trupul, așa încât, în ultimă instanță, modificăm trupul pentru a se armoniza cu psihicul. Profunzimea acestei afecțiuni reflectă faptul că identitatea sexuală este stratul care alcătuiește miezul sexualității și poate că însuși miezul întregii identități umane.

De ce este identitatea sexuală atât de profundă? Voi depăși cu mult faptele cunoscute, prezentând o teorie despre originea identității sexuale. Ipoteza mea este că o mare parte din identitatea sexuală – atât cea normală, cât și cea transsexuală – provine dintr-un proces hormonal necunoscut care se desfășoară între cea de-a doua și cea de-a patra lună a sarcinii.

Încep cu o versiune simplificată a felului în care un făt devine de sex masculin sau feminin. Embrionul conține ambele posibilități. La început sunt prezente ambele seturi de organe interne – și masculine, și feminine. Fătul ar deveni întotdeauna de sex feminin dacă nu ar exista următoarea fază, crucială: la fătul de sex masculin testiculele secretă doi hormoni masculinizanți. Atunci organele interne feminine se atrofiază, organele

interne masculine cresc și se dezvoltă organele masculine externe. Dacă în această fază lipsesc hormonii masculinizanți, organele interne masculine se atrofiază și se dezvoltă organele feminine interne și externe. Toate acestea se petrec cam pe la sfârșitul primului trimestru.<sup>5</sup>

Aș vrea să propun ipoteza că se mai întâmplă ceva în această fază: hormonii masculinizanți au un efect psihologic. Ei produc identitatea sexuală masculină (sau, în absența lor, se produce identitatea sexuală feminină). De asemenea, ei dirijează dezvoltarea organelor sexuale corespunzătoare, dar acesta este un proces separat. În cadrul acestei teorii, identitatea sexuală este prezentă la făt. Însă nu există vreo modalitate de a întreba fătul dacă se simte bărbat sau femeie, așa încât această teorie nu este ușor de verificat. Dar există patru „experimente ale naturii” uluitoare, în care identitatea sexuală este disociată de organele sexuale – și toate sprijină teza mea.

Cunoașteți deja două dintre ele: transsexualii BF și transsexualii FB. În cadrul acestei teorii, se produce o perturbare încă necunoscută a fazei de identitate sexuală, dar nu și a fazei de dezvoltare a organelor. În cazul transsexualului BF, faza psihologică de masculinizare nu se produce, dar cealaltă fază – masculinizarea organelor sexuale – se desfășoară normal. În cazul transsexualului FB, faza psihologică merge anapoda și se produce masculinizarea; cealaltă fază – feminizarea organelor sexuale – se desfășoară normal, și s-ar putea ca aici să fie tragedia.

Există două afecțiuni „în oglindă” care prezintă un paralelism remarcabil cu cele două tipuri de transsexualitate și care sunt mult mai bine cunoscute – *sindromul adrenogenital (SAG)* și *sindromul de nereceptivitate androgenică (SNA)*. Acestea ar putea fi cheia pentru înțelegerea transsexualismului.

Sindromul adrenogenital are un efect profund asupra fătului de tip 46XX (de sex feminin normal din punct de vedere cromozomial): îl scaldă în hormoni masculinizanți. Rezultatul este că fătul se naște cu organele interne ale unei femei (întrucât



acestea se diferențiaseră înainte de baia de hormoni), dar se mai naște și cu ceea ce pare să fie un penis cu scrot. Penisul și scrotul par convingătoare, dar de fapt nu sunt decât un clitoris mărit enorm și în formă de penis (cu prepuț și toate cele). Scrotul nu conține testicule. Multe persoane cu SAG sunt declarate băieți și crescute ca băieți. Dat fiind că baia de hormoni continuă, la pubertate vocea li se îngroașă și apare pilozitatea corporală și facială. Aceste persoane cu SAG *creșc ca niște bărbați normali*. Se simt bărbați, sunt atrase romantic de femei, au contacte sexuale ca bărbați și devin soți și tați buni (prin adopție sau inseminare artificială). Le lipsesc complet fantazarea sau acțiunea bisexuale. În schimb, atunci când o persoană cu SAG este feminizată chirurgical și apoi crescută ca femeie, ca în unele cazuri, adesea apar probleme: ea poate să se simtă și să se poarte ca un bărbat, iar fantazările și acțiunile bisexuale sunt frecvente.<sup>6</sup>

În teoria mea, persoanele cu SAG crescute ca bărbați sunt „veri primari” cu transsexualii FB. În ambele cazuri sunt feți de tip 46XX masculinizați psihologic. Însă la femeia transsexuală lipsește faza următoare – masculinizarea organelor sale externe. Prin urmare, ea se naște ca băiat în plan psihologic, dar are vagin, așa că este declarată fată și crescută ca atare. Viața ei este o suferință continuă. Lucrurile merg și mai rău după pubertate, deoarece, spre deosebire de vârul ei cu SAG, îi cresc sânii și are ciclu. Vârul ei cu SAG este în plan psihologic bărbat, dar a avut destul noroc să se nască și cu aparența unui penis și a unui scrot, așa încât a fost declarat băiat. Viața lui se desfășoară bine, deoarece ceea ce crede toată lumea că este el (în virtutea aparenței unui penis la naștere și, mai târziu, a vocii groase și a pilozității faciale) coincide cu ceea ce crede el că este – bărbat.

Diferența tragică dintre o persoană cu SAG crescută ca băiat și un transsexual FB este aceea că numai o singură fază – masculinizarea psihologică a fătului – este greșită în cazul transsexualului. Toate celelalte faze se desfășoară corect, legate, din

nefericire, de sexul cromozomial, nu de identitatea sexuală. La SAG toate fazele sunt – din fericire – greșite, așa că totul corespunde nu cu sexul *ei* cromozomial, ci cu identitatea *lui* sexuală.

Cealaltă afecțiune este SNA, sindromul de nereceptivitate androgenică. Cei cu SNA sunt bărbați din punctul de vedere al cromozomilor: 46XY. Dar sunt insensibili la hormonii masculinizați. Prin urmare, cei cu SNA se nasc cu organe interne masculine (diferențiate înainte de baia de hormoni) și cu vagin, cu toate că vaginul este în realitate o fundătură. Toate persoanele cu SNA sunt declarate fete și crescute ca fete. Toate cresc simțindu-se femei, sunt atrase de bărbați și au contacte sexuale ca femei. În teoria mea, ele nu sunt masculinizate în plan psihologic și, din fericire, organele lor sexuale externe nu arată masculin. La fel ca persoanele cu SAG, au avut un strop de noroc: când ajung la pubertate le cresc sânii, sub influența cantității de estrogen normale pentru bărbați pe care o secretă testiculele (aflate profund în interiorul corpului), așa încât arată ca femeile.<sup>7</sup>

Persoanele cu SNA sunt verișoarele primare ale transsexualilor BF. În ambele cazuri au fost feți de tip 46XY cu organe interne masculine, feminizați psihologic la sfârșitul primului trimestru. Însă transsexualul are faza următoare normală – organele externe sunt masculinizate. Prin urmare, cu toate că el este în plan psihologic femeie, se naște cu un penis funcțional, așa încât este declarat băiat și crescut ca atare. Urmează o suferință permanentă – în afară de cazul în care își pierde penisul pe cale chirurgicală. Verișoara cu SNA este psihologic femeie și a avut destul noroc să se nască cu aparența unui vagin, așa încât a fost declarată fată. Viața ei se desfășoară bine, deoarece ceea ce crede toată lumea că este ea (în virtutea vaginului și, mai târziu, a sânilor) coincide cu ceea ce crede ea însăși că este – femeie.

Și aici diferența tragică dintre o persoană cu SNA crescută ca fată și un transsexual BF este aceea că o singură fază –

feminizarea psihologică a fătului – este greșită în cazul transsexualului. Toate celelalte faze se desfășoară corect, legate de sexul cromozomial, nu de identitatea sexuală. La SNA toate fazele sunt greșite, așa că totul corespunde nu cu sexul *lui* cromozomial, ci cu identitatea *ei* sexuală.

Teoria mea presupune că identitatea sexuală – atât cea normală, cât și cea anormală – este atât de profundă deoarece izvorăște dintr-un proces hormonal fundamental care se petrece spre sfârșitul primului trimestru al dezvoltării fătului. Hormonii fetalii nu sunt singurul lucru care influențează identitatea sexuală. Felul în care a fost crescută persoana respectivă, hormonii puberali, organele sexuale și jocul suferințelor joacă și ele un rol. Dar aceste influențe pot în cel mai bun caz să întărească – sau să perturbe – identitatea principală cu care suntem dăruiți mult înainte de clipa venirii pe lume.

### *Stratul al II-lea: Orientarea sexuală: vă plac bărbații, sau femeile?*

Sexologii folosesc formula *alegerea obiectului* pentru a desemna modul în care ajungem să ne placă ceea ce ne place. Pe de altă parte, grupurile de activiști homosexuali afirmă că nu avem nici un fel de alegere. Eu cred că adevărul e la mijloc, cu toate că se apropie mult mai mult de opinia activiștilor homosexuali decât de a sexologilor. Prin urmare, numesc acest strat *orientarea sexuală*, și nu *alegerea obiectului* sexual. Orientările sexuale elementare sunt homosexuală și heterosexuală.<sup>8</sup> Când devine o persoană heterosexuală sau homosexuală? Cum se întâmplă asta? După ce devine activă sexual se mai poate schimba sau nu?

**Homosexualitatea exclusivă.** Trebuie să facem deosebire între homosexualii *exclusiv*, pe de o parte, și bisexualii (*homosexuali opțional*) pe de altă parte. Aproximativ 15% dintre

americani declară că au avut orgasm cu parteneri de ambele sexe, dar s-ar putea ca acum cifra să fie mai mică, după ce a apărut SIDA. O minoritate mare dintre bărbații homosexuali, spre deosebire de bisexuali, sunt homosexuali exclusiv. Numărul lor se ridică la 1-5% din toți bărbații. De când se știu au fost atrași erotic doar de bărbați. Au fantezii sexuale doar cu bărbați. Se îndrăgostesc doar de bărbați. Când se masturbează sau au vise cu poluție, obiectele sunt întotdeauna bărbați. Orientarea homosexualilor exclusiv – și cea a heterosexualilor exclusiv – este stabilită solid și profund.

S-ar putea chiar ca orientarea sexuală să-și aibă originea în anatomia creierului. Într-un studiu mediatizat pe larg și bine executat din punct de vedere tehnic, cercetătorul în domeniul cerebral Simon LeVay a examinat creierul unor bărbați homosexuali, al unor bărbați heterosexuali și al unor femei heterosexuale care decedaseră de curând. Majoritatea muriseră de SIDA. LeVay și-a concentrat autopsia pe o zonă mică, mijlocul părții anterioare a hipotalamusului, care este implicată în comportamentul sexual masculin și în care la bărbați cantitatea de țesut este mai mare decât la femei: heterosexualii aveau de două ori mai mult țesut decât homosexualii, care aveau cam la fel de puțin ca femeile. Este un lucru fascinant, deoarece aceasta este tocmai aria care controlează comportamentul sexual masculin la șobolani; această arie se dezvoltă atunci când creierul șobolanilor masculi este masculinizat hormonal înainte de naștere.<sup>9</sup>

Așadar, se poate emite ipoteza că homosexualitatea exclusivă la bărbați este o formă atenuată de transsexualitate BF, care la rândul ei este o formă atenuată de SNA. Această teorie afirmă că organele sexuale, identitatea sexuală și orientarea sexuală ale bărbatului de tip 46XY pot să aibă fiecare propriul agent masculinizant diferit, așa încât pot să apară trei niveluri diferite de defectiune hormonală.<sup>10</sup> Ar putea exista trei hormoni diferiți sau ar putea fi vorba despre cantitatea de hormoni. Așadar, de exemplu, în cazul eșecului hormonal complet

nu se produce deloc masculinizarea: pruncul este de sex masculin din punctul de vedere al cromozomilor, cu organe externe feminine și identitate feminină, iar orientarea lui sexuală va fi către bărbați – SNA. Dacă apare o insuficiență gravă a hormonului masculinizant, pruncul este de sex masculin din punctul de vedere al cromozomilor, cu organe masculine, dar orientarea lui sexuală va fi către bărbați, iar identitatea lui sexuală va fi și ea feminină – un transsexual BF. În cazul unei mici insuficiențe a hormonului masculinizant rezultă un prunc de sex masculin din punctul de vedere al cromozomilor, cu organe masculine și identitate masculină, dar orientarea lui sexuală va fi către bărbați – un bărbat exclusiv homosexual.

Această teorie afirmă că în timpul gestației se produc de obicei următoarele evenimente hormonale (încă nedescoperite): un bărbat de tip 46XY (normal) este insuficient masculinizat. Totuși, este destul de masculinizat încât să aibă identitate masculină și să aibă organe externe masculine. Efectul principal este că partea mijlocie anterioară a hipotalamusului nu se dezvoltă și, astfel, se schimbă un singur aspect al vieții erotice: orientarea sexuală nu mai vizează niciodată femeile.

Este important de notat că la gemenii monoziagoți concordanța în privința homosexualității este mai mare decât la gemenii dizigoți de sex masculin și că la gemenii dizigoți de sex masculin concordanța este mai mare decât la frații care nu sunt gemeni. Din 65 de perechi de gemeni monoziagoți din care unul era confirmat homosexual, la 52% s-a descoperit că amândoi erau homosexuali, spre deosebire de 22% la gemenii dizigoți de sex masculin. La numai 9% dintre frații care nu erau gemeni a apărut concordanța în privința homosexualității. Diferența dintre gemenii monoziagoți și cei dizigoți înseamnă că homosexualitatea are o componentă genetică. Însă gemenii dizigoți și frații care nu sunt gemeni au exact același procent de gene comune (50%). Faptul că la gemenii dizigoți de sex masculin, care conviețuiesc în lumea uterină, concordanța este mai mare decât la frații care nu sunt gemeni semnalează că hormonii fetalii sunt o cauză suplimentară. În orice caz, concordanța

pare să fie unanimă în ce privește mărimea mijlocului părții anterioare a hipotalamusului.<sup>11</sup>

Este tentant să emitem aceeași teorie despre homosexualitatea feminină, privind-o ca pe o ușoară masculinizare a fătului feminin de tip 46XX. Deocamdată voi rezista acestei tentații. S-au făcut prea puține cercetări despre lesbiene ca să putem ști. Este posibil, dar încă nesigur, ca lesbianismul să fie imaginea în oglindă a homosexualității masculine. Există dovezi despre o contribuție genetică perceptibilă în cazul lesbianismului: dintr-un eșantion de peste 100 de perechi de gemene din care una era lesbiană, cealaltă era și ea lesbiană în 51% din cazuri la gemenele monoziogote și numai în 10% din cazuri la gemenele dizigote. Dar încă nu există dovezi că partea anterioară a hipotalamusului este mai mare la lesbiene decât la femeile heterosexuale. Nimeni nu a cercetat acest aspect, deoarece, din fericire, puține lesbiene mor de SIDA. Până și dovezile provenite din studierea șobolanilor sunt mai clare în privința masculilor decât a femelelor. În sfârșit, nu există studii despre rezultatele schimbării orientării sexuale după terapia aplicată lesbienelelor.<sup>12</sup>

**Homosexualitatea și terapia.** Homosexualitatea masculină poate fi schimbată? Mulți homosexuali se simt bine cu sexualitatea lor și nu vor s-o schimbe. Din contră, un bărbat care este nemulțumit de propria sexualitate este numit homosexual *egodistonic* și de obicei vine la terapie deprimat, dorind cu disperare să-și schimbe orientarea sexuală. Vrea să aibă copii, nu poate suferi stigmatul „ciudățeniei” și disprețuiește promiscuitatea pe care o percepe în lumea homosexualilor celibatari. Acum douăzeci și cinci de ani, terapeuții behavioriști s-au ocupat cât de mult le-a stat în puteri de această problemă, ignorând tradiția clinică a ineficienței psihoterapiei în cazul homosexualității.

Ei au încercat metoda proiectării pe un ecran a unor imagini excitante cu bărbați goi, urmate de un șoc electric dureros, de

lungă durată. Când dispărea șocul era proiectată imaginea unei femei atrăgătoare. Scopul era să creeze dezgust față de sexul cu bărbați și să facă mai atrăgător sexul cu femei, prin asocierea femeilor cu ușurarea.

„Câtă naivitate!“ vă gândiți probabil. De fapt, a funcționat surprinzător de bine. Circa 50% dintre bărbații tratați astfel și-au pierdut interesul față de bărbați și au început relații sexuale cu femei. O imensă izbucnire de entuziasm în privința modificării homosexualității a cuprins comunitatea terapeutică. La o cercetare mai atentă, rezultatele s-au dovedit defectuoase – dar într-un mod revelator. Dacă un bărbat era bisexual – uneori avea fantezii sexuale cu femei – terapia avea de obicei efect. Dar atunci când un bărbat era homosexual exclusiv terapia eșua de obicei.<sup>13</sup>

Homosexualitatea exclusivă și heterosexualitatea exclusivă sunt foarte profunde. Lipsa de schimbare în urma terapiei, fanteziile cu persoane de un singur sex pe tot parcursul vieții, reducerea substanței din partea anterioară a hipotalamusului, marea concordanță la gemenii monoziagoți și dezvoltarea fetală denotă, toate, un proces inflexibil. Totuși, homosexualitatea nu este atât de profundă și imuabilă ca transsexualitatea. Transsexualii BF nu se căsătoresc aproape niciodată cu femei și nu au copii naturali, în vreme ce bărbații homosexuali se căsătoresc uneori și au copii. Ei reușesc asta datorită unui truc al fanteziei. În timpul relației sexuale cu soția reușesc să-și mențină excitația și să ajungă la orgasm prin fantezii despre sexul homosexual (întocmai așa cum fac bărbații heterosexuali în închisoare, unde sunt limitați la descărcarea homosexuală). Așadar, în cazul bărbaților homosexuali exclusiv există o anumită flexibilitate – ei pot alege cu cine să facă sex, dar nu pot alege cu cine *doresc* să facă sex.

### *Stratul al III-lea: Preferința sexuală: sâni, fese și bisexuali*

Vă amintiți de prima dată când ați văzut o stridie, lucind văscos în jumătatea ei de cochilie, și cineva v-a îndemnat să o mâncați? V-ați zis, probabil: „Ce? Să bag în gură scârboșenia aia?“ și v-ați cutremurat în sinea dumneavoastră. Și totuși, după ce ați gustat una, momit, sau silit, sau de rușine, ați descoperit că stridiile sunt gustoase. Mâncatul stridiilor, la fel ca multe forme ale activității omenesti, are la suprafață ceva dezgustător care-i împiedică pe majoritatea oamenilor să i se dedea cu prea mare ușurință – până când presiunea socială, curiozitatea sau pura bravadă îi fac să le încerce. Însă după ce le gustă, toate lucrurile bune legate de stridii devin evidente, și este posibil ca ei să devină împătimiti al stridiilor.

Acest fenomen important, *ambalajul inhibitor*, nu se limitează la practicile umane. Există două feluri de șobolani: ucigași de șoareci și neucigași. Atunci când ucigașii naturali de șoareci – cam jumătate din șobolani – văd pentru prima dată un șoarece, sar la el și îlucid. Cealaltă jumătate – neucigașii – fie nu-i dau șoarecelui nici o atenție, fie o iau la fugă. Dar un experimentator îl poate determina să ucidă pe un șobolan care nu dorește asta, înfometându-l și apoi plimbând prin fața lui un șoarece. În acel moment, un neucigaș va ucide, din disperare. După ce un neucigaș a ucis pentru prima oară, după ce își pierde virginitatea în privința uciderii șoarecilor, devine un ucigaș obișnuit. După aceea, ori de câte ori vede un șoarece, indiferent dacă îi este sau nu foame, sare la el și îlucid.<sup>14</sup>

Acum amintiți-vă de vremea când erați copil și ați aflat despre actul sexual, sau, mai târziu, despre sexul oral. Probabil că ați gândit: „Ce chestie dezgustătoare! Mama și tata nu fac așa ceva. Sunt sigur că eu n-o s-o fac niciodată.“ Dar pe măsură ce hormonii adolescenței au început să se răspândească în corp, sau când s-a acumulat presiunea din partea camarazilor, sau ca bravadă, sau din curiozitate ori răzvrătire, v-ați trezit îmboldit

către astfel de lucruri. Făcându-le, ați descoperit toate aspectele lor pozitive. Curând le-ați căutat anume și chiar ați început să vă dați în vânt după ele. Cele mai multe dintre preferințele sexuale omenești sunt așa: un înveliș foarte inhibant peste un miez delicios. Așa se întâmplă și cu ceea ce mâncăm, cu abuzul de substanțe toxice și – bănuiesc cu tristețe – cu violența.

Poveștile cu mâncatul stridiilor și uciderea șoarecilor ne avertizează că s-ar putea ca odată să fi pândit în noi capacitatea de a ne atașa erotic de lucruri dintr-o paletă largă. Chiar dacă nu este complet accidental, faptul că suntem bărbați care preferă sâni ori doresc să fie palmuți peste fund sau femei pe care le excită dansul cu obrazul lipit de al partenerului și ascultarea plină de înțelegere este produsul a ceea ce s-a nimerit să gustăm când eram mici. Bănuiesc că, dacă am fi gustat, de exemplu, voyeurismul sau veșmintele de cauciuc, am fi putut ajunge să ne dăm în vânt după ele, nu după altceva.

Povestea cu stridiile are două morale. Prima decurge din cunoașterea faptului că în fiecare dintre noi zace capacitatea de a fi excitați de aproape orice din toată gama obiectelor erotice: această morală este toleranța sexuală. Cea de-a doua morală este prudența: primele hotărâri sexuale pe care le luăm – lingușiți, seduși, presați sau siliți să le luăm – sunt cu adevărat importante pentru noi; mai importante, de exemplu, decât cu cine ne căsătorim sau la ce facultate mergem. Deoarece după ce este rupt învelișul inhibant dorim iar și iar miezul cel dulce. Ceea ce facem în plan sexual ca adolescenți va fi, în mare, ceea ce vom dori tot restul vieții. Și totuși, luăm aceste hotărâri aproape accidental. În tinerețe ar trebui să fim pregătiți să răspundem la întrebarea „De ce nu?” cu „Doresc cu adevărat să-mi trăiesc întreaga viață în acest fel?”

Orientarea sexuală – heterosexuală sau homosexuală – se învecinează îndeaproape cu identitatea sexuală, prin profunzime și inflexibilitate, și este mai adâncă decât preferința sexuală. După ce a fost impusă orientarea, în jurul ei se creează preferințele sexuale: sâni sau fese, voyeurism, lenjerie intimă

de dantelă, pulpele sau labele picioarelor, texturi cauciucate, poziția misionarului sau șaizeci și nouă, sadism, păr blond, bisexualitate, palmuire peste fund sau pantofi cu toc înalt. După ce au fost dobândite, aceste preferințe, la fel ca uciderea șoarecilor, nu sunt ușor de eliminat. Spre deosebire de heterosexualitatea sau homosexualitatea exclusive, este sigur că ele nu apar în stadiul uterin (fătul s-ar putea să „distingă” bărbații de femei, dar n-a auzit de tocuri cui). Preferințele noastre sexuale încep mai degrabă la sfârșitul copilăriei, când primii hormoni ai pubertății trezesc structurile cerebrale latente care au fost create în uter.

În acest moment joaca începe să-și piardă nevinovăția și capătă nuanțe sexuale. La fel se întâmplă și cu visele și fanteziile. Într-un sondaj în rândul unor elevi din clasa a treia am constatat că doar 5% își puteau aminti că au avut un vis „de dragoste” (de exemplu, visau că alintă un băiat sau o fată de vârsta lor), în vreme ce toți își aminteau visele cu monștri. Pe de altă parte, marea majoritate a elevilor din clasa a șasea aveau vise de dragoste, și începeau să dispară visele cu monștri. Majoritatea sexologilor cred că la această vârstă visele intense, fanteziile și joaca doar coincid cu dezvoltarea sexuală sau că reflectă pur și simplu realitatea sexualității de la baza lor. Eu am o concepție diferită: cred că aceste evenimente sunt creuzetul în care sunt făurite preferințele noastre sexuale. După părerea mea, conținutul viselor, jocului și fantazării are un rol cauzal în crearea preferințelor noastre sexuale.

*Leopold avea opt ani când sora lui vitregă l-a învățat să se masturbeze, în vreme ce se jucau de-a „doctorul”. Când a ejaculat ea i-a atins din greșală penisul cu papucul. În mai puțin de un an el a început să se masturbeze în mod regulat. Fanteziile sale masturbatoare se învăteau în jurul picioarelor și pantofilor fetelor. A avut probleme la școală pentru că a mângâiat pantofii învățătoarei. În cele din urmă s-a căsătorit, dar nu putea face sex decât dacă mângâia picioarele soției sale sau fantaza despre pantofi. Leopold s-a angajat la un magazin de încălțăminte de lux și și-a petrecut viața într-o stare de excitare continuă, ajutând clientele să probeze încălțăminte.*

*Sammy avea zece ani când a avut primul vis cu poluție. În acest eveniment de nouitate, tovarăsa lui de joacă, Susan, și-a scos partea de jos a costumului de baie și l-a lăsat să-și frece penisul între fesele ei. Senzația era minunată, și el a ejaculat. S-a trezit năclăit, confuz și șocat. Până la acel vis nu avusese nici cea mai mică idee că penisul lui ar fi bun și la altceva decât la pipi. După trei ani, când a început să se masturbeze, a descoperit că fanteziile i se concentrău pe funduri de fete, mai ales când se apropia orgasmul. La treizeci și cinci de ani, ejaculează doar când face sex pe la spate. Tot restul este preludiv.*

Aceste două povești sunt tipice pentru ceea ce spun bărbații când sunt întrebați cum au ajuns la preferințele lor sexuale. Poveștile se potrivesc cu teoria condiționării programate pe care am folosit-o pentru a explica de ce fobiile sunt selective și atât de refractare la schimbare. La fel ca fobiile, obiectele preferințelor sexuale sunt selective. Lenjerie intimă, picioare, sâni, catifea, palme peste fund și vreo duzină de alte obiecte sunt cele mai obișnuite. Expresii ca „orice te excită” și „perversitate polimorfă” sunt departe de adevăr. Aproape toate obiectele preferințelor sexuale masculine sunt legate cumva de părți ale trupului femeiesc și de raportul sexual. Culorile, sunetele, florile și alimentele nu sunt niciodată fetișuri. Câteodată, ca în cazul fobiilor, se strecoară o înclinație cu adevărat bizară: de exemplu, pentru cadavre sau fecale. Dar acestea sunt de obicei fetișurile psihoticilor. La fel ca fobiile, după ce au fost dobândite, preferințele sexuale persistă.

Teoria condiționării programate susține că există o „listă de preselectie” a stimulilor cu semnificație evoluționară care sunt potențiale obiecte sexuale pentru bărbați. După ce se produce asocierea unuia dintre acești stimuli condiționați (picioarele în cazul lui Leopold, fesele în cazul lui Sammy) cu un stimul sexual necondiționat (masturbare în cazul lui Leopold, poluție în cazul lui Sammy), începe condiționarea. Jocurile sexuale și visele cu poluție de la sfârșitul copilăriei oferă nenumărate ocazii de asociere a obiectelor programate cu excitația sexuală. După ce se întâmplă acest lucru, obiectele însele devin excitante.

Masturbarea este răspunsul la întrebarea de ce, odată instalate, preferințele noastre sexuale se mențin pe tot parcursul vieții. După ce aceste obiecte au devenit excitante, începem să ne masturbăm cu gândul la ele. La bărbați masturbarea este întotdeauna însoțită de fantezii. Suntem din nou în prezența stimulului condiționat și avem din nou orgasm. Acesta este încă un proces de condiționare – și are loc de câteva ori pe săptămână în viața majorității băieților în perioada adolescenței. Asta înseamnă foarte multă practică. La bărbați raportul sexual este însoțit de obicei de variațiuni ale fanteziei principale sau pune în scenă de-a binelea acea fantezie. Asta înseamnă și mai multă practică. După părerea mea, evoluția a ales masturbarea și fantezia în scopul de a-i implica pe bărbați în mod durabil în practicile erotice ale tribului, rasei și culturii lor.

**Femeile și fetișurile.** Dovezile sugerează că femeile dobândesc preferințele sexuale printr-un proces mai subtil. Diferența principală dintre sexe este că aproape numai bărbații sunt „fetișiști”. Atunci când preferința provoacă dezaprobare, este inoportună, ilegală sau le face rău altora, o etichetăm drept „fetiș”. Atunci când preferința este acceptabilă din punct de vedere social, este practică între adulți care consimt și este legală, nu are nume (poate „în spatele ușilor închise”?). Însă procesul este exact același. Atât în mintea fetișiștilor, cât și în cea a bărbaților „normali” sălășluiesc imagini erotice foarte specifice. Aceste imagini sunt miezul fanteziilor lor masturbatorii și al activității lor sexuale reale. Multe dintre preferințe sunt acceptabile, așa încât, cu un control rezonabil al impulsurilor, bărbații pe care îi excită sâni mari, sau fesele măta-soase, sau să fie palmuiți peste fund, sau să sfășie slipuri de dantelă, sau să poarte pe sub haine veșminte de cauciuc nu intră în bucluc. Bărbaților ale căror preferințe sunt socialmente inacceptabile, imorale, ilegale sau jignitoare (sau sunt acceptabile, dar sunt satisfăcute cu prea puțin control al impulsurilor) li se pune eticheta de „fetișiști”. După părerea mea, în cazul

acestor bărbați funcționează același proces al preferinței sexuale ca la bărbații normali; însă ei se deosebesc de aceștia prin faptul că preferințele lor sunt ciudate, sau inacceptabile, sau vătămătoare, ori prin faptul că nu sunt în stare să amâne satisfacerea preferințelor, ori prin faptul că sunt prinși.

Aproape două treimi dintr-un eșantion aleatoriu de liceeni provinciali din Oregon au recunoscut (în condițiile anonimatului) abateri sexuale: raporturi sexuale cu copii, raporturi sexuale forțate cu femei, voyeurism sau „frecare” (frecarea de cineva străin, în mulțime). Și mai mulți dintre ei doreau să comită acte necuviincioase.<sup>15</sup> Aceste cifre sunt o mărturie a definiției sociale a „fetișului” și a naturii concrete, stereotipe a preferințelor sexuale masculine.

Nu doar faptul că *aproape toți bărbații* sunt fetișiți deosebeste preferințele masculine de cele feminine. Mai degrabă este vorba despre faptul că *aproape nici o femeie* nu este fetișistă. Tradiția clinică spune că absolut nici o femeie nu este fetișistă.<sup>16</sup> Eu cred că aceasta este o afirmație exagerată. Există în reviste și câteva rapoarte despre fetișism feminin, și cel puțin o cercetare sistematică.<sup>17</sup> În acest studiu, un grup de universitari întreprinzători au dat un anunț într-o revistă sado-maso, solicitând persoane sadice și masochiste. Au primit 182 de răspunsuri, dintre care 25% de la femei – excluzând domatoarele de profesie. Cei care au răspuns au completat un chestionar pe teme sexuale. Unele diferențe medii importante au apărut între bărbații și femeile din „subteranele de catifea”\*. Bărbații spuneau că și-au dobândit preferința înainte de vârsta adultă; femeile spuneau că preferința s-a instalat la vârsta adultă. Femeile spuneau că au fost atrase de alte persoane către sado-maso, însă bărbații spuneau că a fost un interes firesc, spontan, din copilărie. Bărbații erau heterosexuali, în vreme ce la femei tendința era către bisexualitate sau homosexualitate (femei „androgenizate”?).

\* În original *velvet underground*, trimitere la cartea omonimă a lui Michael Leigh, care descrie subcultura sexuală secretă a anilor '60 (n. tr.).

Eu cred că bărbații și femeile se deosebesc enorm în ceea ce privește preferințele sexuale, și poate chiar și în ceea ce privește procesul de formare a preferințelor. Bărbații ajung cu ușurință – poate că în mod universal – la o excitare foarte puternică la anumite obiecte concrete. Vederea, pipăirea și mirosirea acestor obiecte îi excită. Mulți își centrează întreaga viață pe urmărirea lor. Obiectele preferințelor bărbaților sunt mai importante decât persoana în sine (picioarele lui Cher sunt mai excitante decât Cher). Acest lucru li se întâmplă rar femeilor – poate că niciodată. Dimpotrivă, femeile capătă preferințe erotice pentru scenarii mai subtile, care implică o secvență a evenimentelor, intimitate și personaje. Esențialul este că obiectele sexuale feminine nu sunt deloc obiecte; ele țin de nivelul întregii persoane și se concentrează pe relațiile personale.

Nu știu de ce este așa. Teoriile propuse nu sunt departe de prostie. Una afirmă că bărbații știu când sunt excitați (deoarece penisul întărit se ridică), așa încât pot să descopere cu ușurință că un lucru anume i-a excitat. În schimb, femeile nu au vreun semnal exterior care să le spună că sunt excitate, așa încât nu pot fi condiționate cu ușurință. Această teorie nu explică nici de ce obiectele care ajung să-i excite pe bărbați au un caracter atât de selectiv, nici de ce femeile aleg situații foarte diferite, mai sociale.

Altă teorie – nesatisfăcătoare, dar nu stupidă – spune că femeile, care trebuie să nască și să crească copii, sunt silite, dacă vor să-și transmită genele, să aleagă cu mare grijă caracterul și perspectivele bărbaților (în vederea zămislirii). Antebrațele musculoase, pielea bronzată și pulpele frumos modelate – pe scurt, înfățișarea – sunt factori cu capacitate foarte redusă de a prezice succesul la zămislire și asigurarea adăpostului. Conversația plină de înțelegere, bogăția, succesul, rangul social (amintiți-vă aforismul lui Henry Kissinger „Puterea este cel mai grozav afrodisiac din lume”), cântecele de dragoste, jurămintele și versurile despre devotament veșnic prezic mai bine faptul că acel bărbat va ajuta la zămislirea copiilor și nu-i

va părăsi la naștere. Femeile care adoptă această strategie reproductivă au mai multe șanse să-și transmită genele decât cele care sunt excitate de simpla înfățișare. Bărbații, afirmă mai departe teoria, nu vor decât să-și răspândească sperma cât mai mult, iar faptul că se călăuzesc după un chip drăgălaș, șolduri late, tinerețe și sâni mari asigură cel mai mare număr de odrasle.<sup>18</sup> Aceasta explică faptele, dar nu dezvăluie mecanismul.

**Schimbarea preferințelor sexuale.** În cursul firesc al vieții, preferințele sexuale din adolescență persistă, dar li se pot adăuga și altele noi. De exemplu, bisexualii pornesc adesea doar cu experiență heterosexuală. Dar pe la douăzeci sau treizeci de ani încep să se comporte conform fanteziilor lor secrete, se întâmplă să aibă o întâlnire homosexuală și devin bisexuali activi. Cuplurile căsătorite sunt atrase către sexul în grup de către alte perechi „petrecărețe“, și uneori prind gustul lui.

Și totuși, vechile preferințe, care rareori dispar de la sine, pot fi uneori modificate – prin terapie explicită. S-au făcut studii ample despre puterea terapiei de a modifica preferințele sexuale, dar subiecții acestora au fost în majoritate atipici: delincvenți sexual. Este posibil ca un exhibiționist sau un pedofil (care agresează sexual copii) să fie arestat și apoi să i se impună terapie pe lângă detenție sau în locul acesteia. Tot așa, bărbații care sunt copleșiți de vinovăție și de rușine sau care vor să se debaraseze de preferințele lor apelează la astfel de terapie. În toate aceste cazuri, există o mare presiune exterioară în direcția schimbării.

Tratamentul exhibiționiștilor este tipic, și sunt folosite mult metodele de mai jos, separat sau în combinație:

- *Șoc electric sau substanțe chimice care provoacă greața:* pacientul citește cu voce tare, la persoana întâi, o serie excitantă de viniete despre exhibiționism. Când ajunge la climax – expunerea penisului erect – i se administrează un șoc dureros sau mirosuri atât de urâte, încât produc greață. Când actul orgasmic devine dezgustător, stimulul dezgustului este administrat din ce în ce mai devreme în cadrul secvenței.

- *Recondiționarea orgasmică:* bărbatul se masturbează, povestindu-și cu voce tare fanteziile. Când ejaculează, înlocuiește fantezia exhibiționistă cu o scenă mai acceptabilă.
- *Saturarea masturbatoare:* bărbatul continuă să se masturbeze încă o jumătate de oră după ejaculare – o sarcină cumplită și umilitoare – repetând cu voce tare fiecare variantă a exhibiției.

Aceste metode au o eficiență redusă. Într-un studiu cu urmărirea evoluției după șase ani, doar 40% dintre bărbații tratați au continuat să practice exhibiționismul, în vreme ce dintre cei netratați 60% au recidivat. Mai recent, terapeuții au început să trateze această problemă în mod cognitiv. De exemplu, pacientul poartă la el cartonașe cu viniete excitante despre exhibiționism. Pe spatele fiecăreia este notată o consecință oribilă a exhibiționismului și a situației de a fi surprins asupra faptului. Când exhibiționistul simte ispita, citește o secvență, apoi întoarce cartonașul și se gândește la consecințele îngrozitoare. Aceasta poate reduce recidivele cu 25%.<sup>19</sup>

Pacienții au raportat modificări atât ale comportamentului, cât și ale dorinței exhibiționiste. Eu cred totuși că ceea ce *doresc* ei rămâne în mare parte neschimbat. Dar ceea ce *fac* ei se modifică substanțial. Este cu totul în interesul făptașului să spună terapeutului, judecătorului, ofițerului care îl supraveghează după ieșirea din închisoare, precum și întregii lumi că nu mai dorește să practice exhibiționismul, așa încât afirmațiile sale nu sunt pe deplin credibile. Dar rapoartele obiective arată că el are cu adevărat mai puține accese de exhibiționism. Bănuiesc că făptașul învață în cursul terapiei să nu se mai lase în voia a ceea ce dorește. Chiar dacă nu este o vindecare, este un lucru bun. De asemenea, sugerează că se pot produce schimbări ale preferințelor sexuale – poate că nu legate de dorințe, ci de acțiuni.

Există o modalitate mult mai eficientă de a-i restricționa pe delincvenții sexual: castrarea. În Europa este folosită pentru delictе foarte grave – viol brutal și molestarea minorilor. Castrarea se efectuează chirurgical – tăierea testiculelor – sau cu



medicamente care neutralizează hormonul produs de testicule. În patru studii despre mai mult de 2000 de delincvenți, desfășurate timp de câțiva ani, rata recidivei a scăzut de la circa 70% la circa 3%. Castrarea cu medicamente, care este reversibilă, funcționează la fel de bine ca intervenția chirurgicală.<sup>20</sup> În America, castrarea este numită „pedeapsă crudă și neobișnuită” și nu se aplică. Când mă gândesc la toți anii irosiți în închisoare, la marea probabilitate de recidivă și la iadul pe care ceilalți prizonieri îl rezervă celor care molestează minori, castrarea mi se pare mai puțin crudă decât pedeapsa „obișnuită”.

#### *Stratul al IV-lea: Rolul sexului: comportament social, personalitate și aptitudini*

Sunt bărbații altfel decât femeile? Sunt băieții altfel decât fetele? Diferențele sexuale pot fi reduse?

Iată câteva întrebări tendențioase, pline de nuanțe politice. Pentru feministi ele evocă intoleranța. Nu sunt altceva decât coduri științifice pentru încercările de a susține că femeile sunt inferioare și pentru a justifica persistența opresiunii masculine. Iar pentru sexiști evocă intoleranța, din motivul opus: ele fac parte dintr-o lungă istorie a manipulării dovezilor de către savanții cu înclinații stângiste, pentru a-și sprijini teoriile sociale preferate – apelând la toate dovezile favorabile pe care le pot aduna, de exemplu, împotriva pedepsei capitale, în favoarea avortului la cerere, împotriva testării coeficientului de inteligență sau în favoarea autobuzelor școlare, și ignorând în același timp dovezile nefavorabile. În această lumină, întrebările de mai sus sunt încercări de a justifica reducerea uriașelor diferențe dintre bărbați și femei care există în realitate, și trebuie să existe, deoarece sunt însăși temelia ordinii sociale.

Orice ar însemna aceste întrebări în plan politic, în esență sunt întrebări despre *rolul* sexual. Există un mare număr de diferențe între sexe: din punct de vedere anatomic, al sănătății,

al alcătuirii creierului și al duratei de viață, ca să nu pomenim decât câteva. Dar numai trei tipuri de diferențe au relevanță nemijlocită pentru rolul sexual: cele sociale, cele legate de personalitate și cele legate de aptitudini. Prezența sau absența unora dintre aceste pretinse diferențe este prea voalată de dovezi contradictorii ca să încerc să vă amăgesc cu părerea mea. Totuși, alte diferențe sunt clare – bazate pe sute de studii cu mii de subiecți. Așa încât vi le voi prezenta pe cele care sunt clare și în privința cărora au căzut de acord majoritatea specialiștilor, bărbați și femei, din aceste domenii – oricât de defavorabile ar putea fi diferențele pentru politica unora dintre ei. De fapt, există un consens surprinzător în privința diferențelor dintre sexe.

Unul dintre punctele acceptate este existența unor uriașe diferențe legate de rolurile sexuale între băieții și fetele de vârstă foarte mică:

- Pe la doi ani băieții vor să se joace cu camioane, iar fetele vor să se joace cu păpuși.
- Pe la trei ani copiii cunosc stereotipurile legate de gen în ceea ce privește îmbrăcămintea, jucăriile, slujbele, jocurile, uneltele și interesele.
- Pe la trei ani copiii vor să se joace cu copii de aceeași vârstă și de același sex.
- Pe la patru ani majoritatea fetelor vor să fie profesoare, surori medicale, secretare și mame; majoritatea băieților vor să aibă slujbe „masculine”.<sup>21</sup>

În cele mai multe culturi, copiii mici categorisesc lumea pe baza sexului și își organizează viața în jurul categoriilor. Nimeni nu trebuie să-i învețe stereotipurile rolurilor sexuale: ei le inventează spontan. Acest lucru nu este deloc surprinzător, și explicația care sare în ochi este că învață rolurile sexuale de la părinții lor. La urma urmei, părinții se comportă altfel cu fiicele lor decât cu fiii. De exemplu, părinții decorează camera fetelor în roz și le pun în leagăn păpuși. Băieții capătă leagăn albastru și pistoale de jucărie.

Lucru surprinzător, copiii crescuți în mod androgin își păstrează stereotipurile cu aceeași forță ca aceia care nu sunt crescuți astfel. Preferințele copiilor mici nu sunt legate de atitudinea părinților sau de educația, clasa socială, slujba și politica sexuală a acestora. Joaca micuților este foarte stereotipică, indiferent de atitudinea părinților sau de comportamentul acestora în legătură cu rolurile sexuale.

Nu este vorba despre faptul că băieții ar fi pur și simplu indiferenți la lecțiile părinților despre *androginie*. Băieții nu numai că ignoră afirmația părinților lor că e în ordine dacă se joacă cu păpuși; dar se împotrivesc cu putere. Dacă un profesor este solicitat să-l convingă pe copil să renunțe la o jucărie „corespunzătoare sexului“, rezultatul este împotrivirea, anxietatea și reacția brutală, în special la băieți. (Amintiți-vă ce suferință producea eticheta de „fătălău“ sau, mai rău, de „ciudat“.) Vizionarea unor înregistrări video cu alți copii care se joacă încântați cu jucării „necorespunzătoare sexului“ nu are efect. Programul intensiv de acasă cu jucării, cântece și cărți androgine, cu mama pe post de învățătoare, nu produce modificări. Intervenția extensivă de la școală nu are ca efect o apropiere de androginie în afara școlii.<sup>22</sup>

Aceste rezultate sunt probabil foarte supărătoare pentru aceia dintre dumneavoastră care sunt ferm convinși că presiunile sociale au rolul principal în crearea rolurilor sexuale. Dacă presiunile sociale sunt cele care le creează, atunci presiunea socială intensă exercitată de părinți și de profesori devotați ar trebui să le reducă. Dar nu se întâmplă așa.

Dat fiind că presiunea socială nu joacă un rol măsurabil în crearea rolurilor sexuale, factorul determinant ar putea fi pur și simplu hormonii fetalii, cel puțin parțial. Există două serii de dovezi: într-un studiu efectuat în anii '70, '74 de viitoare mame au avut rețete pentru medicamente care previn avortul spontan. Aceste medicamente au proprietatea comună de a perturba secretarea hormonilor de masculinizare, androgenii. Jocurile care le plăceau la vârsta de zece ani copiilor născuți de ele au

fost comparate cu cele preferate de copiii din grupurile-pereche de control. Jocurile băieților erau mai puțin masculine, iar ale fetelor erau și mai feminine. De asemenea, există o boală (hiperplazia suprarenală congenitală, HSC) care scaldă feții de sex feminin cu un surplus de androgeni. Când sunt foarte mici, acestor fete le plac jucăriile de băieți și jocurile mai brutale, și sunt mai băiețoase decât cele din grupurile de control. Aceste rezultate sunt extrem de interesante: sugerează că una dintre sursele dorinței băieților de a se juca cu pistoale și ale dorinței fetelor de a se juca cu păpuși se află în faza uterină.<sup>23</sup>

Ați putea fi tentați să trageți concluzia că rolurile sexuale sunt profunde și imposibil de schimbat. V-ați înșela. Pe măsură ce copiii cresc, stereotipurile slăbesc și sunt mai ușor de combătut. La sfârșitul copilăriei ei încep să aibă stereotipuri legate de plâns, dominare, independență și blândețe. Dar acestea sunt mult mai slabe decât stereotipurile legate de jucării și slujbe din prima parte a copilăriei. De fapt, singura diferență cu adevărat constantă dintre comportamentul fetelor și cel al băieților înainte de maturitate este agresivitatea, băieții fiind mult mai agresivi decât fetele. Pe măsură ce copiii cresc, se reduce până și diferența legată de agresivitate. Agresivitatea mai mare a băieților ar putea proveni din socializare (băieții obțin o recompensă mai mare din agresivitate și din competiție decât fetele). Dar originea ei ar putea să fie și hormonii fetalii: atât fiii, cât și fiicele mamelor care au luat medicamente androgenizante pentru prevenirea avortului spontan sunt mai arțăgoși și mai combativi decât copiii care nu au fost expuși la medicamente.<sup>24</sup>

Ironia soartei este că încercarea de a-i determina pe copii să devină androgini, chiar dacă nu funcționează imediat, ar putea avea efect întârziat. Când se fac mari, copiii crescuți de părinți androgini tind să devină ei înșiși androgini. Încurajarea intereselor intelectuale ale fetelor și a căldurii și compasiunii băieților, precum și expunerea copiilor la o gamă de roluri pot avea efect, dar numai pe termen lung.

Acest lucru este important, are logică și înseamnă o veste bună. Copiii mici văd lumea în alb și negru: „Ori sunt băiat,

ori sunt fată. Nu există altă variantă. Dacă îmi plac păpușile, sunt fătălău. Toată lumea urăște ciudații.“ Acestea sunt convingeri profunde. Copiii mici par să îndeplinească un program al rolurilor sexuale alimentat de un imbold de a se conforma care ar putea avea rădăcinile în creierul fătului. Însă, pe măsură ce copilul se maturizează, intră în joc considerente legate de moralitate, de dreptate, de corectitudine, și toleranța poate începe să ia locul conformării oarbe. El sau ea *alege* acum felul în care să se poarte. Deciziile în privința androginiei, a neconvenționalității, a revoltei sunt decizii conștiente, bazate pe simțul a ceea ce este drept și pe viitorul pe care și-l dorește un adolescent. Ca atare, opțiunea androginiei necesită o minte și o conștiință mature, nu este produsul simplei instruirii.

**Aptitudinile spațiale, matematice și verbale.** Pe lângă diferențele clare de personalitate și de comportament social dintre persoanele de genul masculin și feminin, există și diferențe legate de aptitudini. Din imensa cantitate de informații despre aptitudinile școlare au reieșit trei generalități cu care toți cercetătorii sunt de acord:

- Băieții sunt mai buni la temele spațiale și de matematică.
- Fetele sunt mai bune la temele emoționale și, poate, la cele verbale.
- Băieții care iau note fie foarte mari, fie foarte mici sunt mai numeroși decât fetele.

S-au făcut cel puțin două sute de studii pe tema diferențelor sexuale legate de aceste trei componente fundamentale ale „inteligenței“. Punctajul spațial provine din rotația mentală a obiectelor tridimensionale și din alte teme asemănătoare; punctajul matematic provine din aritmetică, algebră și geometrie; punctajul verbal provine din vocabular, analogii și înțelegerea textului scris. Concluzia în privința punctajelor spațial și matematic este unanimă: în medie, băieții se descurcă mai bine, dar diferența este doar moderată. Pentru a etalona diferența „moderată“, să presupunem că pentru a deveni inginer trebuie să te clasifici în cele cinci procente superioare la capitoul aptitudini

spațiale. Punctajele arată că 7,4% dintre bărbați și 3,2% dintre femei obțin un asemenea clasament. Aceasta înseamnă că în lumea reală ar trebui să existe cam doi ingineri bărbați la o femeie inginer. Raportul real este de douăzeci la unu.<sup>25</sup>

Este posibil ca femeile să fie mai bune decât bărbații la testele verbale. 165 de studii recente au arătat că există o diferență mică, dar foarte constantă. Acum douăzeci de ani avantajul feminin era limpede, dar, conform testelor naționale de evaluare a nivelului școlar, băieții au eliminat decalajul.

În medie, femeile sunt clar mai bune la problemele emoționale decât bărbații. Ele judecă mai bine emoțiile exprimate de trăsăturile feței, decodifică mai bine indiciile nonverbale, recunosc mai ușor chipurile și își exprimă mai bine emoțiile în plan nonverbal. De asemenea, au fața mai expresivă. Toate aceste diferențe sunt moderate (puțin mai mari decât în cazul aptitudinilor spațiale). Ar trebui să rețineți că până și cele mai mari diferențe dintre sexe în privința aptitudinilor sunt mai mici decât diferența medie de înălțime dintre sexe. Cei care cred că punctajele mai mari ale bărbaților la matematicile superioare și la problemele spațiale sugerează că bărbații ar trebui să domine ingineria și știința trebuie să fie pregătiți să accepte argumentul invers în cazul psihiatriei, psihologiei și gestionării resurselor umane.<sup>26</sup>

Cea mai interesantă diferență dintre aptitudinile bărbaților și cele ale femeilor este subtilă, dar importantă, după părerea mea. De obicei, când savanții compară diferențele legate de aptitudini, cercetează diferențele medii: de exemplu, femeia medie se pricepe mai bine decât bărbatul mediu la descifrarea emoțiilor. În cea mai mare parte, diferențele medii dintre sexe nu sunt mari. Totuși, cum stau lucrurile cu extremele? Dacă vrem să știm cine are mai multe șanse să fie foarte bun sau foarte rău – un mare savant sau un mare poet, un mare criminal sau un individ profund retardat –, nu o vom afla pe baza diferențelor medii. Dar ne vor ajuta punctajele extreme, și între punctajele extreme există o diferență uimitoare. Punctajele în

privința aptitudinilor masculine tind să fie extreme mai des decât cele în privința aptitudinilor feminine. Distribuția punctajelor are formă de clopot la ambele sexe, dar la femei punctajele se aglomerează la mijloc, în vreme ce ale bărbaților prelungesc mult graficul la fiecare capăt. Altfel spus, de exemplu, punctajul mediu pentru înțelegerea textului scris din California Achievement Test este destul de asemănător la băieți și la fete, cu un mic avantaj feminin, dar dacă privim extremele numărul băieților cu punctaje-limită este de câteva ori mai mare.<sup>27</sup>

Oamenii se miră adeseori că sunt mult mai mulți bărbați genii ale matematicii, directori generali, câștigători ai Premiului Nobel, campioni la șah, mari violoniști și jucători de talie mondială. Răspunsul ar putea fi că există mai mulți bărbați la extrema superioară a distribuirii aptitudinilor relevante. Când ne întrebăm de ce sunt mult mai mulți băieți retardați decât fete și mult mai mulți băieți care renunță la școală, răspunsul ar putea fi că există mai mulți bărbați la extrema inferioară.

Și totuși, chiar dacă descrie cu exactitate faptele, acest răspuns nu pune capăt disputei. Unii spun că sunt mai mulți bărbați la extreme din cauza învățării sociale, în care bărbații talentați beneficiază de mai multă atenție din partea mentorilor, în vreme ce femeile talentate au în același timp și responsabilități domestice sau sunt ignorate ori descurajate. Posibil, dar asta nu explică de ce sunt mai mulți bărbați retardați. Alții spun că evoluția biologică poate să explice diferența. Femeile au fost selectate să fie constante și serioase, în vreme ce bărbații au fost selectați pentru capacitatea de a fi diferiți. Însă această explicație nu se susține dacă privim comparativ diversele culturi. Există mai multă variabilitate masculină în SUA, dar mai multă variabilitate feminină în țări ca Filipine și Africa de Sud.<sup>28</sup> Dacă variabilitatea este o trăsătură evoluționară, ar trebui să fie la fel în toată lumea. Eu cred că explicația acestei diferențe la extreme rămâne cea mai importantă problemă neelucidată de studierea diferențelor dintre sexe.

Diferențele legate de aptitudini se pot schimba, sau nu? Răspunsul meu este „da”, cu câteva rezerve. La nivel individual, aptitudinile verbale, matematice și spațiale pot fi îmbunătățite prin învățură. Acesta este rostul școlii, ca și al emisiunii *Sesame Street*. Aptitudinile spațiale ale oricărei fete pot fi îmbunătățite prin învățura potrivită, ca și aptitudinile verbale ale oricărui băiat. Și aptitudinile emoționale pot fi îmbunătățite prin învățură. Asta fac eu, ca director de programe de pregătire în psihologia clinică, la University of Pennsylvania. Scopul nostru este să-i pregătim pe tinerii psihologi talentați să fie mult mai buni la rezolvarea problemelor emoționale – spre binele lor și al viitorilor lor pacienți.

Dar diferențele *de grup* între sexe pot oare să scadă? Vor putea femeile, în medie, să ajungă la nivelul bărbaților în ceea ce privește rotirea în minte a obiectelor tridimensionale? Vor putea bărbații să ajungă la nivelul femeilor în ceea ce privește detectarea furiei mascate? Nu știu. Dar există un început de schimbare. Multe dintre diferențele între sexe în privința aptitudinilor s-au redus în ultimii douăzeci și cinci de ani, și aceasta coincide cu faptul că societatea noastră tratează băieții și fetele din ce în ce mai asemănător.<sup>29</sup>

Ca să rezumăm capitolul despre stratul al IV-lea: rolurile sexuale pot fi modificate – între anumite limite. Rolurile sexuale pe care le adoptă băieții și fetițele se deosebesc radical. Ele sunt fixate și stereotipizate. Creșterea băieților astfel încât să semene mai mult cu fetele, și viceversa, nu dă roade – pe termen scurt. Însă pe termen lung s-ar putea să funcționeze. Când se maturizează, copiii crescuți cu exemple parentale de toleranță pentru mai multe roluri sexuale devin mai apropiați de androginiști. Există unele diferențe clare între sexe în privința aptitudinilor: în medie, fetele se descurcă mai puțin bine la problemele spațiale și matematice, dar mai bine la cele emoționale. Totuși, cu ajutorul învățării toate aceste aptitudini pot fi îmbunătățite semnificativ, și există dovezi că diferențele *de grup* dintre sexe se reduc atunci când tratăm băieții și fetele în mod asemănător.

*Stratul al V-lea: Funcționarea sexuală:  
corectarea disfuncției sexuale*

Să presupunem că primele patru straturi ale sexualității dumneavoastră sunt în bună stare de funcționare: aveți o identitate, o orientare fixată, preferințe stabilite și un rol sexual limpede. Sunteți cu cineva care corespunde dorințelor dumneavoastră și vă aflați într-o situație erotică. E noaptea cea mare. Ce-ar mai putea să meargă prost acum?

Păi, o grămadă de lucruri. Este posibil ca funcționarea sexuală să sufere o avarie. Dacă sunteți bărbat, ați putea:

- să nu vă mențineți erecția (*impotență*)
- să ejaculați în primele secunde (*ejaculare precoce*)

Dacă sunteți femeie, ați putea:

- să nu vă excitați (*frigiditate*)
- să nu ajungeți la orgasm

Aceste probleme se numesc *disfuncții* sexuale. Sunt probleme chinuitoare și destul de obișnuite. Până acum douăzeci de ani, erau în general imposibil de rezolvat. Oamenii le răbdau pur și simplu. Căsătoriile erau tensionate până la punctul destrămării. Iubirea se acrea. Urmau dezgustul de sine și depresia profundă. Când disperarea tăcută devenea insuportabilă, oamenii apelau la terapie, care de obicei eșua. Dar, mulțumită unei descoperiri epocale, cele mai multe dintre aceste disfuncții sunt în prezent vindecabile.

Funcționarea sexuală adecvată este exact paralelă la bărbat și la femeie. Are două faze: excitarea și orgasmul. În prima fază femeia se simte excitată. Vaginul ei este lubrifiat și se umflă exact atât cât să poată cuprinde „ca o mânășă” penisul. Clitorisul i se întărește. Uterul i se lărgește. Sfârcurile i se umflă. În prima fază bărbatul se simte excitat. Penisul i se întărește (vassele de sânge din penis se măresc spectaculos, sângele pătrunde în ele și un sistem de supape îl blochează acolo).

Excitarea este preludiul natural al orgasmului. La bărbat, după suficientă stimulare a penisului se ajunge la un palier de inevitabilitate orgasmică. Dacă nu se produce nici o întrerupere, curând sperma este eliberată (*emisia*) și imediat pompată afară printr-o serie de contracții ritmice (la intervale de 0,8 secunde) ale mușchilor puternici de la baza penisului (*ejacularea*). Ejacularea este însoțită de o plăcere spasmodică extrem de puternică. La femei orgasmul este declanșat de clitoris și apoi exprimat printr-o serie de contracții ritmice (ați ghicit, la intervale de 0,8 secunde) ale mușchilor din jurul vaginului. Este însoțit de senzații extatice.

Când ne gândim la prăpastia „de netrecut” dintre sexe, găsesc că este foarte consolator să știm că biologia fundamentală a excitării sexuale și a orgasmului este perfect paralelă la bărbat și la femeie. Probabil că partenerul/partenera simte exact ceea ce simțiți și dumneavoastră.

Și la bărbați, și la femei pot să apară defecțiuni în oricare din faze, și punctul în care apare defecțiunea definește disfuncția sexuală specifică. Oricare ar fi problema, este întotdeauna complicată de *transpunerea în starea de spectator*. Când lucrurile merg prost sau când vă temeți că lucrurile vor merge prost, începeți să vă urmăriți făcând dragoste – din exterior. Aceasta vă împiedică să vă lăsați purtat de actul sexual, și astfel agravează problema specifică. Transpunerea în starea de spectator creează o neliniște suplimentară, declanșând astfel un cerc vicios. Acesta este un indiciu despre ceea ce merge prost în orice disfuncție sexuală. Excitarea și orgasmul sunt rezultatul unor sisteme biologice care pot fi blocate de emoțiile negative. Neliniștea, furia și deprimarea interferează cu excitarea și orgasmul, iar transpunerea în starea de spectator agravează toate disfuncțiile sexuale, deoarece sporește neliniștea.

Dacă o femeie este speriată sau furioasă în timpul raportului sexual, este posibil să i se blocheze excitația sau orgasmul. Există multe cauze obișnuite: se teme că nu va ajunge la orgasm, se simte neputincioasă și exploatată, îi este rușine de

excitarea ei, se așteaptă la durere fizică în timpul actului sexual, se teme de graviditate, i se pare că partenerul nu este atrăgător sau crede că el nu este bărbatul potrivit. Cauzele blocajului sexual sunt paralele la bărbat.

La sfârșitul anilor '60, William Masters și Virginia Johnson au inventat *terapia sexuală directă* pentru aceste probleme care atunci erau refractare la orice tratament. Terapia lor era revoluționară și se deosebește în trei feluri de terapiile sexuale folosite anterior:

- Nu etichetează pe cineva drept „nevrotic“ sau afectat de altă dereglare profundă din cauza frigidității sau a ejaculării precoce, ci consideră că problema este locală (stratul al V-lea din expunerea mea), nu globală.
- Tratează problema ca problemă a cuplului, nu a unui individ. Consultația se face pe perechi. (În unele variațiuni, dacă unul dintre parteneri nu vine, există un surrogat.)
- Cuplul practică raporturile sexuale direct, conform sfaturilor și instrucțiunilor terapeutului. De obicei este vorba despre una sau două săptămâni de terapie zilnică. Terapia are loc în timpul zilei, și apoi cuplul se retrage în intimitatea unui hotel, unde practică ceea ce i-a fost prescris. A doua zi dimineața raportează progresele.

Terapia sexuală directă nu este ceva ce putem face singuri, și în prezent terapeuții pot fi găsiți în aproape toate zonele populate ale Americii. Întrebați-vă terapeutul (în caz că ați apelat la unul) dacă folosește tehnicile Masters și Johnson. Tratamentul tuturor disfuncțiilor este similar, așa că voi ilustra doar una dintre ele.

*Cindy nu a avut niciodată orgasm, și căsnicia cu Bob începe să se ducă de răpă. Cei doi merg în Philadelphia ca să lucreze cu doi terapeuți de la Marriage Council. Cindy învață să se masturbeze cu un vibrator. După aceea, are primul ei orgasm, singură. Aceasta îi dă încredere și îi alungă o parte din teama de necunoscut. Apoi Bob este instruit să înceapă să participe - treptat. În noaptea aceea nu face decât să o privească pe Cindy cum ajunge la orgasm. În a doua noapte el este cel care ține vibratorul. În noaptea următoare, în vreme ce ea se masturbează,*

*el îi atinge ușor clitorisul cu degetul lubrifiat. În această fază Cindy începe să se transpună în rolul de spectator, dar este încurajată să-și dezlănțuie fanteziile sexuale, ca să-și abată atenția. După ce este depășit acest obstacol, Cindy și Bob trec la sensate focus, o secvență treptată de mângâieri reciproce, în care se pune accentul pe oferire și primire. Aceasta culminează cu un raport sexual fără cerințe - raport sexual fără așteptarea sau presiunea de a avea orgasm. Cindy are două orgasme în timpul primei ședințe de raport sexual fără cerințe. La șase ani după terapie, Cindy are aproape de fiecare dată orgasm în timpul raportului sexual.*

Terapia sexuală directă tratează toate disfuncțiile sexuale majore, cu excepția ejaculării întârziate, cu rate mari de reușită - 70-90%. După ce s-a încheiat cu succes tratamentul, recidivele sunt foarte rare.<sup>30</sup>

## Concluzie

Ideea de *profunzime* ne organizează viața erotică și afectează gradul în care o putem modifica. Identitatea sexuală și orientarea sexuală sunt foarte profunde și se schimbă puțin sau deloc. Preferința sexuală și rolul sexual sunt de *profunzime medie* și, ca atare, se schimbă întrucâtva. Disfuncția sexuală este o problemă de suprafață, care se poate rezolva ușor prin tratamentul potrivit. Acesta este începutul unei teorii globale, iar ceea ce înseamnă cu adevărat *profunzimea* și modul în care se aplică ea pe tot parcursul vieții noastre constituie subiectul capitolului 15.

Vreau să închei acest capitol cu problema sexuală cea mai frecventă și cel mai puțin cunoscută. Atât de obișnuită este această problemă, atât de mare este probabilitatea să suferiți de ea, încât de obicei trece neobservată. Nici măcar nu are un nume. Scriitorul Robert Davies a poreclit-o *acedie*.<sup>31</sup> Acedia era considerată păcat - de fapt, unul dintre cele șapte păcate capitale. Teologii medievali au tradus-o prin „lene“, dar nu

lâncezirea fizică este ceea ce face acedia să fie atât de cumplită. Lâncezirea sufletului, indiferența care se furișează în noi pe măsură ce înaintăm în vârstă și ne obișnuim cu cei pe care îi iubim este cea care otrăvește o parte atât de mare din viața de adult.

În timp ce ne luptăm să scăpăm de problemele adolescenței și ale începutului maturității, observăm adesea că înfrângerile și respingerile care ne tulburau în tinerețe nu mai sunt atât de dureroase. Acest lucru apare ca o ușurare bine-venită, dar are un preț. Ceea ce ne amortizează zbuciumul și durerea pierderii, indiferent ce-ar fi, ne amortizează și bucuria. Indiferența care se furișează în noi pe măsură ce înaintăm în vârstă și căpătăm experiență este ușor de confundat cu creșterea înțelepciunii. Indiferența nu este înțelepciune. Este acedie.

Simptomul acestei afecțiuni care mă îngrijorează este dispariția atracției sexuale, care se produce de obicei între îndrăgostiți atunci când se obișnuiesc unul cu celălalt. Trist este că atracția pasionată care îi mistuia la începutul relației se stinge pe măsură ce ajung să se cunoască bine. Cu timpul, devine un tăciune; adesea, cenușă. În răstimpul câtorva ani, pasiunea sexuală piere din majoritatea căsnicilor, și mulți parteneri încep să caute în altă parte posibilitatea de a aprinde din nou flacăra acestei părți plăcute a vieții. Ceva ușor de realizat cu un nou iubit; dar acedia nu poate fi negată, și ciclul este reluat. Aceasta este cauza celor mai multe dintre divorțurile moderne, și aceasta este tulburarea sexuală de care este cel mai probabil să suferiți. O numesc tulburare deoarece îndeplinește criteriile definitorii ale unei tulburări: la fel ca transsexualitatea, sado-masochismul sau impotența, afectează grav relațiile sexuale pline de dragoste pe care le aveau două persoane.

Cercetătorii și terapeuții nu au considerat necesar să organizeze un asalt împotriva acediei. Nu o veți găsi în nici o nosologie, în nici o listă prioritară a problemelor pe care trebuie să le rezolve o fundație, în nici un buget guvernamental pentru sănătatea mintală. Este consemnată pe undeva prin paginile

revistelor pentru femei și în broșurile ușurele despre „cum să-ți păstrezi bărbatul“. Acedia este privită cu toleranță sau cu indiferență de către cei care ar putea descoperi, de fapt, cum funcționează ea și cum poate fi vindecată.

Vreau să evidențiez faptul că acedia este tulburarea sexuală cea mai dureroasă, mai costisitoare, mai misterioasă și mai puțin cunoscută dintre toate. Prin urmare, are cea mai mare prioritate.

## 12. REGIMURILE DE SLĂBIRE: ESTE UN LUCRU ÎNGROZITOR SĂ TE OCUPI DE TALIE\*

Tocmai am mâncat de prânz. Un bufet minunat – pentru douăzeci și doi de dolari mănânci pe săturate – pierzania mea. Nu pot să nu gust din toate și apoi să mai iau din cele care-mi plac mult. Chiar după prima farfurie plină – creveți, *sashimi* și salată de cartofi –, mi-am dat seama că stomacul mi-e plin și că nu mai am nevoie de mâncare. Dar m-am întors de mai multe ori: o farfurie vârfită cu mezeluri, chifle și unt, apoi încă o porție de creveți și niște somon afumat, apoi felurile calde – rață cu ceapă, pui prăjit cu condimente și cârnați – și niscaiva legume, de ochii lumii. Apoi salatele (cea de avocado și bacon a fost grozavă) și fructele proaspete. Și după toate astea am trântit trei porții de desert: spumă de ciocolată albă, prăjitură cu morcovi și plăcintă cu cireșe.

Cum mă simt acum? Păi, gata să plesnesc, firește. Dar și gras, urât, cu sănătatea zdruncinată și rușinat.

De la douăzeci de ani încoace îmi tot supraveghez greutatea și mă abțin de la mâncare – cu excepția unor dezvățuri, ca acum. Pe atunci aveam cam 80 de kilograme, cu vreo 8 peste greutatea mea „ideală” oficială („cu oase mari și pieptos”, îmi ziceam eu). Acum, după treizeci de ani, am 90 de kilograme, cu vreo 11 peste „ideal”. „De când sunt adult duc o viață sedentară: scriu, fac cercetare, mă ocup de pacienți, predau, îmi zic eu, și nu m-am apucat să fac mișcare decât anul trecut –

\* În original, *A waist is a terrible thing to mind*, joc de cuvinte de la *A mind is a terrible thing to waste* (aprox. „Este un lucru îngrozitor să irosești o minte”), sloganul lansat de United Negro College Fund (n. tr.).

înot zilnic 800 de metri.” Am încercat cam o duzină de regimuri de slăbire – postul, dieta Beverly Hills, fără carbohidrați, Metrecol în loc de masa de prânz, 1200 de calorii pe zi, puține grăsimi, fără masă de prânz, fără amidon, câte o cină sărită. În urma fiecăruia am dat jos între 4,5 și 8 kilograme, în răstimp de o lună.

Ba mint: a trebuit să renunț la dieta Beverly Hills – mâncam pe săturate ananas și pepene verde –, pentru că m-am ales cu o diaree urâtă de tot. Oricum, întotdeauna puneam la loc kilogramele, și mi-a crescut greutatea cu circa o jumătate de kilogram pe an – inexorabil.

Acesta este cel mai consecvent eșec din viața mea. Și în plus este un eșec pe care nu mi-l pot scoate din minte, la fel ca neputința de a mă descotorosi de lovitura mea *slice* la golf. Sunt prea multe lucruri care mi-l amintesc, de câte ori mă privesc în oglindă și de câte ori mă uit la un fel de mâncare ispititor. În treizeci de ani de regimuri de slăbire, iată ce am încercat să obțin:

- Vreau să devin mai atrăgător. Urâsc colacul ăsta de grăsime de 5 centimetri din jurul taliei.
- Vreau să-mi păstrez sănătatea. Tata a suferit un atac cerebral când avea exact vârsta mea de acum.
- Vreau să am un tonus mai bun. Adesea mă simt obosit și nervos.
- Vreau să simt că eu hotărâsc, nu că sunt un om în toată firea înfrânt de o prăjitură cu morcovi.

Motive destul de solide. Cred că ar trebui să continui așa. Foarte bine, adio cină în seara asta, doar o cafea (cu zaharină) mâine-dimineață, nici un desert până la sfârșitul săptămânii.

Ei, ei, ia s-o lăsăm mai moale. În ultimii ani am citit și literatura de specialitate, nu ploaia de cărți despre regimuri de slăbire, care se vând ca pâinea caldă, sau potopul de articole despre cele mai noi diete, de prin revistele pentru femei. Descoperirile științifice mi se par limpezi, dar încă nu s-a ajuns la consens. O să-mi asum riscul în acest capitol, pentru că văd foarte multe semne care indică aceeași direcție. Curând, cred



eu, concluziile pe care le-am tras vor reprezenta consensul oamenilor de știință. Niște concluzii care m-au surprins. Probabil că vă vor surprinde și pe dumneavoastră, și s-ar putea să vă schimbe viața.

Iată cum văd eu lucrurile<sup>1</sup>:

- Regimurile de slăbire nu au efect.
- Regimurile de slăbire pot să agraveze problema excesului de greutate, în loc s-o amelioreze.
- Regimurile de slăbire pot să dăuneze sănătății.
- Regimurile de slăbire pot să provoace tulburări de alimentație – bulimie și anorexie.

### Sunteți supraponderal?

Iată un grafic al „greutății ideale”. Aveți mai mult decât greutatea „ideală” pentru sexul, înălțimea și vârsta dumneavoastră? Dacă da, sunteți „supraponderal”. Ce înseamnă asta cu adevărat? Greutatea „ideală” se poate afla cu ușurință. Patru milioane de persoane, acum decedate, care s-au înscris la principalele companii de asigurări de viață din America au fost cântărite și măsurate. Care este greutatea medie la care s-a dovedit că oamenii de o anumită înălțime au trăit cel mai mult? Acea greutate este numită „ideală” sau „recomandată”. Este ceva greșit în asta?

Sigur că da. Folosul real al tabelului, și motivul pentru care doctorul dumneavoastră îl ia în serios, este că o greutate „ideală” implică faptul că, în general, dacă slăbiți până ajungeți la greutatea dumneavoastră ideală veți trăi mai mult. Aceasta este teoria crucială. Într-adevăr, persoanele mai slabe trăiesc în general mai mult decât cele mai grase, dar cu cât anume mai mult? Iată un subiect care stârnește discuții aprinse.

### Compania Metropolitană de Asigurări de Viață, tabel al greutății și înălțimii, 1983<sup>2</sup>

Înălțime	Carură mică	Carură medie	Carură mare
<b>BĂRBAȚI (25–59 de ani, cu haine care cântăresc 2,5 kilograme)</b>			
1.57	58–60.7	59.4–64	62.6–68
1.60	59–61.7	60.3–64.9	63.5–69.4
1.62	59.9–62.6	61.2–65.8	64.4–70.8
1.65	60.8–63.5	62–67	65.3–72.6
1.67	61.7–64.4	63–68.5	66.2–74.4
1.70	62.6–65.8	64.4–69.8	67.6–76.2
1.72	63.5–67	65.8–71.2	69–78
1.75	64.4–68.5	67–72.6	70.3–79.8
1.77	65.3–69.8	68.5–74	71.7–81.6
1.80	66.2–71.2	69.8–75.3	73–83.5
1.83	67.6–72.6	71.2–77	74.4–85.3
1.85	69–74.4	72.6–79	76.2–87
1.88	70.3–76.2	74.4–80.7	78–89.3
1.90	71.7–78	75.7–82.5	79.8–91.6
1.93	73.5–79.8	77.6–84.8	82–94
<b>FEMEII (25–59 de ani, cu haine care cântăresc 1,5 kilograme)</b>			
1.47	46.3–50.3	49.4–54.4	53.5–59.4
1.50	46.7–51.2	50.3–55.8	54.4–60.8
1.52	47–52	51.2–57	55.3–62
1.55	48–53.5	52–58.5	56.7–63.5
1.57	49–54.9	53.5–59.9	58–64.9
1.60	50.3–56.2	54.9–61.2	59.4–66.7
1.62	51.7–57.6	56.2–62.6	60.8–68.5
1.65	53–59	57.6–64	62–70.3
1.67	54.4–60.3	59–65.3	63.5–72
1.70	55.8–61.7	60.3–66.7	64.9–74
1.72	57–63	61.7–68	66.2–75.7
1.75	58.5–64.4	63–69.4	67.6–77
1.77	59.9–65.8	64.4–70.8	69–78.5
1.80	61.2–67	65.8–72	70.3–79.8
1.83	62.6–68.5	67–73.5	71.7–81

Însă teoria crucială este nefondată, deoarece greutatea (pentru orice înălțime) variază între niște limite normale, *normale* atât în sens statistic, cât și în sens biologic. Dar, în primul rând, de ce există o variație a greutateii? De ce nu toate femeile înalte de 1,62 m, în vârstă de treizeci și cinci de ani, au greutatea de 58 de kilograme? Unele au mai mult de 58 din cauză că au oase mari, sau sâni mari, sau metabolism lenș. Altele, din cauză că mănâncă prea mult și nu fac deloc mișcare. În sensul biologic, cel care se uită toată ziua la televizor poate fi numit pe drept cuvânt supraponderal, în vreme ce persoanele cu sâni mari, cu oase mari și cu metabolism lenș, pe care tabelul valorilor „ideale” le categorisește drept supraponderale, au greutatea lor naturală, cea mai sănătoasă. Dacă sunteți o femeie de 1,62 m și aveți 70 de kilograme, sunteți „supraponderală” cu vreo 8 kilograme. Aceasta nu înseamnă nimic mai mult decât că femeia medie de 1,62 m și 58 de kilograme trăiește ceva mai mult decât femeia medie de 1,62 m și 70 de kilograme. Nu reiese că dacă slăbiți până la 56 de kilograme veți avea mai multe șanse să trăiți mai mult.

Iată o analogie. Imaginați-vă că bărbații de cincizeci de ani care au părul cărunt mor mai devreme decât cei de cincizeci de ani care nu sunt cărunți. Dacă sunteți un bărbat de cincizeci de ani cărunt, ar trebui să vă vopsiți părul? Nu, și asta din două motive: în primul rând, oricare ar fi cauza încăruntării, ea poate să producă și moartea mai devreme, iar colorarea părului nu v-ar prelungi viața, deoarece nu elimină cauza morții timpurii. În al doilea rând, vătămările provocate de vopsirea repetată a părului cu chimicale ar putea chiar să vă scurteze viața.

În ciuda ușurinței cu care sunt oferite sfaturi pentru regimurile de slăbire, nimeni nu a verificat în mod corespunzător dacă slăbirea până la greutatea „ideală” lungeste viața. Studiul corect ar trebui să compare longevitatea persoanelor care au greutatea „ideală” fără să țină regim cu cea a persoanelor care ajung la greutatea „ideală” ținând regim. Fără un astfel de studiu, recomandarea medicală obișnuită de a slăbi până la greutatea „ideală” este pur și simplu neîntemeiată.<sup>3</sup>

Nu vorbesc în vânt, deoarece există dovezi că regimurile de slăbire ne afectează sănătatea, fapt care ne poate scurta viața.

### Miturile supraponderalității

Sfatul să țineți regim de slăbire până ajungeți la greutatea „ideală”, pentru a avea o viață mai lungă, este unul dintre miturile supraponderalității. Iată altele.

**Persoanele supraponderale mănâncă prea mult.** Greșit. Nouăsprezece din douăzeci de studii arată că persoanele obeze nu consumă zilnic mai multe calorii decât cele care nu sunt obeze. Într-un experiment remarcabil, un grup de persoane cu obezitate gravă și-au redus prin regim surplusul de greutate la doar 60% și s-au menținut acolo. Pentru aceasta era nevoie să consume zilnic cu 100 de calorii mai puțin decât consumau persoanele normale pentru a rămâne la greutatea normală. A-i spune unei persoane grase că dacă își schimbă obiceiurile alimentare și mănâncă „normal” o să slăbească este o minciună. Ca să slăbească și să-și mențină greutatea, va trebui să mănânce chinuitor de puțin față de o persoană normală, probabil tot restul vieții sale.<sup>4</sup>

**Persoanele supraponderale au o personalitate supraponderală.** Greșit. Cercetările ample despre personalitate și greutate nu au dovedit mare lucru. Persoanele obeze nu se deosebesc prin nici un stil principal de personalitate de cele care nu sunt obeze. De exemplu, nu sunt mai sensibile la indiciile exterioare ale hranei (de exemplu, mirosul pâinii cu usturoi) decât cele care nu sunt obeze.<sup>5</sup>

**Inactivitatea fizică este una dintre principalele cauze ale obezității.** Probabil că nu. Persoanele grase sunt, într-adevăr, mai puțin active decât cele slabe, dar probabil că mai degrabă inactivitatea este provocată de grăsime decât invers.

**Supraponderalitatea dovedește lipsă de voință.** Acesta este mitul miturilor. Când sunt învins de o bucată de prăjitură cu morcovi mă simt ratat: ar trebui să fiu în stare să mă abțin, și ceva nu e în ordine la mine din punct de vedere moral dacă mă dau bătut. Grăsimea este considerată rușinoasă din cauza credinței că oamenii sunt răspunzători pentru greutatea lor. A fi supraponderal este totuna cu a fi un nesimțit fără pic de voință. Credem asta în principal pentru că am văzut o mulțime de oameni care au hotărât să slăbească și chiar au slăbit în câteva săptămâni.

Dar aproape toți revin la vechea greutate după ce au dat jos un anumit număr de kilograme. Corpul nostru are o greutate naturală pe care o apără energic în ciuda oricărui regim de slăbire. Cu cât se încearcă mai multe regimuri, cu atât trudește mai aprig trupul ca să învingă fiecare nou regim. Greutatea este în mare parte genetică. Toate acestea dovedesc că interpretarea greutății excesive ca „lipsă de voință“ este o minciună. Mai exact, ținerea unui regim de slăbire face voința conștientă a individului să se ciocnească de un potrivnic mai profund și mai vigilent: sistemul biologic de apărare împotriva înfometării al speciei. Voința conștientă poate să câștige uneori o bătălie – dar aproape întotdeauna pierde războiul.

### *Demografia regimurilor de slăbire*

Suntem o cultură obsedată de siluetă. De câte ori pe zi vă gândiți la greutatea dumneavoastră? Ori de câte ori vă vedeți în treacăt în oglindă corpul despuiat sau bărbia dublă? Ori de câte ori atingeți colacul de grăsime din jurul taliei? La fiecare masă? Ori de câte ori mâncați ceva gustos și ați mai mâncat? Ori de câte ori vă este foame? Presupun că adultul supraponderal obișnuit (marea majoritate dintre noi) se gândește cu nemulțumire la corpul său de mai mult de cinci ori pe zi. În schimb, de câte ori pe zi vă gândiți la salariu? Presupun că o

dată pe zi, sau, dacă sunteți cu adevărat strâmtorat, cam de cinci ori pe zi. A fi supraponderal este la fel de important ca a avea buzunarele goale?

Atât eu, cât și dumneavoastră și circa 100 de milioane de alți americani împărtășim această nemulțumire sâcâitoare. În 1990 americanii au cheltuit peste 30 de miliarde de dolari pentru industria slăbitului, aproape la fel de mult cât a cheltuit guvernul federal pentru educație, forțele de muncă și serviciile sociale luate la un loc. Aceste milioane s-au revărsat în clinici pentru slăbire și în programe de slăbire comerciale, în stațiuni balneare și săli de exerciții fizice, în 54 de milioane de exemplare ale cărților despre slăbit. 10 milioane de dolari au fost cheltuite pe băuturi nealcoolice de regim. S-au făcut 100 000 de operații de blocare a maxilarelor și de liposucție care au costat câte 3500 de dolari. Fiecare adult supraponderal din America a cheltuit pentru slăbit mai mult de 500 de dolari. Am putea economisi măcar la fel de mult dacă am fi convinși că nu suntem supraponderali sau că nu putem face nimic în privința asta.<sup>6</sup>

Industria modei, industria distracțiilor și revistele pentru femei ne bombardează cu modele feminine de frumusețe și de talent atât de suplă, încât aproape că nu reprezintă nici o femeie reală. Noi suntem din ce în ce mai grași, dar modelele sunt din ce în ce mai slabe. Din 1959 până în 1978 fata din posterul revistei *Playboy* a devenit vizibil mai slabă, iar greutatea medie a participantelor la concursul Miss America a scăzut cu 150 de grame pe an. În aceiași 20 de ani femeia americană s-a îngrășat în medie cu tot atâtea grame. Ambele tendințe au continuat în anii '90.<sup>7</sup>

Cei care alimentează dorința de a slăbi sunt moștenitorii acelor pionieri ai campaniilor publicitare care în prima jumătate a acestui secol au creat nesiguranța și apoi s-au înfruptat din ea („El a zis că ea a zis că lui îi miroase urât gura“). Nu trebuie să subestimăm influența industriei slăbitului. Ea a pus gheara pe cea mai mare parte a pieței dezvoltării personale și

pe un procent destul de mare din cheltuielile pentru sănătate din America. Este egoistă și puternică. Îi place faptul că tablele cu „greutatea ideală” ne așază pe atât de mulți dintre noi în categoria supraponderalilor. O încântă credința americanilor că un pic de greutate în plus este un mare risc pentru sănătate. O extaziază faptul că acum femeile slabe le par bărbaților mai sexy decât cele voluptuoase. O face să înflorească faptul că americanii sunt atât de nesiguri pe ei și cumplit de nemulțumiți de trupul lor. Are pe statele de plată unii dintre cei mai mari oameni de știință din domeniul poftei de mâncare, care publică în presă articole de popularizare a unor regimuri de slăbire noi și îmbunătățite și care exagerează riscurile excesului de greutate.

Toate acestea au creat un public general care este nemulțumit de propriul trup, ba chiar disperat, și e dornic – ba chiar nerăbdător – să-și cheltuiască o parte substanțială din venituri, cu credința că poate să devină, și chiar va deveni, mult mai slab decât este. Dar a venit vremea ca toate acestea să înceteze.

### *Efectul Oprah*

Există un consens profesional în privința a două lucruri.

- Se poate slăbi într-o lună sau două cu aproape orice regim de slăbire.
- Este aproape sigur că în câțiva ani kilogramele vor fi puse la loc.

Publicul american a urmărit cu fascinație plină de nădejde cum gazda unui talk-show destinat în principal casnicilor, Oprah Winfrey, a început regimul Optifast, care este, teoretic, o dietă bazată pe foarte puține calorii (VLCD – *very low calory diet*). Ea a slăbit din ce în ce mai mult sub ochii noștri: 82 de kilograme, 74, 68, 63, 55. În câteva luni a dat jos 30 de kilograme și arăta zveltă și mignonă. Oprah a lăudat dieta, și afacerea Optifast a înflorit brusc. Pe parcursul anului următor publicul a urmărit-o cu fascinație morbidă pe Oprah cum ajunge de la 50 de kilograme la 55 și la 60 și parcurge tot drumul

înapoi la 82. Nemulțumită, Oprah a criticat regimul, iar afacerea Optifast a început declinul.

„Efectul Oprah” nu a fost o surpriză pentru comunitatea științifică. Încă dinainte ca Oprah să înceapă VLCD fusese publicat un studiu de referință despre această dietă. Cinci sute de pacienți cu o medie a greutateii de 50% peste cea „ideală” au început Optifast. Mai mult de jumătate dintre ei au renunțat înainte de terminarea tratamentului. Restul, la fel ca Oprah, au slăbit mult – în medie 84% din surplusul de greutate. Un rezultat excelent. În decursul următoarelor treizeci de luni, pacienții, la fel ca Oprah, au pus la loc circa 80%. În alt studiu de urmărire a efectelor VLCD, după cinci ani doar la 3% dintre pacienți s-a putut înregistra un succes. În alt studiu despre VLCD 121 de pacienți au fost urmăriți timp de mai mulți ani după ce au pierdut în medie 27 de kilograme. Jumătate dintre ei au revenit la vechea greutate după trei ani, iar 90%, după nouă ani. Doar 5% au rămas la greutatea redusă. Cel mai bun rezultat pe care l-am putut găsi a fost un studiu în care după trei ani 13% dintre pacienți au rămas supli.<sup>8</sup>

Nici un alt regim de slăbire nu s-a dovedit funcțional pe termen lung. Există câteva studii pe termen lung bine efectuate pe mii de persoane care au ținut regim, și toate ajung în general la același rezultat sumbru: în 4-5 ani cele mai multe persoane pun la loc aproape toate kilogramele pierdute, cu un procent de circa 10% care rămân slabe. Cu cât este mai mare durata urmăririi, cu atât rezultatele sunt mai slabe. Dacă această durată este suficient de mare, poate fi observat eșecul total.<sup>9</sup> Lucrurile nepublicate sunt mai semnificative decât cele publicate. Programele comerciale nu au raportat nimic. Ele dețin cifrele despre greutatea a mii de clienți, pe termen lung, dar au păstrat secrete rezultatele. Nu-i nevoie să fii Sherlock Holmes ca să-ți dai seama de ce.

Câțiva experți în regimuri de slăbire consideră că nu se mai poate așa: regimul este o înșelătorie crudă, și este vremea să intervină Congresul. Mulți stau pe tușă, mohorâți, așteptând

poate ziua Judecării de Apoi. Dar unii experți respectați cer să se creeze noi diete, mai moderne, și să se dea mult mai multă atenție menținerii greutateții. Doctorii Kelly Brownell și Tom Wadden, doi dintre cercetătorii de frunte în domeniul obezității, au cerut să se organizeze o campanie națională în privința obezității, cu scopul ca toți americanii supraponderali să dea jos 5 kilograme.<sup>10</sup> Acești optimiști au un argument plauzibil: aproape toți cei care eșuează pe termen lung sunt *pacienți* – persoane obeze care merg la clinici. Este posibil ca ei să fie cazurile disperate, cei aflați în ultimul stadiu de obezitate. Poate că regimurile de slăbire funcționează mai bine la cei doar puțin supraponderali, persoanele care nu au nevoie să meargă la clinică, persoanele care nu au încercat și nu au eșuat în mod repetat.

Eu mă îndoiesc de asta. Intervențiile prin corespondență la locul de muncă și la domiciliu au dat rezultate la fel de slabe ca în cazul clinicilor.<sup>11</sup> Poate că va descoperi cineva o modalitate de a tria persoanele supraponderale, așa încât doar cele la care sunt șanse de succes să fie acceptate în programele de slăbire. Poate cuiva o să-i vină acea idee legată de menținerea greutateții care nu i-a venit nimănui până acum. Dar până atunci concluzia cea mai limpede în privința regimurilor de slăbire este că, după ani întregi de cercetări, după zeci de milioane de persoane care au ținut dietele, după zeci de miliarde de dolari, *nimeni nu a găsit încă un regim de slăbire care să debaraseze definitiv kilograme mai mult decât o mică parte dintre cei care îl urmează.*<sup>12</sup>

### *Regimurile de slăbire „yo-yo”*

Șobolanii își schimbă permanent modul în care se raportează la hrană după ce au fost înfometate. După ce ajung din nou la greutatea inițială, metabolismul lor încetinește. Le plac mai mult alimentele grase, care îi ajută să acumuleze un strat adipos mai mare. Cu cât trec prin mai multe cicluri de înfometare

și îndopare, cu atât stochează mai bine energia. Pot chiar să ajungă după înfometare la o greutate mai mare ca oricând, atunci când primesc din nou multă hrană.<sup>13</sup>

Se pare că și oamenii fac la fel. După un regim de slăbire, își schimbă radical modul în care se raportează la hrană. Cei care țin regim ajung să fie foarte preocupați de hrană, se gândesc la ea cât e ziua de lungă, ba chiar le apare și în vis. Trupul se modifică, începe să facă rezerve de energie. Activitățile normale – șezutul și mișcarea – ard mai puține calorii la femeile care au fost obeze și au slăbit decât la cele din grupurile de control, care nu au ținut niciodată regim. Până și somnul arde cu 10% mai puține calorii la cei care au fost cândva obezi. Se pierde mai puțină energie prin căldură. Este frecventă starea de letargie, care economisește cu adevărat energia. Glazura din cremă de unt are un gust mai bun decât înainte. S-ar putea chiar ca o persoană care ține regim de slăbire să aibă nevoie de mai puține calorii decât o persoană normală pentru a se îngrășa cu o jumătate de kilogram. Așadar, un număr destul de mare de pacienți nu numai că revin la greutatea anterioară, dar ajung să cântărească mai mult decât înainte.<sup>14</sup>

Într-un studiu, cele 10 procente „norocoase” dintre persoanele inițial grase care au ținut regim de slăbire și au rămas apoi suple consumau o medie de 1298 de calorii pe zi ca să-și mențină noua greutate, în vreme ce persoanele normale din grupul de control consumau 1950 ca să-și mențină greutatea. Aceasta demonstrează că s-ar putea ca persoanele care țin regim de slăbire să nu mai poată consuma niciodată cantități normale de mâncare dacă vor să-și mențină greutatea. Regimurile de slăbire „yo-yo” – să dai jos kilograme, să le pui iar la loc și să le dai iar jos – sunt o luptă sisifică. Când pacienții obezi încep a doua oară VLCD, vor slăbi mai încet, cu toate că ei consumă exact atâtea calorii ca prima oară.<sup>15</sup>

Acest lucru este logic din punct de vedere biologic. Imaginați-vă o specie care de-abia de curând a lăsat în urmă 100 000 de ani de foamete. În această epocă trec săptămâni în

șir sau chiar un întreg anotimp fără să se găsească aproape nimic de mâncare. Apoi are loc câte o vânatoare cu pradă bogată sau o recoltă îmbelșugată. Toată lumea se îndoapă și apoi drămuiește ceea ce rămâne ca să ajungă până la următoarea vânatoare bogată. O epocă de foamete și îndopare creează o presiune evoluționară puternică asupra unei creaturi care se îndoapă și stochează multă grăsime în timpul perioadelor de belșug, dar care în perioadele de lipsuri nu eliberează cu ușurință energia care o ține în viață. Cu cât acea creatură trece prin mai multe cicluri îndopare-foamete, cu atât devine mai pricepută la stocarea grăsimii și la conservarea energiei.

Acum imaginați-vă că acea epocă s-a încheiat brusc și că hrana este abundentă. Creatura mănâncă mult și devine grasă. Cineva concepe o schemă pentru limitarea grăsimii și creatura este de acord să mănânce mai puțin decât îi trebuie. Însă trupul ei nu percepe diferența dintre înfometarea autoimpusă și foamea reală. Așa încât se declanșează venerabilul sistem de supraviețuire: trupul își apără greutatea prin refuzul de a elimina grăsime, prin reducerea metabolismului și printr-o cerere insistentă a hranei. Cu cât creatura se străduiește mai tare să nu mănânce, cu atât este mai viguros mecanismul de apărare.<sup>16</sup>

Această creatură este *Homo sapiens*, epoca trecută este pleistocenul, momentul este cel prezent, iar schema sortită secului este regimul de slăbire.

### *Bulimia și greutatea naturală*

Un concept care face să fie logică apărarea viguroasă a trupului nostru împotriva slăbirii este *greutatea naturală*. Atunci când trupul nostru țipă „Mi-e foame“, își încetinește metabolismul, ne face să fim letargici, depozitează grăsime, râvnește dulciuri, le face să aibă un gust mai bun ca oricând și ne face să fim obsedați de mâncare, ceea ce apără este greutatea noastră naturală. Ne semnaleză că am scăzut dincolo de limita

acceptabilă. Greutatea naturală ne împiedică să ne îngrășăm prea mult sau să slăbim prea mult. Când mâncăm prea mult o perioadă prea îndelungată, se activează mecanismul de apărare opus, care împiedică îngrășarea pe termen lung. Un grup de deținuți au fost plătiți ca să se îngrășe cu 25% din greutatea lor, consumând timp de șase luni de două ori mai multe calorii decât obișnuiau. Primele câteva kilograme s-au depus ușor, dar apoi greutatea nu le-a mai crescut.<sup>17</sup>

La greutatea noastră naturală contribuie substanțial factorul genetic. Gemenii monoziгоți crescuți separat au aproape aceeași greutate toată viața lor. Când gemenii monoziгоți sunt supra-alimentați, se îngrășă exact în același ritm și în aceleași locuri. Copiii adoptați sunt grași sau slabi în aproape aceeași măsură cu părinții biologici – în special cu mama –, dar nu seamănă deloc cu părinții adoptivi. Aceasta sugerează că ni s-a dat în mod genetic o greutate naturală pe care trupul nostru vrea să o păstreze. Nu cunosc o formulă prin care să se calculeze greutatea noastră naturală, dar ea este, probabil, considerabil superioară celei „ideale“. De exemplu, americanul mediu de vârstă mijlocie are cu 16% mai mult decât greutatea sa „ideală“.<sup>18</sup>

Ideea de greutate naturală poate ajuta la vindecarea noii tulburări care bântuie în rândurile tineretului american. S-au îmbolnăvit de ea sute de mii de tinere. Se plâng de ea mai mult de 5% dintre tinerele cărora le predau în fiecare toamnă cursul de psihologia anormalului. 2% dintre femeile adulte pot să sufere de o formă gravă a ei.<sup>19</sup> Constă în crize de îndopare și de eliminare care alternează cu zile în care hrana este mai puțină decât trebuie. Toate aceste tinere sunt preocupate de imaginea corpului lor. De obicei au greutatea normală sau chiar o greutate puțin mai mică, dar sunt îngrozite de ideea că se vor îngrășa. Astfel că țin regim de slăbire. Fac exerciții fizice. Iau laxative cu polonicul. De două ori pe săptămână se trezesc într-un local de tip bufet sau într-o gelaterie. Și se îndoapă: patru *sundae* cu sirop de caramel, peste care mai trântesc și o *banana split*. Apoi vomită și iau și mai multe laxative. Această maladie este numită *bulimia nervosa* (pe scurt, „bulimie“).

Terapeuții sunt nedumeriți de bulimie, de cauzele și de tratarea ei. Se dezbate cu înverșunare dacă este un echivalent al depresiei, sau o manifestare a dorinței de control zădărnice, sau o respingere simbolică a rolului feminin. Au fost încercate aproape toate psihoterapiile. S-au administrat antidepresive și alte medicamente, care au dat unele rezultate, însă – cu o singură excepție, despre care voi vorbi curând – nu s-a înregistrat prea mult succes.<sup>20</sup>

Nu cred că bulimia este misterioasă și cred că va deveni vindecabilă. Cred că bulimia este provocată de urmarea unui regim de slăbire. Persoana bulimică ține regim, iar corpul său încearcă să-și apere greutatea naturală. Odată cu repetarea regimului această apărare se intensifică. Corpul este cuprins de o revoltă puternică – cere insistent mâncare, depozitează grăsimea, pofteste dulciuri și își reduce metabolismul. Periodic, acest sistem biologic de apărare învinge voința extraordinară (și chiar trebuie să fie extraordinară ca să se apropie măcar de o greutate „ideală” care este, să zicem, cu zece kilograme mai mică decât greutatea naturală) a persoanei respective. Atunci aceasta se îndoapă. Îngrozită de urmările asupra siluetei ei, vomită și ia laxative ca să elimine kaloriile. Astfel, bulimia este o consecință firească a autoînfometării în scopul de a slăbi, în prezența hranei abundente.<sup>21</sup>

Toate persoanele bulimice pe care le-am întâlnit țineau regim de slăbire. Anchetele sistematice în rândul persoanelor bulimice arată că cel puțin 80% dintre ele țin un regim de slăbire atunci când se declanșează bulimia. Epidemia face ravagii în America tocmai acum din cauză că idealul de suplete a devenit cu timpul din ce în ce mai greu de atins, în vreme ce femeia medie a devenit din ce în ce mai trupeșă. Idealul a depășit atât de mult capacitatea de a-l atinge, încât discrepanța dintre greutatea naturală și greutatea „ideală” produce crizele de îndopare pe scară largă. Femeile a căror greutate naturală este cel mai departe de greutatea lor „ideală” sunt cele mai vulnerabile.

Într-un studiu au fost observate douăzeci de persoane bulimice care aveau crize de îndopare în medie de trei ori pe săptămână. Zece au urmat timp de opt săptămâni o dietă de tratament adecvată din punct de vedere nutrițional care asigură, fără ca ele să știe, mai mult de 1400 de calorii pe zi. Nici una dintre ele nu a mai avut crize de îndopare. Grupul de control alcătuit din celelalte zece a urmat o dietă falsă care era echivalentul a ceea ce obișnuiau ele să mănânce. Au continuat să aibă crize de îndopare, dar atunci când au trecut pe dieta adecvată din punct de vedere nutrițional tuturor le-au dispărut complet crizele de îndopare. Aceasta sugerează că regimurile de slăbire sunt o cauză a bulimiei și sugerează de asemenea o strategie importantă pentru tratare.<sup>22</sup>

Sarcina terapeutului este să-o facă pe pacientă să renunțe la regimul de slăbire și să se împace cu greutatea sa naturală. În primul rând trebuie să-o convingă că acele crize de îndopare sunt provocate de reacția trupului ei la regimul de slăbire. Apoi trebuie să o pună în fața unei întrebări: Ce este mai important, să rămână slabă, sau să scape de bulimie? Prin întreruperea regimului, îi va spune el, poate ieși din ciclul de necontrolat îndopare-eliminare. Corpul ei se va stabili acum la greutatea ei naturală, și nu trebuie să se îngrijoreze că va depăși acest punct. În cazul unor paciente terapia încetează aici, deoarece preferă să fie bulimice decât „dezgustător de grase”. La aceste paciente problema principală – greutatea ideală în opoziție cu greutatea naturală – poate acum cel puțin să devină ținta terapiei. Altele vor putea sfida presiunea socială și sexuală de a fi slabe, vor renunța la regimul de slăbire, vor crește în greutate, iar bulimia ar trebui să se vindece.

Acestea sunt tehnicile principale din tratamentul cognitiv-comportamental al bulimiei. Există mai mult de douăsprezece studii ale rezultatelor acestei abordări, și rezultatele sunt bune. Apare o reducere de circa 60% a îndopării și a eliminării (cam aceeași ca la antidepresive). Dar, spre deosebire de medicamente, după acest tratament apar puține recidive. Atitudinea

față de greutate și de siluetă devine mai relaxată și regimurile de slăbire sunt abandonate. În două studii au fost comparate explicit medicamentele și tratamentul cognitiv-comportamental, și în ambele medicamentele s-au dovedit mai puțin eficiente.<sup>23</sup>

Teoria cauzei constând în regimul de slăbire nu poate să explice deplin bulimia. Multe persoane care țin regim nu devin bulimice; unele pot evita acest lucru datorită faptului că greutatea lor naturală este mai apropiată de cea ideală, așa încât dieta pe care o adoptă nu le înfometează.<sup>24</sup> În plus, persoanele bulimice sunt adesea deprimare, dat fiind că secvența îndopare-eliminare duce la dezgust față de sine. Depresia poate să agraveze bulimia, făcând ca persoana afectată să cadă mai ușor în ispită. Mai mult, urmarea unui regim de slăbire s-ar putea să nu fie decât un alt simptom al bulimiei, nu o cauză. Lăsând deoparte alți factori, pot să formulez ipoteza că urmarea unui regim de slăbire până se ajunge sub greutatea naturală este o condiție necesară pentru bulimie și că revenirea la greutatea naturală și acceptarea acelei greutatei va vindeca bulimia.

Există o nouă și descurajantă evoluție a „tulburărilor de alimentație”.

### Tratamentul potrivit

Tabel rezumativ cu privire la bulimie

	Medicamente antidepresive	Terapia cognitiv-comportamentală
AMELIORARE	▲▲	▲▲
RECIDIVĂ	▲	▲▲
EFECTE SECUNDARE	▼▼▼	▼
COST	necostisitor	necostisitor
DURATĂ	săptămâni	săptămâni/luni
TOTAL	▲▲	▲▲▲

### AMELIORARE

- ▲▲▲▲ = ameliorare pronunțată, de 80-100%, sau dispariția simptomelor
- ▲▲▲ = ameliorare pronunțată, de 60-80%
- ▲▲ = ameliorare moderată, de cel puțin 50%
- ▲ = probabil mai bun decât placebo
- 0 = probabil inutil

### RECIDIVĂ (după întreruperea tratamentului)

- ▲▲▲▲ = recidivă mai mică de 10%
- ▲▲▲ = recidivă de 10-20%
- ▲▲ = rată moderată a recidivei
- ▲ = rată ridicată a recidivei

### EFECTE SECUNDARE

- ▼▼▼▼ = grave
- ▼▼▼ = moderate
- ▼▼ = ușoare
- ▼ = nici unul

### TOTAL

- ▲▲▲▲ = excelent, este evident tratamentul potrivit
- ▲▲▲ = foarte bun
- ▲▲ = util
- ▲ = nesemnificativ
- 0 = probabil inutil

Doctorul Robert Spitzer, un psihiatru din New York City care a organizat redactarea utilului document *The Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association* (DSM-3 și DSM-3-R), încearcă acum să obțină adăugarea la DSM-4 a „tulburării de îndopare-eliminare”. El a descoperit această maladie la procentul mare de 30% dintre cei care țin regim în cadrul programelor de slăbire spitalicești. Aceștia au uneori crize de îndopare, dar nu elimină imediat mâncarea, așa încât se îngrașă. Din punctul meu de vedere, mulți dintre acești nefericiți încearcă să slăbească până la o greutate cu mult sub cea naturală. Trupurile lor, la fel ca cele ale bulimicilor, țin după mâncare. Poate că problema lor nu sunt crizele de îndopare, ci regimul de slăbire nepotrivit.<sup>25</sup>

De fapt, ar trebui să luăm în considerare o nouă categorie pentru DSM-4, „tulburarea de regim de slăbire”, definită astfel: „a avea cu 20% în plus față de greutatea ideală și a ne distruge viața și sănătatea încercând să ținem regim de slăbire”.



Ideea de greutate naturală mai are o implicație practică imensă. În acest moment îmi beau cafeaua de dimineață cu trei pachetele de îndulcitor artificial. Îmi place cafeaua dulce, dar urăsc cele aproape 50 de calorii din lingurița de zahăr pe care o pun în fiecare cană. Am presupus – până acum – că pentru fiecare doză de îndulcitor artificial pe care o folosesc voi consuma cu atâtea calorii mai puțin în fiecare zi. De asemenea, mă tem că dacă n-o să mai beau lichide îndulcite artificial o să mă îngraș. Aceasta este logica ascunsă a armatei de consumatori de la baza industriei băuturilor răcoritoare dietetice, cu afaceri de 10 miliarde de dolari. Cu îndulcitor artificial în trei căni de cafea, economia este de circa 150 de calorii; cu două răcoritoare dietetice se mai economisesc vreo 400 de calorii: asta înseamnă că economisesc circa 550 de calorii pe zi; aproape 4000 de calorii într-o săptămână, mai mult decât echivalentul unei jumătăți de kilogram. Dar de ce oare n-am dat jos o jumătate de kilogram pe săptămână de când am început să folosesc îndulcitori artificiali? (Am calculat că ar trebui să cântăresc acum mai puțin de zero kilograme și să mă înalț ca un balon cu heliu.)

Răspunsul, bănuiesc, este greutatea naturală. Probabil că în fiecare zi mănânc în plus 550 de calorii din altă parte, ca să compensez zahărul pe care îl evit. Acele calorii nu provin din zahăr, așa că nu-mi strică dinții, dar ar putea proveni din grăsime. Nu știu dacă așa stau lucrurile, dar am de gând să aflu.<sup>26</sup>

### *Pastilele de slăbit*

Pastilele de slăbit taie pofta de mâncare și au o calitate: spre deosebire de regimurile de slăbire, nu presupun disciplină. Însă pastilele creează aceeași problemă ca regimul de slăbire – revenirea rapidă a kilogramelor – și sunt mai periculoase: în 1973, Federal Drug Administration a restricționat drastic folosirea lor, din cauză că scăderea în greutate pe care o produc (circa un kilogram pe săptămână) este mică, iar riscurile sunt mari, printre ele numărându-se psihoza, dependența, atacul de cord și decesul.<sup>27</sup>

Apar din când în când medicamente noi. Cele mai recente, fenfluramina și fentermina, sunt mai promițătoare. Produc o reducere substanțială a greutății și, spre deosebire de predecesoarele lor, pot să reajusteze „punctul stabilit” al greutății naturale, în loc să reducă doar pofta de mâncare.

Michael Weintraub, un cercetător din domeniul obezității, a coordonat un studiu bine făcut despre aceste două medicamente.<sup>28</sup> 121 de participanți, în majoritate femei, au pornit de la greutatea de peste 90 de kilograme. Studiul a durat patru ani: femeile care au primit medicamentele (combinat cu terapie comportamentală și exerciții fizice) au dat jos în medie 13 kilograme și și-au menținut noua greutate câtă vreme au luat medicamentele. Dar de îndată ce nu le-au mai luat, kilogramele s-au așezat la loc.

Aceste două medicamente au unele efecte secundare – gura uscată, nervozitate, somnolență, vise intense și depresie –, care sunt mai ușoare decât în cazul medicamentelor anterioare pentru scăderea poftei de mâncare. Totuși, efectele nu sunt neglijabile, și din cauza lor mai mult de o treime dintre pacienți au renunțat înainte de a culege roadele. Totuși, per total, o treime dintre pacienți au slăbit destul de mult și nu s-au îngrășat la loc – un rezultat mult mai bun decât al oricărui regim de slăbire. Cercetările viitoare legate de aceste medicamente vor arăta efectele pe termen lung ale administrării lor, precum și modalitatea de a reduce efectele secundare și, prin urmare, rata renunțărilor. Crearea acestor medicamente este un lucru promițător, dar până nu se face mai multă cercetare le consider doar experimentale.

### *Supraponderalitatea în comparație cu regimurile de slăbire: efectele asupra sănătății*

Greutatea mare implică unele riscuri pentru sănătate. Nu există un răspuns limpede la întrebarea cât de mari sunt aceste riscuri, din cauza numeroaselor rezultate neconcordante. Distilarea

lor este un lucru riscant, dar iată cea mai solidă presupunere pe care o pot face:<sup>29</sup>

- *Obezitatea enormă* (de două ori greutatea „ideală” sau mai mult) ar putea să provoace moartea prematură.
- *Obezitatea substanțială* (cu 30-100% peste greutatea „ideală”) ar putea să afecteze negativ sănătatea și ar putea fi asociată cu o oarecare creștere a mortalității.
- *Obezitatea medie spre moderată* (cu 10-30% peste greutatea „ideală”) ar putea fi asociată cu o creștere neimportantă a mortalității, mai ales la cei predispuși la diabet.
- *Greutatea mai mică decât cea normală* este limpede asociată cu mortalitate substanțial mai mare.

Dacă sunteți supraponderal trebuie să ignorați tacticile de înspăimântare de felul reclamei disperate lansate de Optifast: „Obezitatea este o condamnare la moarte”. Chiar dacă ați putea să scăpați definitiv de câteva kilograme doar dorindu-vă asta, nu este sigur că ar trebui s-o faceți. Dacă aveți puțin peste greutatea dumneavoastră „ideală”, s-ar putea ca aceasta să vă fie starea firească de sănătate deplină, cea mai bună pentru tipul dumneavoastră de structură fizică și de metabolism. Firește, nu puteți scăpa de kilograme doar dorindu-vă asta, dar puteți să le alungați prin oricare dintre regimurile de slăbire adoptate de multă lume. Însă există o probabilitate copleșitoare ca cea mai mare parte din kilograme să revină și să trebuiască să scăpați iar și iar de ele ținând regim. Din perspectiva sănătății și a mortalității, trebuie sau nu să țineți regim de slăbire? *Există probabilitatea ca pierderea și reacumularea kilogramelor să fie un mare risc pentru sănătate.*

S-au făcut trei studii de mare amploare despre relația dintre modificarea ciclică a greutateii și moarte. Primul, efectuat pe un milion de americani, este adesea trecut cu vederea, deoarece arată o mortalitate mai mare la o greutate mai mare. Dar arată și că la bărbații și femeile care pierd mai mult de cinci kilograme în cinci ani se înregistrează mai multe atacuri de cord și atacuri cerebrale decât era de așteptat. Acest lucru este valabil

atât pentru persoanele care slăbesc voluntar (ținând regim), cât și pentru cele care slăbesc involuntar, din pricina unei boli. În cel de-al doilea studiu, la bărbații care au avut cel puțin un ciclu de slăbire și îngrășare apărea un risc de atac de cord de două ori mai mare decât la cei care s-au îngrășat treptat pe parcursul a douăzeci și cinci de ani. În cel de-al treilea studiu, peste cinci mii de bărbați și femei din Framingham, Massachusetts, au fost monitorizați timp de treizeci și doi de ani. La persoanele a căror greutate a fluctuat în timp apărea un risc de moarte din cauza unei boli de inimă cu 30-100% mai mare decât la cele a căror greutate a fost stabilă. Când au fost luate în considerare și fumatul, exercițiile fizice, nivelul colesterolului și tensiunii, rezultatele au devenit și mai convingătoare, sugerând că fluctuația greutateii (a cărei principală cauză este, fără îndoială, urmarea unor regimuri de slăbire) poate ea însăși să crească riscul de boli de inimă.<sup>30</sup>

Să fii supraponderal este riscant. Dar și să ții regim de slăbire este riscant. Care risc este mai mare? Doar din perspectiva sănătății, ar trebui sau nu să ții regim?

Bănuiesc, dar nu sunt încă sigur, că riscul adus de fluctuația greutateii s-ar putea să fie mai mare decât cel al menținerii greutateii suplimentare. Din singurul studiu care a comparat cele două riscuri, studiul Framingham, a reieșit că riscul modificării ciclice a greutateii este considerabil mai mare decât riscul excesului de greutate. Dacă acest rezultat va apărea și în alte studii și dacă se dovedește că urmarea regimurilor de slăbire este cauza principală a modificării ciclice a greutateii, voi fi convins că, pentru a reduce riscul bolilor de inimă, nu trebuie să ții regim de slăbire.

Dacă ați ajuns la vârsta mijlocie și de la douăzeci de ani greutatea v-a crescut treptat, probabil că sunteți tentat să ții regim de slăbire, cu gândul la sănătate. Împotriviți-vă tentației. Două studii exemplare au arătat că s-ar putea să aveți mai puține riscuri decât cei care nu s-au îngrășat deloc. La persoanele din studiul Framingham care s-au îngrășat treptat câte

puțin au apărut riscuri mai mici chiar decât la persoanele a căror greutate a fost stabilă, și mult mai mici decât la cele care au ținut regimuri „yo-yo”. Într-un studiu efectuat pe șaptesprezece mii de absolvenți de la Harvard, la bărbații care după absolvire s-au îngrășat cu șapte kilograme sau mai mult apărea un risc de moarte *mai mic* cu o treime decât la toți ceilalți. Nimeni nu știe de ce, dar o creștere treptată a greutății în perioada mijlocie a vieții pare să fie un lucru normal și sănătos.<sup>31</sup>

### *Depresia și regimurile de slăbire*

Depresia este alt preț plătit pentru regimurile de slăbire, deoarece două dintre cauzele ei fundamentale sunt eșecul și neputința. Regimurile de slăbire vă lansează pe calea eșecului. Dat fiind că scopul de a slăbi până la greutatea „ideală” provoacă o ciocnire între voința dumneavoastră supusă greșelilor și neobositul sistem biologic de apărare, eșuați adesea. La început slăbiți, și asta vă unge la inimă. Dispare orice urmă de deprimare legată de siluetă. Și totuși, până la urmă probabil că nu vă atingeți scopul; apoi veți fi consternat de revenirea kilogramelor. Ori de câte ori vă priviți în oglindă sau șovăiți în fața spumei de ciocolată albă vă amintiți de eșec, și acest lucru, la rândul lui, provoacă depresia. Pe de altă parte, dacă sunteți unul dintre puținii norocoși care pot să împiedice revenirea kilogramelor, probabil că va trebui să rămâneți tot restul vieții la un regim alimentar nesatisfăcător, sărac în calorii. Un efect secundar al malnutriției prelungite este depresia. În ambele cazuri sunteți mai vulnerabil la ea.

Dacă parcurgeți culturile în care idealul feminin este suplețea, vă va izbi ceva fascinant. În toate culturile care au idealul supleții există și tulburări de alimentație. De asemenea, apare o rată a depresiei cam de două ori mai mare la femei decât la bărbați. (Sunt de două ori mai multe femei decât bărbați care țin regim de slăbire. Cea mai valabilă estimare este că

13% dintre bărbații adulți și 25% dintre femeile adulte țin în prezent regim de slăbire.) În culturile care nu au idealul supleții nu există tulburări de alimentație, iar proporția depresiei este aceeași la femei și la bărbați. Aceasta sugerează că în toată lumea idealul supleții și regimurile de slăbire nu numai că provoacă tulburări de alimentație, ci fac și ca femeile deprimare să fie mai multe decât bărbații deprimați.<sup>32</sup>

Problema conștientizării surplusului de greutate asociate cu depresia începe puțin înainte de pubertate. Până atunci, băieții aveau cel puțin același nivel de depresie ca fetele. Când începe pubertatea, băieții devin din molatici musculoși, însă fetele, la care creșterea în greutate înseamnă în principal grăsime, devin din suple voluptuoase. Băieții înaintează în direcția corpului ideal, însă fetele se îndepărtează de el. La puțin timp după pubertate, numărul fetelor deprimare este de două ori mai mare decât al băieților deprimați, și cele mai deprimare devin fetele care sunt cele mai nemulțumite de corpul lor.<sup>33</sup>

Într-o cultură care glorifică subțirimea și tinerețea, mulți dintre noi, cei care nu avem nici una din aceste calități, suntem nemulțumiți, vulnerabili la mesajele continue despre ratarea noastră. Sunt doar câțiva pași mici de la a te simți permanent ratat până la a deveni un pacient cu depresie.

### *Esențialul*

De treizeci de ani tot țin regimuri de slăbire și mă tot las de ele. Țin regim pentru că vreau să fiu mai atrăgător, mai sănătos, mai energic și mai stăpân pe mine. Aceste obiective sunt în concordanță cu rezultatele?

**Atractivitatea.** Scăderea în greutate mă va face mai atrăgător. Totuși, sunt un bărbat însurat, cu patru copii și am cam terminat-o cu atractivitatea. Însă dacă aș fi o femeie de douăzeci și cinci de ani acest obiectiv ar fi mult mai important. În

societatea noastră, cu cât o femeie tânără este mai aproape de greutatea ei „ideală”, cu atât este considerată mai atrăgătoare. Eu nu sunt de acord, dar acestea sunt faptele.

Dacă a fi atrăgător este o prioritate destul de mare ca să vă convingeți să urmați un regim de slăbire, rețineți trei inconveniente: în primul rând, atractivitatea pe care o câștigați nu va fi decât temporară. Toate kilogramele pierdute, și poate chiar mai multe, se vor întoarce în câțiva ani. Acest lucru o să vă deprime. Apoi va trebui să scăpați din nou de ele – și a doua oară va fi mai greu. Sau va trebui să vă resemnați să fiți mai puțin atrăgătoare. În al doilea rând, atunci când femeile aleg silueta la care doresc să ajungă, se dovedește că este exagerată față de silueta pe care bărbații o consideră cea mai atrăgătoare.<sup>34</sup> În al treilea rând, s-ar putea să deveniți bulimică, mai ales dacă greutatea dumneavoastră naturală este substanțial mai mare decât cea „ideală”.

Dacă punem totul în cumpănă, în cazul în care atractivitatea pe termen scurt este scopul dumneavoastră primordial, țineți regim de slăbire. Dar fiți pregătită pentru prețul acestuia.

**Sănătatea.** Dacă țin regim de slăbire, probabil că îmi cresc riscurile de a muri. Pierderea și recâștigarea kilogramelor probabil că îmi sporește riscul mortalității, poate că mai mult decât dacă aș rămâne supraponderal sau chiar dacă mi-aș permite să mă mai îngraș treptat. Nimeni n-a demonstrat vreodată că slăbitul îmi va crește longevitatea.<sup>35</sup>

Dacă punem totul în cumpănă, scopul sănătății nu justifică regimurile de slăbire.

**Energia.** Dacă țin regim de slăbire, voi avea o greutate mai mică de trambalat după mine. Ar trebui să fiu în stare să alerg și să înot mai repede. Dar acest avantaj o să dispară când o să pun la loc kilogramele. În plus, metabolismul meu va încetini, ca să-mi apere greutatea naturală, și acest lucru ia adesea forma letargiei. Ba mai rău, s-ar putea să fiu letargic și după ce se termină regimul și pun la loc kilogramele. Mă întreb acum dacă

nu cumva lipsa de energie pe care o simt de când am înaintat în vârstă este consecința regimurilor de slăbire, nu a kilogramelor în plus. S-ar putea ca faimosul „sindrom al oboselii cronice” să-și aibă parțial rădăcina într-o serie de regimuri de slăbire? Dorința mea de a avea mai multă energie probabil că nu va fi bine slujită de urmarea unui regim de slăbire.

**Autocontrolul.** Vreau să fiu stăpân pe mine, dar cea de-a doua porție de desert îmi spune că nu sunt. Greșit. Pur și simplu m-am grăbit să mă condamn pentru aceasta, în necunoștință de cauză. Am crezut că sunt stăpân pe greutatea mea. Dar acum văd că timp de treizeci de ani voința mea ezitantă a avut drept adversar o neconținută apărare a greutateii mele naturale.

Aș avea timp pentru mult mai multe lucruri dacă aș dormi doar șase ore pe noapte. Dar atunci când încerc să o fac și seara următoare mă trezesc că sunt epuizat cu două ore mai devreme nu mă simt rușinat sau slab de inger. Știu că de vină este corpul meu, care insistă să compenseze cele două ore de somn pierdute. Pentru mulți oameni, a ajunge la o greutate „ideală” și a se menține acolo este imposibil din punct de vedere biologic în aceeași măsură în care nu putem rezista cu mai puțin somn decât ne trebuie. Acest fapt îmi spune să nu țin regim și îmi dezamorsează sentimentul rușinii. Concluzia mea este clară: n-o să mai țin niciodată regim de slăbire.

Desigur, există și alte metode decât regimul de slăbire care ne pot ajuta să ne atingem scopul.

### *Sfaturi pentru supraponderali*

**Starea fizică bună în opoziție cu grăsimea.\*** Tocmai m-am întors de la ședința zilnică de înot pe 800 de metri. Azi sunt tare mândru de mine, pentru că am fost în stare să sprintez pe

\* În original metagramă, *Fitness vs. fatness* (n. tr.).

ultimii 50 de metri. De vreun an mă țin cu sfințenie de ședințele de înot. N-am slăbit (de fapt, am crescut în greutate cu câteva kilograme). Dar s-a dus din grăsimea de pe șolduri, sunt mai puțin nervos, dorm mai bine și am mai multă energie. De asemenea, am citit literatura de specialitate despre exercițiile fizice. Să ajungi într-o stare fizică bună este un lucru evident mai rezonabil decât să lupți cu grăsimea.

Cu surprinzător de puține exerciții fizice se poate reduce semnificativ riscul morții. Dintr-un studiu efectuat pe 10 000 de bărbați și 3000 de femei a reieșit că la cei 20% dintre subiecți care aveau starea fizică cea mai proastă riscurile de moarte erau de departe cele mai mari. Ieșirea din categoria celor 50 de procente cu stare fizică mai puțin bună reducea mult riscul. Aceasta sugerează că nu e nevoie să devii fanatic al exercițiilor fizice: fie și numai câteva vor reduce mult riscul. Ca o confirmare, rata deceselor în rândul bărbaților sedentari absolvenți de Harvard despre care am pomenit mai înainte este cu 30% mai mare decât la bărbații care fac exerciții fizice moderate. Din punct de vedere statistic, exercițiile fizice moderate – prin care se ard 2000 de calorii pe săptămână – duc la prelungirea vieții cu doi ani. (Poate că Dumnezeu nu scade timpul petrecut cu exercițiile fizice din timpul care ne-a fost hărăzit pe pământ.) „Exerciții fizice moderate” înseamnă o oră de mers normal, sau o jumătate de oră de alergare ușoară, sau o jumătate de oră de înot pe zi. De asemenea, exercițiile fizice combat depresia și cresc respectul de sine. În ceea ce privește mortalitatea, lipsa mișcării pare să fie un factor mult mai important decât excesul de greutate, și probabil că este mai ușor să faci puțină mișcare de-a lungul anilor decât să ții regimuri de slăbire, de vreme ce mișcarea este (aproape) distractivă.<sup>36</sup>

Exercițiile fizice probabil că nu vor reduce de unele singure greutatea. În combinație cu un program de regim alimentar, ar putea duce la o scădere mai eficientă a greutateii pe termen lung. Oricum, exercițiile fizice au un efect benefic asupra sănătății, indiferent dacă vă fac sau nu să slăbiți. Însă există riscul ca

asocierea exercițiilor fizice cu acțiunea descurajantă a regimului de slăbire să vă facă să renunțați și la mișcare – după ce kilogramele încep să se așeze la loc.<sup>37</sup>

**Alcătuirea regimului alimentar.** Poate fi inutil să încercați să mâncați mai puțin, dar este folositor să mâncați mai puține alimente *nesănătoase*: grăsimile și alcoolul trebuie evitate. În zilele noastre, ceea ce mănâncă americanii a devenit cu 25% mai gras, iar grăsimea din hrana noastră se transformă în grăsimea din trupul nostru. Produsele fast-food, tabletele de ciocolată și înghețata au un procent mare de grăsimi. Sunt puține de spus în favoarea consumului de alcool care depășește cantitățile mici, și o mulțime de spus împotriva lui. Alcoolul are foarte multe calorii, creează dependență și distruge creierul.<sup>38</sup>

Schimbarea regimului alimentar poate să ducă sau să nu ducă la debarasarea de kilograme. Nu se știe dacă nu cumva corpul va compensa, cu timpul, calorile pierdute printr-o dietă cu puține grăsimi sau puțin alcool, dar sunt mari șanse ca reducerea amândurora să fie oricum prielnică sănătății.

**Mâncatul doar atunci când vă e foame.** Mâncatul în exces, consumul unei cantități de hrană mai mare decât vă trebuie pentru a vă potoli foamea, este mai dăunător decât excesul de greutate. Spre deosebire de kilogramele în plus, de mâncatul în exces puteți scăpa. Cei mai mulți dintre noi am pierdut legătura cu foamea. Mâncăm atunci când ne spune ceasul că este vremea, nu atunci când ne este foame. Nu mai lăsăm nimic în farfurie, indiferent dacă ne este sau nu foame. Ne îndopăm când ceva are gust foarte bun, indiferent dacă ne este sau nu foame.

Mâncatul în exces ar putea fi altă consecință supărătoare a regimurilor de slăbire. Amintiți-vă de strămoșul acela din pleistocen, după foamete. Mâncatul doar atunci când i se face foame este un lux pe care nu și-l poate permite. Devine o ființă care nu lasă să-i scape nimic, care mănâncă în exces. Supraviețuirea sa în timpul următoarei perioade de foamete s-ar putea să depindă de îndoparea de după o vânătoare bogată.

## Tratamentul potrivit

Tabel rezumativ cu privire la slăbit

	Toate regimurile de slăbit	VLCD*	Fenfluramină și fentermină†	Pilule de slăbit	By-pass gastric (doar la cei foarte obezi)
SCĂDEREA INIȚIALĂ	▲▲▲	▲▲▲▲▲▲▲▲	▲▲▲▲	▲▲	▲▲▲▲
RATA RENUNȚĂRII	▼▼▼	▼▼▼▼	▼▼	▼▼▼	nu este cazul
RATA SUCCESULUI	0	0	▲▲	0	▲▲▲
REVENIREA KILOGRAMELOR	▼▼▼▼	▼▼▼▼	▼▼	▼▼▼▼	▼▼
EPECTE SECUNDARE	▼▼▼	▼▼▼	▼▼	▼▼▼▼	▼▼▼
COST		necostisitoare		necostisitor	costisitor
GRAFICUL SCĂDERII INIȚIALE	săptămâni	luni	săptămâni	săptămâni	luni
TOTAL	▲	▲	▲▲	0	▲▲▲†

## SCĂDEREA INIȚIALĂ

- ▲▲▲▲ = 80-100% pierd 10 kilograme sau mai mult
- ▲▲▲ = 60-80% pierd 5-10 kilograme
- ▲▲ = cel puțin 50% pierd câteva kilograme
- ▲ = probabil mai bun decât nimic

## RATA RENUNȚĂRII

- ▼▼▼▼ = mai mult de 55% renunță
- ▼▼▼ = 40-55% renunță
- ▼▼ = 20-40% renunță
- ▼ = mai puțin de 20% renunță

## REVENIREA KILOGRAMELOR

- ▼▼▼▼ = mai mult de 50% pun la loc cea mai mare parte din kilograme
- ▼▼▼ = 30-50% pun la loc cea mai mare parte din kilograme
- ▼▼ = 10-30% pun la loc cea mai mare parte din kilograme
- ▼ = mai puțin de 10% pun la loc kilograme

## EPECTE SECUNDARE

- ▼▼▼▼ = grave
- ▼▼▼ = moderate
- ▼▼ = ușoare
- ▼ = nici unul

## RATA SUCCESULUI

- ▲▲▲▲ = 80% au rămas la greutatea redusă și după 3 ani
- ▲▲▲ = 60% au rămas la greutatea redusă și după 3 ani
- ▲▲ = 40% au rămas la greutatea redusă și după 3 ani
- ▲ = 20% au rămas la greutatea redusă și după 3 ani
- 0 = 0-20% au rămas la greutatea redusă și după 3 ani

## TOTAL

- ▲▲▲▲ = excelent, este evident tratamentul potrivit
- ▲▲▲ = foarte bun
- ▲▲ = util
- ▲ = aproape inutil
- 0 = inutil

\* VLCD = regimul cu foarte puține calorii (*very-low-calory-diet*)

† Nu s-au făcut suficiente cercetări legate de siguranța și eficiența fenfluraminei și fenterminei. În tabel apare presupunerea mea cea mai realistă în privința eficienței lor. În această fază a cercetării le iau în considerare doar în scop experimental.

‡ N.B.: Dat fiind că toți pacienții suptși chirurgiei, spre deosebire de ceilalți, provin din grupul cu superobezitate (100% sau mai mult față de greutatea ideală), am considerat că pentru ei „greutatea redusă” înseamnă 60% surplus. Pe această bază amplă, by-pass-ul gastric primește două săgeți și jumătate, ascendente.

El înfulecă cât mai mult posibil ori de câte ori are ocazia. Cei care au ținut un regim de slăbire încep să mănânce în exces exact din acest motiv. Corpul nu știe decât că a fost cândva înfometat. Vi se schimbă felul în care vă raportați la hrană, și consumați mai mult decât vă trebuie ori de câte ori este disponibilă multă mâncare, chiar dacă nu vă este foame. Ați învățat să ignorați foamea în interesul supraviețuirii.

Iată câțiva pași pentru a putea înceta să mâncați prea mult și pentru a relua contactul cu foamea.<sup>39</sup>

- Când vedeți ceva foarte gustos, puneți-vă întrebarea: Am nevoie de ceva în stomac, sau nu doresc decât un gust anume? Dacă este vorba doar despre gust, nu mâncați.
- La jumătatea felului principal opriți-vă timp de un minut întreg. Puneți-vă întrebarea: Sunt sătul? Dacă da, împachetați restul mâncării și terminați masa. Dacă nu, repetați procedura după ce ați mâncat trei sferturi din acel fel.
- Mâncați încet și beți des câte un pic de apă, pentru a încetini mâncatul. Între înghițituri lăsați jos furculița; aceasta vă dă ocazia să vă gândiți dacă vă mai trebuie mâncare ca să vă saturați.

În sfârșit, dacă mâncați prea mult, probabil că mâncați tot ce vi se pune în față. Acesta este un obicei foarte puternic, de care trebuie să vă dezvățați. Inevitabil, surplusul de mâncare fie ajunge în WC, fie vi se așază în jurul taliei. Vreau să faceți *exercițiul tragerii apei*, ca să vă dezbarați de acest obicei. Data viitoare când luați o masă copioasă acasă, opriți-vă la jumătatea felului principal. Tăiați în bucățele restul din farfurie. Luați desertul și tăiați-l și pe el în bucățele. Apoi aruncați-l în WC și trageți apa – oricum acolo o să ajungă, și acest exercițiu vă scutește să faceți pe intermediarul.

**Chirurgia pentru cei foarte obezi.** Regimul de slăbire dă rezultate slabe în cazul celor foarte obezi. Majoritatea pacienților pun la loc în câțiva ani cea mai mare parte din kilograme, și însăși această fluctuație a greutateii are un însemnat risc pentru sănătate. Dacă sunteți foarte obez (dublul greutateii „ideale” sau mai mult), ar trebui să luați în calcul intervenția chirurgicală.

Operația cu cel mai mare succes este un by-pass gastric (tehnica vorbind, „by-pass gastric Roux-en-Y”). Această intervenție de patru ore și jumătate vă prinde intestinul subțire de partea de sus a stomacului. Este o operație grea, cu destule complicații care trebuie să fie corectate prin alte operații. Rata mortalității în urma intervenției este foarte scăzută, sub 1%, însă rețineți că apare o rată a sinuciderii de circa 1%. Mâncarea pe care o consumați tot restul vieții trebuie să fie moale, deoarece trece prin corp fără să fie digerată corect. Pofta de mâncare se reduce, scăderea în greutate este spectaculoasă și, lucru foarte important, kilogramele tind să nu se mai acumuleze. În studiile de urmărire la trei și la cinci ani a câteva sute de pacienți, majoritatea se comportau bine. Pacientul care înainte de operație cântărise 150 de kilograme cântărea doar 100 după cinci ani. Se îmbunătățește și funcționarea inimii. Doar 15-20% dintre pacienți au eșuat complet și până la urmă au ajuns să cântărească aproape la fel de mult ca înainte. By-pass-ul gastric este singurul tratament al obezității cu rezultat mulțumitor pe termen lung despre care există dovezi. În prezent nu se cunoaște efectul acestei operații asupra persoanelor a căror obezitate nu este de-a dreptul enormă, dar, dată fiind disperarea americanilor în privința surplusului de greutate, nu m-ar mira dacă și cei cu un surplus moderat ar începe în viitorul apropiat să apeleze la ea.<sup>40</sup>

### *In atenția profesioniștilor*

Această carte vizează două categorii de cititori. Este destinată în primul rând consumatorilor. Milioane de oameni încearcă să ia hotărâri raționale legate de modul în care să-și rezolve problemele și de ceea ce trebuie să facă în privința defectelor lor. Ei consumă programe de dezvoltare personală, tratament psihologic și tratament psihiatric în valoare de multe miliarde de dolari anual. În prezent nu există vreun ghid al consumatorului, nimic cuprinzător și bine întemeiat științific care să spună publicului care tratamente dau rezultate și care

tratamente eșuează, care probleme pot fi rezolvate și care nu, care defecte pot fi ameliorate și care nu. Crearea unui astfel de ghid este scopul meu principal.

Cea de-a doua categorie de cititori sunt profesioniștii: psihologul clinician și consilierul psihologic, psihiatrul, asistentul social, medicul, cel care vinde și cel care creează programe de dezvoltare personală. Pentru noi regimul de slăbire este un caz special. El afectează cam jumătate dintre pacienți/clienti și prin simpla sa amploare minimalizează toate celelalte probleme de care ne ocupăm. Timp de jumătate de veac ne-am sfătuit pacienții/clientii să țină regim de slăbire. Inițial, justificarea noastră era valabilă: tabelele cu „greutatea ideală” semnalau că excesul de kilograme crește riscurile în privința sănătății. În ultimii douăzeci de ani situația s-a schimbat. Acum este limpede că:

- după regimurile de slăbire kilogramele se așază aproape întotdeauna la loc
- regimurile de slăbire au multe efecte secundare distructive, printre care eșecul repetat și neputința, bulimia, depresia și epuizarea
- pentru sănătate, pierderea și recâștigarea kilogramelor reprezintă în sine un risc comparabil cu cel al excesului de greutate

Când încurajăm regimurile de slăbire, riscăm să încălcăm jurământul de „a nu face rău”. Cei care acordă ajutor ar trebui să-și schimbe sfaturile. Ar trebui să le spunem pacienților/clientilor noștri supraponderali că, în afară de cazul în care nu-i interesează decât să fie atractivi pe termen scurt, probabilitatea ca regimurile de slăbire să dea roade nu este mare.

Planurile de slăbire din comerț, cărțile cu regimuri și regimurile din reviste au o obligație mai stringentă: aceea de a-și avertiza clienții și cititorii *in mod categoric* că orice kilograme date jos se vor așeza probabil la loc. Dacă programele comerciale nu vor face asta în mod voluntar, ar trebui să se impună prin lege anunțarea ratelor lor de succes (sau de eșec) pe termen lung, precum și a efectelor lor secundare.

Acești pași ne vor aduce mult mai aproape de obiectivul de a face ca profesia noastră să fie mai responsabilă.

### 13. ALCOOLUL

Poezia este minciuna care face viața suportabilă.

R.P. Blackmuir

(dintr-o prelegere despre poezie ținută

la Princeton University, în primăvara lui 1959)

Acum cincisprezece ani două absolvente de la University of Pennsylvania – Lauren Alloy și Lyn Abramson – au efectuat un experiment de pionierat care a dat cele mai enervante rezultate pe care le-am văzut vreodată în viața mea de cercetător. Timp de un deceniu am tot sperat că rezultatele lor vor fi contrazise, dar studiile ulterioare le-au confirmat.

Subiecții au putut controla într-o anumită măsură aprinderea unei lumini. În cazul unora dintre ei, ceea ce făceau controla deplin lumina: aceasta se stingea de câte ori apăseau pe un buton și nu se stingea niciodată dacă nu apăseau. Însă ceilalți nu aveau nici un control: lumina se stingea indiferent dacă apăseau sau nu pe buton; erau neputincioși.

Subiecților din ambele grupuri li s-a cerut să evalueze cu cea mai mare exactitate posibilă gradul de control pe care îl aveau. Cei deprimați au dovedit o mare acuratețe. Când aveau controlul, o afirmau cu precizie, iar când nu-l aveau spuneau că nu-l au. Cei nedeprimați le-au uimit pe Alloy și Abramson: acești subiecți apreciau corect atunci când aveau controlul, dar când erau neputincioși o țineau pe-a lor – estimau în continuare că dețin în mare măsură controlul. Cei deprimați știau adevărul. Cei nedeprimați aveau iluzia benignă că nu sunt neputincioși, când în realitate erau.



Alloy și Abramson s-au întrebat dacă nu cumva luminile și apăsarea pe buton au prea puțină importanță, așa că au adăugat recompensa: când lumina se stinge, participanții câștigau bani; când nu se stinge, pierdeau bani. Dar iluzia benignă a celor nedeprimați nu a dispărut; de fapt, a crescut. Într-o situație în care toți dețineau într-o anumită măsură controlul, sarcina a fost manipulată în așa fel încât toți au pierdut bani. Aici, cei nedeprimați au spus că au mai puțin control decât aveau în realitate. Când sarcina a fost manipulată în așa fel încât toți au câștigat bani, cei nedeprimați au spus că au mai mult control decât aveau în realitate. Pe de altă parte, cei deprimați erau neclintii, dovind acuratețe indiferent dacă au pierdut sau au câștigat.

Mai multe dovezi confirmă faptul că oamenii deprimați își evaluează cu exactitate aptitudinile, în vreme ce oamenii nedeprimați cred că sunt mai competenți decât îi evaluează alții (80% dintre bărbații americani consideră că se situează în jumătatea superioară a scării competențelor sociale). Cei nedeprimați își amintesc mai multe evenimente pozitive decât s-au petrecut în realitate și uită evenimentele negative. Cei deprimați dovedesc acuratețe în privința ambelor tipuri de evenimente. Cei nedeprimați cred că dacă au avut un succes ei sunt cei care l-au obținut, că va dura și, mai mult, că se pricep la toate; dar dacă au avut un eșec cred că altcineva i-a atras în el, că o să dispară rapid și că n-a fost decât un fleac. Cei deprimați tratează identic succesul și eșecul. Doar cei nedeprimați cred într-adevăr că „Succesul are o sută de tați, iar eșecul e orfan”. Într-un studiu de urmărire, Alloy a descoperit că oamenii nedeprimați care sunt realiști ajung să fie deprimați într-o proporție mai mare decât cei nedeprimați care au această iluzie legată de deținerea controlului.<sup>1</sup> Realismul nu coexistă doar cu depresia, el este un factor de risc pentru depresie, așa cum fumatul este un factor de risc pentru cancerul pulmonar.

Este tulburătoare ideea că oamenii deprimați văd corect realitatea, în vreme ce oamenii care nu sunt deprimați deformează realitatea în avantajul lor. Ca terapeut, am fost pregătit

să cred că treaba mea este să ajut un pacient deprimat să fie mai fericit și, în același timp, să vadă lumea mai limpede. Se presupune că sunt atât agentul fericirii, cât și cel al adevărului. Dar poate că fericirea și adevărul sunt antagonice. Poate că ceea ce am considerat a fi o terapie bună pentru pacient nu face decât să hrănească iluziile benigne, încurajându-l pe pacient să creadă că lumea lui este mai bună decât în realitate.

Această posibilitate este mai mult decât tulburătoare dacă o analizăm mai atent. Pur și simplu răstoarnă una dintre cele mai dragi credințe ale noastre despre terapie: că terapeutul este atât agentul realității, cât și cel al sănătății. În cazul căror altor probleme sănătatea mintală depinde de autoamăgire? În cazul căror altor probleme vindecarea depinde de hrănirea iluziilor, nu de înfruntarea faptelor reale? Poate că tactica de ameliorare a unei probleme și adevărul în privința acelei probleme nu sunt totuna.

Antagonismul dintre tactica de vindecare și adevăr nu se vede nicăieri mai bine decât în problemele abuzului de anumite substanțe. În acest capitol este vorba despre alcool. Nu voi discuta pe larg despre alte droguri euforizante sau despre țigări, dar tot ce am de spus se aplică și la consumarea lor abuzivă.

### *Alcoolul și alcoolismul*

- Există o boală numită alcoolism.
- Un alcoolic este neputincios în fața bolii sale.
- Alcoolismul este o dependență fizică.
- Alcoolismul este o boală progresivă.
- Cine a fost cândva alcoolic este pe veci alcoolic.
- Există o personalitate adictivă.
- Dacă bei un pahar recidiva este inevitabilă.

Toate aceste afirmații sunt de obicei credute. Toate sunt, probabil, folositoare. Persoanele care abuzează de alcool ar face bine să le creadă. Persoanele care încearcă să-i ajute pe cei care abuzează de alcool pot fi mai eficiente dacă cred că aceste afirmații

sunt adevărate. Într-adevăr, aceste credințe sunt piatra de temelie a multor grupuri de autoajutorare, inclusiv a străbunicului tuturor grupurilor de autoajutorare, Alcoholics Anonymous.

Și totuși, ciudat lucru, adevărul nici uneia dintre afirmații nu este limpede. În cel mai bun caz, fiecare dintre ele este controversată; mulți oameni de știință privesc cu scepticism aceste „adevăruri”. Unii le privesc ca pe niște scuze ale comportamentului incorect, rebotezându-l simptom medical (așa cum spunem *psihopatic* în loc de *înrațit*, *cleptomani* în loc de *hoț*, *deviant sexual* în loc de *violator*, *pedofil* în loc de *cel care abuzează de copii*, *nebunie temporară* în loc de *crimă*), alții le privesc ca pe niște sloganuri politice, iar alții spun că sunt niște minciuni nerușinate.

Pe mine mă interesează mai ales să văd dacă abuzul de alcool este vindecabil. Însă pe parcurs nu pot să nu examinez aceste credințe. Nu voi fi în stare să pun capăt controverselor legate de faptul că alcoolismul este sau nu boală, dependență, obicei prost sau păcat. Nu am ultimul cuvânt în privința personalității adictive și nici în privința băutului cu măsură. Vă voi spune ce părere am despre aceste chestiuni, dar nu este decât o părere. Nu-i vorba aici de falsă modestie: chiar dacă sunt o autoritate în domeniul emoțiilor și un cercetător activ în domeniile sexului și regimurilor de slăbire, nu sunt decât un cititor educat al literaturii despre consumul abuziv al unor substanțe. Vă pot spune care este ultimul meu cuvânt, dar experiența mea clinică și de cercetare în acest domeniu este redusă.

### Sunteți alcoolic?

Întâi omul bea un pahar, apoi paharul bea un pahar,  
apoi paharul îl bea pe om.

Proverb japonez

Aveți o problemă cu alcoolul? Este „abuz”, sau, mai rău, „depindeți” de băutură ca să puteți funcționa? Nu veți fi surprinși

să aflați că hotarele dintre a ține la băutură, a abuza de alcool și a fi dependent de el nu sunt deloc clare. Ca regulă generală, cu cât aveți mai multe simptome, cu atât problema dumneavoastră este mai gravă. Completați următorul chestionar:

### Testul mast\* pentru alcoolism

(adaptat după testul doctorului Melvin Selzer)

Punctajul din stânga este valabil pentru răspunsurile „DA”.

PUNCTE		DA	NU
0	0. Vă place să beți un pahar din când în când?		
2	1. Nu simțiți că sunteți un băutor normal? (Prin „normal” înțeleg că beți mai puțin sau la fel de mult ca majoritatea oamenilor.)		
2	2. Vi s-a întâmplat vreodată să vă treziți dimineața și să constatați că nu vă puteți aminti o parte a serii precedente?		
1	3. Soția/soțul, unul din părinți sau altă rudă apropiată își face griji sau se plânge că beți?		
2	4. Sunteți în situația în care trebuie să faceți eforturi ca să vă opriți din băut după unul sau două pahare?		
1	5. Vă simțiți vreodată vinovat/ă că beți?		

\* Michigan Alcoholism Screening Test, creat în 1971, este unul dintre cele mai precise și mai des folosite teste pentru identificarea alcoolismului (n. tr.).

## PUNCTE

DA NU

- 2 6. Prietenii sau rudele cred că nu sunteți un băutor normal?
- 2 7. Sunteți în situația în care nu vă puteți opri din băut atunci când vreți dumneavoastră?
- 5 8. Ați fost vreodată la o întrunire a Alcoolicilor Anonimi?
- 1 9. V-ați încăierat vreodată la băutura?
- 2 10. Faptul că beți v-a creat vreodată probleme cu soția/soțul, cu unul din părinți sau cu altă rudă?
- 2 11. Soția/soțul dumneavoastră sau alt membru al familiei a cerut vreodată ajutorul cuiva în legătură cu faptul că beți?
- 2 12. V-ați pierdut vreun prieten din cauza băuturii?
- 2 13. Ați avut probleme la locul de muncă sau la școală din cauza băuturii?
- 2 14. V-ați pierdut vreodată slujba din cauza băuturii?
- 2 15. Vi s-a întâmplat să vă neglijați obligațiile, familia sau munca două sau mai multe zile în șir din cauza băuturii?
- 1 16. Beți des înainte de prânz?

## PUNCTE

DA NU

- 2 17. Vi s-a spus vreodată că aveți probleme cu ficatul? Ciroză?
- \* 18. După ce ați băut mult ați avut vreodată delirium tremens \*(5 puncte) sau convulsii puternice \*(2 puncte), sau ați văzut lucruri inexistente \*(2 puncte)?
- 5 19. Ați cerut vreodată ajutorul cuiva în legătură cu băutura?
- 5 20. Ați fost vreodată internat/ă din cauza băuturii?
- 2 21. Ați fost vreodată internat/ă într-un spital psihiatric sau în secția de psihiatrie a unui spital general pentru o problemă în care era implicată și băutura?
- 2 22. Ați fost vreodată arestat/ă pentru că ați condus în stare de ebrietate sau sub influența unor băuturi alcoolice (câte 2 puncte pentru fiecare arestare)?
- 2 23. Ați fost vreodată arestat/ă sau luat/ă în custodie timp de câteva ore din cauza altor comportamente legate de beție (câte 2 puncte pentru fiecare arestare)?

**Punctajul.** Este simplu. Calculați totalul punctelor. Nu există o delimitare strictă, dar un total mai mare de 5 puncte vă plasează în categoria persoanelor alcoolice – dependente de alcool. 4 puncte sugerează că beți în exces. Mai puțin de 3 puncte sugerează că nu aveți o problemă gravă cu băutura.

Acest test este conservator, un test de filtrare, așa că *ține să* numească „alcoolici“ mai mulți oameni decât ne-am așteptat. Dacă aveți mai mult de 3 puncte ar trebui să acordați o atenție sporită secțiunilor care urmează, legate de vindecarea de alcoolism.

### *Alcoolismul este sau nu o boală?*

Alcoolismul este sau nu o boală? Nu există vreo întrebare legată de abuzul de o anumită substanță care să fi stârnit controverse mai aprige decât aceasta. Alcoholics Anonymous susține că alcoolismul este o boală și că alcoolicii sunt „neputincioși“ în fața ei. Dar de mai bine de o sută de ani alții susțin că „beția este un viciu, nu o boală“ și că „alcoolismul este boală în aceeași măsură în care sunt boli hoția și agresivitatea“<sup>2</sup>.

Pentru savant, această dispută ține de adevăr și de sfințenia denumirilor. Pentru cel care ajută, ține de tactica folosită pentru a da ajutor. În orice caz, este un subiect care se pretează inevitabil la concesii reciproce:

**Atacul:** Alcoolismul, spre deosebire de o boală reală, nu este fizic. Dacă vă spune cineva că se cunoaște o deficiență metabolică, o genă sau un defect biochimic pe care să le aibă alcoolicii, nu vă lăsați amăgiți. Nu există așa ceva. Alcoolismul este o problemă socială, economică și interpersonală, nu patologie fizică.

**Riposta.** Alcoolismul nu este o boală de soiul malariei, a cărei cauză este un anumit germen sau o anomalie chimică; este mai degrabă ca hipertensiunea. Hipertensiunea este legată de factori sociali, interpersonali și economici, și în majoritatea cazurilor hipertensiunea este *esențială* – nu are o cauză fizică. Dar are consecințe fizice cunoscute – atacul de cord și atacul cerebral –, așa cum alcoolismul este urmat de ciroza hepatică

și de deteriorarea cerebrală. Alcoolismul, la fel ca multe boli, are o componentă ereditară solidă. La gemenii monozigoti concordanța este mai mare decât la gemenii dizigoti, iar la copiii cu părinți biologici alcoolici riscul de a deveni alcoolici este de câteva ori mai mare, chiar dacă au fost crescuți de părinți complet abștinenți.<sup>3</sup>

**Atacul:** Caracterul ereditar nu mă impresionează prea tare: prostia, urâțenia și delincvența sunt moștenite, dar asta nu le transformă în boli. Fie ai o boală reală, cum sunt sifilisul sau schizofrenia, fie nu ai. Dar în cazul alcoolismului nu este vorba decât de o continuitate a consumului de alcool, cu băutorii de forță la una din extreme. Așa încât a afirma că această extremitate este o boală este ca și cum ai afirma că persoanele foarte scunde (minione, spre deosebire de pitici) sunt afectate de boală.

**Riposta.** Întocmai așa cum nu există o linie de demarcație limpede în cazul hipertensiunii, nu există nici în cazul alcoolismului. Doar atât putem spune: cu cât este mai accentuat, cu atât problema tinde să fie mai gravă.

**Atacul:** Acesta este un tip evident de *victimologie*, arta de a transforma ratații în victime. Suntem o societate care nu cruță ratarea. Ratații sunt considerați cumva imorali – leneși, proști, ticăloși sau odioși. Totuși, în ultimii ani am devenit o societate ceva mai blândă – în sălile de clasă nu mai există „pălăria măgarului“, iar carnetele de note ale copiilor nu mai sunt pline de calificativul F (acum avem în schimb „nesatisfăcător“ sau „incomplet“). Odraslele noastre nu mai scapă nepedepsite dacă îi strigă unui copil retardat că e „prostul satului“. Acum îi tratăm pe ratați de parcă am încerca să-i cruțăm de umilințele din trecut. Le punem o etichetă nouă, de victime, și despre victime nu se poate vorbi de rău. Alcoolicii sunt, într-adevăr, ratați, iar eșecul lor este un simplu eșec al voinței. Au făcut o alegere greșită și continuă s-o facă în fiecare zi. Prin faptul că-i numim victime

mutăm ca prin farmec povara problemei din zona alegerii și controlului personal, unde îi este locul, în cea a unei forțe im-personale – boala. Această mișcare erodează responsabilitatea individuală și chiar dă o aură de legitimitate beției. Amplifică problema, făcând schimbarea mai puțin probabilă.

**Riposta.** Amintește-ți proverbul japonez citat mai înainte. Pe măsură ce se agravează alcoolismul, slăbește controlul vo-inței. Numele de boală dat alcoolismului subliniază controlul redus pe care ajunge să-l aibă victima lui. La început conta alegerea, dar în fazele ulterioare alcoolicii aproape că nu au de ales. Un șofer care a ales să gonească pe autostradă într-o mașină cu frânele stricate și care apoi petrece ani întregi în ghips a făcut la început o alegere greșită, care are consecințe dezastruoase pe termen lung. Însă gâtul lui rupt și brațul pe care nu-l mai poate folosi sunt acum boală.<sup>4</sup>

Și așa continuă disputa, cu alte câteva atacuri și riposte. Există un argument decent de fiecare parte: există motive solide să considerăm că alcoolismul este o boală, dar există motive aproape la fel de bune ca să nu o facem. În mare, disputa este un meci nul.

Însă boala, spre deosebire de un triunghi sau de un inel de benzen, nu este un obiect al științei. Boala nu este bine definită, ci este o etichetă aflată în exteriorul științei înseși și este folo-sită pentru a introduce subiecte specifice. Este un termen de tipul *cogniție* în opoziție cu *memorie de scurtă durată* din psi-hologie, sau *viață* în opoziție cu *genă* din biologie, sau *trata-ment* în opoziție cu *leziune a măduvei spinării* din medicină. Există posibilitatea de a aplica sau nu alcoolismului eticheta de *boală*, și prin urmare eu cred că intră în joc alte conside-rente. În primul rând, ar trebui să ne întrebăm dacă oamenii care se etichetează singuri ca *bolnavi* de alcoolism se simt mai bine. Cei care îi ajută pe alcoolici sunt mai eficienți dacă se gândesc că tratează o boală? Este mai probabilă schimbarea?

**Tactica.** Felul în care ne explicăm nouă înșine eșecurile, spre deosebire de adevărul conceptului de boală a alcoolis-mului, nu este pur și simplu academic. De fapt, felul în care ne etichetăm problemele are consecințe considerabile. Când credem într-o explicație permanentă, generală și personală, ne simțim mult mai rău decât atunci când ne explicăm problemele în termeni temporari, locali și impersonali. De exemplu, dacă ne explicăm șomajul prin „nu am talent“ (permanent, general și personal), lucrul acesta ne deprimă, ne simțim neputincioși, nu căutăm un loc de muncă, iar eșecul se răsfrânge asupra celorlalte laturi ale vieții noastre. Pe de altă parte, dacă credem că motivul este recesiunea (temporar, local și impersonal), în-cercăm curând să găsim altă slujbă, alungăm depresia, nu ne simțim inutili sau neputincioși și ne vedem de celelalte laturi ale vieții noastre. Aceasta este tema principală a cărții mele *Optimismul se învață* și se aplică nemijlocit conceptului de boală a alcoolismului.

Când cineva își dă seama că a ajuns dependent de alcool și realizează în cele din urmă că viața sa, familia, cariera și toate celelalte lucruri pe care le prețuiește sunt primejduite, cum ar trebui să-și explice situația? După cum se dovedește, nu prea are de ales. Poate s-o explice ca boală. Celelalte posibilități sunt să o explice ca viciu, ca rezultat al alegerilor greșite și al slăbiciunii de caracter, sau ca păcat. Comparați boala cu viciul. Boala este temporară (adesea se poate vindeca), în vreme ce viciul este permanent (își are rădăcinile în caracterul rău, iar caracterul se schimbă puțin sau deloc). Boala este mai speci-fică (vine dintr-un accident biologic și de mediu), în vreme ce viciul este global (vine din faptul că ești un om rău). Boala este impersonală, în vreme ce viciul te învinovățește, pentru că *tu* ești cel care l-a ales.

Esențialul este că boala e o explicație mai optimistă, iar optimismul este legat de posibilitatea schimbării. Etichetele pesimiste duc la pasivitate, în vreme ce etichetele optimiste duc la încercări de schimbare. Rezultă că alcoolicii care se

etichetează drept bolnavi sunt mai puțin deprimați, mai puțin neputincioși, au mai mult respect de sine și, aspectul cel mai important, se străduiesc mai mult să se schimbe sau să fie schimbați decât alcoolicii care se etichetează drept oameni răi. Mai există un avantaj al etichetei de boală: este biletul de intrare în sistemul de îngrijire medicală.

Eu subscriu la concepția alcoolismului ca boală. Nu pentru că ar fi un adevăr incontestabil (mă-ndoiesc de asta), ci pentru că dă mai multe speranțe decât celelalte explicații care au existat până de curând. La alcoolicii care se consideră bolnavi și la profesioniștii care consideră că pacienții lor alcoolici sunt bolnavi există o probabilitate mai mare de a încerca să schimbe această situație decât dacă ar considera-o imoralitate. „Boala” alcoolismului este una dintre iluziile terapeutice care pot face suportabilă viața alcoolicilor.

După părerea mea, Alcoholics Anonymous are dreptate doar pe jumătate. Numind alcoolismul boală, AA face ca probabilitatea schimbării să fie mai mare decât dacă și-ar lăsa membrii să creadă că sunt vicioși sau păcătoși – principala variantă de explicație atunci când a fost fondată AA. Însă epoca modernă a inventat niște alternative mai blânde: o „tulburare legată de obiceiuri”, o „problemă comportamentală”, chiar și o „slăbiciune omenească” sunt modalități prin care un alcoolic sofisticat își poate explica acum eșecurile. Fiecare dintre acestea este o etichetă considerabil mai optimistă decât „viciu” sau „păcat”, și probabil mai optimistă decât „boală”. Obiceiurile se pot schimba, problemele comportamentale sunt specifice, iar slăbiciunile apar și dispar. Aceste modalități de a privi alcoolismul promovează o posibilitate de schimbare mai mare decât ideea de viciu și de păcat, sau decât modelul bolii.

Contrastul devine mai acut când examinăm unii dintre cei doisprezece pași celebri folosiți de AA. De exemplu, la primul pas alcoolicul este „neputincios” în fața bolii sale. Boala este genetică și de necontrolat. Vindecarea se poate produce doar dacă se cedează controlul unei „forțe superioare”. Boala este tot acolo și poate oricând să recidiveze.

Acest cadru acționează în ambele direcții. Pe de o parte, neputința duce uneori la convertirea la religie. Noaptea neagră a sufletului îi poate întări pe oameni, făcându-i să se lase de băutură, în ciuda ispitei uriașe, și să nu se abată de la această hotărâre. Pe de altă parte, credința în propria neputință poate să anuleze principala virtute a concepției bolii, anume să-i scoată pe oameni din trândăvie, făcându-i să încerce să se schimbe. Senzația de neputință duce adesea la pasivitate, neajutorare și disperare.

### *Există o personalitate adictivă?*

Alcoolicii sunt deprimați, anxioși, dependenți, vorbăreți, plini de nesiguranță și de silă față de sine, și au senzația de inferioritate. De asemenea, sunt pesimiști, își pun singuri bețe-n roate, sunt paranoici, agresivi și psihopați, ca să nu pomenim decât câteva dintre cele mai rele trăsături de personalitate. Aceste observații i-au făcut pe cercetători să afirme că există o personalitate adictivă: o constelație a trăsăturilor de mai sus. Asta înseamnă că persoanele care au respectivele trăsături cad cu ușurință pradă substanțelor sau comportamentelor care creează dependență. Dacă îndepărtezi de ei alcoolul, se vor apuca de cocaină, sex, jocuri de noroc sau fumat. De asemenea, putem deduce că astfel de persoane se apucă să bea ca să se ascundă de suferințele lor emoționale. Ați putea să vă îngrijorați că dumneavoastră sau cineva apropiat – care manifestă această constelație – este în pericol.

Subiectul personalității adictive a fost lămurit definitiv, cu toate că a fost nevoie de mulți ani de muncă și de un progres metodologic important: studii pe termen lung cu privire la durata de viață a alcoolicilor – studii de perspectivă, „longitudinale”. Ideea de personalitate adictivă își are rădăcinile în observarea alcoolicilor doar pe o perioadă scurtă, să zicem un an, sau chiar cinci ani. Astfel, pot fi observate multe dintre

așa-zisele trăsături adictive. Dar este absolut crucial ca aceste persoane să fie studiate în vreme ce consumă în mod exagerat alcool. Ce primează, trăsăturile adictive, sau consumul abuziv de alcool? S-ar putea ca faptul că priviți neputincioși cum alcoolul vă distruge viața să provoace anxietatea, depresia, delictele, dependența, pesimismul, sentimentul de inferioritate. Sau s-ar putea ca aceste trăsături să provoace alcoolismul.

Două studii de referință au urmărit grupuri de bărbați<sup>6</sup> pe o perioadă de patruzeci de ani sau mai mult: din copilărie – înainte să se manifeste alcoolismul – până la ultima parte a vârstei mijlocii. Amândouă au fost efectuate de George Vaillant, un cercetător de la Harvard și candidatul meu la titlul de cel mai important psihanalist de la Freud încoace. Într-unul din studii au fost căutați cei mai sănătoși dintre studenții de la Harvard din anii 1939–1944. Au fost aleși 5%, pe baza sănătății fizice și psihice evidente, precum și a rezultatelor strălucite în plan intelectual. Cât au fost studenți au fost intervievați la nesfârșit și au făcut nenumărate teste psihologice. Acești bărbați au fost urmăriți atent de atunci și până în prezent. Dintre cei 252 de bărbați, 30 au ajuns să abuzeze de alcool. Vaillant s-a întrebat prin ce se deosebeau acești 30 de bărbați de restul de 222 înainte de a ajunge alcoolici.

Înainte să vă spun ce a descoperit, vreau să menționez al doilea studiu pe care l-a efectuat, în care subiecții proveneau din capătul opus al spectrului vieții americane: cartierele sărace din Boston. Și acești bărbați au fost urmăriți timp de patruzeci de ani. 71 dintre ei au devenit alcoolici; restul de 260, nu. Și aici Vaillant s-a întrebat prin ce se deosebeau ei de ceilalți înainte de a ajunge alcoolici.

Rezultatele celor două studii au fost identice. Nu există nici un semn de personalitate alcoolică. Bărbații care au devenit alcoolici se deosebeau de ceilalți doar prin două lucruri: aveau mai multe rude alcoolice și exista tendința ca ei să fie nord-europeni (în special irlandezi). Nesiguranța emoțională, depresia, dependența, delincvența în tinerețe, ca și restul panopliei adictive (în absența părinților alcoolici) nu au prezis alcoolismul.<sup>7</sup>

Aceste rezultate sunt ca o gură de aer curat. Înainte de descoperirea lui Vaillant, clinicienii care examinau alcoolicii doar în timpul bolii nu s-au sfiit să facă afirmații alarmiste, de tipul „Evoluția bolii alcoolismului este de neconceput fără psihopatologia care stă la baza ei”<sup>8</sup>. Vaillant a descoperit că astfel de afirmații sunt complet eronate: alcoolismul este cel care produce depresie, dependență, delincvență etc. Singurul lucru pe care alcoolicii îl au în comun înainte de instalarea alcoolismului este o periculoasă sensibilitate la alcool, nu caracterul rău sau o boală mintală care doar se manifestă în chip de beție.

Vestea bună este că atunci când încetează abuzul de alcool dispar și aceste trăsături nedorite. Alcoolicul vindecat nu este mai deprimat, psihopat, pesimist sau egoist decât oricare dintre noi. Totuși, dat fiind că s-ar putea să-și fi pierdut vreo două decenii din viață, adesea este mai puțin matur în muncă, în viața emoțională și în relații decât bărbatul de vârsta lui. Așa cum mi-a spus cel mai bun prieten al meu din copilărie când s-a vindecat după douăzeci și cinci de ani de droguri: „Marty, am cincizeci de ani și merg pe douăzeci și cinci.”

### *Alcoolismul este progresiv?*

Un principiu fundamental al AA spune că alcoolismul nu este doar o boală, ci o boală *progresivă*. La fel ca sifilisul, care, dacă nu este controlat, progresează de la un șancru pe penis la slăbiciunea membrelor, la nebunie și la moarte, alcoolismul care nu este controlat progresează de la paharele date pe gât la petreceri până la abuz, la dependență și la moarte. Atunci când cineva predispus genetic spre alcoolism începe să consume abuziv alcool, nu mai pot apărea decât două rezultate: moartea din cauza alcoolismului sau abținerea totală. Acest tablou este oare adevărat?

Alcoolismul este într-adevăr progresiv în cel puțin un sens. Alcoolul produce *toleranță* – ai nevoie să bei din ce în

ce mai mult ca să ajungi la aceeași stare euforică. Toleranța, împreună cu sindromul de sevraj – nevoia disperată produsă de abținere – sunt esența dependenței. Cei care afirmă că alcoolul sau heroina produc o dependență fizică se înșală dacă cred că există vreo patologie chimică sau fizică cunoscută. Dependența „fizică” este un termen impropriu. El se referă doar la fapte *comportamentale*: este nevoie de cantități din ce în ce mai mari de substanță ca să aibă efect, și dacă nu o mai consumi suferi de sindromul de sevraj.<sup>9</sup>

Dar nu nevoia de cantități din ce în ce mai mari de alcool este ceea ce AA desemnează prin afirmația că alcoolismul este progresiv. Această afirmație înseamnă că simptomele se agravează la cantități mai mari de alcool. Întâi apar pierderea cunoștinței și îmbătarea, apoi arestările, plângerile din partea prietenilor și rudelor și băutul dimineța. Acestea sunt urmate de încercări repetate de a nu mai bea. Apoi vin pierderea slujbei și bețiile crunte. În cele din urmă, după 3-10 ani, apar convulsiile, spitalizarea și AA. Acestea se încheie fie cu abținere izbită, fie cu moartea.<sup>10</sup>

Același studiu de referință care a răspuns la întrebarea dacă există sau nu o personalitate adictivă ne spune și dacă alcoolismul este sau nu progresiv. Dat fiind că studiul oferă o imagine a alcoolicii pe parcursul întregii vieți – înainte, în timpul și după (dacă există vreun „după”) –, el cartografiază întregul traseu al alcoolismului.

În această privință AA are dreptate, în cea mai mare parte. Alcoolismul nu este în mod inevitabil progresiv, dar de obicei este. Dintre cei 110 alcoolici din cartierele sărace care au fost urmăriți timp de mai mult de patruzeci de ani, 73 au avut un traseu progresiv care s-a încheiat fie cu abținerea totală (cam jumătate dintre ei), fie cu abuz extrem și moarte (cealaltă jumătate). Restul de 37 nu au manifestat o boală progresivă. Acești bărbați și-au revenit din alcoolism, trecând la băutul în anumite ocazii și în cantitate mică sau la beții periodice, dar fără prea multe simptome adverse.

Vaillant tocmai a efectuat studiul de urmărire a acestor bărbați după cincizeci de ani, care înfățișează acum un tablou și mai cuprinzător. În prima parte a vieții alcoolismul progresează. Se bea din ce în ce mai mult de la 18 până la 30 și la 40 de ani. Apoi începe să se stabilizeze. Puțini alcoolici sunt în stare mai proastă la 65 de ani decât erau la 45. La vârsta mijlocie, dacă izbutești să trăiești atât de mult, de obicei se produce de la sine corectarea. Delincvența, obezitatea, schizofrenia, sindromul maniaco-depresiv și alcoolismul, toate acestea tind să dispară la vârsta mijlocie. Vaillant formulează o regulă a „unei treimi” în privința alcoolicii: la 65 de ani o treime sunt morți sau într-o stare deplorabilă, o treime sunt abștinenți sau beau doar în anumite ocazii și puțin, iar o treime încearcă încă să se lase de băutură.<sup>11</sup>

Putem oare să prezicem dacă un alcoolic tinde către parcursul progresiv sau către cel neprogresiv, care este mai rar? Bărbații care tindeau către parcursul progresiv aveau cele mai grave simptome după ce s-au apucat de băut, fumau mai mult (două pachete pe zi) și au simțit timp de mai mulți ani că „nu se pot abține” de la băutură (cincisprezece ani, spre deosebire de patru ani, la ceilalți).

### Vindecarea

- Care sunt șansele de vindecare de alcoolism?
- Dă rezultate tratamentul?
- Dă rezultate AA?

Iată niște întrebări la care este foarte greu de răspuns. Nu cunosc alt domeniu de cercetare a tratamentelor în care să se fi cheltuit atât de mulți bani și să se fi realizat atât de puțin. După părerea mea, lipsa de cunoștințe este scandaloasă. În principiu, modalitatea corectă de a stabili dacă tratamentul X (de exemplu, AA sau medicația sau spitalizarea) dă rezultate este simplă. Administrăm unui grup de alcoolici tratamentul X.



Administrăm unui grup de control, ales astfel încât să concorde factorii relevanți pentru vindecare (serviciul, stabilitatea emoțională, gravitatea și clasa socială), orice în afară de tratamentul X. Apoi așteptăm să vedem la care grup apar rezultate mai bune. Așa s-a procedat în cazul majorității problemelor pe care le-am cercetat în această carte. Dar nu și în cazul alcoolismului.

În cazul alcoolismului, există un obstacol în calea studiilor utile ale rezultatelor: cercetătorii se confruntă cu o problemă – ciclul de vindecare și recidivă se repetă ani în șir în cadrul evoluției sale naturale. Lămurirea motivului pentru care recidiva este atât de frecventă începe cu ceea ce *nu* ne apără de recidivă. De exemplu, George Vaillant a comparat copilăria acelor alcoolici care au recidivat mereu cu copilăria celor care au ajuns la abținerea solidă. Toate elementele care urmează nu prezic cine va ajunge la abținerea solidă:

- îngrijire atentă din partea mamei
- nivel înalt al competențelor în copilărie/adolescență
- familie fără probleme multiple
- IQ ridicat
- educație bună
- absența alcoolismului în familie

Observația ar trebui să-i șocheze pe aceia dintre dumneavoastră care cred în importanța experiențelor din copilărie (capitolul 14 vă va clătina și mai tare credința în această dogmă).

Foarte mulți factori care par să-i apere pe oameni de distrugerea prin alte tulburări psihologice nu izbutesc să-i apere de alcoolism, din cauză că această problemă, spre deosebire de alte boli, distruge trei dintre cei mai importanți factori care ușurează vindecarea de orice boală: eul puternic, voința și sprijinul social. Alcoolul vatămă creierul: persoanele puternice, cu multă voință ajung slabe și influențabile. Alcoolul face „regii și geniile deopotrivă cu săracii și tonții“. Este „marele nivelator al diferențelor dintre oameni“. În plus, alcoolul distruge iubirile și prietenii. Ne sărăcește de sprijinul social prin faptul

că ne face egoiști, iresponsabili și lipsiți de control la furie și la tristețe. În absența prietenilor și familiei, cei care suferă de orice boală cronică au o evoluție nefavorabilă.<sup>12</sup>

Dacă toți acești factori din copilărie nu reușesc să crească probabilitatea vindecării, ce anume reușește? În primul rând, cu cât aveți mai puține dintre simptomele chestionarului, cu atât este mai mare probabilitatea vindecării. Apoi faptul că sunteți căsătorit, că aveți un serviciu, că sunteți la vârsta mijlocie, că aveți un nivel înalt de educație, că sunteți alb și că proveniți din clasa de mijloc, toate acestea prezic vindecarea. Pe scurt, stabilitatea socială ajută enorm. Persoanele din această categorie, spre deosebire de „boschetari“, au de două ori mai multe șanse de vindecare.<sup>13</sup>

În mod paradoxal, gravitatea extremă ajută de asemenea la vindecare. Atunci când oamenii se confruntă cu o amenințare gravă – moartea, desfigurarea, falimentul –, sunt gata de convertire. Atingerea limitei de jos poate să dea, neîndoielnic, o forță uriașă pentru schimbarea spectaculoasă și pentru vindecare. Cazurile medii de alcoolism, cei care „cam trag la măsă“, au rezultatele cele mai slabe. Alcoolismul nu este destul de redus încât să ușureze vindecarea și nici destul de grav încât să reprezinte o amenințare șocantă la adresa vieții, familiei și vitalității, care să impulsioneze către abținerea. Bărbații de la Harvard din studiul lui Vaillant care sufereau de alcoolism moderat la 45 de ani suferă de același alcoolism și acum, când au ajuns la bătrânețe. Cazurile ușoare și cele extreme au rezultate mai bune.<sup>14</sup>

Care sunt șansele generale de vindecare de alcoolism sever dacă lucrurile își urmează cursul firesc? În primul rând, un avertisment foarte important: recidivele cronice ale alcoolismului fac ca atunci când cercetătorii investighează doar o perioadă scurtă – să zicem șase luni după orice tratament – să li se înfățișeze un tablou derutant. Probabil că 65% dintre persoanele tratate nu mai beau atâta timp după tratament. Orice alcoolic are perioade în care nu mai bea. Încercările de a

renunța la băutură și recidivele repetate fac parte din ceea ce înseamnă a fi alcoolic. Însă tabloul real începe să se contureze după cel puțin optsprezece luni. Studiile care arată șansele reale de vindecare de alcoolism sunt cele câteva studii pe termen foarte lung care au fost efectuate.

Iată câteva statistici reprezentative: dintre cei 110 bărbați alcoolici din cartierele sărace pe care George Vaillant i-a urmărit pe tot parcursul vieții, 49 (45%) au fost abștinenți timp de cel puțin un an. Dintre acești 49, 21 (19%) au ajuns la o abștinență solidă – nu au băut cel puțin trei ani. Dintre 100 de alcoolici tratați clinic pe care Vaillant i-a urmărit timp de doisprezece ani după externare, 25% au adoptat abștinența în mod stabil, 21% aveau o situație incertă, 37% au murit, iar 17% erau încă dependenți de alcool. Aceleași procente reies și dintr-un studiu de urmărire pe timp de zece ani a unor alcoolici britanici. Așadar, cea mai bună estimare pe care mă pot încumeta să o fac în privința șanselor pe termen lung de vindecare de alcoolism este următoarea:<sup>15</sup>

- O minoritate substanțială dintre alcoolici se vindecă.
- Circa unul din cinci se vindecă deplin.
- Cam jumătate dintre ei mor prematur sau rămân dependenți de alcool.
- Alcoolicii cu situație socială stabilă au aproximativ de două ori mai multe șanse de vindecare.
- Simptomele foarte ușoare și foarte grave sugerează în cea mai mare parte vindecarea.

Când Vaillant a comparat bărbații care au devenit abștinenți cu cei care au murit sau au rămas alcoolici, a descoperit la cei care s-au vindecat patru factori naturali de vindecare. În primul rând, abștinenții au găsit o altă dependență care să-i susțină: îndoparea cu dulciuri, mâncatul compulsiv, Librium, rugăciuni și meditație, fumatul țigară de la țigară, munca sau un hobby. În al doilea rând, bărbații abștinenți erau amenințați de consecințe medicale dureroase și catastrofale: hemoragia, o fractură de șold, crize și probleme gastrice grave; toate acestea i-au

confruntat cu distrugerea fizică (boala de ficat nedureroasă n-a fost suficientă ca să le vină mintea la cap). În al treilea rând, ei au găsit o sursă de alimentare a speranței: erau tipice convertirile la religie și prezența la Alcoholics Anonymous (despre care voi spune mai multe imediat). În sfârșit, se întâmpla adesea ca ei să-și găsească noi relații de dragoste, care nu purtau cica-tricele vinovăției și pe cele ale distrugerii pe care le-o pricinuiseră soțiilor lor. Cu cât reușeau să adune mai mulți dintre acești patru factori de vindecare, cu atât aveau mai multe șanse.

Cu acest fundal al procesului natural de vindecare trebuie să fie comparat tratamentul oficial. Din păcate, tratamentele oficiale dau rezultate doar cu puțin mai bune decât rata naturală a vindecării.

Primul dumneavoastră impuls, dacă aveți mijloacele necesare, este probabil să vă internați într-una dintre numeroasele clinici sofisticate pentru alcoolici. Aceste programe costă mult și de obicei implică o echipă de persoane care ajută la vindecare. Cele mai bune oferă o gamă largă de servicii: dezintoxicare, consiliere, terapie comportamentală, tratament medical al complicațiilor, terapia aversivă, un cadru confortabil și grupuri de tipul AA. Puteți beneficia de toate sau de o parte dintre ele. Uneori rezultatele pe termen lung par să fie foarte bune: de exemplu, una dintre aceste instituții arată cu mândrie un recent studiu de urmărire pe timp de zece ani a 200 dintre foștii pacienți: 61% își reveniseră „complet” sau erau „stabili”.<sup>16</sup> Însă pacienții din acest studiu nu erau „boschetari” – aveau o situație socială stabilă, așa că oricum ne puteam aștepta să aibă acest rezultat. Pentru a stabili dacă astfel de programe dau rezultate mai bune decât vindecarea naturală este nevoie de un grup-pereche de control. În studiul respectiv nu exista așa ceva, și într-adevăr sunt rare studiile controlate despre rezultatele unităților care tratează pacienții intern. De obicei pacienții sunt clienți plătitori, nu vor să fie incluși în mod aleatoriu într-un grup de control, și dacă sunt desemnați pentru așa ceva pleacă la altă clinică.

Totuși, au existat câteva încercări de a efectua studii controlate. Unul deosebit de spectaculos a fost efectuat la Londra acum cincisprezece ani. Celor 100 de bărbați alcoolici căsătoriți dintr-un eșantion li s-a administrat aleatoriu unul din două tratamente. Primul a fost complex: un an de consiliere și asistență socială, aderarea la AA, terapie aversivă prin medicamente, medicamente pentru ușurarea sevrajului, precum și accesul liber la tratamentul în condiții de internare. Cel de-al doilea a fost o singură ședință de consiliere la care au participat alcoolicul, soția lui și un psihiatru. Psihiatrul le-a spus celor doi că soțul suferă de alcoolism și că trebuie să se abțină de la băutură. În plus, trebuie să-și păstreze slujba, iar cei doi trebuie să încerce să rămână împreună. Tema consilierii era că sarcina vindecării „stă în mâinile cuplului și nu poate fi preluată de alții”. După douăsprezece luni, ambele grupuri arătau la fel: circa 25% dintre bărbații din fiecare grup prezentau ameliorare.<sup>17</sup>

George Vaillant a ajuns la același rezultat când a comparat propriul program de tratament clinic intensiv de la Cambridge (Massachusetts) Hospital cu absența tratamentului. Cei 100 de pacienți ai săi au fost dezintoxicați, au beneficiat de consultații medicale și psihiatrice, de un centru de reabilitare, de un program de educație antialcool și de consiliere pentru ei și rudele lor la orice oră din zi sau din noapte. După doi ani, o treime erau în stare mai bună, iar două treimi erau în stare proastă. Vaillant a adunat încă patru studii despre tratamente similare și care aveau în mare aceleași rezultate: o treime dintre pacienți erau în stare mai bună, două treimi erau în stare proastă. Apoi a comparat toate aceste rezultate ale tratamentului cu cele din trei studii care nu au implicat tratament, corelate. Fără tratament, o treime dintre pacienți erau în stare mai bună, iar două treimi erau în stare proastă.<sup>18</sup>

Un studiu efectuat pe 227 de muncitori sindicaliști identificați recent ca alcoolici contrazice aceste rezultate. În mod aleatoriu, muncitorii au primit fie tratament în regim de internare, fie participare obligatorie la AA timp de un an, fără spitalizare

(sau puteau alege să nu facă nici un tratament). Tratamentul din spital, care a durat aproximativ trei săptămâni, includea dezintoxicarea și întâlniri la AA și viza abstenența; apoi acestor muncitori li s-a cerut să participe la întâlnirile de la AA de trei ori pe săptămână și să nu se îmbete la serviciu. Grupului obligat să participe la întâlnirile AA i s-au impus aceleași restricții, dar fără spitalizare. După doi ani, situația celor din grupul care fusese spitalizat era mult mai bună decât la celelalte două grupuri: erau de două ori mai mulți abștinenți (37%, față de 17% și 16%), aproape de două ori mai mulți cei care nu se mai îmbătau niciodată și doar pe jumătate cei care au avut nevoie să fie internați din nou.<sup>19</sup>

Corelând toate aceste informații, pot să recomand tratamentul spitalicesc, dar numai ca variantă secundară. Este costisitor, și nu există decât un studiu acceptabil care arată că da rezultate mai bune decât parcursul natural al vindecării.

Cât despre psihoterapia ambulatorie, nu există dovezi că vreo formă de terapie bazată pe vorbire – nici psihoterapia, nici terapia de sprijin, nici terapia cognitivă – vă poate face să renunțați la alcool. A existat doar un studiu pe scară mică despre terapia comportamentală. În acest studiu, alcoolicii învățau tehnici de autocontrol în privința băuturii. Studiul are rezultate promițătoare, dar nu s-a efectuat o urmărire susținută a rezultatelor acestui tratament.<sup>20</sup> Însă după ce s-a instalat abstenența, terapia prin vorbire poate ajuta la ușurarea anevoioasei readaptări la absența băuturii, la viața de familie trăită cu simțul răspunderii și la stabilitatea serviciului. Per total, spre deosebire de vindecarea unei fracturi multiple, vindecarea de abuzul de alcool nu depinde în esență de tipul de tratament spitalicesc ori ambulatoriu primit sau de faptul de a primi sau nu tratament.<sup>21</sup>

În privința medicamentelor, cel mai folosit este Antabuse (disulfiram). Antabuse și alcoolul nu se împacă: atunci când un alcoolic ia o doză de Antabuse și apoi bea alcool, îl cuprinde o greață cumplită și nu poate respira bine. Aceasta descurajează consumul de alcool; însă alcoolicul poate totuși

să aleagă renunțarea la Antabuse, nu la alcool. Pentru a evita asta, Antabuse este implantat sub piele printr-o intervenție chirurgicală. Totuși, în studiile controlate nu există diferențe în privința consumului ulterior de alcool între alcoolicii cărora li s-a implantat Antabuse și cei cărora li s-a implantat un placebo. Pacienții din ambele grupuri continuau să bea mult când s-a epuizat substanța implantată.<sup>22</sup>

Folosirea medicamentului Antabuse nu este decât un element din portofoliul mai mare de tratamente care vizează crearea unei aversiuni față de alcool. În cazul aversiunii prin electricitate, șocul este asociat cu băutura, în speranța că gustul alcoolului va deveni respingător; se pare că acest tratament nu dă rezultate. În cazul aversiunii prin substanțe chimice, medicamentele care le provoacă greață alcoolicilor sunt asociate cu gustul alcoolului. Există o motivație teoretică mai bună pentru această stratagemă (amintiți-vă forța efectului *sauce béarnaise* despre care am discutat în capitolul 6, despre fobii). Mai mult de 30 000 de alcoolici au fost tratați astfel, dar fără un efect clar – pacienții din grupurile tratate sunt aproximativ în aceeași stare care ar fi de așteptat la cei din grupurile de control. Este uimitor faptul că există doar un studiu în care subiecții au fost repartizați în mod aleatoriu în grupul tratat prin terapia aversivă sau în cel de control. Prin urmare, per total, nu pot să recomand terapia aversivă pentru alcoolism. Pur și simplu nu există dovezi cu valoare științifică despre faptul că tratamentul prin aversiune este mai bun decât parcursul natural al vindecării.<sup>23</sup>

Naltrexona dă noi speranțe pentru tratarea cu succes a alcoolicilor. Joseph Volpicelli, cercetător în domeniul dependenței de la University of Pennsylvania, a avansat ipoteza că băutura stimulează sistemul opioid al corpului, și astfel produce o stare de euforie. Prin blocarea pe cale chimică a sistemului opioid din creier ar trebui să se poată bloca starea de euforie. Într-un studiu cu durata de douăsprezece săptămâni pe un grup de 70 de bărbați alcoolici, jumătate dintre ei au primit naltrexonă (agent de blocare a opioidelor) și cealaltă

jumătate au primit un placebo. 54% dintre bărbații care au primit placebo au recidivat, spre deosebire de numai 23% dintre cei tratați cu naltrexonă. Cei mai mulți dintre bărbați au băut cel puțin un pahar de alcool în timpul studiului; cei care au primit placebo au avut ocazional crize de băut excesiv, dar cea mai mare parte dintre cei tratați cu naltrexonă s-au oprit după un pahar – exact reacția la care ne-am fi așteptat dacă naltrexona ar fi blocat într-adevăr starea de euforie. Al doilea studiu, efectuat la Yale, a avut aceleași rezultate. Se recomandă prudență, din cauza lipsei studiilor de urmărire pe termen lung, dar aceasta este cea mai promițătoare descoperire de până acum în istoria lipsită de roade a medicației pentru alcoolici.<sup>24</sup>

Cea mai frustrantă întrebare este dacă Alcoolicii Anonimi și grupurile de autoajutorare de același gen au sau nu efect. Această situație nu poate fi evaluată cu certitudine, din mai multe motive. În primul rând, AA nu poate fi comparată în mod științific cu „parcursul natural al vindecării”, criteriul meu pentru toate comparațiile de mai sus, deoarece în America gruparea însăși este o componentă omniprezentă a parcursului natural al vindecării. Încercați să creați un grup de control alcătuit din alcoolici care nu frecventează deja AA. Veți descoperi că probabil membrii lui suferă de un alcoolism mai puțin sever decât al celor care frecventează AA, astfel că este nefolositor ca grup de control. În al doilea rând, AA nu agreează investigațiile științifice. Ea le promite membrilor săi anonimatul și insuflă loialitatea față de grupare – două condiții care fac ca urmărirea pe termen lung să fie dificilă și ca situațiile în care cineva își raportează în mod dezinteresat starea să fie neobișnuite. AA se aseamănă mai mult cu o sectă decât cu un tratament, fapt care nu este străin de succesul ei. În al treilea rând, persoanele care rămân în AA și participă la mii de ședințe tind să fie cele care nu se mai îmbată.

## Tratamentul potrivit

Tabel rezumativ cu privire la alcoolism\*

	Internare	Psihoterapie	Aversivune	AA	Naltrexonă†
AMELIORARE	▲	0	0	▲	▲▲
RECIDIVĂ	▲	▲	▲	▲	?
EFECTE	▼▼	▼	▼▼▼	▼	▼▼
SECUNDARE					
COST	costisitor	costisitor	moderat	gratuit	necostisitor
DURATĂ	săptămâni/ luni	ani	săptămâni/ luni	ani	săptămâni
TOTAL	▲	0	0	▲	▲▲

## AMELIORARE

- ▲▲▲▲ = ameliorare pronunțată, de 80-100%, sau dispariția simptomelor
- ▲▲▲ = ameliorare pronunțată, de 60-80%
- ▲▲ = ameliorare moderată, de cel puțin 50%
- ▲ = probabil mai bun decât placebo
- 0 = probabil inutil

## RECIDIVĂ (după întreruperea tratamentului)

- ▲▲▲▲ = recidivă mai mică de 10%
- ▲▲▲ = recidivă de 10-20%
- ▲▲ = rată moderată a recidivei
- ▲ = rată ridicată a recidivei

## EFECTE SECUNDARE

- ▼▼▼▼ = grave
- ▼▼▼ = moderate
- ▼▼ = ușoare
- ▼ = nici unul

## TOTAL

- ▲▲▲▲ = excelent, este evident tratamentul potrivit
- ▲▲▲ = foarte bun
- ▲▲ = util
- ▲ = nesemnificativ
- 0 = probabil inutil

\* Terapia comportamentală bazată pe controlarea tehnicilor de băut se arată promițătoare, dar deocamdată există prea puține dovezi pentru a o putea recomanda.

† Naltrexona pare destul de promițătoare, însă nu a fost efectuat încă vreun studiu pe termen lung pe tema recidivelor sau a efectelor secundare. Totuși, dat fiind că rapoartele inițiale par solide, pot să recomand naltrexona ca tratament experimental.

Aceasta nu înseamnă neapărat că AA este cauza. Săgeata cauzalității poate fi îndreptată în partea opusă: beția îi poate face pe oameni să se fofileze, simțindu-se vinovați, iar capacitatea de a nu se mai îmbăta le permite să rămână. În sfârșit, AA este „o vacă sfântă“. Criticile la adresa ei sunt rare, iar laudele martorilor sunt aproape universale. Se știe că organizația își tratează cei mai aprigi critici ca pe niște eretici, așa încât criticile, chiar și în literatura de specialitate, sunt reținute.

Dat fiind acest teren minat, am să risc totuși o evaluare. Sunt de părere că per total eficiența AA este doar secundară, dar că ea poate fi destul de eficientă pentru anumite subgrupe de alcoolici.

Încep cu faptul supărător că nu există nici măcar un studiu solid, controlat despre AA. Este regretabil că așa stau lucrurile, deoarece AA este cel mai răspândit tratament al alcoolismului, și în prezent clinicienii, preoții și medicii de familie obișnuiesc să-i trimită pe cei mai mulți dintre pacienții lor alcoolici direct la AA. Adepții asociației dau publicității cifre elogioase din studii necontrolate, însă metodologia lor este atât de șubredă, încât sunt silit să nu-i iau în considerare.

Bărbații din cartierele sărace din studiile lui George Vaillant oferă un eșantion – fără grup de control – urmărit pe o perioadă foarte îndelungată. Mai mult de o treime dintre bărbații care au devenit deplin abștinenți și dintre cei 20% care au ajuns la abștinență stabilă au evaluat AA ca „importantă“. Într-adevăr, în acest clasament AA era depășită doar de „voință“. În alt studiu de-al său, Vaillant a urmărit un eșantion clinic timp de opt ani, și 35% dintre pacienți au ajuns la abștinență stabilă. Dintre aceștia, două treimi au devenit membri fideli ai AA. Nu sunt sigur care este cauza și care efectul, dar această constatare se repetă frecvent – mulți dintre alcoolicii care au avut un rezultat bun pe termen lung participă neabătut la AA, mergând la sute de ședințe pe an.<sup>25</sup>

AA nu este potrivită pentru oricine. Este spirituală, ba chiar de-a dreptul religioasă, așa încât îi nemulțumește pe atei. Cere

aderarea la grup, ceea ce-i nemulțumește pe nonconformiști. Are caracter confesiv, așa încât îi nemulțumește pe cei cărora nu le place să-și deschidă inima. Scopul ei este abstința totală, nu revenirea la consumul normal de alcool, în anumite ocazii și în cantități mici. Consideră că alcoolismul este o boală, nu un viciu sau o slăbiciune. Una sau mai multe dintre aceste premisi nu sunt acceptabile pentru mulți alcoolici, și aceștia probabil că se retrag. Însă în ceea ce-i privește pe cei care rămân, eu cred că multora dintre ei le prieste *cu adevărat*. Ar fi o greșeală să formulăm un stereotip al celor cărora AA le va fi pe plac. Se prezintă acolo tot soiul de personaje, care rămân adepți – poeți și atei și singuratici. AA schimbă caracterul unora dintre cei care-i rămân fideli. La urma urmei, ea îndeplinește două dintre cele patru criterii ale lui Vaillant pentru sprijinirea vindecării: oferă o dependență alternativă și este o sursă de speranță.

### *Abstința totală*

Unul dintre cei mai buni prieteni ai mei, Paul Thomas, este barman. Paul este de-a dreptul fanatic. Când s-a apucat de bridge, a devenit Life Master în mai puțin de doi ani. Când s-a apucat de golf, a ajuns într-o singură vară jucător fără handicap. Când i s-a născut un copil cu sindromul Down, a devenit președintele filialei din Philadelphia a asociației de ajutorare a copiilor cu sindromul Down. Când s-a apucat de băutură, a băut timp de zece ani. În ultimii cincisprezece ani nu a mai pus în gură strop de alcool. Dacă-l întrebi cum reușește asta, zice că n-are nevoie de lucruri care să-i aducă aminte cum e când ajungi la limita de jos, pentru că le vede în fiecare zi la clienții săi.

Când am citit literatura foarte vehementă cu privire la adevăratul scop al vindecării, abstința totală sau revenirea la băut în anumite ocazii și în cantitate mică, m-am hotărât să-i cer părerea. Am cinat împreună la barul lui. I-am spus că lite-

ratura arată în mod aproape categoric că un anumit procent dintre alcoolicii vindecați pot reveni la băut în anumite ocazii și în cantitate mică. Părerea lui a fost tăioasă: „Sper să nu le spună asta și altora.“

Mi se pare că reacția lui Paul dovedește mult bun-simț. Mai întâi, faptele: o mică parte dintre alcoolicii vindecați pot reveni la băutura fără probleme grave, de pildă băutul peste măsură, golurile de memorie și violența. Însă întrebarea cât de mic este acest procent provoacă dispute. George Vaillant a constatat că 5-15% dintre alcoolicii pe care i-a urmărit au revenit la băutul în anumite ocazii și în cantitate mică. Într-un studiu în care a fost urmărit timp de douăzeci de ani un grup de alcoolici din Suedia, 25% dintre pacienți au devenit persoane care nu beau decât în anumite ocazii și puțin, și numai 20% au devenit abștinenți. Un procent mai mic dintre persoanele cu alcoolism grav au șanse să ajungă să bea doar în anumite ocazii și puțin, și numai alcoolicii care au cele mai puține probleme par să fie în stare să pornească pe această cale. Atunci când persoanele care suferă de alcoolism grav se vindecă, reușesc asta doar prin abștință. Conform logicii lui Paul, posibilitatea de a bea în anumite ocazii și puțin ar trebui să nu le fie dezvăluită.<sup>26</sup>

Persistă controversa dacă – pe termen lung – controlarea consumului de alcool dă rezultate la fel de bune ca abștința. În 1972 doi cercetători îndrăzneți din domeniul alcoolismului, Mark și Linda Sobell, au publicat rezultatele bune ale unui program de controlare a consumului de alcool. Numeroși susținători ai AA au sărit la beregata soților Sobell. De exemplu, Mary Pendery și colegii ei au afirmat că rezultatele acestora, cercetate cu atenție peste zece ani, sunt sumbre: de exemplu, mulți dintre cei considerați „un succes“ au murit, probabil din cauza alcoolismului. Dar Pendery a fost atacată la rândul ei pentru că a omis să menționeze faptul că din grupul de control al soților Sobell, format din abștinenți, mulți au murit în cei zece ani care au urmat. Și așa mai departe. Chestiunea nu este încă lămurită.<sup>27</sup>

Este sigur că obiectivul abstinencei totale are o calitate principală. Credița în acest obiectiv îi menține pe cei cu alcoolism grav pe calea care are cele mai multe șanse să ducă la vindecare. Chiar dacă este adevărat că unii alcoolici se pot vindeca, continuând totuși să mai bea câte puțin, obiectivul abstinencei totale, la fel ca eticheta de boală, este probabil o tactică bună.

Obiectivul abstinencei are totuși un dezavantaj. Dacă alcoolicul crede că un singur pahar băut înseamnă că a căzut din nou în vechiul nărav, o abatere poate să-i dărâme castelul din cărți de joc. Este foarte probabil să urmeze o beție zdravă. Într-un studiu, obiectivul abstinencei totale a fost comparat cu obiectivul controlării consumului de alcool. După un an, cele două grupuri aveau aceeași rată a abstinencei – circa o treime. Dar în rândurile nonabstinenților („ratații”) tratamentul bazat pe abinență a avut ca rezultat un consum de băutură de trei ori mai mare decât cel obținut prin controlarea consumului de alcool.<sup>28</sup>

Mulți dintre cei care se vindecă în cele din urmă de alcoolism mai calcă uneori în lături. În loc să-și spună „am luat-o de la capăt”, „boala m-a învins” sau „am pierdut terenul”, există o modalitate mai optimistă de a privi lucrurile. O abatere poate fi privită ca un eșec temporar determinat de evenimente exterioare, nu ca o lipsă de voință. Abaterile sunt ocazii de a învăța cum se poate înfrunta mai bine problema, nu semne că alcoolicul este din nou neputincios în fața bolii sale.<sup>29</sup>

Obiectivul abstinencei concordă cu mitul că alcoolicii suferă de imposibilitatea de a-și controla consumul de alcool. Însă pe parcursul natural al alcoolismului alcoolicii își controlează adesea consumul de alcool – pe termen scurt: uneori un pahar duce la altul și la altul, dar alteori alcoolicii aleg să se oprească. Alcoolicii își controlează adesea consumul de alcool – de exemplu, nu beau înainte de interviul pentru un loc de muncă. Cei mai mulți au încetat de mai multe ori să bea, dar în cele din urmă au recidivat. Problema nu este că un pahar duce întotdeauna la pierderea controlului, însă pe termen lung majoritatea alcoolicii se apucă iar de băutură – chiar și după ce au

reușit în mod repetat să-și controleze consumul de alcool. Alcoolismul este într-adevăr foarte puternic, dar lipsa totală a controlului nu este o descriere corectă.

### *Schimbarea: alcoolul, țigările, drogurile*

Alcoolul înfățișează un tablou asemănător cu al celor mai obișnuite substanțe de care se face abuz: țigări, cocaină și opiacee. În primul rând, oamenii sunt foarte vulnerabili la oricare dintre aceste poftes, probabil că din motive genetice. Totuși, nu există dovezi despre existența unei personalități „adictive” care să fie vulnerabilă la toate. În al doilea rând, în cursul firesei al lucrurilor, dacă abuzul este grav, mai puțin de jumătate (în cazul alcoolului doar o treime) dintre dependenți vor izbuti să renunțe. Aceasta înseamnă că problema nu este incurabilă, cu siguranță, însă perspectivele nu sunt prea roz. În al treilea rând, nici un tratament medical sau psihologic descoperit până în prezent nu se arată mult superior ratei de vindecare naturală. Dacă primul dumneavoastră impuls este să apelați la un tratament costisitor la spital, psihoterapie sau medicație, gândiți-vă mai bine. Nu există vreo competență secretă în privința alcoolismului. Sursa vindecării sunt familia, prietenii și sprijinul care asigură presiunea și speranța – printre care se numără nu în ultimul rând AA, religia și munca – și, elementul crucial, individul însuși.

Nu trebuie să uităm că a bea mult este un mod de viață. De exemplu, atunci când un alcoolic merge la o petrecere el privește petrecerea cu alți ochi decât noi, ceilalți. „Cât de bine este aprovizionat barul?” „Ăla nu-i cumva cumnatul vecinului meu? Cu siguranță o să mă pârască.” „Mă întreb dacă vine și vechiul meu prieten Tom, să putem face apoi turul barurilor.” A bea mult este un mod de viață în aceeași măsură ca a fi studios pentru un intelectual, a face politică pentru un politician și a-l iubi pe Iisus pentru un creștin fundamentalist. Să renunți

la băutură nu este ca și cum te-ai lipsi de un hobby. Este mai degrabă ca și cum te-ai lipsi de sine.<sup>30</sup>

În America, sclavia era cândva o parte din modul de viață sudist. Era considerată constituțională, și sudiștii și-au simțit sinele violat atunci când aboliționiștii au încercat să le-o ia. Și totuși, sclavia este o instituție cumplită. Cei care își bat soțiile și soțiile bătute au un mod de viață care este de asemenea cumplit. Ceva nu este drept sau bun sau benign, doar pentru că este un mod de viață.

A bea mult este un mod de viață rău. Distruge individul și pe cei apropiați lui. Nu poate fi spus nimic în favoarea unui astfel de mod de viață. Acestea sunt dictoane vechi. Dar în prezent reiese faptul că indivizii nu pot face prea mult, odată ce s-a instalat. După o viață întreagă de încercări, cam o treime dintre alcoolici scapă de el. Faptul că o treime scapă dintr-o stare atât de handicapantă este cu adevărat un succes, dar restul de două treimi constituie tragedia cea mare. Medicamentele (cu posibila excepție, naltrexona), psihoterapia, AA, tratamentul spitalicesc și puterea voinței aduc, toate, doar umbre de victorii – în cel mai bun caz – pentru acele două treimi.

Atunci când o instituție distructivă, precum sclavia sau molestarea nevestelor, nu este răsturnată de către indivizii pe care îi afectează cel mai grav, suntem îndreptățiți să apelăm la ceva mai puternic decât sinele pentru a o răsturna. După cum există o moralitate mai înaltă decât simpla opțiune personală, care face ca sclavia și molestarea nevestelor să fie rele, la fel stau lucrurile și în cazul alcoolismului. Puține dintre problemele noastre cer mai limpede controlul social.

Veți spune că varianta controlului social a eșuat. Sunt de acord: prohibiția, cu toate că a scăzut rata îmbolnăvirii pe fond alcoolic, a fost un imens eșec, și nu propun reinstaurarea ei. Dar cantitatea de alcool consumată și rata alcoolismului sunt foarte sensibile la un control social pe scară mai mică. De exemplu, taxele pentru băuturile alcoolice sunt mici: nu au ținut pasul cu inflația din ultimii patruzeci de ani. Se estimează

că dublarea taxei federale actuale ar reduce anual cu șase mii numărul deceselor din cauza cirozei, ca să nu mai vorbim de numărul de vieți care ar fi cruțate pe autostrăzi. Reducerea numărului magazinelor de băuturi și al barurilor, restrângerea publicității, creșterea limitei de vârstă și reducerea profiturilor din vânzarea și producerea de băuturi alcoolice ar ajuta, toate, la reducerea abuzului de alcool.<sup>31</sup> Atunci când indivizilor nu le stă în putere să modifice o problemă de talia alcoolismului, în cele din urmă îi revine societății sarcina să acționeze.

A devenit o modă ca pentru alcoolism să dați vina pe felul în care v-au crescut părinții sau pe alte necazuri din copilărie. Din această perspectivă, însuși faptul că alcoolismul nu se poate schimba este o dovadă a puterii pe care o exercită copilăria asupra vieții adultului. De fapt, toate problemele de la maturitate pe care le-am examinat în această carte au fost atribuite unor astfel de evenimente. În ultima parte a cărții vom cerceta dacă într-adevăr copilăria are o asemenea influență asupra vieții dumneavoastră din prezent. Este în joc, nici mai mult, nici mai puțin, ideea că sunteți prizonierul trecutului, sau sunteți liber să vă schimbați.



PARTEA A IV-A  
Maturizarea – în sfârșit

## 14. NĂPĂRLIREA DE COPILĂRIE

Freud considera că după vârsta de patruzeci și cinci de ani psihanaliza nu mai poate face nimic pentru un nevrotic; Jung era convins că vârsta de patruzeci și cinci de ani este în mare perioada din viață în care începe cea de-a doua fază de dezvoltare, extrem de importantă, și că această a doua perioadă este legată de chestiuni care sunt – în sensul cel mai larg – religioase.

Mulți oameni nu sunt de acord cu această atitudine. Nu vor să aibă nimic de-a face cu religia și sunt prea leneși sau prea speriați ca să accepte ideea că religia poate să însemne ceva foarte diferit de ortodoxie. Ei îmbrățișează ideea că Omul este centrul tuturor lucrurilor, cea mai înaltă formă de dezvoltare a vieții, și că atunci când conștiința individuală este stinsă prin moarte în ceea ce ne privește totul s-a sfârșit. Ideea de Om ca instrument al unei Voințe mai mărețe nu-i interesează, și nu-și privesc refuzul ca pe o limitare a cunoașterii lor.

Robertson Davies, „The Essential Jung”<sup>1</sup>

Când aveți senzația că timpul s-a oprit? Atunci când faceți dragoste, când vă jucați cu copiii dumneavoastră, când vorbiți la o adunare, când contemplați o capodoperă sau când pictați chiar dumneavoastră? Unde vă simțiți cu adevărat acasă – pe un teren de golf din Maui, citind în biroul dumneavoastră, plantând nemțșori, la un concert al lui Springsteen, ajutând la servitul cafelei într-un adăpost pentru cei fără locuință?

Aceste întrebări nu sunt neglijabile. Trebuie să vă gândiți la ele și să vă ascultați cu atenție propriile răspunsuri, deoarece sunt cruciale pentru o tranziție pe care o trăiți acum mulți dintre dumneavoastră: trecerea de la primul la cel de-al doilea anotimp al vieții.

În viață există, cred eu, doar două mari anotimpuri: cel al extinderii și cel al restrângerii. Capitolul de față se ocupă de aceste două anotimpuri. Anotimpul extinderii începe la naștere. Sarcina dumneavoastră dominantă în acea perioadă este să descoperiți cerințele lumii care vi se înfățișează și să vă adaptați acelor cerințe: școala, găsirea unui partener, nașterea copiilor, adoptarea valorilor locului și momentului în care vă aflați, începerea muncii de-o viață și, dacă sunteți norocos, deprinderea ei până la profesionism. Evoluția a făcut în așa fel încât acesta să fie un anotimp extrinsec, vremea în care să aflați ce se așteaptă de la dumneavoastră și apoi să faceți ceea ce se cere din afară.

Presupun că cititorul mediu al acestei cărți are între treizeci și patruzeci și cinci de ani. Dumneavoastră, cititorul mediu, ați ajuns acum „în floarea vârstei”. Sunteți cam la jumătatea

drumului prin viață. Sunteți în momentul în care se sfârșește primul anotimp și începe al doilea.

În cel de-al doilea anotimp viața vă va fi definită mai puțin de lumea exterioară și mai mult de anumite realități care s-au contopit în interior. Sarcina dumneavoastră în timpul anotimpului restrângerii este centrată pe ceea ce ați învățat în anotimpul extinderii. Atunci ați descoperit activitățile, obiectele și oamenii pe care îi iubiți, lucrurile care nu erau mijloace pentru atingerea unui scop, ci ele însele scopuri. Atunci când le-ați perceput și ați bănuțit ce înseamnă probabil că ați amânat urmărirea lor. În ultima vreme chemarea lor a devenit mai insistentă. Cel de-al doilea anotimp vă permite să nu mai amânați. Vă veți restructura viața astfel încât să se potrivească cu ceea ce ați descoperit că sunteți. De acum și până foarte târziu în viață, când multe dintre opțiunile dumneavoastră se vor restrânge, veți urmări ceea ce vă cere lumea interioară.

Ceea ce determină trecerea de la un anotimp la altul poate să fie – dar rareori este – senzația de împlinire care vine din succesul deplin. Uneori este „așezarea ultimei țigle de pe acoperiș” – faptul că ați ajuns cât de sus puteți sau vreți. Poate fi faptul că odraslele sunt acum pe picioarele lor. Însă nu este nevoie ca împlinirea să fie forța motrice: eșecul, frustrarea sau simpla plictiseală pot să vă dea un brânci minunat de eficient către faza următoare. Oricum ar fi, vine răsturnarea. Încetul cu încetul, în mod subtil, nu mai faceți ceea ce făceați de obicei, nu mai sunteți ceea ce erați, nu mai salivați la vechii stimuli: găsiți o scuză ca să nu mergeți la o petrecere și să puteți sta acasă, în fața șemineului, cu soțul/soția; începeți să purtați adidași la serviciu; nu mai mergeți la filme subtitrate; nu reînnoiți abonamentul la *New Yorker*; mergeți la biserică pentru prima oară de când nu mai sunteți copil. Sunteți din ce în ce mai puțin ceea ce se așteaptă ceilalți să fiți.

Faptul că reacționați în cele din urmă la ceea ce este intrinsec poate să însemne delăsare, frivolitate sau chiar goliciune spirituală. Dar nu este obligatoriu să fie așa. O parte uimitor

de mare din ceea ce sunteți cu adevărat coincide cu noțiuni vechi precum datoria, slujba, generozitatea și creșterea copiilor: să ajutați la construirea unui centru comunitar – atât la zidire, cât și la strângerea de fonduri; să candidați la o funcție; să călăuziți tineretul – propriii nepoți – către maturitate; să dăruți din ceea ce ați câștigat cu atâta trudă.

Este periculos de ușor să eșuați în această tranziție – să lăsați cele întâmplare în primul anotimp să vă handicapeze în cel de-al doilea. Dar succesul este foarte frecvent, în ciuda celor care ar vrea să ne facă să credem că suntem prizonierii copilăriei noastre. Creșterea și chiar salturile uriașe se produc pe tot parcursul vârstei mature. Dedic cele ce urmează schimbării și creșterii dumneavoastră.

### *Copilul din noi*

Punctul central al discuției de aici este filozofia „mișcării de recuperare”, concepția foarte populară că problemele unui adult sunt provocate de ceea ce a suferit în copilărie. Critic această concepție pe temeuri atât factice, cât și morale, chiar dacă o iau în considerare în scopul de a construi argumentația. Vreau să subliniez tema acestei cărți: faptul că puteți face schimbări majore pe toată perioada maturității, atunci când cunoașteți metodele care funcționează cu adevărat.

Multe defecte din viața de adult sunt de obicei puse pe seama relelor din copilărie. Depresia de la vârsta mijlocie este pusă pe seama pedepselor date de părinți cu câteva decenii înainte. În bestsellerul ei din 1991\*, Patti Davis, fiica lui Ronald și Nancy Reagan, le reproșează părinților problemele ei actuale. Subliniază că pe când avea opt ani mama ei a plesnit-o peste față și le reproșează atât tatălui, cât și mamei că nu i-au oferit destulă iubire, din cauză că erau prea îndrăgostiți unul de

\* *A House of Secrets*, Carol Publishing Group, New York (n. tr.).

celălalt (vorbit aici nici mai mult, nici mai puțin decât de Prima Familie a țării). În societatea de rând, incapacitatea de a iubi este pusă pe seama abuzului sexual săvârșit de un unchi, de tată sau de un frate. Talk-show-urile sunt pline de povestiri înlăcrimate despre incest și molestare sexuală suferite în copilărie. Faptul că vă bateți copiii este pus pe seama bătăilor pe care le-ați primit de la tată. Într-adevăr, premisa fundamentală a „mișcării de recuperare” este că evenimentele negative din copilărie handicapează viața de adult. Dar, ne promite „mișcarea de recuperare”, acest lucru este vindecabil. Dacă înfruntăm traumele de demult ne putem recăpăta sănătatea fizică și mintală.<sup>1</sup>

*Farquhar este un bărbat de treizeci de ani plin de probleme; furios, deprimat și împovărat de vinovăție. Își amintește de un episod de pe vremea când avea trei ani: n-a vrut să meargă la culcare și i-a strigat mamei lui „Te urâsc!”. Tatăl, înfuriat, l-a înșfăcat și a strigat: „Ai încălcat cea de-a cincea poruncă a Domnului: «Să-ți cinstești tatăl și mama».” Micul Farquhar s-a simțit vinovat și rușinat, iar Farquhar care acum este adult, rânit, târăște încă după el această „vinovăție toxică”. Făcând exercițiile pentru „copilul din noi”, Farquhar se eliberează de această povară. Îi telefonează tatălui său (care are acum șaptezeci și doi de ani) și-și descarcă furia. Retrăiește toată durerea și vinovăția și în mintea lui se desparte de tată și de mamă.<sup>2</sup>*

Iată premisele gemene ale „mișcării de recuperare” a copilului din noi:

- Evenimentele negative din copilărie exercită o influență majoră asupra vieții de adult.
- Înfruntarea acelor evenimente le anihilează influența.

Aceste premise sunt păstrate cu sfințenie în filme și în teatru. Cel mai mare succes psihologic din 1991 a fost filmul după romanul liric al lui Pat Conroy *Prințul marelor*, în care Tom Wingo (Nick Nolte), un antrenor alcoolic de fotbal american, a fost concediat și se poartă rece cu soția și cu fetițele sale. Și el, și sora lui au fost violați cu douăzeci și cinci de ani înainte, când erau copii. El îi mărturisește asta, plângând, doctoriței Susan Lowenstein (Barbra Streisand), psihanalistă din New York,

și ca urmare își recapătă capacitatea de a simți, de a antrena echipa și de a bea cu măsură. Fără îndoială că și sora lui și-ar reveni din schizofrenia suicidară dacă ar izbuti să retrăiască violul. Publicul e înlăcrimat. Publicul pare să nu pună la îndoială premisele.

Însă eu o fac.

### *Puterea copilăriei*

Este ușor să crezi că evenimentele din copilărie hotărăsc ce fel de adulți vom deveni. Dovezile par să fie chiar sub ochii noștri. Copiii părinților deștepți se dovedesc a fi deștepți; probabil că este vorba despre toate cărțile și discuțiile acelea pline de miez pe care le-au avut cu ei. Se întâmplă adesea ca acei copii care provin din căsnicii destrămate să divorțeze; probabil că le-au lipsit niște „modele de roluri” bune despre ce înseamnă a iubi suficient. Copiii care au suferit abuzuri sexuale devin adesea pesimiști temători; nu-i de mirare, au constatat că lumea este un loc înspăimântător. Copiii alcoolicii ajung adesea alcoolici; au învățat de la tată să bea fără măsură. Copiii părinților autoritari devin autoritari. Copiii jucătorilor de baschet și ai muzicienilor se dovedesc talentați la aceste activități. Copiii care au fost bătuți de părinți își bat copiii.

Oricât de convingătoare ar părea, aceste observații reprezintă o deplină confuzie. Da, acești oameni vin dintr-o lume în care au fost crescuți pe potruva părinților, dar, de asemenea, au genele părinților. Fiecare dintre aceste observații se pretează în aceeași măsură interpretării genetice și celei legate de copilărie: genele deșteptăciunii, genele lipsei de iubire, genele neliniștii, genele pesimismului, genele alcoolismului, genele autoritarismului, genele muzicalității, genele violenței. De ce interpretările genetice li se par exagerate oamenilor moderni, în vreme ce interpretările legate de copilărie par atât de confortabil de adevărate?

Atracția explicațiilor bazate pe felul în care au fost crescuți copiii are o dimensiune teoretică și una morală. Freud a presupus atât faptul că evenimentele din copilărie creează personalitatea adultului, cât și că urmările lor pot fi anihilate prin retrăirea – cu multă emoție – a traumei inițiale. Vă sună familiar? Ar trebui, pentru că premisele sunt exact cele ale „mișcării de recuperare” a copilului din noi. Chiar dacă de mulți ani încoace premisele lui Freud au suferit un declin constant în ochii savanților, Hollywoodul, talk-show-urile, mulți terapeuți și publicul larg încă le adoră. „Mișcarea de recuperare” îmbină premisele fundamentale freudiene cu metoda confesivă folosită de AA. Rezultatul este cea mai populară mișcare pentru auto-ajutorare din anii '90.

Traumele din copilărie și catharsisul oferă într-adevăr un spectacol frumos. Dar atracția „mișcării pentru copilul din noi” este mult mai profundă, deoarece există aici și un mesaj de simpatie politică și morală. Atracția sa își are începuturile moderne în înfrângerea naziștilor. Naziștii foloseau știința respectabilă a geneticii pentru a-și susține teoria despre superioritatea arienilor. Cei „inferiori” din punct de vedere genetic – evreii, țigani, slavii, persoanele retardate și diforme – erau considerați subumani și erau trimiși în lagăre de exterminare. După victoria noastră asupra naziștilor, tot ceea ce folosiseră ei corect sau greșit era pângărit. Filozofia lui Nietzsche, operele lui Wagner și autoritarismul au devenit suspecte. Psihologia americană, deja ambientalistă, a evitat atunci complet genetica și s-a dedicat explicațiilor bazate pe personalitatea din copilărie și pe dogma maleabilității umane.

Când este alimentată de această reacție față de nazism, logica dogmei maleabilității umane este următoarea: odată ce am îngăduit explicația că Sam se descurcă mai bine la școală decât Tom datorită faptului că Sam este genetic mai deștept, pornim în jos pe panta alunecoasă către genocid. După cel de-al Doilea Război Mondial, explicațiile genetice au ajuns ultimele la care se recurgea, deoarece duhneau a fascism și a

rasism. Toate acestea se potriveau de minune cu idealul nostru democratic, că oamenii au fost creați egali.

Cel de-al doilea aspect, al atractivității morale a „mișcării pentru copilul din noi”, este consolarea. Viața e plină de înfrângeri. Cei pe care-i iubim ne resping. Nu obținem posturile pe care le dorim. Luăm note proaste. Copiii noștri nu mai au nevoie de noi. Bem prea mult. N-avem bani. Suntem mediocri. Suntem învinși. Ne îmbolnăvim. Când eșuăm, căutăm consolare, iar una dintre formele acesteia este să privim eșecul altfel decât ca o ratare – să-l interpretăm într-un fel care nu doare așa de mult ca ratarea. Faptul că suntem victimă, faptul că dăm vina pe altcineva, sau chiar pe ordinea stabilită, este o formă de consolare puternică și foarte răspândită. Îndulcește multe dintre loviturile soartei.

Vina atribuită altcuiva are un trecut glorios. Alcoholics Anonymous a făcut mai suportabilă viața a milioane de alcoolici prin faptul că le-a dat demnitatea unei „boli” care să înlocuiască dezonorația „ratării”, „imoralității” sau „răului”. Și mai importantă a fost mișcarea pentru drepturile civile. De la Războiul de Secesiune până la începutul anilor '50, persoanele de culoare din America au dus-o rău – conform tuturilor statisticilor. Cum a fost explicat acest lucru? „Proști”, „leneși” și „imorali” erau vorbele strigate de demagogi sau șoptite de elita albă. 1954 este anul în care aceste explicații au început să-și piardă puterea. În procesul „Brown împotriva consiliului școlar”, Curtea Supremă a stabilit că segregarea rasială din școli este ilegală. Lumea a început să explice ratarea oamenilor de culoare prin „educație inadecvată”, „discriminare” și „șanse inegale”.

Aceste noi explicații sunt literalmente reconfortante. În termeni tehnici, vechile explicații – prostia și lenea – sunt personale, permanente și generale. Ele scad respectul de sine; produc pasivitate, neputință și disperare. Dacă erai de culoare și credeai în ele, se împlineau de la sine. Noile explicații – discriminarea, școlile proaste, lipsa de șanse – sunt impersonale, schimbătoare și mai puțin generale. Ele nu scad respectul de

sine (de fapt, generează în schimb furie) și duc la acțiuni pentru schimbarea situației. Ele dau speranță.

„Mișcarea de recuperare“ proliferază pornind de la aceste precedente. „Recuperarea“ dă eșecurilor dumneavoastră o întreagă serie de explicații noi și mai consolatoare. Problemele personale, vi se spune, nu rezultă, așa cum vă temeți, din propria lenevie, din lipsa de sensibilitate, egoism, necinste, delăsare, prostie sau din pofta trupească. Nu, ele izvorăsc din faptul că oamenii s-au purtat rău cu dumneavoastră când erați copil. Puteți da vina pe părinți, pe frate, pe profesori, pe preot, precum și pe sex și rasă și vârstă. Acest soi de explicații vă fac să vă simțiți mai bine. Transferă vina asupra altora, crescându-vă astfel respectul de sine și sentimentul propriei valori. Fac să scadă culpabilitatea și rușinea. A trăi în perspectivă acest transfer este ca și cum am vedea razele de soare cum străpung norii după un șir nesfârșit de zile reci și mohorâte.

Am devenit victime, „supraviețuitori“ ai abuzului, nu „ratați“ și „învinși“. Aceasta ne ajută să ne împăcăm mai bine cu restul lumii. Acum suntem cei defavorizați, încercând să scăpăm prin luptă din ghearele necazurilor. În societatea noastră amabilă, toată lumea este de partea celui mai slab. Nimeni nu mai îndrăznește să spună ceva rău despre victime. Prețul obișnuit al eșecului – disprețul și mila – se transformă în sprijin și compasiune.

Așadar, premisele copilului din noi au o atracție profundă: sunt democratice, sunt consolatoare, ne cresc respectul de sine și ne aduc noi prieteni. Nu-i de mirare că atâția oameni care suferă cred în ele.

### *Evenimentele din copilărie influențează personalitatea adultului?*

Entuziasmați de credința în impactul mare al copilăriei asupra dezvoltării adultului, mulți cercetători au căutat cu zel argumente. Se așteptau să găsească o mulțime de dovezi despre

efectele distrugătoare ale evenimentelor negative din copilărie, precum moartea părinților, divorțul, bolile fizice, bătăile, neglijarea și abuzul sexual, asupra vieții de adult a victimelor. Au fost efectuate anchete pe scară largă despre legătura dintre sănătatea mintală a adultului și pierderile suferite în copilărie. S-au făcut studii prospective despre pierderile suferite în copilărie în raport cu viața ulterioară, de adult (acestea durează ani întregi și costă o avere). Au apărut unele dovezi – dar nu prea multe. Dacă mama unui copil mai mic de unsprezece ani moare, el va fi întru câtva mai depresiv la maturitate – dar nu mult mai depresiv, și numai dacă este de sex feminin, și numai în circa jumătate din studii. Moartea tatălui nu a avut un impact măsurabil. Dacă sunteți primul născut, aveți IQ mai mare decât al fraților dumneavoastră – dar în medie cu mai puțin de un punct. Dacă părinții dumneavoastră divorțează (trebuie să excludem studiile care nici măcar nu se ostensesc să apeleze la grupuri de control din familii unite), apare un ușor efect perturbator în ultima parte a copilăriei și în adolescență. Dar problemele dispar pe măsură ce copiii cresc, și este posibil ca la maturitate să nu mai fie perceptibile.<sup>3</sup>

După cum s-a arătat, traumele importante din copilărie pot să aibă o anumită influență asupra personalității adultului, dar această influență este greu perceptibilă. Rapoartele respective au pus sub semnul întrebării unul dintre bastioanele ambientalismului. Contrar acestui crez, evenimentele negative din copilărie nu duc la probleme ale adultului – nici vorbă de așa ceva. Conform acestor studii, nu suntem îndreptățiți să punem depresia, anxietatea, căsnicia nereușită, drogurile, problemele sexuale, șomajul, obiceiul de a ne bate copiii, alcoolismul sau furia din viața noastră de adulți pe seama întâmplărilor prin care am trecut în copilărie.<sup>4</sup>

Oricum, cele mai multe dintre aceste studii au fost inadecvate din punct de vedere metodologic. În entuziasmul lor față de maleabilitatea umană, nu au luat în considerare latura genetică. Celor care le-au conceput, orbiți fiind de ideologie, pur

și simplu nu le-a dat prin cap că este posibil ca părinții delincvenți să transmită genele delincvenței, și că atât delictetele copiilor de delincvenți, cât și măsura în care delincvenții își maltratează copiii ar putea să-și aibă rădăcinile în gene, nu în maltratarea suferită. Există astăzi unele studii care iau în considerare latura genetică: unele dintre ele cercetează personalitatea din viața adultă a gemenilor monoziagoți crescuți separat; celelalte cercetează personalitatea din viața adultă a copiilor adoptați și compară personalitatea lor cu cele ale părinților biologici și ale părinților adoptivi.

Toate aceste studii au descoperit efecte însemnate ale genelor asupra personalității din viața adultă, și doar efecte neglijabile ale oricăror evenimente speciale. Gemenii monoziagoți crescuți separat sunt mult mai asemănători în viața adultă decât gemenii dizigoți crescuți împreună în ceea ce privește autoritarismul, evlavia, satisfacția profesională, conservatorismul, furia, depresia, inteligența, alcoolismul, starea de bine și nevroza, ca să nu menționăm decât câteva aspecte. În paralel, copiii adoptați seamănă mult mai mult în faza adultă cu părinții biologici decât cu cei adoptivi.

Acestea sunt cele mai recente afirmații, dacă nu chiar ultimul cuvânt, în controversa deschisă din nou pe tema înăscut-dobândit. Ele provin dintr-o convergență a studiilor pe scară largă care folosesc măsurători actuale. În aceste studii apare un spațiu larg de manifestare pentru influențele nongenetice, deoarece mai puțin de jumătate din variație este explicată de gene. Însă cercetătorii nu au descoperit până acum nici o influență nongenetică specifică (printre influențele nongenetice se pot număra evenimente din stadiul intrauterin, educația primită, traume din copilărie, școala, evenimente din adolescență și maturitate, precum și erorile de măsurare). Este posibil ca unii dintre acești factori specifici să se dovedească importanți pentru personalitatea din viața adultă, dar până în prezent nu a fost cazul nici unuia.<sup>5</sup>

Dacă vreți să vă învinovați părinții pentru problemele pe care le aveți la maturitate, sunteți îndreptățiți să dați vina pe

genele pe care vi le-au transmis, dar nu sunteți îndreptățiți – de nimic, după știința mea – să dați vina pe felul în care s-au purtat cu dumneavoastră.

### *Traumele sexuale din copilărie*

Există o traumă din copilărie care este evidențiată adesea ca deosebit de distrugătoare pentru sănătatea mintală a adultului: abuzul sexual. Ceea ce voi spune în continuare despre acest subiect poate fi cu ușurință interpretat greșit, citat greșit și scos din context. Așa că iată prefața: eu sunt convins că abuzul sexual este un lucru rău. Ar trebui să fie condamnat și pedepsit. Copiii care au suferit abuzuri și adulții care au trecut prin astfel de experiențe au nevoie de ajutor, dar de ajutor care să aibă efect – nu de ajutor de tipul „psihologiei populare”.

În zilele noastre aș putea fi etichetat drept copil care a suferit un abuz sexual. Pe când aveam nouă ani, Myron m-a „molestat” în fiecare zi lucrătoare, timp de un an. Mergeam pe jos patru cvartale până la Școala nr. 16. La colț, Myron vindea *Times Union* cu cinci cenți. Era îmbrăcat în zdrențe cafenii, era neras și se bălbaia rău. Astăzi colegii mei l-ar eticheta drept „adult retardat cu paralizie cerebrală”. La începutul anilor '50, lumea din Albany, New York, îi zicea „vagabond” și „diliu”. Dar între noi doi era o mare prietenie. Mă pupa și stăteam îmbrățișați câteva minute. Îmi povestea necazurile lui, iar eu i le povesteam pe ale mele. Apoi am trecut în clasa a patra.

Într-o bună zi Myron a dispărut din colțul lui. L-am căutat cu disperare, și un polițist care își făcea rondul prin apropiere mi-a spus că Myron „s-a dus”. Am suferit îngrozitor. Nici măcar nu-și luase rămas-bun.

Peste cinci ani l-am văzut pe Myron când coboram din autobuz ca să merg la Palace Theatre, aflat departe, în centru. „Myron!” am strigat, bucuros. El mi-a aruncat o privire și a luat-o la fugă cât îl țineau picioarele lui șontoroage. A rămas pe jos un teanc de ziare nevândute, răsfoite de vântul rece.

Astăzi, firește, pot completa golurile. Vreo vecină care trecea pe acolo probabil că l-a văzut pe Myron „molestându-mă” (adică îmbrățișându-mă și pupându-mă). Le-a spus părinților mei. Părinții mei au apelat la poliție. Polițiștii i-au spus lui Myron că dacă-l mai văd vreodată cu mine îl trimit la închisoare – sau mai rău (Albany nu era un loc prea amabil în anii '50). Mie nu mi-au spus nimic.

Am uitat toate acestea până acum zece ani, când abuzurile sexuale comise asupra copiilor au devenit un subiect mult discutat. Mai întâi au apărut rapoartele despre incesturi în rândurile sărăcimii, apoi statistici alarmante despre clasa de mijloc. Au fost lansate avertismente în privința unchilor și taților vitregi – dat fiind că de obicei se descoperea că făptuitorul era un prieten sau o rudă. Apoi vedetele au început, una după alta, să dezvăluie faptul că au suferit abuzuri sexuale din partea tatălui și că le-au rămas cumplite cicatrice psihice. Apoi pentru terapeuți a devenit un lucru obișnuit ca în cadrul terapiei să verifice dacă nu există vreun abuz sexual uitat – și de obicei îl găseau. Apoi, în procese, copiii deveniți adulți au început să pretindă că-și amintesc de abuzul comis de părinți cu treizeci de ani înainte, care le-a distrus viața.

S-a acumulat un corpus de cercetări care a alimentat îngrijorarea publicului. Într-un studiu tipic este cercetată sănătatea mintală a femeilor care au fost victime ale incestului. Rezultatele sunt uniforme: la aceste femei depresia, anxietatea, tendința de sinucidere, abuzul de medicamente, singurătatea, culpabilitatea și tulburările sexuale apar într-o măsură mai mare decât la femeile din grupurile de control.<sup>6</sup> Interpretarea adusă la cunoștința publicului este că abuzul sexual din copilărie generează problemele din viața de adult.

Morocănosul spune: În fanatismul lor, autorii acestor articole renunță la drăgălășeniile metodologice precum grupurile de control adecvate și analiza explicațiilor contrare. Adesea, „fostele victime” sunt selectate anume. Sunt recrutate pentru că sunt adulți cu probleme: urmează un tratament sau fac parte

din grupuri de autoajutorare, sau chiar, literalmente, au răspuns unui anunț pentru „victime ale incestului”. Nu este surprinzător faptul că au mai multe probleme decât persoanele din grupul de control. Iar grupurile de control sunt și ele suspecte (atunci când există); nu se potrivesc cu victimele incestului în ceea ce privește variabilele critice, cele mai evidente. Ceea ce nu verifică aceste studii sunt diferențele genetice și alte diferențe ambientale confundate cu incestul (alternativa despre care nu se pomenește). Tații, frații și unchii care comit abuzuri sexuale asupra unor copii mici sunt bărbați care au ei înșiși probleme grave. De cele mai multe ori victimele incestului provin din familii dezorganizate, în care există o rată mult mai mare a bolilor mintale decât în cazul grupurilor de control. Unele dintre bolile mintale și unele dintre problemele familiei sunt probabil genetice. Așadar, rămâne posibil ca depresia, anxietatea, furia și problemele sexuale pe care le au fostele victime ale incestului să nu fie consecințe ale incestului. Ele pot fi generate de unele dintre celelalte evenimente negative care sunt foarte frecvente într-o familie disfuncțională sau ar putea să fie genetice. Chiar și după ce scăpăm de ideologie, ne punem întrebarea dacă abuzul sexual suferit în copilărie produce sau nu distrugerii în viața adultului, și dacă da, cât de mari.

Adesea este uitat copilul însuși. Ce putem face ca să reducem cât mai mult pagubele? În ce fel îl putem ajuta cel mai bine pe adultul care a suferit un abuz sexual cu ani în urmă, când era copil?

Vorbind despre tulburarea de stres posttraumatic, principala mea concluzie a fost că evenimentele îngrozitoare au efecte negative pe termen lung, iar terapia pare să facă prea puțin pentru reducerea lor. Lagărele de concentrare, tortura, violul brutal, toate lasă cicatrice care persistă. Observația este adeverată atunci când evenimentul are loc în viața unui adult și de asemenea atunci când evenimentul are loc în copilărie. Dar, contrar premiselor teoriei despre copilul din noi, nu am auzit despre date care să arate că trauma din copilărie are o putere mai mare decât trauma unui adult.



Eu cred că vindecarea naturală a copiilor este, în mare, mai eficientă decât în cazul adulților. S-au făcut mai multe studii de urmărire a evoluției unor copii care au suferit abuzuri sexuale, și toate au arătat o vindecare surprinzătoare. La mai mult de jumătate dintre copii starea se îmbunătățește considerabil într-un an sau doi, iar numărul celor cu probleme grave scade semnificativ. Din nefericire, starea câtorva dintre ei se înrăutățește.<sup>7</sup>

Gravitatea obiectivă a abuzului sexual în cazul copiilor variază de la extrema violului brutal până la cea a mângâierilor erotice. În tulburarea de stres posttraumatic, gravitatea obiectivă, în afară de prezența violenței și de riscul pierderii vieții, nu determină durata simptomelor și intensitatea lor. Când suferă drame identice, unii adulți sunt marcați pe viață, în vreme ce alții rămân neschimbați. Câțiva devin chiar mai puternici („Ceea ce nu mă omoară mă face mai puternic“, spune Nietzsche). Acest lucru este adevărat și în cazul copiilor. Invariabil, între un sfert și o treime dintre copiii care au suferit abuzuri sexuale prezintă nici un simptom și, contrar teoriilor „reprimării“ și „negării“, aceste simptome nici nu le apar vreodată. Sarcina noastră, ca terapeuți și părinți, este să reducem pagubele. Cu ajutorul nostru, atacul brutal poate să nu se transforme în TSPT generalizat, iar mângâierile erotice pot să nu ducă la TSPT.

Dacă amplificăm trauma din mintea copilului, vom amplifica și simptomele; dacă amortizăm trauma, vom reduce simptomele. Se produce apoi vindecarea naturală, însă părinții bine intenționați, terapeuții și completul de judecată pot s-o încetinească. Uneori aceștia chiar rup în mod repetat crusta protecătoare de pe rană. La copiii implicați în procese penale de durată riscul să rămână perturbați este de zece ori mai mare decât la cei ale căror cazuri sunt rezolvate rapid.<sup>8</sup>

Aceasta este morala poveștii mele cu Myron. Părinții mei și poliția – în acele zile în care lumea nu era atât de luminată – „au redus sonorul“. Fără zarvă, l-au făcut pe Myron să plece de la colțul străzii mele și l-au băgat în sperieți. Dacă au fost cumva furioși sau isterici, eu n-am aflat nimic. N-au încercat

să scoată de la mine amănuntele intime. Nici un doctor de la urgență nu mi-a examinat sfincterul anal. Nu m-am dus la tribunal. N-am fost trimis la terapie ca să ies din faza de „negare“. N-am fost îndemnat, peste câțiva ani, să redescopăr ceea ce am „reprimat“ și apoi să retrăiesc trauma, pentru a-mi vindeca problemele actuale.

În cazul în care copilul dumneavoastră suferă un abuz sau dumneavoastră ați suferit un abuz, cel mai bun sfat pe care vi-l pot da este „să reduceți sonorul“ cât mai repede posibil. Retrairea repetată a acelei experiențe poate să întârzie vindecarea naturală.

Prin urmare, prima premisă a „mișcării copilului din noi“ – că evenimentele din copilărie au o influență importantă asupra personalității din viața de adult – nu rezistă analizei. Doar în cazul câtorva dintre evenimentele din copilărie, cum ar fi moartea mamei, se poate afirma pe bază de documentație că au influență asupra vieții emoționale a adultului. Iar influența lor este surprinzător de mică, în special în comparație cu efectul genelor asupra personalității din viața de adult. „Rușinea toxică“ și „vinovăția toxică“ din viața de adult, induse de abuzul comis de părinți, sunt invenții ale „mișcării de recuperare“. Atunci când niște cercetători atenți privesc îndeaproape și analizează parcursul, nu găsesc dovezi că rușinea și vinovăția ar provoca problemele adultului. Există unele dovezi că abuzul comis de părinți duce la tulburări în viața de adult – de exemplu, la căsătorii nepotrivite –, dar nu pe calea vinovăției sau rușinii. Cauza este mai dramatică, așa cum se petrece în scenariul bine documentat din punct de vedere statistic în care abuzul grav comis de părinți duce la internarea unei fetițe într-o instituție specializată. Când ajunge la pubertate, ea nu are unde să meargă. Evadează rămânând însărcinată încă din adolescență sau printr-o căsătorie prematură, impulsivă, de soiul celor care de obicei nu durează. Mai există și acele situații în care caracterul dificil al unei fetițe îi face pe părinți să fie permanent irascibili. Și această situație are ca rezultat faptul că ea devine un adult

dificil. Astfel de femei se mărită cu bărbați șterși, care se îndepărtează de ele. Atunci căsnicia lor se destramă.<sup>9</sup>

Alt candidat în vogă la influența principală asupra personalității din viața de adult este abuzul sexual suferit în copilărie. Această teorie este, în cel mai bun caz, nedovedită.<sup>10</sup> Evenimentele traumatice precum abuzul sexual brutal au efecte distructive în anii următori. Însă traumele din copilărie nu sunt mai dăunătoare decât cele de la maturitate. Ba chiar copiii se vindecă mai ușor decât adulții. Mai simplu spus, ideea că trauma din copilărie – în afară de forma ei cea mai brutală – influențează personalitatea din viața de adult nu există decât în mintea susținătorilor teoriei copilului din noi. Nu este dovedită de rezultatele studiilor.

### *Blițul sau bulgărele de zăpadă*

Iată cel mai surprinzător fapt cu privire la felul în care am fost crescuți și la evenimentele din copilărie: dintr-un întreg șir de studii a reieșit că variația interfamiliară a personalității este aproximativ aceeași cu cea intrafamiliară – dacă cercetăm genele. (Încercați să rețineți această frază, și o să puteți tăia cheful tuturor la orice petrecere.) În traducere, aceasta înseamnă că, în medie, personalitățile a doi copii din aceeași familie se deosebesc între ele la fel de mult pe cât se deosebesc de personalitatea oricărui alt copil – dacă cercetăm genele.<sup>11</sup>

Evenimentele din copilărie par atât de importante pentru că avem în minte un singur model: blițul. Multă vreme am presupus că aceste episoade explodează cu lumină orbitoare și, ca atare, sunt fundamentale, deoarece sunt foarte vii. Acest model nu se potrivește cu faptele. Iată un model care se potrivește mai bine: bulgărele de zăpadă. Când două pietre se rostogolesc din vârful unui deal acoperit de zăpadă, diferențele foarte mici de la început se tot măresc, pe măsură ce le crește energia cinetică. O mică adâncitură de pe coasta dealului poate la rân-

du-i să modifice mult traiectoria. Micile deosebiri inițiale ale direcției și măruntele abateri de pe parcurs se transformă în diferențe mari până când pietrele ajung la poalele dealului.<sup>12</sup>

Să luăm exemplul lui Joan și Sarah, două surori de șase și, respectiv, șapte ani, fetele familiei Marquez. Au în comun 50% din gene și par destul de asemănătoare. Se deosebesc puțin în privința capacității atletice. Joan este ceva mai puternică decât Sarah. Când este vorba de alegerea coechipierilor pentru jocul cu trasul funiei, în clasa întâi, Joan este aleasă întotdeauna înaintea lui Sarah. În fiecare zi Sarah se întoarce descurajată de la sala de sport. Dar este ceva mai talentată la muzică, așa că își dă toată silința la cor. Joan sare peste repetițiile la cor ca să joace softball. La sfârșitul liceului Joan va fi o stea a gimnasticii cu ambiții olimpice, iar Sarah va fi primă soprană în spectacolele esențiale locale. Aceeași evoluție de tip bulgăre de zăpadă a putut să provină din mici diferențe legate de optimism sau de înfățișare sau de afecțiune din partea învățătoarei din clasa a treia, sau de cât de mult le plăcea fetelor să grădinărească împreună cu tati.<sup>13</sup>

Chiar dacă părinții le duc la operă o dată pe lună, li se induce gustul pentru brânza de capră, grădinăresc împreună cu tatăl lor și iau lecții de tubă, probabilitatea ca lui Joan și Sarah să le placă opera, brânza de capră, tuba sau grădinăritul nu este mai mare decât la orice alți doi copii – dacă luăm în calcul asemănarea genetică. Așadar, chiar dacă pornesc la drum cu personalități asemănătoare și sunt crescute practic în același fel – aceeași părinți, aceeași profesori, aceeași disciplină riguroasă, aceeași biserică, aceeași bani de buzunar, – Sarah și Joan ajung persoane adulte cu totul diferite.

### *Libertate și profunzime*

Evenimentele din copilărie – chiar și traumele – și felul în care am fost crescuți par să nu aibă decât efecte slabe asupra

vieții de adult. Contrar opiniei comune, copilăria nu pare, empiric vorbind, să fie deosebit de formatoare. Așadar, contrar opiniei comune, nu suntem prizonierii propriului trecut. Felul în care am fost crescuți – de către zbiri care ne loveau cu rigla peste degete sau de către părinți îngăduitori, înzestrați cu puterea de convingere a lui Spock (pediatrul, nu vulcanianul); felul în care am fost hrăniți – la cerere sau conform programului, la sân sau cu biberonul; până și moartea mamei, divorțul părinților și faptul că am fost al doilea născut exercită în cel mai bun caz doar o influență mică asupra vieții noastre de adulți. Nu avem nevoie să trecem prin exorcisme complicate, precum ceremonia despărțirii de părinți, ca să ne schimbăm viața.

Într-adevăr, la maturitate nimic nu ne împiedică să ne schimbăm. Eu cred că o mare parte din vechea controversă legată de liber-arbitru a fost nejustificată, plină de false dihotomii și reificări: „Toate acțiunile sunt strict determinate de trecut, sau sunt uneori produsul alegerii libere?” „Suntem înzestrați cu liber-arbitru?” „Pot oamenii să participe la propria mântuire, sau aceasta este darul lui Dumnezeu?”

Eu cred că aceste probleme apar în mare parte dintr-o neînțelegere legată de termeni. Dacă privim antonimele, uneori înțelegem perfect ambii termeni. Ambii termeni ai perechii pot fi cunoscuți separat. Să luăm cazul cuvintelor *dulce* și *acru*, *deștept* și *prost*. Dulceața, acreala, deșteptăciunea și prostia există, și au un înțeles care poate fi definit fără referire la antonimele lor. Dar uneori înțelegem și putem defini deplin doar unul din termenii perechii, iar celălalt nu înseamnă nimic mai mult decât absența primului. Știm ce înseamnă *stingherit*, dar *nestingherit* nu înseamnă decât „lipsit de stinghereală”. Stinghereala există în sine, dar nu și nestinghereala. *Stingherit* poate fi definit fără referire la *nestingherit*, dar reciproca nu este valabilă. Așa stau lucrurile cu *colorat* și *incolor*, *finit* și *infinit*. *Nebunie* și *sănătate (mintală)*, *boală* și *sănătate (fizică)*, *diformitate* și *normalitate* au iscat dispute, în care savanții au fabricat calitățile de sănătate (mintală), sănătate (fizică) și normalitate,

când toate aceste concepte nu sunt decât absența nebuniei, absența bolii și absența diformității.<sup>14</sup>

Încercarea de a defini *liberul-arbitru* este strămoșul acestor căutări vane. Știm ce înseamnă să fii *constrâns*. Înseamnă să fii un prizonier care este dus cu forța în jos pe coasta unui deal. Constrângerea este ceva tangibil. Libertatea este absența constrângerii, nimic altceva.

Evenimentele din copilărie nu ne constrâng personalitatea în viața de adult. Bătăile la fund primite de la părinți când aveam șase ani nu ne silesc să fim persoane de treizeci de ani copleșite de vinovăție. Genele nu exercită constrângere asupra maturității noastre. Spre deosebire de bătăile la fund, ele au un efect statistic substanțial asupra personalității noastre, dar nu suntem siliți să devenim alcoolici, chiar dacă părinții noștri biologici sunt alcoolici. Chiar dacă avem genele care predispun la alcoolism, există tactici pe care le putem adopta pentru a-l preveni. De exemplu, putem evita complet băutura. În mod natural, există mai multe persoane complet abstinentă cu părinți alcoolici decât ne-am putea aștepta.

În lipsa constrângerii, suntem liberi. Liberul-arbitru, libertatea alegerii, posibilitatea schimbării nu înseamnă nimic mai mult – absolut nimic mai mult – decât lipsa constrângerii. Aceasta înseamnă pur și simplu că suntem liberi să schimbăm multe lucruri la noi înșine. Într-adevăr, principalele observații din această carte – faptul că persoanele deprimate scapă adesea de depresie, că panicații de-o viață sunt eliberați de panică, că bărbații impotenți redevin potenți, că adulții resping rolul sexual cu care au fost crescuți, că alcoolicii devin abstinenți – demonstrează această teorie. Bineînțeles, asta nu înseamnă că terapeuții, părinții, genele, sfaturile bune și chiar dispepsia nu influențează ceea ce facem. Nu se poate nega faptul că există limite ale capacității noastre de schimbare. Însă se poate afirma cu siguranță că nu suntem prizonieri.

## Catharsisul

Prima premisă cu privire la copilul din noi -- că evenimentele din copilărie determină personalitatea adultului -- este falsă. Acum aș vrea să mă ocup de a doua premisă -- că înfruntarea abuzului suferit în copilărie rezolvă problemele adultului.

John Bradshaw, în bestsellerul său *Homecoming: Reclaiming and Championing Your Inner Child*, prezintă amănunțit câteva dintre tehnicile sale pline de imaginație: să-i ceri iertare copilului din tine, să te desparti de un părinte și să-ți găsești altul, de pildă Iisus, să-l mângâi pe copilul din tine, să-ți scrii povestea copilăriei. Aceste tehnici intră în categoria *catharsis*, adică angajarea emoțională în evenimente traumatice din trecut. Catharsisul este o experiență magnifică pentru cel care-l trăiește și un spectacol impresionant pentru privitor. Plânsul, furia față de părinții plecați de mult de pe lume, îmbrățișarea băiețelului rănit care ați fost cândva, toate acestea sunt emoționante. Doar cuiva făcut din piatră nu i-ar da lacrimile. S-ar putea ca ore întregi după aceea să vă simțiți purificat și împăcat -- poate că pentru prima oară după ani întregi. Trezirea, un nou început și noi drumuri, toate vă fac semn de bun-venit.

Catharsisul, ca tehnică terapeutică, este cunoscut de mai bine de un veac. A fost unul dintre stâlpii tratamentului psihanalitic, dar nu mai este. Principala lui atracție este senzația de bine care-i urmează. Principalul defect este faptul că nu există dovezi despre eficiența lui.<sup>15</sup> Dacă evaluăm opinia oamenilor care l-au încercat, auzim osanale. Dacă evaluăm schimbările produse, catharsisul nu iese prea bine. Efectuat corect, aduce o ușurare pe termen scurt -- seamănă cu stări de bine de după exercițiile fizice intense. Dar după ce trece acea senzație, ceea ce se întâmplă în câteva zile, problemele reale sunt tot acolo: partener de viață alcoolic, serviciu nesuferit, stare proastă dimineața, atacuri de panică, obiceiul de a consuma cocaină. Nu există documentație pentru ideea că tehnicile bazate pe catharsis ale „mișcării de recuperare“ sunt de

vreun folos durabil pentru problemele emoționale cronice. Nu există dovezi că ele modifică personalitatea adultului. Și, lucru ciudat, în cazul amintirilor inventate catharsisul funcționează aproape la fel de bine ca în cazul celor reale. Susținătorii teoriei copilului din noi, după ce au tratat zeci de mii de adulți suferinzi ani de-a rândul, nu au considerat necesar să facă vreun studiu de urmărire.<sup>16</sup> Dat fiind că atractivitatea tehnicilor bazate pe catharsis este atât de superficială, că ele depind atât de mult de charisma terapeutului și că, din câte știm, nu au o valoare durabilă, sfatul meu este: „Cumpărători, fiți vigilenți!“

## O reexaminare a dimensiunii morale a „recuperării“

Nu găsesc dovezi în sprijinul celor două presupuneri fundamentale ale „mișcării de recuperare“: că abuzul suferit în copilărie influențează personalitatea adultului și că tratarea prin catharsis dă roade. Și totuși, chiar dacă această mișcare nu are o bază solidă, ispita etichetării drept victimă este în continuare mare. Este democratică, este consolatoare, ne crește respectul de sine și transformă disprețul celorlalți în compasiune. Așa să fie?

Depinde de alternative. Dacă sunteți alcoolic, se prea poate ca eticheta de boală să vă fi ajutat mult. Singura variantă de etichetare era „om rău“. Boala este vindecabilă, limitată și impersonală. Caracterul rău este permanent, general și personal. Credința că sunteți rău duce la neputință, deznădejde și ură față de sine. Credința că aveți o boală poate să ducă la acțiune, la căutarea unui tratament, la revenirea speranței și la o anumită măsură de respect de sine. Din aceleași motive, dacă sunteți un adolescent de culoare, fără serviciu și confruntat cu riscul de a fi trimis la închisoare, explicarea problemelor dumneavoastră prin discriminare sau prin nivelul scăzut al educației poate fi de folos. Dacă credeți în celelalte etichete, „prost“, „leneș“ și „delincvent“, ele se transpun automat în realitate.

Depresia, disfuncțiile sexuale, anxietatea, singurătatea și culpabilitatea sunt principalele probleme care atrag consumatorii în „mișcarea de recuperare“. Explicația conform căreia astfel de probleme ale adulților sunt provocate de victimizarea din copilărie nu aduce prea mari foloase. Comparați explicația „copil rănit“ cu unele dintre celelalte modalități de a justifica propriile probleme: „depresiv“, „cu tendință de anxietate“ sau „disfuncțional în plan sexual“. „Copil rănit“ este o explicație pe termen lung, „depresiv“ nu implică neapărat permanența. Așa cum am văzut în prima parte a cărții, depresia, anxietatea și disfuncția sexuală – spre deosebire de statutul de copil rănit – sunt, toate, eminentamente tratabile. De asemenea, „copil rănit“ este o etichetă ale cărei efecte distructive sunt generale: pentru a-i descrie generalitatea se folosește cuvântul pitoresc „toxic“. „Depresia“, „anxietatea“ și „disfuncția sexuală“ sunt etichete mai restrânse, mai puțin împovărătoare: iată, de fapt, o parte dintre motivele pentru care tratamentul dă roade.

Așadar, în afară de cazul în care credeți în vindecarea prin catharsis, „copil rănit“ duce, mai mult decât celelalte etichete, la neputință, deznădejde și pasivitate. Dar este mai puțin personală – părinții poartă vina – decât „depresiv“, „cu tendință de anxietate“ și „disfuncțional în plan sexual“. Explicațiile impersonale ale evenimentelor negative cresc respectul de sine mai mult decât cele personale. Prin urmare, „copil rănit“ funcționează mai bine pentru creșterea respectului de sine și reducerea culpabilității.

În ultimele două decenii respectul de sine a devenit foarte important pentru americani. De la școlile publice se așteaptă să cultive respectul de sine al copiilor noștri, de la Biserică se așteaptă să sprijine respectul de sine al enoriașilor și de la „mișcarea de recuperare“ se așteaptă să le redea victimelor respectul de sine. Întărirea respectului de sine, chiar dacă are o importanță incontestabilă, este un obiectiv în privința căruia am rezerve. Consider că este o idee căreia i s-a dat o importanță exagerată, și mi-am format această părere pe baza experienței de lucru cu persoanele deprimare.

Persoanele deprimare, dacă vă amintiți, au patru tipuri de probleme: comportamentale – sunt pasive, nehotărâte și neputincioase; emoționale – sunt triste; fizice – somnul, alimentația și activitatea sexuală le sunt perturbate; cognitive – consideră că viața este lipsită de speranțe și că ele însele nu sunt bune de nimic. Doar cea de-a doua jumătate a acestui ultim simptom are de-a face cu respectul de sine. Am ajuns să cred că lipsa respectului de sine este cea mai puțin importantă dintre problemele depresiei. Dacă o persoană deprimată devine activă și își recapătă speranța, respectul de sine îi crește întotdeauna. Însă sprijinirea respectului de sine fără eliminarea disperării nu duce la nimic. Mai exact, eu cred că nivelul scăzut al respectului de sine este un *epifenomen*, o simplă constatare a faptului că relația dumneavoastră cu lumea nu merge bine. Nu are putere în sine. Nu respectul de sine trebuie îmbunătățit, ci relația dumneavoastră cu lumea. Prin urmare, singurul avantaj al autoetichetării drept victimă – nivelul mai ridicat al respectului de sine – este minim, în special din cauză că statutul de victimă crește respectul de sine cu prețul creșterii disperării și pasivității și, prin urmare, înrăutățește relația cu lumea.

Într-adevăr, aceasta este principala mea îngrijorare legată de „mișcarea de recuperare“. Chiar în clipa de față tinerii americani sunt pradă unei epidemii de depresie. Am emis ipoteze în privința cauzelor ei în ultimul capitol al cărții mele *Optimismul se învață*, și n-am să repet aici presupunerile. Tinerii cad cu ușurință pradă oricărui lucru care-i face să se simtă mai bine – fie și numai temporar. „Mișcarea de recuperare“ mizează pe această epidemie. Când dă rezultate, crește respectul de sine și reduce vinovăția, dar cu prețul învinovățirii altora pentru problemele noastre. Ce contează că cei pe care-i învinovățim nu ne-au provocat cu adevărat problemele? Ce contează că asumarea statutului de victimă induce neajutorarea, disperarea și pasivitatea? Ce contează că în alte părți există tratamente mai eficiente?

Este mai important să ne concentrăm pe responsabilitate și pe deschiderea către viitor.<sup>17</sup> Asumarea statutului de victimă

din copilărie ne face prizonierii trecutului și ne macină simțul răspunderii. Toate terapiile care dau roade au în comun două lucruri: sunt deschise spre viitor și necesită asumarea responsabilității. O terapie care cercetează la nesfârșit copilăria, care nu se concentrează pe modalitatea de a face față problemelor de aici și de acum, pentru care un viitor mai bun are legătură numai cu anularea evenimentelor din trecut are o istorie de un secol de ineficiență. Orice terapie eficientă în depresie, în anxietate și în disfuncțiile sexuale se concentrează pe ceea ce merge prost acum și pe modalitatea de a îndrepta situația. Toate acestea necesită un sporit simț al răspunderii față de problemele noastre și implicarea într-o activitate susținută (chiar și teme pentru acasă) pentru a face ca viitorul să fie mai bun. Trecutul este revizitat, dar de obicei pentru a desluși tiparele problemelor, nu ca modalitate de a te descotorosi de orice vină.<sup>18</sup>

Prin urmare, mă îngrijorează faptul că cel de-al doilea anotimp al persoanelor „în curs de recuperare” va fi obstrucționat – nu de ceea ce li s-a întâmplat în realitate în primul anotimp, ci de faptul că se consideră prizoniere ale copilăriei lor, victime care nu sunt capabile de un nou început, într-un nou anotimp.

### *Foloasele copilăriei*

Pot susține scopul „mișcării de recuperare” – încercarea de a-i mobiliza pe adulții cu probleme să schimbe acele probleme, pe care le credeau imposibil de schimbat. Dar nu pot susține nici premisele, nici metodele ei. Pentru mine, acestea contrazic mesajul meu pozitiv: creșterea și schimbarea sunt regula, nu excepția, pe tot parcursul vieții de adult. La intrarea în al doilea anotimp mulți dintre dumneavoastră aveți probleme – sunteți deprimați, anxioși, furioși sau singuratici. Poate că v-ați obișnuit cu suferința, dar asta nu o face un sentiment acceptabil, cu care să trăiți tot restul vieții. Și nici nu sunteți obligat să trăiți așa. Există mai multe modalități eficiente prin care să vă

schimbați: le-am prezentat pe larg în părțile a II-a și a III-a din această carte. Nu sunt remedii rapide, nici delectări în plan emoțional, dar merită să le încercați, și au efecte durabile.

Există o a treia premisă a „mișcării de recuperare”, pe care o susțin cu entuziasm: tiparele problemelor din copilărie care apar din nou la maturitate sunt semnificative. Ele pot fi descoperite explorând trecutul, scormonind prin ungherele copilăriei. Confruntarea cu copilăria nu va oferi justificări pentru viața dumneavoastră de adult: legăturile cauzale dintre evenimentele din copilărie și ceea ce ați devenit sunt prea slabe. Confruntarea cu copilăria nu va face să dispară problemele vieții de adult: limpezirea trecutului nu pare să fie totuna cu soluționarea problemelor. Confruntarea cu copilăria nu vă va face să vă simțiți mai bine multă vreme și nici nu vă va spori respectul de sine.

Confruntarea cu copilăria este un tip de călătorie diferit, foarte special. Înțelepții ne îndeamnă să ne cunoaștem pe noi înșine, iar Platon ne-a avertizat că viața pe care nu o examinăm nu merită să fie trăită. Cunoștințele dobândite în această călătorie se referă la tipare, la covorul pe care l-am țesut. Nu sunt cunoștințe legate de cauze. Există greșeli constante pe care le-am făcut și încă le facem? În beția victoriei îmi uit prietenii – pe cei din echipa de baseball de la școală și pe cei de acum, când am primit ultima mărire substanțială de salariu? (Întotdeauna mi s-a spus că mă port bine când pierd, dar rău când câștig.) De obicei reușita într-un domeniu e însoțită de eșecul în altul? (Îmi doresc să mă pot înțelege cu cei la care țin cu adevărat la fel de bine cum mă înțeleg cu șefii mei.) O anumită emoție surprinzătoare apare iar și iar? (Întotdeauna mă iau la harță cu cei pe care-i iubesc tocmai când trebuie să plece.) Corpul mă trădează adesea? (De multe ori răcesc atunci când trebuie să particip la proiecte mari.)

Probabil că vreți să știți de ce nu vă purtați bine când câștigați, de ce vă procopsiți cu răceli atunci când ceilalți așteaptă multe de la dumneavoastră și de ce reacționați cu furie atunci

când sunteți părăsit. Nu veți afla. Oricât de importante și de atrăgătoare ar fi „de ce“-urile, sunt întrebări la care psihologia nu poate să răspundă acum. Una din cele două descoperiri limpezi după o sută de ani de terapie este că răspunsurile satisfăcătoare la marile „de ce“-uri rămân greu de găsit; poate că lucrurile vor sta altfel peste cincizeci de ani; poate că nu se vor schimba niciodată. Atunci când furnizorii de explicații pentru relele produse de „rușinea toxică“ vă spun că știu că aceasta provine din abuzul comis de părinți, să nu-i credeți. Nimeni nu poate să știe așa ceva. Fiți sceptici chiar și cu propriile experiențe! „Aha!“ Când dezgropați furia pe care ați simțit-o în acea primă zi de grădiniță, nu trebuie să presupuneți că ați dat de izvorul groazei de a fi părăsit care vă urmărește de-o viață. Legăturile cauzale pot fi iluzii, și se recomandă prudență în acest domeniu. Totuși, cealaltă descoperire limpede din întreaga strădanie terapeutică este că schimbarea ne stă în puteri, este aproape o rutină pe tot parcursul vieții de adult. Așa încât, chiar dacă motivul pentru care suntem ceea ce suntem rămâne un mister, nu rămâne un mister și modul în care putem să ne schimbăm.

Fiți atenți la tipare! Un tipar de greșeli este un apel la schimbarea propriei vieți. Restul covorului nu este determinat de ceea ce a fost țesut înainte. Țesătorul însuși, binecuvântat cu libertatea și cunoașterea, poate să schimbe modelul celor ce urmează – chiar dacă nu și materialul cu care trebuie să lucreze.

## 15. PROFUNZIMEA ȘI SCHIMBAREA: TEORIA

Este momentul să facem o recapitulare și să formulăm teoria. Dacă cercetăm toate problemele, tipurile de personalitate, tiparele de comportament și slaba influență a copilăriei asupra vieții adultului, vedem un uimitor spectru al schimbării. De la cele mai ușoare până la cele mai grele aspecte, se conturează în mare următorul tablou:

tulburarea de panică	vindecabilă
fobiile specifice	aproape vindecabile
disfuncțiile sexuale	ameliorare pronunțată
fobia socială	ameliorare moderată
agorafobia	ameliorare moderată
depresia	ameliorare moderată
rolul sexual	modificare moderată
maladia obsesiv-compulsivă	ameliorare moderată/ușoară
preferințele sexuale	modificare moderată/ușoară
furia	ameliorare ușoară/moderată
anxietatea obișnuită	ameliorare ușoară/moderată
alcoolismul	ameliorare ușoară
excesul de greutate	modificare temporară
tulburarea de stres	
posttraumatic (TSPT)	ameliorare nesemnificativă
orientarea sexuală	probabil nu se poate schimba <sup>1</sup>
identitatea sexuală	nu se poate schimba

Este limpede că nu s-au născocit încă medicamente sau psihoterapii care să poată schimba toate acestea. Eu cred că succesul și eșecul își au rădăcinile în altceva decât în tratamentul nepotrivit – mai degrabă în profunzimea problemei.

După părerea mea, profunzimea, o noțiune veche, dar evazivă, este cheia. Am trăit cu toții stări psihologice de diferite profunzimi. Uneori, după ce sunt plecat săptămâni între gi și mă întorc acasă obosit, în toila nopții mi se întâmplă ceva ciudat. Se numește *depersonalizare*. Mă trezesc și nu-mi amintesc nimic. Nu știu unde mă aflu. Nu-mi pot aminti în ce an suntem, nici măcar anotimpul. Nu știu ce mașină am. Nu știu cine e ființa care doarme lângă mine. Atunci când fenomenul apare în forma lui extremă, nu știu câți ani am. (Dar întotdeauna știu că sunt bărbat.) Această stare trece în câteva secunde și șuvoiul de amintiri revine – cel puțin așa a fost până acum.

Dacă-i cereți cuiva din senin să răspundă la întrebarea „Cine ești?“, de obicei vă va spune – aproximativ în această ordine – numele, sexul, profesia, dacă are copii și religia sau rasa. Sub toate acestea se află un continuum de profunzime de la suprafață până la suflet – cu tot felul de material psihic între cele două. Pentru ca puriștii din rândurile dumneavoastră să nu fie deranjați că folosesc cuvântul *suflet*, îngăduiți-mi să vă amintesc terminologia lui Freud. Termenul folosit de Freud pentru subiectul său nu a fost *psyche* (așa cum a fost redat în limba engleză de medicii care i-au tradus opera) sau *spirit* (preferat de cognitiști moderni), ci *die Seele*, sufletul – o entitate cu conotație mult mai amplă decât cunoașterea detașată.

Eu cred că tulburările legate de suflet nu pot fi modificate decât în mică măsură prin psihoterapie sau medicație. Tulburările și tiparele de comportament din zona dintre suflet și suprafață pot fi modificate într-o anumită măsură. Tulburările de suprafață pot fi modificate cu ușurință sau chiar vindecate. Vreau să emit ipoteza că ceea ce se poate schimba prin terapie sau medicație variază în funcție de *profunzimea problemei*.

Ce înseamnă exact *profunzime*? Cum știm că avem de-a face cu o problemă de profunzime sau cu una de suprafață? Profunzimea, în viziunea mea, are trei aspecte. Primul este biologic. Al doilea este legat de dovezi. Al treilea vizează puterea.

Aspectul biologic al profunzimii este evoluționar. Este aceea stare *programată*? Învățarea programată, după cum vă amintiți

din fenomenul *sauce béarnaise*, se produce pe baza unei singure experiențe, nu este rațională, nu este conștientă, nu se schimbă ușor și este selectivă doar pentru obiectele cu semnificație adaptivă. Fobiile legate de animale și de insecte prezintă aceste repere și, prin urmare, sunt programate. La fel sunt și obsesiile infectării sau violenței, fetișurile cu picioare sau sâni de femeie și depresia provocată de moartea unui copil. Problemele profunde din punct de vedere biologic sunt programate sau chiar innăscute. Prin urmare, sunt reprezentate genetic și, în calitatea lor de trăsături adaptive, sunt transmisibile ereditare. O lungă istorie evoluționară a acționat pentru a sprijini starea respectivă. Depresia maniacală este un exemplu. Ciclul energiei pe parcursul anotimpurilor, de la activitatea din timpul verii până la hibernare, ar putea să fie baza ei evoluționară și are un grad înalt de transmisibilitate ereditară.<sup>2</sup> Faptul că la gemenii monoziagoți apare un grad mai mare de concordanță în privința depresiei maniacale decât la gemenii dizziagoți oferă dovezile despre valoarea adaptivă a ciclurilor stării de spirit.

Prima afirmație a teoriei mele este: în cazul în care o afecțiune psihologică are baze biologice, deoarece este programată sau transmisibilă ereditare, schimbarea va fi mai grea; în cazul în care este neprogramată – pur și simplu un obicei învățat –, schimbarea va fi mai ușoară.

Dovezile – al doilea aspect al profunzimii – țin de confirmare și de contrazicere: cât de ușor se găsesc dovezi în sprijinul convingerii care stă la baza problemei? Reversul medaliei este și mai important: cât de greu se găsesc dovezi care să vă zdruncine convingerea? Este primejdios de ușor să trăim luând în considerare doar dovezile în favoarea convingerilor noastre profunde și evitând verificarea adevărului lor. Gândul care stă la baza tulburării de stres posttraumatic – „Lumea e un loc sordid, nedrept, în care nu pot afla alinare“ – este ușor de confirmat. E destul să citiți prima pagină a ziarului de dimineață. Gândul care stă la baza problemelor obsesiv-compulsive – de exemplu „Dacă nu mă spăl perfect pe mâini o să-mi contaminez



copilul” – nu va fi contrazis de cineva care se ferește să-l pună la îndoială. Persoana care are acest gând petrece zi în zi două ore spălându-se pe mâini. Are întotdeauna mâinile curate, și copilul ei nu este contaminat niciodată. Nu va obține niciodată dovezi contrare, deoarece reia acest ritual foarte des. Așadar, nu va descoperi niciodată că faptul că nu se spală pe mâini nu duce la contaminarea copilului ei.

Așadar, cea de-a doua afirmație din teoria mea este: cu cât este mai ușor de confirmat și mai greu de contrazis convingerea de la baza unei probleme, cu atât va fi mai dificilă schimbarea.

Cel de-al treilea aspect al profunzimii este puterea convingerii de la baza unei probleme. Folosesc termenul *putere* în sensul puterii unei teorii. Se spune că o teorie are putere mare atunci când este generală și astfel explică multe dintre fapte. Teoria relativității – aplicabilă întregului timp și spațiu – are putere mare. O teorie are putere mică atunci când se aplică doar câtorva fapte izolate. „Anul acesta sunt multe căpușe din cauză că a fost o vară secetoasă” se aplică doar căpușelor și secetei, așa că are putere mică. Când toate celelalte condiții sunt egale, ne agățăm mai degrabă de o teorie puternică decât de una mai slabă atunci când suntem puși în fața exact aceluiași dovezi care le contrazic pe amândouă.

Unele dintre convingerile noastre sunt puternice exact în același fel în care o teorie este puternică – ele explică o parte mai mare din lumea noastră. A fi socialist sau a crede într-un Dumnezeu binevoitor nu sunt decât două dintre numeroasele exemple posibile. Felul în care înțelegem ceea ce ni se întâmplă nouă și altora este impregnat de aceste convingeri. Ele sunt profund înrădăcinate. Epurările ordonate de Stalin nu au clătinat prea mult convingerile socialiștilor, așa cum nici Moartea Neagră\* nu i-a făcut pe cei mai mulți dintre credincioși să-l considere pe Dumnezeu rău sau nepăsător. Alte convingeri personale sunt slabe. Credința că mașinile produse la Detroit vinerea au mai multe defecte din cauză că muncitorii sunt cu

\* Ciurma din Europa anilor 1348–1349 (n. tr.).

gândul la weekend nu explică, în afara problemelor pe care le aveți cu ștergătoarele de parbriz, prea mare lucru din viața dumneavoastră. Gândurile care stau la baza problemelor noastre pot avea putere mare sau mică. Convingerea că păianjenii sunt foarte periculoși are putere mică, în vreme ce convingerea că „sunt o persoană care nu poate fi iubită” sau aceea că „am nevoie să beau ca să fac față fiecărei zile” au putere mare.

Așadar, cea de-a treia afirmație a teoriei mele este: în cazul în care convingerea care stă la baza unei probleme este puternică, schimbarea va fi grea; în cazul în care este slabă, schimbarea va fi mai ușoară.

Corelate, aceste afirmații ar putea să arate când anume o problemă se va schimba cu ușurință și când va rezista schimbării. Haideți să recapitulăm problemele și să vedem.

**Transsexualitatea**, inversarea identității sexuale, este, conform acestor criterii, cea mai profundă problemă. Își are originea biologică în perioada gestației. Practic este imposibil de contrazis și afectează toate aspectele vieții. Așadar, este imposibil de schimbat.

**Orientarea sexuală** (homosexualitatea și heterosexualitatea – care după părerea mea nu sunt probleme, ci simple tipare de comportament) este aproape la fel de profundă. O parte din temelia ei este creată în perioada gestației, și probabil are o bază specifică în creier. După ce orientarea este adoptată, se acumulează constant dovezile în favoarea ei – vă bucurați de ea și vi se potrivește. Faptul că o femeie este atrasă de persoane de același sex este ușor de confirmat și greu de contrazis, și această atracție are putere mare – influențează o mare parte din ceea ce face ea. Chiar dacă dorința în sine se împotrivesc viguros schimbării, alegerea partenerului este ceva mai flexibilă.

**Tulburarea de stres posttraumatic** este o tulburare a sufletului. Probabil că are o mică bază evoluționară și nu s-a dovedit a fi transmisibilă ereditar, dar convingerea pe care se

întemeiază este puternică și ușor de confirmat. Dacă, de exemplu, vă moare copilul, ați fost jefuit printr-o lovitură a soartei crude de tot ce aveți mai scump. Felul în care priviți lumea se schimbă. „Lumea e crudă, nu există dreptate, n-am nici un viitor, nu există speranță și așa vrea să fi murit și eu.“ Există o realitate care influențează ceea ce credeți acum, deoarece copilul dumneavoastră n-o să se mai întoarcă niciodată. Pentru a vă confirma noua filozofie nu trebuie decât să deschideți televizorul la știrile senzaționale. Cascada de evenimente negative care urmează de obicei o tragedie vă confirmă încă o dată pesimismul. Uneori se întâmplă lucruri surprinzător de bune, și viziunea se mai îndulcește, dar cu mare șovăială. Terapia și medicamentele ar putea să vă reducă teama de locul anume în care s-a petrecut tragedia. În rest, în afară de cazul victimelor violului, nu s-au obținut prea multe succese în ameliorarea TSPT. Acum știți cât de fragilă este fericirea de orice fel.

**Excesul de greutate** este o problemă destul de profundă. Regimurile de slăbire dau rezultate doar temporar în cazul a peste 90% dintre persoanele „supraponderale“. Greutatea ne este apărută de procese puternice, biologice și psihologice, care le-au fost de folos strămoșilor noștri în vremurile de foamete și lipsuri. Pofta de mâncare și greutatea au straturi de apărare biologică și psihologică: centrii cerebrale trimit impulsuri, scade nivelul zahărului din sânge, metabolismul încetinește, apare epuizarea, se acumulează grăsimea, se modifică numărul și mărimea celulelor grase, apare nevoia intensă de a mânca, stomacul chiorăie, apar crizele de îndopare. Selecția naturală a făcut în așa fel încât să ne fie extrem de greu să ne înfometăm voluntar. Criteriul dovezilor nu se aplică excesului de greutate, dar cel al puterii, da. Obiceiurile alimentare fac parte din modul de viață. Adesea munca, iubirea și joaca adulților și copiilor sunt legate de ceea ce mănâncă ei, unde anume și cât de mult.

**Alcoolismul** are unele baze biologice. Are o transmisibilitate ereditară moderată, și o parte din ceea ce înseamnă a avea

o dependență biologică este faptul că buna funcționare a celulelor care trăiesc într-un mediu încărcat de alcool devine dependentă de prezența alcoolului. Faptul că am nevoie să beau ca să fac față acestui interviu, sau acestei ore de curs, sau acestei întâlniri este greu de contrazis – mai ales dacă nu mă abțin și constat că totuși întâlnirea decurge bine. De obicei, beau și lucrurile merg destul de bine, sau nu beau și mă apucă tremuratul. Alcoolismul are putere. Este un mod de viață. Așa cum intelectualul care merge la o petrecere o privește din unghiul intereselor sale („Acel invitat e ageamiu într-ale politicii“, „Câte cărți are gazda în salon?“), la fel procedează și alcoolicul („Cât de bine aprovizionat e barul?“ „Cine o să meargă apoi cu mine să facem turul crâșmelor?“ „Cine îl cunoaște pe șeful meu și m-ar putea pârî că am tras zdravăn la măsă?“). Prin urmare, alcoolismul nu este ușor de schimbat.

**Anxietatea obișnuită** nu este atât de profundă ca alcoolismul. Teamă și curajul sunt elemente fundamentale ale personalității și geneticii. Ele au o bază evoluționară solidă („Sunt mai bine adăpostit în peșteră“). Aceia dintre noi care ne-am născut temători și sfioși ducem, în cea mai mare parte, o viață temătoare și sfioasă. Suntem asaltați de gânduri înspăimântătoare. Aceste gânduri sunt greu de contrazis dacă izbutim să ne ferim de împrejurările temute și sunt adesea confirmate (agresorii chiar atacă noaptea). Viziunea lumii ca un loc înspăimântător este o teorie foarte puternică. Lucrul acesta poate fi schimbat, dar nu cu ușurință. Cu ajutorul disciplinei, al medicamentelor și al unor tactici iscusite de terapie, ne putem întări, măcar puțin.

**Furia** generalizată este probabil ceva mai puțin profundă decât anxietatea generalizată. Are o valoare evoluționară limpede, și există unele dovezi despre caracterul ei transmisibil ereditar. Dacă credeți că din nou vi s-a încălcat teritoriul, puteți găsi cu ușurință dovezi: țintele furiei dumneavoastră caută uneori înadins să vă necăjească. Dar o să aveți parte și de

stinghereală, deoarece uneori țintele furiei dumneavoastră se dovedesc evident nevinovate. Convingerea că vă este încălcat teritoriul este puternică atunci când este generală: „Ceilalți caută înadins să mă necăjească” sau „Lumea e plină de oameni care nu se gândesc decât la ei”. Este slabă atunci când este doar specifică („Șeful meu e un nemernic!”). Dovezile despre terapii nu sunt nici pe departe convingătoare, însă furia pare să fie modificabilă într-o anumită măsură – chiar dacă nu în mod radical.

**Preferințele sexuale** (ale căror dereglări se numesc generic *parafilie*) au o profunzime medie: par să fie programate evoluționar. Odată adoptate, este ușor să se găsească dovezi în favoarea lor (sunt foarte distractive), dar sunt convingeri restrânse, care nu privesc decât viața erotică. După ce au fost adoptate, nu dispar spontan, dar pot fi modificate într-o anumită măsură prin terapie.

**Maladia obsesiv-compulsivă** are de asemenea o profunzime medie. Gândurile și ritualurile par să fie programate evoluționar (curățarea și verificarea, murdăria și violența, toate erau probleme pentru oamenii de dinaintea erei tehnologice), și există unele dovezi despre caracterul transmisibil ereditar al acestei maladii. Obsesia este extrem de greu de contrazis: un ritual eficient garantează că nu încercați să stați cu brațele încrucișate ca să vedeți dacă atunci când nu îndepliniți ritualul pe care l-ați ales se produce sau nu un dezastru. Însă obsesiile nu sunt puternice: se limitează la microbi, violență, explozii și alte lucruri de acest tip. Terapia ajută destul de mult, dar de obicei nu vindecă.

La **rolul sexual** pot să contribuie parțial creierul și hormonii fetalii. În copilărie apare un șuvoi de dovezi care să vă sprijine convingerile stereotipizate, convingeri puternice, care vă orânduiesc o mare parte a copilăriei. Însă dovezile și pu-

terea lor dispar spectaculos odată cu maturitatea, când puteți aprecia mai bine virtuțile toleranței, dreptății și individualității. Rolurile sexuale sunt inflexibile pentru copiii mici, dar din ce în ce mai flexibile pe măsură ce copiii cresc.

**Depresia** are o profunzime medie. Uneori convingerile sunt distorsiuni, ușor de contrazis: de exemplu, convingerea unei femei bogate că este o cerșetoare.<sup>3</sup> Însă adesea convingerile se bazează pe realitate; într-adevăr, depresivii își judecă succesele și eșecurile cu mai multă acuratețe decât nedepresivii.<sup>4</sup> Uneori convingerile depresive sunt slabe: „Ea nu mă iubește”, „N-am să fiu niciodată bun la golf”. Alteori sunt puternice și generalizate: „Nu merit să fiu iubit”, „Sunt un ratat”. Există un oarecare grad de transmisibilitate ereditară a tendințelor depresive și este posibil să existe o bază evoluționară a lor: nevoia de a sta în peșteră o vreme după o pierdere, pentru păstrarea energiei. În orice caz, cu ajutorul terapiei sau medicamentelor, se obține o ameliorare moderată, însă – chiar și în acest caz – bătaia dumneavoastră cu depresia poate să dureze toată viața.

**Fobia socială și agorafobia** sunt mai apropiate de suprafață. Par destul de logice din punct de vedere evoluționar, și există dovezi despre un oarecare grad de transmisibilitate ereditară. Convingerile de la baza lor sunt ușor de confirmat, dat fiind că nu sunt întru totul greșite: persoanele sfoase sunt într-adevăr stingherite de ceilalți oameni; dacă aveți un atac de panică în public, s-ar putea să vă fie într-adevăr cumplit de rău și nimeni să nu vă ajute. Dacă evitați întâlnirile cu prietenii sau nu ieșiți din casă, aceste convingeri nu vor fi contrazise. Credințele socio-fobice au putere moderată: faptul că vă considerați nepriceput sau neagreat în societate poate explica mare parte din ceea ce vi se întâmplă. Convingerea de la baza agorafobiei, că o să vi se facă rău și nimeni n-o să vă ajute, este relativ slabă. Cu ajutorul terapiei și medicamentelor se produce o ameliorare în ambele cazuri, dar nu vindecarea completă.

Problemele legate de **funcționarea sexuală** se rezolvă destul de ușor cu o terapie adecvată, și le consider probleme aflate aproape de suprafață. Nu există o bază biologică pentru disfuncția sexuală, dar convingerile de tipul „Nu sunt bun în plan sexual” sunt destul de greu de contrazis, mai ales în cercul vicios al transpunerii în rolul de spectator. Nu vorbim totuși de convingeri puternice, dat fiind că se limitează la viața erotică și la viața de familie.

**Fobiile specifice** se află de asemenea aproape de suprafață. De exemplu, păianjenii sunt într-adevăr periculoși: mușcă, și câțiva pot chiar să neucidă. Există o istorie evoluționară care ne împinge să simțim asta, dar conținutul specific al fobiilor, chiar dacă este programat, nu este transmisibil ereditar.

#### Profunzimea tulburărilor și tiparelor de comportament

(▲▲▲▲ = contribuția maximă a fiecărui factor)

	Biologie	Dovezi	Putere	Total	Posibilitate de schimbare
IDENTITATEA SEXUALĂ	▲▲▲▲	▲▲▲▲	▲▲▲▲	▲▲▲▲▲▲▲▲	nu se schimbă
ORIENTAREA SEXUALĂ	▲▲▲	▲▲▲	▲▲▲	▲▲▲▲▲▲▲▲	probabil nu se schimbă
TSPT	0	▲▲▲▲	▲▲▲▲	▲▲▲▲▲▲▲▲	nu se ameliorează (ușoară ameliorare în cazul violului)
EXCESUL DE GREUTATE	▲▲▲	▲	▲▲▲	▲▲▲▲▲▲▲▲	modificarea este numai temporară
ALCOOLISMUL	▲▲	▲▲	▲▲▲	▲▲▲▲▲▲▲▲	ușoară ameliorare
FURIA	▲▲	▲▲▲	▲▲	▲▲▲▲▲▲▲▲	ușoară/moderată
ANXIETATEA OBIȘNUITĂ	▲▲	▲▲	▲▲	▲▲▲▲▲▲	ușoară/moderată

	Biologie	Dovezi	Putere	Total	Posibilitate de schimbare
PREFERINȚELE SEXUALE	▲▲	▲▲	▲▲	▲▲▲▲▲▲	moderată/ușoară
MALADIA OBSESIV-COMPULSIVĂ	▲▲	▲▲▲▲	0	▲▲▲▲▲▲	moderată/
ROLUL SEXUAL					
COPII	▲	▲▲▲	▲▲▲	▲▲▲▲▲▲▲▲	rigid
ADULȚI	▲	▲	▲	▲▲▲	flexibil
DEPRESIA	▲	▲▲	▲▲▲	▲▲▲▲▲▲	moderată
FOBIA SOCIALĂ	▲	▲▲▲	▲▲	▲▲▲▲▲▲	moderată
AGORAFOBIA	▲	▲▲▲	▲	▲▲▲▲▲	moderată
DISFUNȚIILE SEXUALE	0	▲▲	▲▲	▲▲▲▲	aproape vindecabile
FOBIILE SPECIFICE	▲▲	▲▲	0	▲▲▲▲	aproape vindecabile
TULBURAREA DE PANICĂ	0	▲▲	0	▲▲	vindecabilă

Convingerea că păianjenii sunt periculoși este greu de contrazis dacă ne ferim mereu de ei și nu aflăm niciodată că, dacă-i tolerăm, păianjenii sunt mult mai speriați de noi decât suntem noi de ei. Convingerea este slabă – nu este valabilă decât în privința păianjenilor. Cu ajutorul terapiei, această spaimă poate să dispară aproape complet – însă fobia poate să revină atunci când este stârnită de alte probleme.

**Panica** se află la suprafață. Se dovedește a fi o simplă convingere greșită că bătăile accelerate ale inimii dumneavoastră sunt un simptom de atac de cord sau că respirația grea este un simptom al atacului cerebral. Foarte puține alte lucruri depind de această convingere, așa încât este slabă. Este destul de ușor de contrazis dacă unui pacient aflat în hiperventilație i se arată că are de fapt simptome de anxietate sau de respirație prea intensă, nu de atac de cord. Panica nu pare să aibă o istorie evoluționară prea solidă și nu este transmisibilă ereditar. Atunci

când este modificată prin terapie sau prin dovezi, panica se vindecă aproape întotdeauna.

O teorie este definită nu numai de ceea ce afirmă, ci și de ceea ce omite. Majoritatea teoriilor despre personalitate afirmă că perioada copilăriei este puternică și că trăsăturile emoționale sunt la fel de puternice. Teoria mea neagă ambele supoziții. Nu există aici premisa că învățarea timpurie este puternică. Teoria mea spune că nu contează *când* sunt dobândite problemele, obiceiurile și personalitatea; profunzimea lor derivă doar din biologia, din dovezile și din puterea lor. Unele trăsături din copilărie sunt profunde și nu pot fi modificate, dar nu din cauză că au fost dobândite devreme și, prin urmare, au un loc privilegiat. Aceste trăsături se dovedesc greu de schimbat fie din cauză că au fost programate evoluționar, fie pentru că au ajuns foarte puternice, devenind cadrul pe care se cristalizează învățarea ulterioară. De asemenea, teoria mea nu afirmă că învățarea emoțională este profundă, prin urmare învățarea traumatică nu are un loc privilegiat în cadrul ei. Atunci când trăsăturile emoționale sunt refractare la schimbare, aceasta derivă din biologia, din dovezile sau din puterea lor – nu din traumă. În ultimii treizeci de ani am cercetat ce anume învățăm când suntem traumatizați, și sunt impresionat de marea flexibilitate a acestor învățături. Omiterea învățării timpurii și a celei provenite din traumă reprezintă miezul teoriei mele: sunt de părere că influența copilăriei și traumelor ei asupra vieții de adult este slabă. În acest fel, teoria profunzimii poartă mesajul optimist că nu suntem prizonierii trecutului nostru.

Așadar, intenționez să readuc la viață o idee neglijată multă vreme de oamenii de știință, cu excepția freudienilor: ideea profunzimii. Eu cred că este cheia schimbării. Schimbarea lucrurilor profunde necesită un mare efort – doze masive de medicamente sau terapie interminabilă –, și există probabilitatea ca încercarea să eșueze în cele din urmă. Ceea ce se află mai aproape de suprafață se schimbă mult mai ușor.

Dacă înțelegeți acest mesaj, nu vă veți mai privi niciodată viața la fel ca înainte. În acest moment există multe lucruri care

nu vă plac la dumneavoastră și pe care vreți să le schimbați: faptul că vă sare iute țandăra, dimensiunile taliei, faptul că beți prea mult, tendința de a vă întrista. Ați hotărât să vă schimbați, dar nu știți cu ce să începeți. Înainte ați fi ales probabil problema care vă supără cel mai tare. Acum vă veți întreba și care încercare prezintă cele mai multe șanse să vă răsplătească strădania și care prezintă cele mai mari riscuri să ducă la o frustrare și mai mare. Acum știți că tristețea, sfiala și furia dumneavoastră se corectează mai ușor decât tendința de a bea mult, care la rândul-i se corectează mai ușor decât dimensiunile taliei.

Unele dintre lucrurile care se pot schimba sunt sub controlul dumneavoastră; altele nu sunt. Vă puteți pregăti cel mai bine pentru schimbare aflând cât mai multe despre cele pe care le puteți schimba și despre felul în care puteți face schimbările. Acesta a fost scopul cărții mele. Ca orice învățătură adevărată, cea despre schimbare nu este ușoară; însă și mai greu este să renunțăm la unele dintre speranțele noastre. Există puține scurături și nu aveți la dispoziție soluții rapide. Ați auzit îndemnul industriilor multimiliardare ale dezvoltării personale și pe cele ale breslelor terapiei și medicației. O mare parte din cele auzite au fost promisiuni false. O mare parte din optimismul pe care vi l-au insuflat a fost neîntemeiat.

În ultimii douăzeci și cinci de ani am cercetat cu atenție optimismul, și cu siguranță că nu intenționez să vă alung optimismul în privința schimbării. Dar scopul meu nu este nici să vă asigur pe toți că vă puteți schimba în orice privință. Ar fi o altă promisiune falsă. Optimismul, convingerea că *puteți* să vă schimbați, este un prim pas necesar în procesul oricărei schimbări. Însă optimismul neîntemeiat, convingerea că *puteți* să schimbați ceea ce de fapt nu puteți, este o diversiune tragică. Urmează ani de frustrare, reproșuri la adresa propriei persoane, renunțare și, în cele din urmă, remușcare. Scopul meu este să insuflu un nou optimism, întemeiat, în privința acelor aspecte din viața dumneavoastră pe care le puteți schimba și, astfel, să vă ajut să vă concentrați timpul, banii și eforturile, care nu vă prisosesc, pentru a face tot ceea ce vă stă cu adevărat în putere.

Amintiți-vă „Rugăciunea seninătății“ cu care începe această carte: curajul de a schimba ce putem schimba, seninătatea de a accepta ce nu putem schimba și înțelepciunea de a le deosebi între ele. Viața este un lung parcurs al schimbării. Ceea ce ați putut schimba și ceea ce s-a împotrivit hotărârii dumneavoastră s-ar putea să vă pară haotic; pentru că o parte din ceea ce sunteți nu se schimbă niciodată, indiferent cât de mult vă străduiți, iar alte lucruri se schimbă cu ușurință. Trag nădejdea că această carte v-a ajutat să dobândiți înțelepciunea de a vedea diferența.

## MULȚUMIRI

Acestei cărți i-au trebuit douăzeci și cinci de ani ca să se nască. Coliziunea dintre cele două concepții despre schimbare, cea biologică și cea ambientalistă, a început să mă preocupe încă de când eram student la University of Pennsylvania, la mijlocul anilor '60. Au existat trei oameni care m-au făcut să înțeleg importanța subiectului. Primul a fost Dick Solomon, întruparea însăși a dezvoltării subiectului – un teoretician al învățării foarte influent care pe parcursul întregii sale cariere a cercetat *tabula rasa* în căutarea rădăcinilor emoțiilor și ale schimbării emoționale. El mi-a fost îndrumător de doctorat și profesor. Cel de-al doilea a fost Paul Rozin, pe atunci o tânără speranță, posesor al unei combinații nemaiauzite de doctorat în biologie și doctorat în psihologie. El s-a gândit că abordarea de tip *tabula rasa* a învățării nu are logică. Mi-a fost de asemenea profesor. Cea de-a treia persoană, John Garcia, a privit teoria învățării din perspectiva evoluționistă. Într-o strălucită serie de experimente, John a avut curajul să avanseze ideea că posibilitatea însăși de a învăța a fost supusă selecției naturale. Pentru John, *tabula rasa* este însoțită de multe instrucțiuni, date preexistente și înclinații. Am considerat că John are dreptate și am început să scriu cărți și articole bazate pe această concepție.

Apoi problema a hibernat în mintea mea timp de aproape douăzeci de ani, răstimp în care am evoluat de la statutul de teoretician al învățării la cel de psiholog clinic și cel de cercetător în domeniul social. Am citit literatura care începea să apară în domeniul schimbării și am asistat la lărgirea prăpastiei dintre abordarea psihanalitică ambientalistă și cea biologică. Și totuși, în vreme ce prăpastia se lărgea, au apărut primele descoperiri importante ale unor metode de schimbare semnificativă a multora dintre tulburările psihologice. Tulburări care până atunci se dovediseră refractare la schimbare cedau acum în fața unei varietăți de medicamente și de psihoterapii. Părea să se contureze un tipar al lucrurilor care se schimbă și care nu se schimbă, al celor care se schimbă cu ajutorul medicamentelor în comparație cu cele care se schimbă cu ajutorul

psihoterapiei. Acest tipar părea să fie cel pe care îl văzusem în lucrările lui John Garcia.

Ideea de a scrie o carte pe această temă s-a născut în Kona Village, Hawaii, în iarna 1990–1991. A apărut din discuțiile cu soția mea, Mandy, despre copiii noștri, și apoi din cele cu romancierul și eseistul Michael Crichton. Crichton și cu mine aveam fiecare câte o fetiță de doi ani (Taylor și, respectiv, Lara) și eram prinși în tribulațiile de zi cu zi ale creșterii copiilor. Ne-am întrebat care lucruri le influențează cu adevărat pe fetele noastre și care dintre elementele creșterii copiilor nu au absolut nici un efect. Mi-am formulat părerile despre programarea biologică, identitatea sexuală, fobii și fenomenul *saucе béarnaise*. Michael a încurajat publicarea unei cărți (avem același editor, Sonny Mehta, de la Alfred A. Knopf), iar agentul meu, Richard Pine, a fost entuziasmat. La fel și redactorul meu, Jonathan Segal, care nu e așa de ușor de impresionat.

Am cerut și am primit sfaturile și comentariile multor persoane – experți în gama largă a tulburărilor, medicamentelor, psihoterapiilor și schemelor pentru dezvoltare personală – și am încercat să integrez aceste cunoștințe în cartea de față. Le adresez acum mulțumirile mele, cu obișnuitele scuze în ceea ce privește rezultatul. Mai întâi, celor care au citit și au comentat capitole întregi sau chiar bucăți mai mari: Kelly Brownell (regimurile de slăbire), David Clark, de la Oxford University (anxietatea), Michael Crichton (tot), Edna Foa (TSPT și profunzimea), Alan Kors (*booters* și *bootstrappers*), Alan Marlatt (alcoolismul), John Money (sexul), Robert Plomin (copilăria), Jack Rachmann (obsesiile), Sandy Scarr (copilăria), Amanda Seligman, fiica mea cea mare (toată partea I), Joseph Volpicelli (alcoolismul), George Vaillant (alcoolismul), Fred Van Fleteren (*booters* și *bootstrappers*) și Terry Wilson, de la Rutgers University (regimurile de slăbire și alcoolismul).

Câteva persoane mi-au permis să includ în carte chestionarele lor: le mulțumesc Lisei Friedman Miller, lui Lenore Radloff, Melvin Selzer și Charles Spielberger.

Și Jonathan Segal, și Richard Pine au citit de mai multe ori manuscrisul și de fiecare dată l-au îmbunătățit, nu numai frază cu frază, ci și ca substanță. Heather Smay a citit manuscrisul pe măsură ce înaintam și a fost neobosita mea asistentă de cercetare. Secretarele mele, Elise McMahon și Terry Silver, m-au ajutat cu prea multe lucruri ca să le enumăr.

Atâtea conversații, atâtea comentarii constructive, atâtea note și scrisori, atâtea timp liber oferit cu generozitate, atâtea idei – sunt sigur că am omis fără voie pe cineva care m-a ajutat, dar le mulțumesc lui Jeff Albert, Lauren Alloy, Lori Andiman, Mike Bailey, Paul Baltes, Jon Baron,

Aaron Beck, Mary Bell, Beth Brezner, Kevin Brownlee, Greg Buchanan, David Buss, Dan Chirof, Billy Coren, Paul Crits-Cristoph, Rob DeRubeis, Harold Dibble, Ken Dodge, Maureen Eisenberg, Albert Ellis, David Featherman, Alan Feingold, Pamela Freyd, Alan Fridlund, Lisa Friedman, Jim Fries, Don Fusting, Judy Garber, Joan Girgus, Henry Gleitman, Lila Gleitman, David Goldberg, Ruben Gur, T. George Harris, Peter Herman, Tom Hirst, Steve Hollon, Janet Hyde, Lisa Jaycox, Charlie Jesnig, Martin Katahn, Gerald Klerman, John LaRosa, Bruce Larsen, Lester Luborsky, David Lykken, Alan Mann, Isaac Marks, Jack Maser, Dennis McCarthy, Nigel McCarthy, Jeff Meckstroth, Shirlee Meckstroth, Bob Miller, Sue Mineka, Paul Monaco, Peter Muehrer, Susan Nolen-Hoelsema, Gabriele Oettingen, Dan Oran, James Pennebaker, Chris Peterson, Arthur Pine, Chris Prokop, Judith Rapoport, Karen Reivich, Richard Rende, Bob Rescorla, Sam Revusky, Chris Risley, Judy Rodin, Dave Rosenhan, Mollie Rosenhan, Julie Rubenstein, Marvin Sachs, Harold Sackeim, Robert Schuller, Peter Schulman, Barry Schwartz, David Seligman, Irene Seligman, Paul Soloway, David Spiegel, John Stickney, Mickey Stunkard, Paul Thomas, Lou Tice, Joseph Volpicelli, Peter Whybrow, George Wilson, Camille Wortman și studenților grupei 709 Psihologie din semestrul întâi din anii 1992 și 1993.

Cele mai alese mulțumiri sunt adresate soției mele, Mandy McCarthy Seligman, nu numai pentru citirea și comentarea întregii cărți (cu excepția acestei părți), ci și pentru încurajarea neabătută și iubirea nețărmurită. Și lui Nicole Seligman, fiica mea de doi ani. Scrierea cărții a început aproximativ în ziua zămislirii ei, și prima formă a fost terminată în ziua în care ea a făcut primii pași. Voința ei și lumina pe care o răspândește au făcut să fie mai ușoare chiar și cele mai grele părți.

M. E. P. S.  
iulie 1993

## NOTE

Un om de știință serios care scrie pentru marele public pășește pe hotarul îngust dintre expunerea ușor de citit și responsabilitate. Aceste note de final sunt modalitatea mea de a prezenta știința de la baza cărții de față. Ele sunt destinate cititorilor din rândul oamenilor de știință și de asemenea celor care doresc să aprofundeze subiectul.

### CAPITOLUL 1: *Ce se schimbă? Ce nu se schimbă?*

1. M. Seligman, J. Hager, eds, *The Biological Boundaries of Learning*, Appleton-Century-Crofts, New York, 1972.
2. M. Seligman, *Helplessness: On Depression, Development and Death*, San Francisco, Freeman, 1975; M. Seligman, *Learned Optimism*, Knopf, New York, 1991 [Tr. rom. *Optimismul se învață*, tr. de Alina Cârâc, Editura Humanitas, București, 2004 (n. tr.)].
3. Copyright Lisa Friedman Miller. Îi mulțumesc pentru generozitatea cu care mi-a îngăduit să-l folosesc aici.

### CAPITOLUL 2: *Booters și bootstrappers*

1. Această versiune este preluată din *Passover Haggadah*, distribuit de Maxwell House Coffee, 1981.

2. Până și cele mai psihologice cărți din Biblie – de exemplu Cartea lui Iov și Psalmii – sunt ciudate dacă cercetăm din perspectivă modernă care anume stări de spirit sunt prezente și care anume lipsesc. Există unele emoții (mânie, suferință și bucurie), dar mai puțină cunoaștere (așteptări, credințe, presupuneri, rezolvarea problemelor), și aproape nimic legat de voința omenească (decizii, intenții, alegeri și preferințe). Ceea ce Aristotel a numit *conafie* lipsește aproape complet din Scripturi (două dintre puținele excepții sunt Deuteronomul 30:19 și Isaia 65:12).

Am folosit un index pentru a confirma această impresie. Întrucât nu sunt nici pe departe un expert în Biblie, nu bag mâna-n foc că observația mea ar rezista unei examinări mai atente. Și totuși, dacă este ade-vărată, consider că motivul pentru care lucrurile stau așa este o mare problemă istorică.



3. Cititorul sceptic ar trebui să meargă direct la povestirea despre sacrificiul lui Avraam din Facerea 22:1–13. Este izbitoare absența gândurilor lui Avraam.

4. *Discursul* lui Pico (1486), tradus de D. Brooks-Davies și S. Davies, citat în S. Davies, *Renaissance Views of Man*, Manchester University Press, 1978, pp. 62–82.

N-am reușit să găsec o istorie a liberului-arbitru. Nădăduiesc că un savant va simți într-o bună zi imboldul să scrie această istorie. O istorie a liberului-arbitru, spre deosebire de, să zicem, istoria empirismului, ar fi mai mult decât o lucrare sintetică despre istoria unei noțiuni filozofice. Dacă am dreptate, ceea ce se crede într-o anumită perioadă istorică despre liberul-arbitru reflectă și poate chiar afectează gradul de activitate sau de pasivitate a acelei culturi, măsura în care acea cultură este nepunctuoasă și disperată.

Această secțiune din cartea mea, împreună cu această notă și cu următoarea, despre participarea umană la harul divin, este schița mea simplă pentru o astfel de istorie.

Nici vorbă ca Pico să fi fost primul care a formulat conceptul de liber-arbitru. Dante a scris: „Ți se dă o lumină ca să deosebești binele de rău, și liberul-arbitru [*e libero voler*] care, chiar dacă e pus la mare osteneală în primele sale bătălii cu cerurile, mai apoi, dacă este bine cultivat, învinge deplin” (Cântul 16, *Purgatoriul*). Înainte de Dante, l-a susținut Toma d’Aquino, și nu șovăielnic.

Este limpede că a fost propus cu o mie de ani înainte de Pico de către Pelagius, în lucrarea lui dispărută *De Libero Arbitrio*. Din păcate, Pelagius a avut cel mai impunător dintre potrivnici, strălucitorul Augustin. În cea mai mare parte a vieții sale, Sfântul Augustin a susținut că oamenii pot, într-adevăr, să dorească răul, dar că atunci când doresc binele acesta se petrece doar prin irezistibila acțiune a harului divin.

Concepția Sfântului Augustin se trage din concepția stoicului Seneca despre compatibilitatea soartei și a libertății omului. La rândul ei, concepția lui Seneca vine de la Cicero. Grecii din Epoca de Aur erau foarte interesați de raportul dintre soartă și voință, și acest lucru contrastează în mod instructiv cu lipsa din Biblie a aceleiași dezbateri. Problema liberului-arbitru are origine greco-romană, nu iudeo-creștină.

În orice caz, împotrivirea Sfântului Augustin la ideile lui Pelagius probabil că a întârziat cu circa un mileniu ideea de liber-arbitru, dat fiind că, în afară de scrierile lui Toma d’Aquino și Dante, nu pare să revină nicăieri înainte de Pico. În studiul lui Marianne Djuth „Stoicism and Augustine’s Doctrin of Human Freedom After 396”, în J. Schnaubelt, F. Van Fleteren, eds, *Collectanea Augustiniana*, Peter Lang, New York, 1990, găsiți o prezentare clarificatoare a acestei dispute străvechi, de la sfârșitul secolului al IV-lea.

5. Din punctul de vedere al susținătorilor alegerii umane, lucrarea lui Martin Luther *De servo arbitrio* (1525) este o lectură care dă fiori. El a respins furios concepția teologului olandez Erasmus despre Dumnezeu ca tată care ridică un copilăș căzut (*De libero arbitrio diatribe sive collatio*, 1524). Tatăl, explică Erasmus, face aproape totul, dar copilășul are și el o mică putere de acțiune. În comparație cu viziunea umaniștilor catolici care începeau să apară (precum Erasmus), noul protestantism era cu un pas înapoi pe calea credinței în acțiunea umană.

6. Există două dispute teologice înrudite. Prima se referă la liberul-arbitru. Cea de-a doua se referă la participarea oamenilor la propria mântuire, la „har”. Probabil că atitudinea față de cea de-a doua problemă reflectă cel mai bine ceea ce cred oamenii despre puterea sau neputința acțiunii umane.

Grația (harul), *gratis*, provine din latinescul „dăruit” – de către Dumnezeu, desigur. În acest sens originar, oamenii nu participă deloc, harul este în întregime vrerea lui Dumnezeu. Crezând în liberul-arbitru, Pelagius credea că noi participăm la har. Aceasta este o parte din eresia pelagiană: *există* lucruri pe care oamenii le pot face pentru a fi mântuiți. Sfântul Augustin a vorbit mult despre liberul-arbitru, uneori susținând ideea că oamenii pot să aleagă binele sau răul. Dar este limpede convingerea lui că oamenii nu participă la obținerea harului. Nici Toma d’Aquino, care era mai aproape de convingerile lui Pelagius în privința liberului-arbitru, nu credea că oamenii participă la har.

Posibilitatea participării oamenilor la propria mântuire – odată cu saltul înainte pe calea credinței în puterea acțiunii umane – a fost susținută de Erasmus, Arminius și Wesley. Doar că această credință nu a avut nici un efect în perioada Evului Mediu și la începutul Renașterii.

7. Din „The General Deliverance”, în J. Wesley, *Sermons*, vol. 2, Emory and Waugh, New York, 1831, p. 50.

8. Din „The Means of Grace”, în J. Wesley, *Sermons*, vol. 1, Emory and Waugh, New York, 1831, pp. 135–147.

9. Discursul lui Jackson este citat în importanta lucrare a lui Alice Felt Tyler *Freedom’s Ferment*, University of Minnesota Press, Minneapolis, 1944, p. 22. Tyler descrie prima jumătate a secolului al XIX-lea ca fiind mobilizată esențialmente de ideea perfectibilității omenirii.

10. Scrisoare trimisă de Freud lui Wilhelm Fliess pe 14 noiembrie 1897. Din *Complete Letters of Sigmund Freud to Wilhelm Fliess, 1887–1904*, Belknap, Cambridge, Mass., 1985, p. 281. Totuși, este semnificativ faptul că pacientul, în acord cu acțiunile terapeutului, trebuie „să-și rezolve” problemele. Pacientul nu este considerat niciodată complet pasiv, dar nici capabil să progreseze fără ajutor. De asemenea, pentru cei mai mulți dintre *booters* individul colaborează, cel puțin, la propria evoluție, dar

nu este principala forță motrice. Este asemenea copilașului lui Erasmus, cu o mică putere de acțiune, călăuzit de Dumnezeu, care face aproape totul.

11. Din strălucita lucrare a lui Bruce Kuklick *Churchmen and Philosophers*, Yale University Press, New Haven, 1985, p. 227. Kuklick prezintă istoria și influența protestantismului american asupra conștiinței sociale americane.

12. J.B. Watson, *Behaviorism*, People's Institute Publishing, New York, 1924, p. 237.

13. Mi se pare uimitor faptul că acest curent de gândire, pe care îl consider manifestarea religioasă a ideii de putere a acțiunii individuale, pare să nu fi fost observat de cărturari. N-am reușit să găsesc nici un tratat erudit din domeniul științelor sociale care măcar să-i citeze pe acești gânditori, cu atât mai puțin să-i ia în serios. Și ei chiar sunt serioși.

### CAPITOLUL 3: Medicamente, microbi și gene

1. Acest istoric de caz și altele din cartea de față sunt colaje, cu detaliile într-o anumită măsură inventate, pentru a proteja identitatea celor implicați.

2. O trecere în revistă a celor cinci studii controlate efectuate corect despre antipsihotice poate fi găsită la P. Keck, B. Cohen, R. Baldessarini, S. McElroy, „Time Course of Antipsychotic Effects of Neuroleptic Drugs“, *American Journal of Psychiatry* nr. 146, 1989, pp. 1289–1292. În aceste cinci studii se raportează o reducere a simptomelor de circa 50%. O utilă trecere generală în revistă a ratei de eficiență poate fi găsită în R. Spiegel, *Psychopharmacology*, ed. a 2-a, Wiley, New York, 1989.

3. Rezumatul militant al lui Nathan Kline despre descoperirea primelor antidepresive, „Monoamine Oxidase Inhibitors: An Unfinished Picaresque Tale“, în F.J. Ayd și H. Backwell, eds, *Discoveries in Biological Psychiatry*, Lippincott, Philadelphia, 1970, este o lectură încântătoare.

4. Măsurarea efectului antidepresivelor nu este ușoară. Spre deosebire de antipsihotice, s-au făcut numeroase studii corecte (dublu orb, control prin placebo) despre rezultatele triciclicelor. Însă depresia dispăre de la sine cu timpul, așa încât există o rată mare a reducerii simptomelor chiar și cu un placebo, poate chiar de 45%. Ca să fie funcțional, un medicament trebuie să depășească placebo, și aceasta se întâmplă doar în două treimi dintre studiile rezultatelor. Studiile măsoară în multe feluri ameliorarea, fapt care îngreunează de asemenea comparația. Părea general acceptată este că circa 65% dintre pacienți înregistrează o ameliorare perceptibilă a simptomelor cu ajutorul triciclicelor. V., de exemplu, utila recenzie a lui Phillip Berger „Antidepressant Medications

and the Treatment of Depression“, în J. Barchas, P. Berger, R. Ciaramello, G. Elliot, eds, *Psychopharmacology*, Oxford University Press, New York, 1977, pp. 174–207. Un studiu recent bun este semnat de K. White, W. Wykoff, L. Tynes, L. Schneider *et al.*, „Fluvoxamine in the Treatment of Tricyclic-Resistant Depression“, *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, nr. 15, 1990, pp. 156–158.

O utilă trecere generală în revistă a ratei eficienței poate fi găsită în Spiegel, *Psychopharmacology*.

5. V., de exemplu, J. Hall, „Fluoxetine. Efficacy Against Placebo and by Dose – An Overview“, *British Journal of Psychiatry*, suplimentul 3, 1988, pp. 59–63.

6. Această poveste puțin cunoscută este relatată de John Cade în „The Story of Lithium“, din Ayd și Backwell, *Discoveries in Biological Psychiatry*, pp. 218–229.

7. Litiul este mai eficient pentru latura maniacală a sindromului maniaco-depresiv decât pentru cea a depresiei. Dacă este luat regulat, previne, de asemenea, episoadele maniacale. Are efecte secundare toxice (atât cardiace, cât și gastrointestinale), așa încât tratamentul trebuie supravegheat cu mare atenție. V. R. Sack, E. De Fraites, „Lithium and the Treatment of Mania“, în Barchas *et al.*, *Psychopharmacology*, pp. 208–225. Una dintre principalele probleme ale prescrierii litiului este faptul că mulți dintre pacienții cu sindrom maniacal nu vor să-l ia. Ei se simt bine – foarte bine – și adesea nu vor medicamente.

V. și H. Johnson, K. Olafsson, J. Andersen, P. Plenge *et al.*, „Lithium Every Second Day“, în *American Journal of Psychiatry*, nr. 146, 1989, p. 557, un studiu recent despre administrarea eficientă.

8. Descoperirea și povestea începuturilor tranchilizantelor minore (cum sunt numite anxioliticele) este relatată cu candoare de Frank Berger, „Anxiety and the Discovery of Tranquilizers“ și de Irvin Cohen, „The Benzodiazepines“, în Ayd și Backwell, *Discoveries in Biological Psychiatry*, pp. 115–129 și, respectiv, pp. 130–141.

9. Cea mai optimistă estimare recentă în privința „eficienței procentuale“ a antipsihoticelor pe care o cunosc este: eliminarea completă a iluziilor și halucinațiilor, 22,5%; ameliorare parțială, 60%; nici o ameliorare, 17,5%. Sursa: J. Chandler, G. Winokur, „How Antipsychotic Are the Antipsychotics? A Clinical Study of the Subjective Antipsychotic Effect of the Antipsychotics in Chronic Schizophrenia“, *Annals of Clinical Psychiatry*, nr. 1, 1989, pp. 215–220.

10. M-am oferit să fiu subiect în studiul clasic al lui David Rosenhan „On Being Sane in Insane Places“, *Science*, nr. 179, 1973, pp. 250–258. Am mers împreună cu Rosenhan la Norristown State Hospital. El a fost tratat rău, așa cum ne așteptam. Eu am fost tratat minunat. Această povestire merită în sine un capitol întreg – dar în altă carte.

11. J. Wegner, F. Catalano, J. Gibralter, J. Kane, „Schizophrenics with Tardive Dyskinesia“, *Archives of General Psychiatry*, nr. 42, 1985, pp. 860–865; ACNP-FDA Task Force, „Medical Intelligence – Drug Therapy“, *New England Journal of Medicine*, nr. 130, 1973, pp. 20–24. O bună prezentare recentă a dischineziei tardive poate fi găsită în C. Gualtieri, *Neuropsychiatry and Behavioral Pharmacology*, Springer-Verlag, New York, 1991.

12. G. Cooper, „The Safety of Fluoxetine – An Update“, *British Journal of Psychiatry*, nr. 153, 1988, pp. 77–86; J. Wernicke, „The Side-Effect Profile and Safety of Fluoxetine“, *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 46, 1985, pp. 59–67; M. Teicher, C. Glod, J. Cole, „Emergence of Intense Suicidal Preoccupation During Fluoxetine Treatment“, *American Journal of Psychiatry*, nr. 147, 1990, pp. 207–210.

Pentru o recentă trecere generală în revistă a efectelor secundare ale antidepresivelor, v. G. Beaumont, „Adverse Effects of Antidepressants“, *International Clinical Psychopharmacology*, nr. 5, 1990, pp. 61–66, precum și S. Preskorn, G. Jerkovich, „Central Nervous System Toxicity of Tricyclic Antidepressants; Phenomenology, Course, Risk Factors, and the Role of Drug Monitoring“, *Journal of Clinical Psychopharmacology*, nr. 10, 1990, pp. 88–95.

Juriul nu s-a pronunțat încă în privința siguranței și eficienței relative ale Prozacului.

13. În P. Tyrer, S. Murphy, D. Kingdon *et al.*, „The Nottingham Study of Neurotic Disorder: Comparison of Drug and Psychological Treatment“, *Lancet*, 30 iulie 1988, pp. 235–240, se afirmă că anxioliticele sunt inutile din punct de vedere clinic în tulburările nevrotice. O utilă trecere generală în revistă a ratei eficienței poate fi găsită în Spiegel, *Psychopharmacology*, pp. 15–19, 25–29.

14. Articolul lui J. Roache „Addiction Potential of Benzodiazepines and Non-Benzodiazepine Anxiolytics“, în *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, nr. 9, 1990, pp. 103–128, oferă o viziune echilibrată. Pentru o viziune alarmistă v. S. Olivieri, T. Cantopher, J. Edwards, „Two Hundred Years of Anxiolytic Drug Dependence“, *Neuropharmacology*, nr. 25, 1986, pp. 669–670. Pentru o viziune mai îngăduitoare despre siguranța anxioliticelor, v. A. Nagy, „Possible Reasons for a Negative Attitude to Benzodiazepines as Antianxiety Drugs“, *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*, nr. 4, 1987, pp. 27–30. Eu presupun că, dacă sunt luate în mod regulat, anxioliticele tind să devină ineficiente și creează dependență.

Articolul lui J. Tinklenberg „Anti-Anxiety Medications and the Treatment of Anxiety“, în Barchas *et al.*, *Psychopharmacology*, pp. 226–242, oferă informații descriptive folositoare.

15. Pentru o recentă trecere în revistă optimistă a efectelor secundare ale litiului, v. J. Jefferson, „Lithium: The Present and the Future“, *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 5, 1990, pp. 4–8. Litiul este folosit din ce în ce mai mult în depresia unipolară, precum și în sindromul maniaco-depresiv. Datele sunt sugestive, însă efectele secundare sunt în continuare primejdiuoase.

16. Studiul lui K. Dodge, J. Bates și G. Pettit „Mechanisms in the Cycle of Violence“, *Science*, nr. 250, 1990, pp. 1678–1683, este un articol „corect politic“ remarcabil prin teoria complet ambientalistă a ciclului abuzului și prin totala absență a teoriei genetice.

17. În studiul lui D. Buss „Sex Differences in Human Mate Preferences; Evolutionary Hypotheses Tested in 37 Cultures“, *Behavioral and Brain Sciences*, nr. 12, 1989, pp. 1–49, este discutată în mod convingător evoluția atractivității sexuale. V. mai ales comentariul lui N. Thornhill despre evoluția frumuseții feminine, citat în acest studiu. De asemenea, v. D. Buss, „Evolutionary Personality Psychology“, *Annual Review of Psychology*, nr. 42, 1991, pp. 439–491 pentru teoriile înrudite.

18. Ludwig Wittgenstein, în *Philosophical Investigations*, Blackwell, London, 1953, paragrafele 77–83, pregătește terenul pentru această controversă, arătând că substantivele din limbajul obișnuit nu au o trăsătură obligatorie care le definește. Substantivele precum *jocuri* sunt alcătuite dintr-o serie de asemănări „de familie“ ale unor elemente care se suprapun parțial. Dat fiind că evoluția alege trăsături precum frumusețea, inteligența și coordonarea motorie, pentru definirea cărora nu există o trăsătură obligatorie, problema găsirii structurii lor genetice fundamentale este identică cu problema găsirii unei condiții obligatorii pentru definirea unui cuvânt. A spune că aceste trăsături sunt *poligenice* (determinate de mai multe gene) înseamnă a rata esențialul.

Prin urmare, în analiza mea aceste trăsături nu sunt interesante din punct de vedere genetic – combinația de gene de la baza lor este prea mare și suprapunerile, prea multe. Însă nu este mai puțin adevărat că ele sunt transmisibile ereditare.

19. O obiecție minoră în privința trăsăturilor de personalitate la gemenii monoziigoți crescuți separat este legată de plasarea selectivă efectuată de agențiile de adopție. Atunci când niște gemenii monoziigoți sunt despărțiți și dați pentru adopție, agențiile ar putea să-i plaseze în condiții similare. Prin urmare, odraslele unor părinți credincioși ar putea ajunge în familii credincioase, iar odraslele unor părinți bogați ar putea ajunge în familii bogate. Totuși, atunci când este măsurată similaritatea plasării, ea nu pare să conteze prea mult pentru asemănările observate.

Altă obiecție minoră este legată de perioada în care gemenii au crescut împreună, fără să fie despărțiți. Dacă nu sunt adoptați decât spre

stârșitul copilăriei, dezbateră nu-și mai are rostul, și asemănarea poate să rezulte fie din gene, fie din creștere. Prin urmare, majoritatea studiilor bune despre gemenii crescuți separat se ocupă doar de gemenii despărțiți devreme, în primul an de viață.

Însă o obiecție deloc de neglijat este legată de posibilitatea ca personalitatea să fie transmisibilă ereditar doar în mod indirect – ca „înnăscutul să acționeze prin intermediul dobânditului”. Vom vedea mai departe că optimismul este transmisibil ereditar: la gemenii monoziгоți concordanța este mai mare decât la gemenii dizigoți. Însă optimismul este produs de multe succese (iar pesimismul este produs de multe eșecuri) din viață. La rândul lor, succesul și eșecul sunt provocate de caracteristici precum înfățișarea, puterea și coordonarea motorie, trăsături fizice și transmisibile ereditar. La gemenii monoziгоți există o mai mare concordanță în privința acestor caracteristici (amândoi gemenii sunt la fel de bine făcuți sau de plâpânzi) decât la gemenii dizigoți. Așadar, direct transmisibile ereditar sunt caracteristicile fizice care produc trăsătura de personalitate, trăsătura de personalitate fiind de fapt produsă în întregime de mediu. Acest argument se aplică la toate caracteristicile molare ale personalității.

Studiul semnat de T. Bouchard, D. Lykken, M. McGue, N. Segal, A. Tellegen „Sources of Human Psychological Differences: The Minnesota Study of Twins Reared Apart”, *Science*, nr. 250, 1990, pp. 223–228, pe lângă faptul că este un experiment clasic, este explicit în această privință. Aceste rezultate sunt negate uneori, în mod neîntemeiat, fiind considerate „covariație genético-ambientală”. Mediul este cauza principală aici, nu genele – și intervenția care elimină covariația genético-ambientală o dovedește.

O mare parte din viitorul tratamentelor în cazul problemelor cu încărcătură biologică poate fi descoperirea unor modalități de a elimina covariația genético-ambientală.

20. Cea mai bună sursă de amănunte cu privire la acest studiu monumental este Bouchard *et al.*, „Sources of Human Psychological Differences”. Îl recomand cu căldură cititorului curios. Este de mare amploare și de bună calitate.

Unii oameni încă mai au ideea preconcepută că IQ-ul nu este deloc genetic. Se înșală. Persoana care vă spune asta fie nu are cunoștințe științifice, fie este orbită de ideologie. Nu cumpărați de la ea o mașină la mână a doua. Datele despre IQ adunate din studiile despre gemenii monoziгоți și adopții sunt numeroase și convingătoare: cel puțin jumătate (iar în studiul lui Bouchard 75%) din variația IQ-ului este genetică. Totuși, ce anume înseamnă „inteligența” și ce anume prezice ea despre împlinirea în viață este mult mai puțin limpede.

Studiul despre uitatul la televizor aparține lui R. Plomin, R. Corley, J. DeFries și D. Fulker, „Individual Differences in Television Viewing in Early Childhood: Nature as Well as Nurture”, *Psychological Science*, nr. 1, 1990, pp. 371–377. Studiul despre evlavie aparține lui N. Waller, B. Kojetin, T. Bouchard, D. Lykken și A. Tellegen, „Genetic and Environmental Influences on Religious Interests, Attitudes and Values”, *Psychological Science*, nr. 1, 1990, pp. 138–143. Ultimii patru factori ai personalității provin dintr-o analiză a California Personality Inventory: T. Bouchard, M. McGue, „Genetic and Rearing Environmental Influences on Adult Personality: An Analysis of Adopted Twins Reared Apart”, *Journal of Personality*, nr. 58, 1990, pp. 263–292.

21. V. N. Pedersen, G. McClearn, R. Plomin, J. Nesselroade, J. Berg, U. DeFaire, „The Swedish Adoption/Twin Study of Aging: An Update”, *Acta Geneticae Medicae et Gemellologiae*, nr. 40, 1991, pp. 7–20. În lucrarea lui R. Plomin, M. Scheier, N. Pedersen, J. Nesselroade și G. McClearn „Optimism, Pessimism, and Mental Health”, *Personality and Individual Differences*, nr. 13, 1992, pp. 921–930, sunt prezentate aspectele legate de optimism.

22. V. B. Hutchings, S. Mednick, „Criminality in Adoptees and Their Adoptive and Biological Parents: A Pilot Study”, în S. Mednick, K. Christiansen, eds, *Biosocial Bases of Criminal Behavior*, Gardner, New York, 1977, pp. 127–142.

Pentru o logică similară aplicată divorțului, v. M. McGue, D. Lykken, „Genetic Influence on Risk of Divorce”, *Psychological Science*, nr. 3, 1992, pp. 368–373. Tendința de a divorța este parțial transmisibilă ereditar și pare să rezulte parțial din caracteristicile transmisibile ereditar ale celor doi parteneri.

23. Nu numai jumătatea netransmisibilă ereditar a personalității se poate schimba. Jumătatea transmisibilă ereditar este alcătuită atât din efecte direct genetice, cât și din „covariația genético-ambientală”. Această ultimă formulare din limbajul de specialitate este foarte importantă. „Covariația genético-ambientală” se referă la evenimentele reale din mediu care produc o trăsătură, dar care sunt corelate cu genele, astfel încât nu par să fie efecte ambientale. De exemplu, înălțimea este transmisibilă ereditar. Și aptitudinea de a juca baschet în mod profesionist este transmisibilă ereditar. Aceasta deoarece oamenii înalți ajung în medii în care excelează și în care sunt recompensați – cum ar fi echipa de baschet din clasa a opta. Ei merg mai departe pe acest drum și ajung cei mai buni jucători de baschet. Nu genele vă duc direct în NBA, ci succesul la baschet. Succesul la baschet este cauza ambientală reală – corelată cu genele înălțimii.

*Covariația genético-ambientală poate fi eliminată prin intervenție*, permițând producerea schimbării chiar și în privința componentelor transmisibile ereditare ale personalității. Oamenii înalți care nu au ocazia să joace baschet în liceu nu ajung în NBA. Alt exemplu de covariație genético-ambientală este delincvența. Delincvența este parțial transmisibilă ereditar, și copiii psihopați tind să-i îndepărteze pe părinți și pe profesori. De obicei părinții și profesorii lor renunță să-și mai bată capul cu niște copii atât de răi. În lipsa unei relații cu un adult, copiii încep să stea mai mult pe străzi. Ei devin astfel delincvenți. Dacă părinții perseverențiază și nu-și resping copilul – eliminând astfel covariația –, îl pot împiedica să devină delincent.

Îi mulțumesc lui David Lykken pentru acest exemplu. Implicațiile lui sunt profunde.

#### CAPITOLUL 4: *Anxietatea obișnuită*

1. Judith Rapoport, în *The Boy Who Couldn't Stop Washing*, Dutton, New York, 1989, atrage atenția asupra trichotillomaniei – cel afectat se trage de păr, îl răsuțește pe degete, își stoarce coșurile și exagerează cu îngrijirea corpului. Atunci când afecțiunea este gravă, rezultă chelie și iritarea pielii. Autoarea susține că este vorba despre o tulburare biologică legată de maladia obsesiv-compulsivă, care poate fi ameliorată cu ajutorul unui antidepressiv, Anafranil (clomipramină), care ameliorează și maladia obsesiv-compulsivă. Chiar dacă eu nu sunt de acord că trichotillomania sau maladia obsesiv-compulsivă sunt maladii „ale creierului”, amândouă au într-adevăr corelații biologice. Cred că sunt legate între ele și că amândouă sunt legate de evoluția îngrijirii corpului, în sensul larg.

2. Randolph Nesse folosește metafora opaițului în „What Good is Feeling Bad? The Evolutionary Benefits of Psychic Pain”, *The Sciences*, 1991, pp. 30–37.

3. Elaborat de Charles Spielberger în colaborare cu G. Jacobs, R. Crane, S. Russell, L. Westberry, L. Barker, E. Johnson, J. Knight și E. Marks. Am selectat întrebările legate de anxietatea ca trăsătură, inversând o parte din punctajul la întrebările formulate negativ, pentru a ușura autoevaluarea. Doctorul Spielberger a avut amabilitatea de a-mi oferi și normele de comparare.

4. Tehnica pe care o propune Benson (prezentată în *The Relaxation Response*, Morrow, New York, 1975) combină relaxarea progresivă, respirația pe nas și meditația. Tehnica originală se găsește în lucrarea clasică a lui E. Jacobson *Progressive Relaxation*, University of Chicago Press, 1938. Însă nici una din aceste cărți nu este un manual care să ne învețe rapid cum să practicăm relaxarea.

Cea mai bună tehnică rapidă se numește *antrenament de relaxare aplicată*. Se bazează pe o terapie elaborată de Lars-Goran Ost („Applied Relaxation: Description of a Coping Technique and Review of Controlled Studies”, *Behaviour Research and Therapy*, nr. 25, 1987, pp. 397–410). O simplă prezentare pe cinci pagini a „modului de aplicare” se află în anexa la D. Clark, „Anxiety States: Panic and Generalized Anxiety”, în K. Hawton, P. Salkovskis, J. Kirk, D. Clark, eds, *Cognitive Behavior Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide*, Oxford University Press, 1989, pp. 92–96. Această tehnică vă ajută să treceți de la relaxarea progresivă la relaxarea în timpul activităților de zi cu zi.

5. Pentru o metaanaliză (analiza complexă a mai multe studii), v. K. Eppley, A. Abrams, J. Shear, „Differential Effects of Relaxation Techniques on Trait Anxiety: A Meta-analysis”, *Journal of Clinical Psychology*, nr. 45, 1989, pp. 957–974. Din studiile trecute în revistă de autori reiese că MT dă cele mai bune rezultate, depășind relaxarea progresivă și alte tehnici de relaxare și de meditație, care reduc la rândul-le anxietatea ca trăsătură. Unele dovezi recente sugerează, de asemenea, că meditația este utilă chiar și în cazul pacienților cu anxietate foarte gravă: v. J. Kabat-Zinn, A. Massion, J. Kristeller *et al.*, „Effectiveness of Meditation-Based Stress Reduction Program in the Treatment of Anxiety Disorders”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 149, 1992, pp. 937–943. V. și G. Butler, M. Fennell, P. Robson, M. Gelder, „Comparison of Behavior Therapy and Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, nr. 59, 1991, pp. 167–175.

6. Singurul meu avertisment cu privire la meditație și relaxare vizează depresia. Nu recomand nici una dintre aceste tehnici dacă suferiți de depresie profundă (v. capitolul 8). Atât relaxarea, cât și meditația acționează prin scăderea excitării sistemului nervos autonom. Persoanele cu depresie profundă (care nu sunt agitate) au nevoie de stimulare autonomă, nu de atenuare, deoarece o și mai mare reducere a excitației le poate alimenta depresia. Se cunosc unele efecte negative ale MT, dar majoritatea practicanților nu raportează nici un efect negativ. V. L. Otis, „Adverse Effects of Transcendental Meditation”, în D. Shapiro, R. Walsh, eds, *Meditation: Classic and Contemporary Perspectives*, Aldine, New York, 1984, pp. 201–208.

#### CAPITOLUL 5: *Gândirea catastrofică*

1. V-ați putea pune întrebarea de ce aleg un anume sex în istoriile de caz. Atunci când există o prevalență feminină clară, ca în cazul panicii (raportul femei/bărbați este de 2/1), folosesc ea. Dacă există o prevalență

masculină clară, folosesc *el*. Dacă nu există vreo diferență, folosesc *el* și semnalez prevalența.\*

2. A devenit o modă să afirmi că distincția dintre biologic și psihologic nu este semnificativă. Nu este decât o pseudoproblemă de interes istoric, ne spun unii autori. Sau ni se spune că nu există o distincție profundă între spirit și corp. „Reducționiștii” ne spun că toate evenimentele psihologice sunt în ultimă instanță biologice, doar că încă nu le cunoaștem biologia. „Interacționiștii” ne spun că toate evenimentele psihologice sunt simpla interacțiune dintre evenimentele ambientale și biologice.

Eu invoc agnosticismul.

Atât reducționismul, cât și interacționismul sunt poziții filozofice, chestiuni nedovedite care țin de credință. Una sau cealaltă s-ar putea dovedi corectă – într-o mie de ani. În cele din urmă s-ar putea dovedi, de exemplu, că terapia cognitivă dă roade pentru că modifică trăsătura „pesimism” care este amplasată pe un traseu chimic (în prezent necunoscut) din hipocamp. Însă această posibilitate este complet inutilă pentru consumatorul care încearcă să hotărască dacă cel mai bun tratament pentru depresia lui *de acum* este terapia cognitivă sau imipramina. Această posibilitate este complet irelevantă pentru omul de știință care încearcă să afle *acum* dacă pesimismul este un factor de risc în apariția depresiei.

În acest moment, în 1994, există distincții limpezi și utile între biologic și psihologic. Evenimentele psihologice sunt măsurate la nivel molar, nivelul persoanei în întregul ei: de exemplu, sentimentele, gândurile, trăsăturile de caracter și comportamentele. Evenimentele biologice nu necesită întregul persoanei pentru a fi măsurate, sunt specificate molecular: de exemplu, declanșarea impulsurilor neuronale, modificările endorfinice și inhibarea de dexametazonă. Ceea ce este esențialmente psihologic poate fi tratat prin intervenții care implică persoana în întregul ei – de exemplu, prin terapie cognitivă, psihanaliză, hipnoză, terapie comportamentală, meditație sau tratament ambulatoriu. Ceea ce este esențialmente biologic poate fi tratat cu succes printr-o intervenție la nivel molecular: de exemplu, prin medicamente, chirurgie sau șoc electroconvulsiv.

Dacă cineva vă spune că nu există distincția biologic/psihologic, că disputa innăscut/dobândit este soluționată sau demodată sau că nu există distincția spirit/corp, nu vă lăsați amăgit. Acea persoană rostește o profesiune de credință, care este nefolositoare oamenilor de știință sau consumatorilor de terapie reali și care, mai rău, este un anestezic intelectual.

\* Cititorul român ar fi fost derutat de această procedură, așa încât, pentru a nu afecta cursivitatea lecturii, am tradus unitar prin *el* (pacientul) (n. tr.).

3. Aceasta este o descoperire foarte fiabilă, care apare în zeci de studii. V., de exemplu, M. Liebowitz, J. Gorman, A. Fryer *et al.*, „Lactate Provocation of Panic Attack”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 41, 1984, pp. 764–770, și J. Gorman, M. Liebowitz, A. Fryer *et al.*, „Lactate Infusions in Obsessive-Compulsive Disorder”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 142, 1985, pp. 864–866.

4. V. S. Torgersen, „Genetic Factors in Anxiety Disorders”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 40, 1983, pp. 1085–1089, și R. Crowe, „Panic Disorder: Genetic Considerations”, *Journal of Psychiatric Research*, nr. 24, 1990, pp. 129–134.

5. V. D. Carney, G. Heninger, „Abnormal Regulation of Noradrenergic Function in Panic Disorders”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 43, 1986, pp. 1042–1054, și E. Reiman, M. Raichle, E. Robins *et al.*, „The Application of Positron Emission Tomography to the Study of Panic Disorder”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 143, 1986, pp. 469–477.

6. V., de exemplu, S. Svebak, A. Cameron, S. Levander, „Clonazepam and Imipramine in the Treatment of Panic Attacks”, *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 51, 1990, pp. 14–17, și G. Tesar, „High-Potency Benzodiazepines for Short-term Management of Panic Disorder: The U.S. Experience”, *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 51, 1990, pp. 4–10.

7. Lucrările acestei conferințe au fost publicate în S.J. Rachman, J. Maser, eds, *Panic: Psychological Perspectives*, Erlbaum, Hillsdale, N.J., 1988.

8. Pot fi create exemple paralele pentru teama de a înnebuni și teama de a-ți pierde controlul, două alte elemente comune ale atacului de panică. În fiecare caz, primele senzații fizice sunt interpretate greșit ca semne de nebulie sau de pierdere a controlului. Atunci începe cercul vicios, în care simptomele anxietății crescând sunt interpretate greșit ca dovezi suplimentare ale catastrofei iminente.

9. Acest dialog este adaptat după D. Clark, „Anxiety States: Panic and Generalized Anxiety”, în K. Hawton, P. Salkovskis, J. Kirk, D. Clark, eds, *Cognitive Behavior Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide*, Oxford University Press, 1989, pp. 76–77.

10. Pentru recidiva în cazul Xanaxului (alprazolam) v., de exemplu, J. Pecknold, R. Swinson, K. Kuch, C. Lewis, „Alprazolam in Panic Disorder and Agoraphobia: Results from a Multicenter Trial: III. Discontinuation Effects”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 45, 1988, pp. 429–436. Un foarte instructiv articol neprofesionist despre Xanax, „High Anxiety”, a apărut în *Consumer Reports*, ianuarie 1993, pp. 19–24.

11. Între 25 și 27 septembrie 1991, NIMH a organizat din nou o întâlnire „pentru consens” între experții de frunte în domeniul panicii, un

jurii care să judece terapiile pentru tulburarea de panică. Concluziile lor au fost echivoce și dezamăgitoare. Cifrele prezentate se potrivesc foarte bine cu tabelul meu rezumativ. În ciuda acestui fapt, juriul nu a comparat în mod explicit terapiile cognitive cu cele medicamentoase și, prin urmare, nu a fost pomenită superioritatea tratamentelor cognitive față de medicamente. Nu pot decât să presupun căror interese slujește această atitudine, dar cred că concluziile lor au fost lipsite de curaj și fac un deserviciu marelui public. V. „National Institute of Health Consensus Development Statement. Treatment of Panic Disorder. September 25/27, 1991“. V. în special J. Margraf, D. Barlow, D. Clark, M. Telch, „Psychological Treatment of Panic: Work in Progress on Outcome, Active Ingredients, and Follow-up“, *Behaviour Research and Therapy*, nr. 31, 1993, pp. 1–8.

Întrucât concluziile mele nu sunt încă acceptate de toată lumea, voi enumera mai jos principalele studii ale rezultatelor care dovedesc efectele neobișnuit de puternice ale tratamentului cognitiv:

D. Clark, M. Gelder, P. Salkovskis, A. Hackman, H. Middleton, P. Anastasiades, „Cognitive Therapy for Panic: Comparative Efficacy“. Lucrare prezentată la conferința anuală a American Psychiatric Association, New York City, mai 1990.

A. Beck, L. Sokol, D. Clark, B. Berchick, F. Wright, „Focused Cognitive Therapy of Panic Disorder: A Crossover Design and One Year Follow-up“ (manuscris, 1991).

L. Michelson, K. Marchione, „Cognitive, Behavioral, and Psychologically-based Treatments of Agoraphobia: A Comparative Outcome Study“. Lucrare prezentată la conferința anuală a American Association for the Advancement of Behavior Therapy, Washington, D.C., noiembrie 1989.

L. Ost, „Cognitive Therapy Versus Applied Relaxation in the Treatment of Panic Disorder“. Lucrare prezentată la conferința anuală a European Association of Behavior Therapy, Oslo, septembrie 1991.

J. Margraf, S. Schneider, „Outcome and Active Ingredients of Cognitive-Behavioural Treatments for Panic Disorder“. Lucrare prezentată la conferința anuală a American Association for the Advancement of Behavior Therapy, New York City, noiembrie 1991.

#### CAPITOLUL 6: Fobiile

1. Din cauza traducerii greșite, SC și RC sunt cunoscute ca stimul și reacție „condiționate“. Însă sensul real al adjectivului este „condițional“ (adică stimulul condițional își dobândește proprietățile doar în mod condițional, prin asocierea cu SN și RN).

2. J. Garcia, R. Koelling, „Relation of Cue to Consequence in Avoidance Learning“, *Psychonomic Science*, nr. 4, 1966, pp. 123–124.

3. Pentru o discuție detaliată și o dezbateră a acestor cinci probleme, începeți cu M. Seligman, J. Hager, eds. *The Biological Boundaries of Learning*, Appleton-Century-Crofts, New York, 1972.

4. Experimentul cu anestezia se găsește în D. Roll, J. Smith, „Conditioned Taste Aversion in Anesthetized Rats“, în Seligman, Hager, *The Biological Boundaries of Learning*, pp. 98–102.

Garcia a făcut acest experiment cu coioți care se învățaseră să omoare oi. A presărat doze neucigătoare de otrăvă pe carne tocată de miel. Când și-au revenit, coioții nu numai că aveau oroare de carnea de miel, dar o luau la fugă când vedeau oi! De fapt, mieii erau cei care îi alergau prin curte. Când dădeau de carne de miel, coioții urinau pe ea și o îngropau. Nu tratau carnea de miel ca pe un simplu semnal că o să le fie rău, ci ajunseseră să nu mai poată suferi oile în sine și să se teamă de ele. V. C. Gustavson, J. Garcia, W. Hankins, K. Rusiniak, „Coyote Predation Control by Aversion Conditioning“, *Science*, nr. 184, 1974, pp. 581–583.

Condiționarea pavloviană este definită în mod operațional: asocierea dintre SC și RN, care are ca rezultat RC. Această definiție operațională creează o distincție fundamentală între două procese diferite care pot fi declanșate.

Primul este pașnic și intelectual: SC este tratat ca simplu semnal pentru SN. Căminii salivau la vederea lui Pavlov deoarece se așteptau să fie hrăniți. Pavlov însuși nu devenise asemănător hranei.

Cel de-al doilea este mai profund: SC capătă în realitate proprietățile lui SN și trezește aversiunea în sine și de la sine. Când coioții urmează pe carnea de miel, încearcă să o îngroape și tratează mieii ca și cum ar fi coioți dominanți, se deduce că mielul a căpătat el însuși proprietăți care trezesc aversiunea. Spre deosebire de condiționarea pavloviană obișnuită, indiferent ce se petrece în cazul aversiunii gustative, nu se petrece la nivel rațional. După părerea mea, relațiile SC–RN programate creează condiționarea la acest nivel mai profund.

5. L. Robins, J. Helzer, M. Weissman *et al.*, „Lifetime Prevalence of Specific Psychiatric Disorders at Three Sites“, *Archives of General Psychiatry*, nr. 41, 1984, pp. 949–958; I. Marks, „Epidemiology of Anxiety“, *Social Psychiatry*, nr. 21, 1986, pp. 167–171.

6. Până la începutul anilor '60, psihanaliza era singura terapie folosită, în lipsa altora. Descoperirea desensibilizării sistematice și a imersiiei a pus capăt acestei situații. Merită să citiți celebrul caz „Micul Hans“ al lui Freud, care a dat naștere teoriei oedipiene a fobiilor. V. S. Freud, „Analysis of a Phobia in a Five-Year-Old Boy“, în *The Complete Works of Sigmund Freud*, vol. 10, trad. J. Strachey, Hogarth Press,

London, 1974, pp. 5–100; iar pentru demolarea argumentării lui Freud v. J. Wolpe, S.J. Rachman, „Psychoanalytic 'Evidence': A Critique Based on Freud's Case of Little Hans“, *Journal of Nervous and Mental Disease*, nr. 131, 1960, pp. 135–147. V. și H. Laughlin, *The Neuroses*, Butterworth, Washington, D.C., 1967, pp. 545–606, despre fobii, pentru viziunea analitică din această perioadă. „Niciodată ușor“ vine de la Laughlin. Această concepție despre fobii este – în sfârșit și pe merit – o cauză pierdută.

7. L. Ost, U. Steiner, J. Fellenius, „Applied Tension, Applied Relaxation, and the Combination in the Treatment of Blood Phobia“, *Behaviour Research and Therapy*, nr. 27, 1989, pp. 109–121. Unele rapoarte mai recente sugerează o rată de vindecare de aproape 100% prin această procedură.

8. Există puține studii care nu implică rapoarte de caz despre terapia cognitivă în cazul fobiilor. Cele care există arată îmbunătățiri, dar terapia comportamentală este utilizată auxiliar, așa încât nu se poate evidenția vreun folos suplimentar al componente cognitive. În fobii există distorsiuni cognitive incontestabile, dar mă îndoiesc că acestea pot fi contracarate direct prin intermediul tehnicilor cognitive. V. G. Thorpe, J. Hacker, L. Cavallaro, G. Kulberg, „Insight Versus Rehearsal in Cognitive-Behaviour Therapy: A Crossover Study with Sixteen Phobics“, *Behavioural Psychotherapy*, nr. 15, 1987, pp. 310–336.

9. Într-un studiu, la 79% dintre pacienții agorafobici care au fost tratați prin terapie cognitivă și extincția panicii panica a dispărut, față de 39% dintre cei care au fost tratați doar prin metoda extincției. În L. Michelson, K. Marchione, „Cognitive, Behavioral, and Psychologically-based Treatments of Agoraphobia: A Comparative Outcome Study“, lucrare prezentată la conferința anuală a American Association for the Advancement of Behavior Therapy, Washington, D.C., noiembrie 1989.

R. Mattick, L. Peters, „Treatment of Severe Social Phobia: Effects of Guided Exposure With and Without Cognitive Restructuring“, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, nr. 56, 1988, pp. 251–260, sugerează posibilitatea rezultatelor pozitive ale terapiei cognitive și în cazul fobiilor sociale.

10. Există circa șase studii recente, rezonabil efectuate, despre efectele diverselor medicamente în tratarea fobiilor sociale. V. J. Gorman, L. Gorman, „Drug Treatment of Social Phobia“, *Journal of Affective Disorders*, nr. 13, 1987, pp. 183–192; A. Levin, F. Scheier, M. Liebowitz, „Social Phobia: Biology and Pharmacology“, *Clinical Psychology Review*, nr. 9, 1989, pp. 129–140; M. Versiani, F. Mundim, A. Nardi *et al.*, „Tranycypromine in Social Phobia“, *Journal of Clinical Psychopharmacology*, nr. 8, 1988, pp. 279–283; M. Liebowitz, J. Gorman,

A. Fryer *et al.*, „Pharmacotherapy of Social Phobia: An Interim Report of a Placebo-Controlled Comparison of Phenelzine and Atenolol“, *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 49, 1988, pp. 252–257; H. Reich, W. Yates, „A Pilot Study of the Treatment of Social Phobia with Alprazolam“, *American Journal of Psychiatry*, nr. 145, 1988, pp. 590–594; M. Liebowitz, R. Campeas, A. Levin *et al.*, „Pharmacotherapy of Social Phobia“, *Psychosomatics*, nr. 28, 1987, pp. 305–308.

Cele mai multe dintre aceste studii arată un nivel de ameliorare cu ajutorul medicamentelor de 60–75% (inhibitorii MAO sunt deosebit de eficienți). Din păcate, cele mai multe dintre aceste studii nu raportează ce se întâmplă cu pacienții când este întreruptă medicația. Cele care o fac (Versiani *et al.*, „Tranycypromine in Social Phobia“; Reich, Yates, „A Pilot Study“) raportează rate foarte mari de recidivă. R. Noyes, D. Chaudry, D. Domingo, „Pharmacologic Treatment of Phobic Disorders“, *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 47, 1986, pp. 445–452, fac o recenzie a acestor studii și încheie cu două avertismente importante: există probabilitatea unei rate mari de renunțare la medicamente și a unei rate mari de recidivă după întreruperea medicației. Aceasta este baza concluziei mele că medicamentele nu au decât un efect cosmetic asupra anxietății sociale.

11. V. C. Zitrin, D. Klein, M. Woerner, D. Ross, „Treatment of Phobias I: Comparison of Imipramine Hydrochloride and Placebo“, *Archives of General Psychiatry*, nr. 40, 1983, pp. 125–138, vs I. Marks, S. Gray, D. Cohen *et al.*, „Imipramine and Brief Therapist-Aided Exposure in Agoraphobics Having Self-Exposure Homework“, *Archives of General Psychiatry*, nr. 40, 1983, pp. 153–162.

Aceasta este încă o controversă destul de aprigă, în care există îndoieli în privința avantajelor antidepressivelor și expunerii (extincției) folosite separat. O îngrijorare serioasă este rata mare a recidivei, poate chiar peste 50%, atunci când se întrerupe medicația (v. R. Noyes, M. Garvey, B. Cook, L. Samuelson, „Problems with Tricyclic Anti-Depressant Use in Patients with Panic Disorder or Agoraphobia“, *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 50, 1989, pp. 163–169). În mod asemănător, terapia prin extincție utilizată exclusiv are unele avantaje durabile timp de cinci ani după încheierea ei: circa 50% dintre pacienți au o stare bună, însă puțini au o stare complet bună (v. P. Lelliott, I. Marks, W. Monteiro *et al.*, „Agoraphobics 5 Years After Imipramine and Exposure: Outcome and Predictors“, *Journal of Nervous and Mental Disease*, nr. 175, 1987, pp. 599–605). Așadar, fiecare dintre tratamente are unele avantaje de durată atunci când este utilizat exclusiv, dar este departe de a asigura vindecarea.

Combinăția dintre expunere și antidepressive pare să fie cel mai puțin controversat tratament. Rata ameliorării în urma acestui tratament



combinat poate fi de până la 90% (v. J. Ballenger, „Pharmacotherapy of the Panic Disorders“, *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 47, 1986, pp. 27–32). Într-un studiu efectuat deosebit de bine, doar la grupul tratat astfel s-a înregistrat ameliorare, în vreme ce agorafobicii care au fost tratați numai cu triciclice sau numai prin expunere nu au prezentat ameliorări semnificative (v. M. Telch, S. Agras, C. Taylor *et al.*, „Combined Pharmacological and Behavioural Treatment for Agoraphobia“, *Behaviour Research and Therapy*, nr. 23, 1985, pp. 325–335). Pentru alte studii bine efectuate despre combinația dintre medicamente și expunere, v. M. Mavissakalian, L. Michelson, „Two-Year Follow-up of Exposure and Imipramine Treatment of Agoraphobia“, *American Journal of Psychiatry*, nr. 143, 1986, pp. 1106–1112.

Pentru o trecere în revistă cantitativă a literaturii despre medicamente și psihoterapie în tratarea agorafobiei, v. R. Mattick, G. Andrews, D. Hadzi-Pavlovic, H. Christense, „Treatment of Panic and Agoraphobia: An Integrative Review“, *Journal of Nervous and Mental Disease*, nr. 178, 1990, pp. 567–576.

12. Acest istoric de caz este preluat de la Isaac Marks, cel mai bun cercetător britanic în domeniul fobiilor.

13. V. M. Seligman, „Preparedness and Phobias“, *Behavior Therapy*, nr. 2, 1971, pp. 307–320, și S.J. Rachman, M. Seligman, „Unprepared Phobias: Be Prepared“, *Behaviour Research and Therapy*, nr. 14, 1976, pp. 333–338.

14. A. Ohman, M. Fredrikson, K. Hugdahl, P. Rimn, „The Premise of Equipotentiality in Classical Conditioning: Conditioned Electrodermal Responses to Potentially Phobic Stimuli“, *Journal of Experimental Psychology: General*, nr. 105, 1976, pp. 313–337. Pentru o disidență formulată limpede față de experimentele lui Ohman și față de teoria programării fobiilor, v. R. McNally, „Preparedness and Phobias: A Review“, *Psychological Bulletin*, nr. 101, 1987, pp. 283–303.

15. L. Ost, K. Hugdahl, „Acquisition of Phobias and Anxiety Response Patterns in Clinical Patients“, *Behaviour Research and Therapy*, nr. 21, 1981, pp. 623–631.

16. S. Hygge, A. Ohman, „Modelling Processes in Acquisition of Fear: Vicarious Electrodermal Conditioning to Fear-Relevant Stimuli“, *Journal of Personality and Social Psychology*, nr. 36, 1978, pp. 271–279. Pentru un foarte frumos experiment paralel efectuat pe primatul non-uman, v. S. Mineka, M. Davidson, M. Cook, R. Keir, „Observational Conditioning of Snake Fear in Rhesus Monkeys“, *Journal of Abnormal Psychology*, nr. 93, 1984, pp. 355–372.

17. Șerpii și păianjenii sunt SC mai puternici decât pistoalele și cuțitele, cu toate că acestea din urmă sunt mai periculoase în realitatea

culturală – dar nu în cea evoluționară. V. E. Cook, P. Hodes, P. Lang, „Preparedness and Phobias: Effects of Stimulus Content on Human Visceral Conditioning“, *Journal of Abnormal Psychology*, nr. 95, 1986, pp. 195–207.

#### CAPITOLUL 7: Obsesiile

1. Așa cum ne amintim din „What do we plant?“ de Henry Abbey (1842–1911).

2. Acest cântecel este atât de simpatic, încât l-am citit o dată în clasa a cincea (acum vreo patruzeci de ani) și mi-a rămas în minte – intact – de atunci încoace, apărând lunar pe postul meu de emisie a refrenelor. Mark Twain, „Punch, Brothers, Punch“ (1876), în *The Complete Humorous Sketches and Tales of Mark Twain*, ed. Charles Neider, Doubleday, Garden City, N.Y., 1961, p. 303.

3. D. Barlett, J. Steele, *Empire: The Life, Legend and Madness of Howard Hughes*, Norton, New York, 1979, p. 233.

4. Lucrarea clasică a lui S. Rachman și R. Hodgson, *Obsessions and Compulsions*, Appleton-Century-Crofts, New York, 1980, rămâne cel mai bun studiu pe această temă. Chestionarul din cartea de față este reproduș din această lucrare, cu modificări minore.

5. Judith Rapoport, *The Boy Who Couldn't Stop Washing*, Plume, New York, 1990, pp. 90–91. Dovezile despre transmisibilitatea ereditară sunt preluate din M. Lenane, S. Swedo, H. Leonard *et al.*, „Psychiatric Disorders in First Degree Relatives of Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder“, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, nr. 29, 1990, pp. 407–412.

6. S. Turner, D. Beidel, R. Nathan, „Biological Factors in Obsessive-Compulsive Disorders“, *Psychological Bulletin*, nr. 97, 1985, pp. 430–450; L. Baxter, M. Phelps, J. Mazziotta *et al.*, „Local Cerebral Glucose Metabolic Rates in Obsessive-Compulsive Disorder: A Comparison with Rates in Unipolar Depression and Normal Controls“, *Archives of General Psychiatry*, nr. 44, 1987, pp. 211–218; R. Rubin, J. Villanueva-Meyer, J. Ananth *et al.*, „Regional Xenon 133 Cerebral Blood Flow and Cerebral Technetium 99m HMPAO Uptake in Unmedicated Patients with Obsessive-Compulsive Disorder and Matched Normal Control Subjects“, *Archives of General Psychiatry*, nr. 49, 1992, pp. 695–702.

Cele mai recente studii arată normalizarea funcționării creierului prin tratamentul cu Anafranil (clomipramină), prin tratamentul cu fluoxetină și prin terapia comportamentală. V. C. Benkelfat, T. Nordahl, W. Semple *et al.*, „Local Cerebral Glucose Metabolic Rates in Obsessive-Compulsive Disorder“, *Archives of General Psychiatry*, nr. 47, 1990,

pp. 840–848.; L. Baxter, J. Schwartz, K. Bergman *et al.*, „Caudate Glucose Metabolic Rate Changes with Both Drug and Behavior Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder“, *Archives of General Psychiatry*, nr. 49, 1992, pp. 681–689; S. Swedo, P. Pietrini, H. Leonard *et al.*, „Cerebral Glucose Metabolism in Childhood-Onset Obsessive-Compulsive Disorder“, *Archives of General Psychiatry*, nr. 49, 1992, pp. 690–694.

7. Atât Judith Rapoport, în *The Boy Who Couldn't Stop Washing*, cât și Isaac Marks și Adolf Tobena, în „Learning and Unlearning Fear: A Clinical and Evolutionary Perspective“, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, nr. 14, 1990, pp. 365–384, au adus argumente în favoarea unui substrat al MOC programat evoluționar.

8. Pentru studii recente despre Anafranil (clomipramină), v. M. Jenike, L. Baer, P. Summergrad *et al.*, „Obsessive-Compulsive Disorder: A Double-Blind, Placebo-Controlled Trial of Clomipramine in 27 Patients“, *American Journal of Psychiatry*, nr. 146, 1989, pp. 1328–1330; R. Katz, J. DeVaugh-Geiss, P. Landau, „Clomipramine in Obsessive-Compulsive Disorder“, *Biological Psychiatry*, nr. 28, 1990, pp. 401–414; M. Pato, T. Piggott, J. Hill *et al.*, „Controlled Comparison of Buspirone and Clomipramine in Obsessive-Compulsive Disorder“, *American Journal of Psychiatry*, nr. 148, 1991, pp. 127–129; M. Mavissakalian, B. Jones, S. Olson, J. Perel, „Clomipramine in Obsessive-Compulsive Disorder: Clinical Response and Plasma Levels“, *Journal of Clinical Psychopharmacology*, nr. 10, 1990, pp. 261–268. Găsiți o recenzie a unsprezece studii dublu-orb în M. Trimble, „Worldwide Use of Clomipramine“, *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 51, 1990, pp. 51–54. Per total, ceva mai puțin de 50% dintre pacienți au prezentat ameliorare la nivel subclinic, și poate că la 25% simptomele au dispărut aproape complet.

Pentru efectele secundare și rata mare de recidivă după întreruperea medicației, v. M. Pato, R. Zohar-Kadouch, J. Zohar, D. Murphy, „Return of Symptoms After Discontinuation of Clomipramine in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder“, *American Journal of Psychiatry*, nr. 145, 1988, pp. 1521–1525, care arată o rată a recidivelor de 80%; T. Piggott, M. Pato, S. Bernstein *et al.*, „Controlled Comparisons of Clomipramine and Fluoxetine in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder“, *Archives of General Psychiatry*, nr. 47, 1990, pp. 926–932, care arată un efect al fluoxetinei comparabil cu cel al clomipraminei, precum și o rată aproximativ egală a recidivei după întreruperea medicației; J. Geist, „Treating the Anxiety: Therapeutic Options in Obsessive-Compulsive Disorder“, *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 51, 1990, pp. 29–34.

Pentru o critică formulată limpede la adresa punctului de vedere biologic, v. P. DeSilva, S.J. Rachman, *Obsessive-Compulsive Disorder: The Facts*, Oxford University Press, 1992, pp. 53–54.

9. Experimentul cu filmul despre cioplirea lemnului a fost raportat de M. Horowitz, „Intrusive and Repetitive Thoughts After Experimental Stress“, *Archives of General Psychiatry*, nr. 32, 1975, pp. 1457–1463.

10. Acest caz este adaptat după I. Marks, S.J. Rachman, R. Hodgson, „Treatment of Chronic Obsessive-Compulsive Neurosis by *in vitro* Exposure“, *British Journal of Psychiatry*, nr. 127, 1975, pp. 349–364.

11. J. Geist, „Treatment for Obsessive-Compulsive Disorder: Psychotherapies, Drugs and Other Somatic Treatment“, *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 51, 1990, pp. 44–50. Pentru o recenzie completă a cel puțin douăsprezece studii despre rezultatele terapiei comportamentale în MOC, v. Rachman și Hodgson, *Obsessions and Compulsions*, și DeSilva și Rachman, *Obsessive-Compulsive Disorder*, pp. 53–54.

#### CAPITOLUL 8: Depresia

1. Am scris despre depresie aproape toată viața. O mare parte din materialul acestui capitol este adaptat din alte lucrări ale mele, mai ales din capitolul 4, „Ultimate Pessimism“, din *Learned Optimism*, Knopf, New York, 1991, pp. 54–70.

2. V. Seligman, *Learned Optimism*, pentru toate informațiile despre stilul explicativ. Prezentări amănunțite ale stilului explicativ și ale depresiei, precum și bibliografii ample pot fi găsite în C. Peterson, M. Seligman, „Causal Explanations as a Risk Factor for Depression: Theory and Evidence“, *Psychological Review*, nr. 91, 1984, pp. 347–374; P. Sweeney, K. Anderson, S. Bailey, „Attributional Style in Depression: A Meta-analytic Review“, *Journal of Personality and Social Psychology*, nr. 50, 1986, pp. 974–991; L. Abramson, G. Metalsky, L. Alloy, „Hopelessness Depression: A Theory-Based Process-Oriented Sub-Type of Depression“, *Psychological Review*, nr. 96, 1989, pp. 358–372.

3. L. Robins, J. Helzer, M. Weissman, H. Orvaschel, E. Gruenberg, J. Burke și J. Regier, „Lifetime Prevalence of Specific Psychiatric Disorders in Three Sites“, *Archives of General Psychiatry*, nr. 41, 1984, pp. 949–958; G. Klerman și M. Weissman, „Increasing Rates of Depression“, *Journal of the American Medical Association*, nr. 261, 1989, pp. 2229–2235.

4. G. Klerman, P. Lavori, J. Rice, T. Reich, J. Endicott, N. Andreason, M. Keller, R. Hirschfeld, „Birth-Cohort Trends in Rates of Major Depressive Disorder Among Relatives of Patients with Affective Disorders“, *Archives of General Psychiatry*, nr. 42, 1985, pp. 689–693.

5. Descoperirea că depresia apare acum la vârste mai mici provine din eleganta transpunere matematică a datelor unui studiu efectuat de T. Reich, P. Van Eerdewegh, J. Rice, J. Mullaney, G. Klerman și J. Endicott, „The Family Transmission of Primary Depressive Disorder“, *Journal of Psychiatric Research*, nr. 21, 1987, pp. 613–624.

6. P. Lewinsohn, P. Rohde, J. Seeley, „Birth-Cohort Changes in the Occurrence of Depression: Are We Experiencing an Epidemic of Depression?“, *Journal of Abnormal Psychology*, nr. 102, 1993, pp. 110–120.

7. Aceasta este o zonă atât de întinsecată de ideologie, încât trebuie să fiți îndrumați către cel mai *dezinteresat* studiu. Recomand foarte atenta prezentare a subiectului făcută de S. Nolen-Hoeksema, „Sex Differences in Depression: Theory and Evidence“, *Psychological Bulletin*, nr. 101, 1987, pp. 259–282. O versiune mai lungă a studiului este cartea S. Nolen-Hoeksema, *Sex Differences in Depression*, Stanford University Press, 1990, în care se găsește o bibliografie exhaustivă a acestui subiect și a controversei discutate în următoarele paragrafe din capitolul 8.

8. Cea mai detaliată prezentare a corespondenței strânse dintre simptomele neputinței învățate și cele ale depresiei diagnosticate conform DSM-3 este făcută de J. Weiss, P. Simson, M. Ambrose, A. Webster, L. Hoffman, „Neurochemical Basis of Behavioral Depression“, *Advances in Behavioral Medicine*, nr. 1, 1985, pp. 253–275. Acest articol și importanta lucrare a lui Sherman și Petty (v. mai jos) prezintă de asemenea marile asemănări din punctul de vedere al chimiei cerebrale și farmacologiei dintre neputința învățată și depresie (v. A. Sherman, F. Petty, „Neurochemical Basis of Antidepressants on Learned Helplessness“, *Behavioral and Neurological Biology*, nr. 30, 1982, pp. 119–134).

9. Trei psihologi au avut o contribuție importantă la studierea recentă a gândirii negative ciclice: Julius Kuhl, Susan Nolen-Hoeksema și Harold Zullow. V. J. Kuhl, „Motivational and Functional Helplessness: The Moderating Effect of State Versus Action-Oriented“, *Journal of Personality and Social Psychology*, nr. 40, 1981, pp. 155–170; H. Zullow, „The Interaction of Rumination and Explanatory Style in Depression“, teză de masterat, University of Pennsylvania, 1984; Nolen-Hoeksema, *Sex Differences in Depression*.

10. M. McCarthy, „The Thin Ideal, Depression, and Eating Disorders in Women“, *Behaviour Research and Therapy*, nr. 28, 1990, pp. 205–215.

11. J. Girgus, S. Nolen-Hoeksema, M. Seligman, G. Paul, H. Spears, „Why Do Girls Become More Depressed Than Boys in Early Adolescence?“, lucrare prezentată la conferința American Psychological Association, San Francisco, august 1991.

12. S. Hollon, R. DeRubeis, M. Evans, „Combined Cognitive Therapy and Pharmacotherapy in the Treatment of Depression“, în D. Manning, A. Frances, eds, *Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy in Depression*, American Psychiatric Press, Washington, D.C., 1990, pp. 35–64. Într-un studiu căruia i s-a făcut mare publicitate, unsprezece pacienți care au reacționat bine la imipramină au luat medicamentul

continuu timp de cinci ani, și numai unul a suferit de depresie. Dintre nouă pacienți cărora li s-a dat un placebo, cinci au suferit de depresie. V. D. Kupfer, E. Frank, J. Perel *et al.*, „Five-Year Outcome for Maintenance Therapies for Recurrent Depression“, *Archives of General Psychiatry*, nr. 49, 1992, pp. 769–773. Aceasta sugerează că, în cazul în care antidepresivele vă sunt de folos și reduc depresia, trebuie să le luați în continuare, chiar dacă vă simțiți bine, pentru a preveni recidiva.

13. Pentru o prezentare a eficienței SEC, v. M. Fink, *Convulsive Therapy: Therapy and Practice*, Raven Press, New York, 1979. Acum există o revistă întregă, *Convulsive Therapy*, dedicată SEC. Pentru o abordare prudentă, v. J. Taylor, J. Carroll, „Current Issues in Electroconvulsive Therapy“, *Psychological Reports*, nr. 60, 1987, pp. 747–758. Pentru date recente, v. D. Devanand, H. Sackeim, J. Prudic, „Electro-convulsive Therapy in the Treatment-Resistant Patient“, *Psychiatric Clinics of North America*, nr. 14, 1991, pp. 905–923.

14. A. Beck, *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, New American Library, New York, 1976, pp. 233–262.

15. Referința de bază pentru studiul în colaborare al NIMH este I. Elkin, M. Shea, J. Watkins, S. Imber *et al.*, „National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program; General Effectiveness of Treatments“, *Archives of General Psychiatry*, nr. 46, 1989, pp. 971–982. Cititorul trebuie să fie prevenit că acesta este încă un „cartof fierbinte“ al breslei și că rezultatele sunt contestate chiar și acum și sunt pe cale să fie reanalizate.

Cele mai noi rezultate se referă la recidivă: M. Shea, I. Elkin, S. Imber *et al.*, „Course of Depressive Symptoms over Follow-up“, *Archives of General Psychiatry*, nr. 49, 1992, pp. 782–787, și M. Evans, S. Hollon, R. DeRubeis *et al.*, „Differential Relapse Following Cognitive Therapy and Pharmacotherapy for Depression“, *Archives of General Psychiatry*, nr. 49, 1992, pp. 802–808. Din aceste studii importante reiese că terapia cognitivă dă rezultate mai bune decât tratamentul medicamentos (care se reduce treptat în timpul urmăririi evoluției pacienților) în prevenirea recidivei depresiei. Dar încă mai există un grad destul de mare de recidivă, chiar și la grupurile tratate prin terapie cognitivă – pe parcursul a doi ani, în cazul medicamentelor apar circa 50% recidive, iar în cazul terapiei cognitive apar circa 30% recidive.

16. Elkin *et al.*, „National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program“, pp. 971–982.

17. G. Klerman, M. Weissman, B. Rounsaville, E. Chevron, *Interpersonal Psychotherapy of Depression*, Basic Books, New York, 1984.

CAPITOLUL 9: *Persoana furioasă*

1. Creat de Charles Spielberger în colaborare cu G. Jacobs, R. Crane, S. Russell, L. Westberry, L. Barker, E. Johnson, J. Knight și E. Marks. Am ales întrebările legate de furia ca trăsătură, inversând o parte din punctajul întrebărilor formulate negativ, pentru a ușura autoevaluarea.

2. R. Ardrey, *The Territorial Imperative*, Atheneum, New York, 1966.

3. J. Hokanson, „The Effects of Frustration and Anxiety on Aggression”, *Journal of Abnormal Psychology*, nr. 62, 1961, p. 346; J. Hokanson, M. Burgess, „The Effects of Three Types of Aggression in Vascular Processes”, *Journal of Abnormal and Social Psychology*, nr. 65, 1962, pp. 446–449; R. Williams, J. Barefoot, R. Shekelle, „The Health Consequences of Hostility”, în M. Chesney, R. Roseman, eds, *Anger and Hostility in Cardiovascular and Behavioral Disorders*, McGraw-Hill, New York, 1985, pp. 173–185.

4. S. Greer, T. Morris, „Psychological Attributes of Women Who Develop Breast Cancer: A Controlled Study”, *Journal of Psychosomatic Research*, nr. 19, 1975, pp. 147–153; M. Watson, S. Greer, L. Rowden et al., „Relationship Between Emotional Control, Adjustment to Cancer and Depression and Anxiety in Breast Cancer Patients”, *Psychological Medicine*, nr. 21, 1991, pp. 51–57.

5. D. Spiegel, J. Bloom, H. Draemer, E. Gottheil, „Effect on Psycho-Social Treatment on Survival of Patients with Metastatic Breast Cancer”, *Lancet*, nr. 2, 1989, pp. 888–891.

6. S. Greer, T. Morris, în „Psychological Attributes of Women Who Develop Breast Cancer”, au observat rate mai mari de apariție a cancerului mamar atât la persoanele care obișnuiesc să-și reprime furia, cât și la cele care și-o exprimă exploziv. În acest studiu există o problemă statistică foarte gravă. În cazul unei trăsături complexe precum tipul C, există o tehnică, numită *corelare parțială*, prin care putem afla care este ingredientul activ – reprimarea furiei, neajutorarea sau absența spiritului combativ – în ratele mai mari de apariție a cancerului. Acești autori nu au folosit-o niciodată.

În M. Seligman, *Learned Optimism*, Knopf, New York, 1991, pp. 167–178, găsiți documentația despre legătura dintre cancer și neajutorare, disperare și depresie. După cum arată lucrurile, tot ce pot spune este că orice legătură cu cancerul a tipului C acționează prin intermediul sentimentului neajutorării, nu al reprimării furiei.

7. Williams et al., „The Health Consequences of Hostility”, în Chesney, Roseman, *Anger and Hostility in Cardiovascular and Behavioral Disorders*, pp. 173–185; K. Matthews, D. Glass, R. Rosenman, R. Bortner, „Competitive Drive, Pattern A, and Coronary Heart Disease;

A Further Analysis of Some Data from the Western Collaborative Group Study”, *Journal of Chronic Diseases*, nr. 30, 1977, pp. 489–498; G. Ironson, C. Taylor, M. Boltwood et al., „Effects of Anger on Left Ventricle Rejection Fraction in Coronary Artery Disease”, *American Journal of Cardiology*, nr. 70, 1992, pp. 281–285.

8. J. Hokanson, M. Burgess, „The Effects of Status, Type of Frustration, and Aggression on Vascular Processes”, *Journal of Abnormal and Social Psychology*, nr. 65, 1962, pp. 232–237; J. Hokanson, R. Edelman, „Effects of Three Social Responses on Vascular Processes”, *Journal of Abnormal and Social Psychology*, nr. 71, 1966, pp. 442–447.

9. Ați putea să vă întrebați de ce orice tip de exerciții fizice regulate – de exemplu maratonul – reduce riscurile de atac de cord, de vreme ce crește ritmul cardiac. În timpul maratonului ritmul cardiac crește mult. Dar ritmul cardiac în timpul celorlalte douăzeci și una de ore ale zilei scade. Într-adevăr, acesta pare să fie principalul folos al exercițiilor fizice. Numărul total de bătăi pe an este acum mai mic, astfel că epuizați mai târziu numărul de bătăi alocat.

10. M. Weissman, E. Paykel, *The Depressed Woman*, University of Chicago Press, 1974, pp. 138–153.

11. K. Dodge, N. Crick, „Social Information-Processing Bases of Aggressive Behavior in Children”, *Personality and Social Psychology Bulletin*, nr. 16, 1990, pp. 8–22. Lucrarea lui Dodge este de pionierat și a stat la baza unui program de intervenție pentru tulburările de comportament în școli.

12. S. Nolen-Hoeksema, J. Girgus, M. Seligman, „Depression in Children of Families in Turmoil” (manuscris nepublicat). Doresc în mod special să le absolv pe stimatele mele colege Joan Girgus și Susan Nolen-Hoeksema de orice responsabilitate legată de ipoteza mea că reducerea neînțelegerilor dintre părinți ar reduce depresia copiilor.

13. V. capitolul 8 din lucrarea mea *Learned Optimism*, pe care se bazează această discuție despre relațiile perturbate dintre părinți. Alte trei referințe importante sunt J. Wallerstein, S. Blackeslee, *Second Chances: Men, Women, and Children a Decade After Divorce*, Ticknor & Fields, New York, 1989 (însă în R. Forehand, „Parental Divorce and Adolescent Maladjustment: Scientific Inquiry vs. Public Information”, *Behaviour Research and Therapy*, nr. 30, 1992, pp. 319–328, găsiți o critică a studiilor de felul celui efectuat de Wallerstein și Blackeslee); E. Hetherington, M. Cox, C. Roger, „Effects of Divorce on Parents and Children”, în M.E. Lamb, ed., *Nontraditional Families*, Erlbaum, Hillsdale, N.J., 1982, și E. Cummings, D. Vogel, J. Cummings, M. El-Sheikh, „Children's Responses to Different Forms of Expression of Anger Between Adults”, *Child Development*, nr. 60, 1989, pp. 1392–1404.

14. S. Feshbach, „The Catharsis Hypothesis and Some Consequences of Interaction with Aggression and Neutral Play Objects”, *Journal of Personality*, nr. 24, 1956, pp. 449–462; L. Berkowitz, „Experimental Investigations of Hostility Catharsis”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, nr. 35, 1970, pp. 1–7. Felul în care prezintă Carol Tavris teoria catharsisului în *Anger: The Misunderstood Emotion*, Touchstone, New York, 1989, este deosebit de lucid.

15. Raymond Novaco, *Anger Control*, D.C. Heath, Lexington, Mass., 1975, pp. 52–67. Aceasta este o carte bună pentru profesioniști, care prezintă detaliat un studiu de mică amploare al rezultatelor și o serie de tehnici cognitiv-comportamentale de controlare a furiei.

16. Acest exemplu este preluat din L. Powell, C. Thoreson, „Modifying the Type A Pattern: A Small Group Treatment Approach”, în J.A. Blumenthal, D.C. McKee, eds, *Applications in Behavioral Medicine and Health Pathology: A Clinician's Source Book*, Professional Resource Exchange, Sarasota, Fla., 1987, pp. 171–207.

17. Novaco, *Anger Control*, pp. 8–12. V. și A. Goldstein, H. Keller, *Aggressive Behavior Assessment and Intervention*, Pergamon, New York, 1987, pp. 139–144.

În prezent mai mulți cercetători dezvoltă noi strategii pentru controlarea furiei. Acestea sunt rezumate de D. Goleman, „Strategies for Lifting Spirits Are Emerging from Studies”, *New York Times*, 30 decembrie 1992, C6.

18. Sharon Bower, *Assert Yourself*, Addison-Wesley, Boston, 1975.

#### CAPITOLUL 10: Stresul posttraumatic

1. Cazul lui Hector și Jodi este adaptat și modificat pentru a proteja intimitatea familiei. Cazul este preluat din arhiva doctorului Camille Wortman, cercetătoarea de frunte din domeniul consecințelor pe termen lung ale pierderii unei persoane apropiate.

2. E. Lindemann, „The Symptomatology and Management of Acute Grief”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 101, 1944, pp. 141–148.

3. D. Lehman, C. Wortman, A. Williams, „Long-term Effects of Losing a Spouse or Child in a Motor Vehicle Crash”, *Journal of Personality and Social Psychology*, nr. 52, 1987, pp. 218–231.

4. J. Kluznik, N. Speed, C. Van Valkenberg, R. Magraw, „Forty-Year Follow-up of United States Prisoners of War”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 143, 1986, pp. 1443–1445.

5. Sunt greu de găsit statistici fiabile despre violurile care nu au fost raportate, iar cele existente sunt din ce în ce mai mult voalate de ideologie. Ipoteza cu privire la numărul de violuri este lansată de L. Gise și

P. Paddison, în „Rape, Sexual Abuse, and Its Victims”, *Psychiatric Clinics of North America*, nr. 11, 1988, pp. 629–648.

Criteriile oficiale de diagnosticare a TSPT încep să fie mai puțin severe, în special ca reacție la „sindromul traumei violului”. Criteriile nu vor mai include formulări precum „dincolo de gama obișnuită a pierderilor suferite de oameni”. Descrierea din DSM-4 a unui eveniment care le justifică va fi probabil „moartea sau vătămarea reale sau amenințarea cu acestea, sau amenințarea la adresa integrității fizice a persoanei în cauză ori a altora”. V. *DSM-4 Options Book*, American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1991, H-17.

6. Acest caz este adaptat după S. Bowie, D. Silverman, S. Kalick, S. Edbril, „Blitz Rape and Confidence Rape: Implications for Clinical Intervention”, *American Journal of Psychotherapy*, nr. 44, 1990, pp. 180–188. Ei fac distincția între *blitz rape*, care implică un atacator necunoscut care apare din senin, și *confidence rape*, care implică o persoană cunoscută. Datele lor provin de la o mie de victime ale violului. Din păcate, nu ne spun dacă prognoza despre TSPT și vindecare este diferită pentru cele două tipuri de viol.

7. B. Rothbaum, E. Foa, D. Riggs, T. Murdock, W. Walsh, „A Prospective Examination of Post-Traumatic Stress Disorder in Rape Victims”, *Journal of Traumatic Stress*, nr. 5, 1992, pp. 455–475.

8. Lucrarea clasică în prezent despre reacția la viol, despre tipologia și despre durata ei este A. Burgess, L. Holmstrom, „Adaptive Strategies and Recovery From Rape”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 136, 1979, pp. 1278–1282. B. Rothbaum et al., „A Prospective Examination of Post-Traumatic Stress Disorder in Rape Victims”, prezintă imaginea cea mai complexă a sechelelor din primele trei luni de după viol. S. Girelli, P. Resick, S. Marhofer-Dvorak, C. Hutter, „Subjective Distress and Violence During Rape: The Effects on Long-term Fear”, *Violence and Victims*, nr. 1, 1986, pp. 35–46, afirmă că prognoza variază în funcție de suferință, nu de violență. În schimb, D. Kilpatrick, B. Saunders, A. Amick-McMullan et al., „Victim and Crime Factors Associated with the Development of Crime-Related Post-Traumatic Stress Disorder”, *Behavior Therapy*, nr. 20, 1989, pp. 199–214, afirmă că amenințarea la adresa vieții și violența sunt cele mai bune indicii pentru prezicerea TSPT cronic.

D. Kilpatrick, B. Saunders, L. Veronen, C. Best, J. Von, „Criminal Victimization: Lifetime Prevalence, Reporting to Police, and Psychological Impact”, *Crime and Delinquency*, nr. 33, 1987, pp. 479–489, raportează urmărirea evoluției pe o perioadă de șaptesprezece ani.

9. A. Feinstein, R. Dolan, „Predictors of Post-Traumatic Stress Disorder Following Physical Trauma: An Examination of the Stressor Criterion”, *Psychological Medicine*, nr. 21, 1991, pp. 85–91.

10. L. Weisaeth, „A Study of Behavioural Responses to Industrial Disaster”, *Acta Psychiatrica Scandinavia*, nr. 80, 1989, pp. 13–24; A. McFarlane, „The Aetiology of Post-Traumatic Morbidity: Predisposing, Precipitating, and Perpetuating Factors”, *British Journal of Psychiatry*, nr. 154, 1989, pp. 1221–1228; Z. Solomon, M. Kotler, M. Mikulincer, „Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder Among Second-Generation Holocaust Survivors: Preliminary Findings”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 145, 1988, pp. 865–868; Z. Solomon, B. Oppenheimer, Y. Elizur, M. Waysman, „Exposure to Recurrent Combat Stress: Can Successful Coping in a Second War Heal Combat-Related PTSD from the Past?”, *Journal of Anxiety Disorders*, nr. 4, 1990, pp. 141–145; U. Malt, L. Weisaeth, „Disaster Psychiatry and Traumatic Stress Studies in Norway”, *Acta Psychiatrica Scandinavia*, nr. 80, 1989, pp. 7–12.
11. T. Yager, R. Laufer, M. Gallops, „Some Problems Associated with War Experience in Men of the Vietnam Generation”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 41, 1984, pp. 327–333, prezintă statistici sumbre despre urmările Războiului din Vietnam în cazul veteranilor. Nu acești autori sunt sceptici.
12. K. Erikson, în *Everything in Its Path: Destruction of Community in the Buffalo Creek Flood*, Simon and Schuster, New York, 1976, povestește emoționant distrugerea unei comunități din Munții Apalași și situația critică a supraviețuitorilor rămași pe drumuri. Însă Erikson uită să precizeze că supraviețuitorii care i-au relatat atât de sfâșietor poveștile lor cumplite erau în toiul unui proces în care cereau despăgubiri de la Pittston Company pentru că le-a răvășit viața și le-a distrus comunitatea.
13. J. Frank, T. Kosten, E. Giller, E. Dan, „A Randomized Clinical Trial of Phenelzine and Imipramine for Posttraumatic Stress Disorder”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 145, 1988, pp. 1289–1291; J. Davidson, H. Kudler, R. Smith *et al.*, „Treatment of PTSD with Amitriptyline and Placebo”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 47, 1990, pp. 250–260. Pentru recenzie a douăzeci de studii despre medicamente pentru TSPT, v. M. Friedman, „Toward Rational Pharmacotherapy for Posttraumatic Stress Disorder: An Interim Report”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 145, 1988, pp. 281–285.
14. James Pennebaker, *Opening Up*, Morrow, New York, 1990, pp. 37–51, 94–97. Recomand această carte tuturor celor care studiază TSPT.
15. E. Foa, B. Rothbaum, D. Riggs, T. Murdock, „Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder in Rape Victims”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, nr. 59, 1991, pp. 715–723.
16. Foa *et al.*, „Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder in Rape Victims”. Alte studii care sugerează o oarecare ameliorare produsă de

tratamentul cognitiv și comportamental al TSPT sunt E. Frank, B. Anderson, B. Stewart, C. Dacu *et al.*, „Efficacy of Cognitive Therapy and Systematic Desensitization in the Treatment of Rape Trauma”, *Behavior Therapy*, nr. 19, 1988, pp. 403–420; P. Resick, C. Jordan, S. Girelli, C. Hutter *et al.*, „A Comparative Outcome Study of Behavioral Group Therapy for Sexual Assault Victims”, *Behavior Therapy*, nr. 19, 1988, pp. 385–401.

Un manual ușor de aplicat despre acest tip de terapie prin expunere este H. Moore, *Traumatic Incident Reduction: A Cognitive-Emotional Resolution of the Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)*, Clearwater, Fla., 1991. Pacienții parcurg în mod repetat cicluri de vizualizare mentală a accidentului declanșator, până când reacția devine „mai slabă”. Moore raportează că folosirea TIR aduce în scurt timp o ameliorare spectaculoasă, dar este necesară o verificare bine controlată a rezultatelor acestor proceduri.

17. Edna Foa, comunicare individuală, 18 iulie 1992. Foa este profesoară la Medical College of Pennsylvania, Department of Psychiatry, Center for the Treatment and Study of Anxiety. Acesta este centrul pionier de tratament pentru cazurile de viol.

Studiul este menționat în articolul amplu al lui E. Foa și D. Riggs, „Post-Traumatic Stress Disorder in Rape Victims”, *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, nr. 12, 1992, pp. 273–303. V., de asemenea, P. Resick, M. Schnicke, „Cognitive Processing Therapy for Sexual Assault Survivors”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, nr. 60, 1992, pp. 748–756.

## CAPITOLUL 11: Sexul

1. Sexologii numesc aceste straturi identitatea *genului*, rolul *genului* etc. Mie mi se pare dezagreabilă această utilizare a cuvântului *gen*. Doar despre pronume se poate spune corect că au un gen. Totuși, aceasta este mai mult decât obiecția unui gramatician: *gen* în loc de *sex* este un cuvânt care veștejește, un cuvânt eunuc. La fel ca *id*, pe care traducătorii lui Freud îl folosesc pentru termenul lui original *das Es*, *gen* seacă fluidele vitale care pulsează în viața erotică.

John Money, un pionier modern al cercetării din domeniul sexualității, este principalul responsabil pentru folosirea categoriei de *gen* în sens mai larg decât în cazul pronumelor. Încercarea lui se bazează pe distincția dintre *sex* – configurația noastră genitală – și *gen* – statutul nostru de bărbat sau femeie, o idee mult mai amplă decât ceea ce dictează organele noastre genitale. Oricât de laudabilă ar fi această distincție, sexologia a devenit un domeniu cu un jargon ininteligibil („Hai s-o

facem, hai să cădem în limerență"). Pentru istoria și apologia unei părți din acest jargon, v. J. Money, „The Concept of Gender Identity Disorder in Childhood and Adolescence After 37 Years“, lucrare prezentată la o conferință despre identitatea și dezvoltarea genului, St. George Hospital, Londra, martie 1992.

2. D. Barlow, G. Abel, E. Blanchard, „Gender Identity Change in a Transsexual: An Exorcism“, *Archives of Sexual Behavior*, nr. 6, 1977, pp. 387–395.

3. În singurul raport bine documentat despre psihoterapia de schimbare a identității sexuale pe care l-am putut găsi, trei pionieri ai terapiei comportamentale au încercat să aplice o terapie foarte intensivă pentru a schimba, punct cu punct, comportamentele motorii, comportamentele legate de rol, masturbarea și fanteziile feminine, într-o secvență care a durat multe luni. Au fost tratați astfel trei bărbați transsexuali. Într-unul singur dintre cele trei cazuri s-a obținut un succes clar de durată. V. D. Barlow, G. Abel, E. Blanchard, „Gender Identity Change in Transsexuals“, *Archives of General Psychiatry*, nr. 36, 1979, pp. 1001–1007.

4. B. Kuiper, P. Cohen-Kettenis, „Sex Reassignment Surgery: A Study of 141 Dutch Transsexuals“, *Archives of Sexual Behavior*, nr. 17, 1988, pp. 439–457; M. Ross, J. Need, „Effects of Adequacy of Gender Reassignment on Psychological Adjustment: A Follow-up of Fourteen Male-to-Female Patients“, *Archives of Sexual Behavior*, nr. 18, 1989, pp. 145–153.

5. Vreau să atrag atenția cititorului asupra unei alte teorii: R. Pillard, J. Weinrich, „The Periodic Table Model of the Gender Transpositions: Part I. A Theory Based on Masculinization and Defeminization of the Brain“, *The Journal of Sex Research*, nr. 4, 1987, pp. 425–454, este o încercare strălucită de a explica variațiile identității sexuale și ale comportamentului sexual cu ajutorul a două principii simple: masculinizarea și defeminizarea, ambele influențate de gene, de hormoni și de felul în care a fost crescută persoana respectivă. Această teorie este atât de ipotetică (la fel ca a mea), încât las aprecierea ei în seama cercetărilor viitoare.

6. J. Money, J. Dalery, „Iatrogenic Homosexuality: Gender Identity in Seven 46XX Chromosomal Females with Hyperadrenocortical Hermaphroditism Born with a Penis, Three Reared as Boys, Four Reared as Girls“, *Journal of Homosexuality*, nr. 1, 1976, pp. 357–371; J. Money, M. Schwartz, V. Lewis, „Adult Heterosexual Status and Fetal Hormonal Masculinization and Demasculinization: 46XX Congenital Adrenal Hyperplasia and 46XY Androgen-Insensitivity Syndrome Compared“, *Psychoneuroendocrinology*, nr. 9, 1984, pp. 405–414; J. Money, „Sin, Sicken, or Status?“, *American Psychologist*, nr. 42, 1987, pp. 384–399.

7. W. Lewis, J. Money, „Gender Identity/Role: GI/R Part A: XY (Androgen-Insensitivity) Syndrome and XX (Rokitansky) Syndrome of Vaginal Atresia Compared“, în L. Dennerstein și G. Burrows, eds, *Handbook of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, Elsevier, New York, 1983, pp. 51–60.

8. Sexologii includ „alegerea“ de a fi homosexual în opoziție cu a fi heterosexual în aceeași categorie („alegerea obiectului sexual“) cu „alegerea“ părților corpului, a obiectelor-fetiș și a situațiilor erotice (S-M, pedofilie, exhibiționism etc.). Eu le împart în două categorii distincte, orientarea sexuală și preferințele sexuale, deoarece cred că sunt procese diferite. „Alegerea“ homosexual/heterosexual este mai profundă, dictată mai devreme și mai rigidă decât preferințele sexuale pentru părți ale corpului, pentru obiecte neînsuflite și pentru situații excitante.

9. S. Levay, „A Difference in Hypothalamic Structure Between Heterosexual and Homosexual Men“, *Science*, nr. 253, 1991, pp. 1034–1037. Alte dovezi despre structuri diferite ale creierului într-un câmp care nu este legat de reproducere au fost descoperite de L. Allen și R. Gorski, „Sexual Orientation and the Size of the Anterior Commissure in the Human Brain“, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, nr. 89, 1992, pp. 7199–7202. Comisura anterioară era semnificativ mai mare la bărbații homosexuali decât la femeile heterosexuale, care, la rândul lor, aveau în acea zonă mai mult țesut decât bărbații heterosexuali.

10. Exemplele care urmează nu sunt neapărat exacte din punct de vedere hormonal sau anatomic; nu sunt decât scheme care ilustrează cum ar trebui să arate arhitectura de la baza proceselor distincte legate de identitate, de organele sexuale și de orientare.

11. Articolul epocal care conține în mare această ipoteză este semnat de L. Ellis și M. Ames, „Prenatal Neurohormonal Functioning and Sexual orientation; A Theory of Homosexuality–Heterosexuality“, *Psychological Bulletin*, nr. 101, 1987, pp. 233–258. La apariția ei, în 1987, această lucrare a fost atât de incitantă, încât am fost silit ca, aflându-mă la jumătatea unui curs, să-l modific complet pentru a o discuta pe larg.

Pentru literatura despre gemeni și homosexualitate, v. E. Eckert, T. Bouchard, J. Bohlen, L. Heston, „Homosexuality in Monozygotic Twins Reared Apart“, *British Journal of Psychiatry*, nr. 148, 1986, pp. 421–425. M. Bailey, R. Pillard, „A Genetic Study of Male Sexual Orientation“, *Archives of General Psychiatry*, nr. 48, 1991, pp. 1089–1096, este studiul de referință în acest domeniu. Chiar dacă aceasta indică direct un mecanism genetic, pe lângă cel al hormonului fetal, s-ar putea totuși ca originea homosexualității să fie în întregime fetală. Gemenii monoziagoți nu au medii intrauterine identice. Adesea unul din ei este

mai mare decât celălalt. Explicația să fie oare faptul că gemenii mono-zigoți nu primesc o baie de hormoni identică? Nu se știe încă.

S-ar putea ca substratul bisexualității – sau, mai exact, al capacității de bisexualitate – să fie doar o insuficiență hormonală ușoară *in utero*. Ne-o vor spune cercetările viitoare. Dar este important faptul că cea mai mare parte din dezvoltarea bisexualității are loc în adolescență și la maturitate, nu *in utero*. Nu sunt rare cazurile în care cineva devine bisexual activ atunci când este expus la homosexualitate în adolescență și până la treizeci de ani. Din acest motiv eu includ bisexualitatea în categoria preferințelor sexuale, iar homosexualitatea exclusivă, în cea a orientării sexuale.

12. Dovezile nu lipsesc cu desăvârșire. A. Erhardt, H. Meyer-Bahlburg, L. Rosen *et al.*, „Sexual Orientation After Prenatal Exposure to Exogenous Estrogen“, *Archives of Sexual Behavior*, nr. 14, 1985, pp. 57–75, au descoperit o rată mai mare a bisexualității și homosexualității la femeile ale căror mame au luat în timpul sarcinii DES, care are efecte masculinizante.

În studiul genetic cu privire la lesbianism, spre deosebire de studiul despre homosexualitatea masculină, s-a constatat că concordanța dintre surori era la fel de mare ca în cazul gemenelor dizigote, acest lucru sugerând că hormonii fetalii nu au un rol clar. M. Bailey, R. Pillard, M. Neale, Y. Agyei, „Heritable Factors Influence Sexual Orientation in Women“, *Archives of General Psychiatry*, nr. 50, 1993, pp. 217–223.

13. În studiul original (M. Feldman, M. MacCulloch, „The Application of Anticipatory Avoidance Learning to the Treatment of Homosexuality. 1. Theory, Technique, and Preliminary Results“, *Behavior Research and Therapy*, nr. 2, 1966, pp. 165–183, autorii au constatat o ameliorare considerabilă la 58% dintre bărbații care au început terapia și la 69% dintre cei care au dus-o până la capăt. Într-un studiu de urmărire a evoluției, doar 31% dintre bărbații care au început terapia și 42% dintre cei care au dus-o până la capăt au prezentat o ameliorare considerabilă. La „heterofobi“ și la bărbații complet indiferenți față de femei nu au apărut ameliorări. V. S. James, A. Orwin, R. Turner, „Treatment of Homosexuality. 1. Analysis of Failure Following a Trial of Anticipatory Avoidance Conditioning and the Development of an Alternative Treatment System“, *Behavior Therapy*, nr. 8, 1977, pp. 840–848. V. și N. McConaghy, M. Armstrong, A. Blaszczynski, „Controlled Comparison of Aversive Therapy and Covert Sensitization in Compulsive Homosexuality“, *Behaviour Research and Therapy*, nr. 19, 1981, pp. 425–434. Și ei constată un succes de circa 50%, dar susțin că nu s-a produs vreo modificare a orientării sexuale. Cea mai bună prezentare generală este H. Adams, E. Sturgis, „Status of Behavioral Reorientation

Techniques in the Modification of Homosexuality: A Review“, *Psychological Bulletin*, nr. 84, 1977, pp. 1171–1188.

14. R. Baenninger, „Some Consequences of Aggressive Behavior: A Selective Review of the Literature on Other Animals“, *Aggressive Behavior*, nr. 1, 1974, pp. 17–37.

15. T. Templeman, R. Stinnett, „Patterns of Sexual Arousal and History in a 'Normal' Sample of Young Men“, *Archives of Sexual Behavior*, nr. 20, 1991, pp. 137–150.

16. Aceasta este teoria propusă de Richard von Krafft-Ebing. Lucrarea sa *Psychopathia Sexualis*, Physicians' and Surgeons' Book Company, New York, 1922, este o lucrare de mare valoare și foarte ușor de citit. Eu îl consider, alături de Freud, Kinsey, Masters și Johnson și John Money, unul dintre marii eliberatori din acest domeniu.

17. De exemplu, v. D. Raphling, „Fetishism in a Woman“, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, nr. 37, 1989, pp. 465–491. Studiul S-M este semnat de N. Breslow, L. Evans și J. Langley, „On the Prevalence and Roles of Females in the Sado-masochistic Subculture: Report of an Empirical Study“, *Archives of Sexual Behavior*, nr. 14, 1985, pp. 303–317.

18. Recomand primul capitol din exploziva carte *Sexual Personae*, Vintage, New York, 1991, scrisă de *bête noire* a feminismului, Camille Paglia, pentru teoria conform căreia promiscuitatea este normală la bărbați, dar maladivă la femei. Cât despre dovezi, v. studiile interculturale efectuate de David Buss pe tema factorilor de atractivitate la bărbați și la femei, raportate în lucrarea sa „Sex Differences in Human Mate Preferences: Evolutionary Hypotheses Tested in 37 Cultures“, *Behavioral and Brain Sciences*, nr. 12, 1989, pp. 1–49.

19. W. Marshall, A. Eccles, H. Barbaree, „The Treatment of Exhibitionists: A Focus on Sexual Deviance Versus Cognitive and Relationship Features“, *Behaviour Research and Therapy*, nr. 29, 1991, pp. 129–135; B. Maletzky, „'Assisted' Covert Sensitization in the Treatment of Exhibitionism“, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, nr. 42, 1974, pp. 34–40.

20. O recenzie amănunțită se găsește în J. Bradford, „Organic Treatment for the Male Sexual Offender“, *Annals of the New York Academy of Sciences*, nr. 528, 1988, pp. 193–202.

21. Există o vastă literatură despre toate aceste subiecte. Două recenzii bune sunt A. Huston, „The Development of Sex Typing: Themes from Recent Research“, *Developmental Review*, nr. 5, 1985, pp. 1–17, și M. Sedney, „Development of Androgyny: Parental Influences“, *Psychology of Women Quarterly*, nr. 11, 1987, pp. 311–326. Lucrarea clasică din acest domeniu este E. Maccoby, C. Jacklin, *The Psychology of Sex Differences*, Stanford University Press, 1974.



22. Găsiți în recenziile lui Sedney și Huston (citate în nota precedentă) o prezentare bună a studiilor care încearcă să-i atragă pe copiii mici către androgenie, dar nu reușesc.

23. H. Meyer-Bahlburg, J. Feldman, P. Cohen, A. Ehrhardt, „Perinatal Factors in the Development of Gender-Related Play Behavior: Sex Hormones Versus Pregnancy Complications“, *Psychiatry*, nr. 51, 1988, pp. 260–271; S. Berenbaum, M. Hines, „Early Androgens Are Related to Childhood Sex-Typed Toy Preferences“, *Psychological Science*, nr. 3, 1992, pp. 203–206. Lucrarea lui J. Money și A. Ehrhardt *Man and Woman, Boy and Girl*, Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1972, este o referință generală excelentă pentru studiile precursore.

24. J. Reinisch, studiu nepublicat, citat în C. Gorman, „Sizing Up the Sexes“, *Time*, 20 ianuarie 1992, pp. 45–46.

25. Cea mai cuprinzătoare recenzie recentă este J. Hyde, „Meta-analysis and the Psychology of Gender Differences“, *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, nr. 16, 1990, pp. 55–73.

Punctajul la sarcinile spațiale s-ar putea să aibă o componentă biologică. Este uimitor faptul că punctajele femeilor cresc cu 50-100% atunci când acestea au un nivel redus de estrogen, iar punctajele bărbaților cresc atunci când aceștia au un nivel redus de testosteron. V. L. Silverman, M. Eals, „Sex Differences in Spatial Abilities: Evolutionary Theory and Data“, în J. Barko, L. Cosmides, J. Tooby, eds, *The Adaptive Mind: Evolutionary Psychology and the Generation of Culture*, Oxford University Press, 1992, pp. 487–503. Este fascinant și faptul că, în vreme ce bărbații se descurcă mai bine la rotirea obiectelor tridimensionale (poate că în legătură cu orientarea prin savană în timpul vânătorii), femeile par să fie mai bune la sarcina spațială de a ține minte locul obiectelor (poate că în legătură cu activitatea de căutare a hranei).

26. J. Hall, *Nonverbal Sex Differences: Communication Accuracy and Expressive Style*, Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1984.

27. Alan Feingold, de la Yale University, a scris un articol de referință pe acest subiect, care conține o reanalizare exhaustivă a datelor principalelor teste de aptitudini: „Sex Differences in Variability of Intellectual Abilities: A New Look at an Old Controversy“, *Review of Educational Research*, nr. 62, 1992, pp. 61–84.

28. A. Feingold, „Sex Differences in Variability of Intellectual Abilities“.

29. Există și altă explicație pentru reducerea diferențelor dintre sexe: renormarea. La câțiva ani o dată, autorii testelor principale (ETS, California Achievement etc.) le renormează pentru a le face mai bune și „mai imparțiale“. În acest scop, uneori elimină itemi care implică o diferență de sex sau de rasă și îi înlocuiesc cu itemi care nu se deosebesc

empiric. Dacă asta se întâmplă în cazul reducerii diferențelor la punctajele aptitudinilor, este un simplu artefact. Diferențele dintre aptitudini se mențin, dar nu le mai putem vedea la fel de clar.

30. W. Masters, V. Johnson, *Human Sexual Inadequacy*, Little, Brown, Boston, 1970, este o lucrare clasică, dar prea tehnică pentru a fi o lectură agreabilă. H. Kaplan, *The New Sex Therapy*, Brunner-Mazel, New York, 1974, este o alegere mai bună pentru neprofesioniști. O viziune sceptică găsiți în B. Zilbergeld, M. Evans, „The Inadequacy of Masters and Johnson“, *Psychology Today*, nr. 14, 1980, pp. 28–43.

31. Am adoptat folosirea termenului „acedie“ din eseu lui Robertson Davies „The Deadliest Sin of All“, din *One Half of Robertson Davies*, Viking, New York, 1977, pp. 62–68. O mare parte din cele ce urmează derivă din acest eseu strălucit.

## CAPITOLUL 12: Regimurile de slăbire

1. Aceasta este o temă uriașă: puzderie de articole care se contrazic între ele, precum și cercetători și medici prinși în conflictul dintre adevărul despre ineficiența regimurilor de slăbire, care începe să iasă la iveală, și faptul că trebuie să-și câștige și ei pâinea cea de toate zilele.

Vreau să evidențiez două lucrări principale despre regimurile de slăbire, ambele nepopulare. Prima este J. Polivy, P. Herman, *Breaking the Diet Habit*, Basic Books, New York, 1983. Cu toate că are deja un deceniu și s-a epuizat, afirmațiile ei fundamentale despre ineficiența și riscurile regimurilor de slăbire continuă să fie confirmate în acest domeniu care avansează rapid. Cea de-a doua este cea mai modernă și savantă prezentare a regimurilor de slăbire: D. Garner, S. Wooley, „Confronting the Failure of Behavioral and Dietary Treatments for Obesity“, *Clinical Psychology Review*, nr. 11, 1991, pp. 729–780. Amândouă trag semnalul de alarmă (chiar dacă s-ar putea să exagereze) și sunt în avans față de vremea lor. În acest capitol mă bazez pe ele. Sunt lecturi obligatorii pentru toți studenții din acest domeniu și, dacă sunt luate în serios, ne vor aduce mult mai aproape de obiectivul de a face din psihologie o profesie mai responsabilă.

În sfârșit, consumatorul trebuie să consulte minunata lucrare „Diets: What Works – What Doesn't“, *Consumer Reports*, iunie 1993, pp. 347–357.

2. Tabelul folosit de Compania Metropolitană este adaptat după E. Weigley, „Average? Ideal? Desirable? A Brief Overview of Height-Weight Tables in the United States“, *Journal of the American Dietetic Association*, nr. 84, 1984, pp. 417–423.

3. Ideea că dacă avem mai mult decât greutatea „ideală“ înseamnă că pentru a trăi mai mult trebuie să ținem regim de slăbire și să coborâm până la greutatea „ideală“ este un *non sequitur* cât toate zilele. Mă

uimește faptul că atâția medici serioși au tot dat acest sfat decenii în-tregi. Tehnic vorbind, este un raționament fals, din două puncte de vedere: mai întâi, confundă corelația cu cauza. Poate să existe o a treia variabilă, datorită căreia persoanele cu greutatea „ideală” să aibă acea greutate și totuși să trăiască mai mult. În al doilea rând, ignoră riscul pentru sănătate al regimurilor de slăbire, care în sine ar putea să depășească avantajul pentru sănătate al obținerii unei greutatei mai mici.

Mai trebuie spus ceva împotriva greutăților „ideale” din acest tabel. Compania Metropolitană mărește cu 20-30% ratele de asigurare de viață în cazul persoanelor supraponderale. O bună parte dintre asigurații supraponderali erau de acord cu prima suplimentară, deoarece știau că au o problemă de sănătate despre care compania nu știa nimic. Aceasta înseamnă că persoanele supraponderale asigurate erau probabil mai puțin sănătoase decât persoanele cu aceeași greutate care nu au încercat să-și facă o asigurare. Asigurații își aleg sistematic compania de asigurări, și rezultatul este faptul că cifra „ideală” este probabil considerabil prea mică.

4. J. Garrow, *Energy, Balance and Obesity in Man*, Elsevier, New York, 1974, precum și S. Wooley, O. Wooley, S. Dyrenforth, „Theoretical, Practical, and Social Issues in Behavioral Treatment of Obesity”, *Journal of Applied Behavior Analysis*, nr. 12, 1979, pp. 3-25, fac o recenzie a acestor studii. K. Brownell, T. Wadden. „The Heterogeneity of Obesity: Fitting Treatments to Individuals”, *Behavior Therapy*, nr. 22, 1991, pp. 153-177, este o sursă generală utilă pentru spulberarea miturilor cu privire la excesul de greutate.

Totuși, noi studii bazate pe apa dublu marcată pun sub semnul întrebării ideea că obezii nu mănâncă peste măsură. Conform acelor studii, persoanele obeze raportează că mănâncă cu 30% mai puțin decât mănâncă de fapt. V. D. Schoeller, „Measurement of Energy Expenditure in Free-Living Humans by Using Doubly Labeled Water”, *Journal of Nutrition*, nr. 118, 1988, pp. 1278-1289.

5. R. Striegel-Moore, J. Rodin, „The Influence of Psychological Variables in Obesity”, în K. Brownell, J. Foreyt, eds, *Handbook of Eating Disorders*, Basic Books, New York, 1986, pp. 99-121.

6. „What's Ahead? The Weight Loss Market”, *Obesity and Health*, iulie 1989, pp. 51-54.

J. LaRosa, *Dieter Beware: The Complex Consumer Guide to Weight Loss Programs*, Marketdata Enterprises, Valley Stream, N.Y., 1991, este un compendiu util, chiar dacă nu foarte selectiv, al faptelor și al acțiunilor financiare ale industriei regimurilor de slăbire.

7. D. Garner, P. Garfinkel, D. Schwartz, M. Thompson, „Cultural Expectations of Thinness in Women”, *Psychological Reports*, nr. 47, 1980, pp. 483-491; R. Jeffrey, S. Adlis, J. Forster, „Prevalence of Dieting

Among Working Men and Women: The Healthy Worker Project”, *Health Psychology*, nr. 10, 1991, pp. 274-281.

8. M. Hovell, A. Koch, C. Hofstetter *et al.*, „Long-term Weight Loss Maintenance: Assessment of a Behavioral and Supplemented Fasting Regimen”, *American Journal of Public Health*, nr. 78, 1988, pp. 663-666; T. Andersen, K. Stokholm, O. Backer, F. Quaade, „Long-term (5-Year) Results after Either Horizontal Gastroplasty or Very-Low-Calorie Diet for Morbid Obesity”, *International Journal of Obesity*, nr. 12, 1988, pp. 277-284; D. Johnson, E. Drenick, „Therapeutic Fasting in Morbid Obesity: Long-term Follow-up”, *Archives of Internal Medicine*, nr. 137, 1977, pp. 1381-1382; P. Stalonas, M. Perri, A. Kerzner, „Do Behavioral Treatments of Obesity Last? A Five-Year Follow-up Investigation”, *Addictive Behaviors*, nr. 9, 1984, pp. 175-183. T. Wadden, A. Stunkard, J. Liebschutz, „Three-Year Follow-up of the Treatment of Obesity by a Very Low Calorie Diet, Behavior Therapy, and Their Combination”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, nr. 56, 1988, pp. 925-928, au constatat că după trei ani șase din patruzeci și cinci de pacienți și-au menținut noua greutate.

Sursa cea mai bogată este „Methods for Voluntary Weight Loss and Control”, lucrările unei conferințe a institutelor naționale ale sănătății publice, 30 martie-Iaprilie 1992, alături de bibliografia ei uluitoare, cu 1119 titluri („Methods for Voluntary Weight Loss and Control”, în *Current Bibliographies in Medicine*, CBM 92-1, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., 1992).

9. În Garner, Wooley, „Confronting the Failure of Behavioral and Dietary Treatments”, se găsesc o recenzie și o bibliografie a tuturor studiilor de urmărire pe termen lung. V. și M. Holmes, B. Zysow, T. Delbanco, „An Analytic Review of Current Therapies for Obesity”, *Journal of Family Practice*, nr. 28, 1989, pp. 610-616.

10. K. Brownell, T. Wadden, „Etiology and Treatment of Obesity: Understanding a Serious, Prevalent, and Refractory Disorder”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, nr. 60, 1992, pp. 505-517, sunt reprezentanții grupului care nu a fost descurajat de rezultatele slabe pe termen lung ale regimurilor de slăbire. Ei propun scopuri mai realiste: o greutate rezonabilă în loc de cea „ideală”, o mai bună filtrare a clienților cu adevărat motivați și mai multe eforturi de cercetare legate de menținerea greutății. Ca reacție la datele din acest capitol, scriu articole despre o concepție „echilibrată” în privința ținerii regimurilor de slăbire. Le admir tenacitatea, dar nu le împărtășesc optimismul în legătură cu viitorul industriei regimurilor de slăbire. Avem puține motive să sperăm că o scădere a greutății cu cinci kilograme se va menține mai bine decât o scădere de douăsprezece kilograme. Avem puține motive să credem

că persoanele care se chinuiesc ținând regim după regim n-ar fi motivate, și avem și mai puține motive să ne așteptăm la vreo descoperire epocală în privința menținerii greutateii.

Brownell și Wadden afirmă că va fi împotriva binelui public ca oamenii să ajungă să creadă că „(a) regimurile de slăbire nu dau rezultate, (b) să ții un regim de slăbire este mai periculos decât să rămâi gras și (c) excesul de greutate este un factor minor de risc”. Această afirmație mă uimește. Brownell și Wadden sunt doi dintre cercetătorii ale căror studii, prin ele însele, fac aceste afirmații atât de plauzibile. În loc să sperăm că nu se va mai dezbate dacă regimurile de slăbire sunt inutile sau chiar vătămătoare, eu cred că este cu adevărat în interesul publicului să *provocăm* o astfel de dezbatere.

11. V. R. Jeffrey, J. Forster, T. Schmid, „Worksite Health Promotion: Feasibility Testing of Repeated Weight Control and Smoking Cessation Classes”, *American Journal of Health*, nr. 3, 1989, pp. 11–16, și R. Jeffrey, W. Hellerstedt, T. Schmid, „Correspondence Programs for Smoking Cessation and Weight Control; A Comparison of Two Strategies in the Minnesota Heart Health Program”, *Health Psychology*, nr. 9, 1990, pp. 585–598.

12. Omul de știință serios ar trebui să citească „Methods for Voluntary Weight Loss and Control” (v. nota 9 de mai sus). Ideea de bază este că nici unul dintre regimurile de slăbire cunoscute nu împiedică pe termen lung revenirea kilogramelor, cu excepția unei foarte mici părți dintre cei care țin regim.

13. Modelul de regim de slăbire „yo-yo” la șobolani a fost creat de K. Brownell, M. Greenwood, E. Stellar și E. Shrager, „The Effects of Repeated Cycles of Weight Loss and Regain in Rats”, *Physiology and Behavior*, nr. 38, 1986, pp. 459–464. Creșterea eficienței metabolice a fost reprodușă bine în alte studii, însă problema dacă șobolanii „yo-yo” ajung sau nu să aibă o greutate mai mare continuă să fie controversată. V. R. Contreras, V. Williams, „Dietary Obesity and Weight Cycling: Effects on Blood Pressure and Heart Rate in Rats”, *American Journal of Physiology*, nr. 256, 1989, pp. 1209–1219. Câteva recenzii pot fi găsite în R. Keeseey, „The Body-Weight Set Point”, *Postgraduate Medicine*, nr. 83, 1988, pp. 115–127, precum și în Garner, Wooley, „Confronting the Failure of Behavioral and Dietary Treatments”.

În ciuda tuturor articolelor din presă despre regimurile „yo-yo”, eu cred că este nevoie de mai multă cercetare pe animale pentru a determina care dintre efectele acestor regimuri sunt sigure.

14. G. Blackburn, G. Wilson, B. Kandors *et al.*, „Weight-Cycling: The Experience of Human Dieters”, *American Journal of Clinical Nutri-*

*tion*, nr. 49, 1989, pp. 1105–1109; E. Drenick, D. Johnson, „Weight Reduction by Fasting and Semi-Starvation in Morbid Obesity: Long-term Follow-up”, în G. Bray, ed., *Obesity: Comparative Methods of Weight Control*, John Libbey, London, 1980, pp. 25–34; C. Geissler, D. Miller, M. Shah, „The Daily Metabolic Rate of the Post-Obese and the Lean”, *American Journal of Clinical Nutrition*, nr. 45, 1987, pp. 914–920;

Eu încă nu cred că literatura pe această temă despre subiecți umani este concludentă. Și în literatura despre șobolani, și în cea despre subiecți umani a fost replicat rezultatul creșterii eficienței metabolice în timpul înfometării și regimului de slăbire, dar ce anume se întâmplă după ce greutatea crește din nou este mai puțin sigur: mi-ar plăcea să văd replicări ale rezultatelor legate de creșterea ipotetică a greutateii la șobolani și la oameni. De asemenea, mi-ar plăcea să văd un studiu longitudinal cu urmărirea pe termen lung despre eficiența metabolică după revenirea kilogramelor, efectuat pe direcțiile studiului transversal al lui Geissler *et al.*, „The Daily Metabolic Rate”. V. și Garner, Wooley, „Confronting the Failure of Behavioral and Dietary Treatments”.

15. Geissler *et al.*, „The Daily Metabolic Rate”; Blackburn *et al.*, „Weight-Cycling”.

16. P. Brown, M. Konner, „An Anthropological Perspective on Obesity”, *Annals of the New York Academy of Sciences*, nr. 499, 1987, pp. 29–46.

17. E. Sims, „Experimental Obesity, Diet-Induced Thermogenesis, and Their Clinical Implications”, *Clinics in Endocrinology and Metabolism*, nr. 5, 1976, pp. 377–395.

18. Sims, „Experimental Obesity”; A. Stunkard, J. Harris, N. Pedersen, G. McClearn, „The Body-Mass Index of Twins Who Have Been Reared Apart”, *New England Journal of Medicine*, nr. 322, 1990, pp. 1483–1487; A. Stunkard, T. Sorenson, C. Hanis *et al.*, „An Adoption Study of Human Obesity”, *New England Journal of Medicine*, nr. 314, 1986, pp. 193–198. Corelația este mai puternică la persoanele slabe decât la cele obeze, indicând faptul că factorii ambientali ar putea juca un rol mai mare în obezitate. V. R. Price, A. Stunkard, „Commingle Analysis of Obesity in Twins”, *Human Heredity*, nr. 39, 1989, pp. 121–135; C. Bouchard, A. Tremblay, J. Despres *et al.*, „The Response to Long-term Overfeeding in Identical Twins”, *New England Journal of Medicine*, nr. 322, 1990, pp. 1477–1482. Pentru relația dintre greutatea „ideală” și cea reală, v. A. Keys, „Overweight, Obesity, Coronary Heart Disease, and Mortality”, *Nutrition Reviews*, nr. 38, 1980, pp. 297–307.

19. Cele mai bune statistici despre preponderență sunt preluate din K. Fairburn, S. Beglin, „Studies of the Epidemiology of Bulimia Nervosa”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 147, 1990, pp. 401–408.

20. Antidepresivele au unele efecte pozitive. Dau rezultate mai bune decât placebo în reducerea crizelor de îndopare și eliminare, cu o reducere a frecvenței de circa 60%. Dar majoritatea pacienților încă mai au simptomele la sfârșitul tratamentului, și numai 22%, în medie, nu le mai au deloc. Când încetează administrarea antidepresivelor, rata de recidivă este foarte mare. Găsiți o prezentare a tratării bulimiei cu antidepresive în C. Fairburn, W.S. Agras, G.T. Wilson, „The Research on the Treatment of Bulimia Nervosa: Practical and Theoretical Implications“, în G. Anderson, S. Kennedy, eds, *The Biology of Feast and Famine: Relevance to Eating Disorders*, Academic Press, New York, 1992, pp. 318–340.

21. Aceasta nu este o afirmație originală. Este interpretarea propusă de Polivy și Herman în *Breaking the Diet Habit*, de Garner și Wooley în „Confront the Failure of Behavioral and Dietary Treatments“ și de Jane Wardle. V. în special J. Polivy, C.P. Herman, „Dieting and Binging: A Causal Analysis“, *American Psychologist*, nr. 40, 1985, pp. 193–201, și J. Wardle, „Compulsive Eating and Dietary Restraint“, *British Journal of Clinical Psychology*, nr. 26, 1987, pp. 47–55.

În prezentarea unei teorii similare atât despre anorexie, cât și despre bulimie, Peter Slade afirmă că bulimicul ar fi un „anorexic ratat“, ratat prin aceea că anorexicul poate să-și continue regimul de slăbire fără să cedeze în fața nevoii de îndopare. V. P. Slade, „Towards a Functional Analysis of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa“, *British Journal of Clinical Psychology*, nr. 21, 1982, pp. 167–179. În M. Boskind-Lodahl, J. Sirlin, „The Gorging-Purging Syndrome“, *Psychology Today*, martie 1977, pp. 50–52, 82–85, găsiți o anchetă despre relația dintre regimurile de slăbire și declanșarea imediată a bulimiei. Două studii epidemiologice care observă o legătură destul de strânsă între regimurile de slăbire și tulburările de alimentație pot fi găsite în G. Patton, E. Johnson-Sabine, K. Wood *et al.*, „Abnormal Eating Attitudes in London Schoolgirls – A Prospective Epidemiological Study: Outcome at Twelve Month Follow-up“, *Psychological Medicine*, nr. 20, 1990, pp. 383–394, și în K. Kendler, C. MacLean, M. Neale *et al.*, „The Genetic Epidemiology of Bulimia Nervosa“, *American Journal of Psychiatry*, nr. 148, 1991, pp. 1627–1637. La persoanele care țin regim de slăbire riscul de apariție a unei tulburări de alimentație este de cel puțin opt ori mai mare decât la cele care nu țin regim.

22. Jos pălăria în fața lucrării lui S. Dalvit-McPhillips, „A Dietary Approach to Bulimia Nervosa“, *Psychology and Behavior*, nr. 33, 1984, pp. 769–775. Mare păcat că acest articol a rămas necunoscut.

23. În Fairburn, Beglin, „Studies of the Epidemiology of Bulimia Nervosa“, se găsește o recenzie completă a studiilor cognitiv-comportamentale, iar în C. Fairburn, R. Jones, R. Peveler *et al.*, „Three

Psychological Treatments for Bulimia Nervosa“, *Archives of General Psychiatry*, nr. 48, 1991, pp. 463–469; un studiu al rezultatelor exemplar. Un studiu excelent despre un antidepresiv se găsește în U. McCann, W.S. Agras, „Successful Treatment of Nonpurging Bulimia Nervosa with Desimpramine: A Double-Blind, Placebo-Controlled Study“, *American Journal of Psychiatry*, nr. 147, 1990, pp. 1509–1513. Cele două studii ale rezultatelor care compară în mod explicit medicamentele și terapia cognitiv-comportamentală sunt J. Mitchell, R. Pyle, E. Eckert *et al.*, „A Comparison Study of Antidepressants and Structural Intensive Group Psychotherapy in the Treatment of Bulimia Nervosa“, *Archives of General Psychiatry*, nr. 47, 1990, pp. 149–157, și W.S. Agras, E. Rossiter, B. Arnow *et al.*, „Pharmacologic and Cognitive-Behavioral Treatment for Bulimia Nervosa: A Controlled Comparison“, *American Journal of Psychiatry*, nr. 149, 1992, pp. 82–87.

24. C. Telch, W. Agras, E. Rossiter, „Binge Eating Increases with Increasing Adiposity“, *International Journal of Eating Disorders*, nr. 7, 1988, pp. 115–119. În lucrarea lui G.T. Wilson „Short-term Psychological Benefits and Adverse Effects of Dieting and Weight Loss“, prezentată la conferința NIH „Methods for Voluntary Weight Loss and Control“ (1991), este expusă ideea că regimul de slăbire poate să fie o condiție necesară, dar nu suficientă pentru apariția bulimiei.

25. J. Brody, „Study Defines ‘Binge Eating Disorder’“, *New York Times*, 27 martie 1992, A16.

26. Există puține lucrări, neconcludente, despre efectul îndulcitorilor artificiali asupra îngrășării. Unii cercetători au constatat că șobolanii se îngrășă cu îndulcitori artificiali, dar alții au obținut rezultate opuse. La fel stau lucrurile cu subiecții umani. (V. *Appetite*, nr. 11, 1988, suplimentul 1.) Nimeni nu a încercat să efectueze studiul corect: o urmărire pe termen lung a persoanelor supraponderale care folosesc îndulcitori artificiali (sau renunță la ei). Ar fi nevoie de circa 5 milioane de dolari pentru a face acest studiu și pentru a afla dacă industria alimentelor de regim, care câștigă 10 miliarde de dolari pe an, este sau nu o escrocherie.

27. L. Craighead, A. Stunkard, R. O’Brien, „Behavior Therapy and Pharmacotherapy for Obesity“, *Archives of General Psychiatry*, nr. 38, 1981, pp. 763–768.

28. S-ar putea ca acest studiu să fie o mare cotitură, făcând ca tratarea obezității să treacă de la regimurile de slăbire (prea ineficiente) sau chirurgie (prea radicală) la produsele farmaceutice. A fost publicat cu titlul „Long-term Weight Control: The National Heart, Lung, and Blood Institute Funded Multimodal Intervention Study“, *Clinical Psychopharmacology and Therapeutics* (supliment), mai 1992, pp. 581–646.

29. Această notă ar putea să aibă lungimea unui capitol, dar voi rezista ispitei. Voi fi selectiv și voi evidenția doar cele mai bune studii, pentru a arăta persoanelor care studiază acest subiect de ce am ajuns la aceste concluzii:

*Supraponderalitatea enormă (100% peste greutatea „ideală”):* E. Drenick, S. Gurunanjappa, F. Seltzer, D. Johnson, „Excessive Mortality and Causes of Death in Morbidly Obese Men”, *Journal of the American Medical Association*, nr. 243, 1980, pp. 443–445, au urmărit timp de zece ani două sute de tineri extrem de grași. Au constatat că cincizeci dintre ei au murit. Într-adevăr, pentru categoria persoanelor de 25–34 de ani aceasta era o rată a deceselor de douăsprezece ori mai mare decât cea estimată. Dar subiecții lor erau persoane care slăbiseră și se îngrășaseră la loc în urma restricțiilor alimentare terapeutice. S-ar putea ca regimul de slăbire însuși, nu obezitatea morbidă, să fi contribuit la moartea subită.

*Supraponderalitatea substanțială (30–100% peste greutatea „ideală”):* Alegerea limitei inferioare este cea mai dificilă și controversată parte a distilării acestui volum mare de literatură. Mi se pare că punctul în care începe pericolul este aproximativ excesul de greutate de 39%. „Pooling Project” a combinat datele despre 12 381 bărbați din opt populații americane diferite, care au fost urmăriți între cinci și zece ani. În privința primului atac de cord, punctul de inflexiune pare să fie la 30% peste greutatea „ideală”. Totuși, aceasta este o estimare conservatoare, deoarece se poate argumenta pe baza acestui ansamblu de date că creșterea în greutate nu aduce nici un risc de afecțiune coronariană. V. The Pooling Research Project Research Group, „Relationship of Blood Pressure, Serum Cholesterol, Smoking Habit, Relative Weight and ECG Abnormality to Incidences of Major Coronary Events: Final Report of the Pooling Project”, *Journal of Chronic Diseases*, nr. 31, 1978, pp. 201–306; E. Barrett-Connor, „Obesity, Atherosclerosis, and Coronary Artery Disease”, *Annals of Internal Medicine*, nr. 103, 1985, pp. 1010–1019.

Celalaltă sursă esențială sunt graficele elaborate de Ancel Keys pe baza datelor din mai mult de o duzină de studii ample despre legătura dintre masa corporală și afecțiunile coronariene. Graficele lui arată două puncte de inflexiune: unul la 30% exces de greutate și celălalt la subponderalitate. Un fapt important este că direcția pantei la obezitatea ușoară (0–30%) este în jos, creșterea în greutate până la 30% fiind asociată cu reducerea riscului. V. A. Keys, „Overweight, Obesity, Coronary Heart Disease”.

V., de asemenea, E. Hammond, L. Garfinkel, „Coronary Heart Disease, Stroke, and Aortic Aneurysm”, *Archives of Environmental Health*, nr. 19, 1969, pp. 167–182. Acesta este un studiu prospectiv de referință

pe un eșantion de un milion de persoane și prezintă creșterea riscului în legătură cu creșterea greutateii. Dar greutatea la care începe riscul caracterizează segmentul superior de 20% din populație, care pare să corespundă în mare punctului-limită de 30% supraponderalitate.

O notă de consolare pentru persoanele din această categorie: un astfel de surplus de greutate probabil că implică în sine un risc. Excesul de greutate se corelează cu hipertensiunea și cu colesterolul seric. Dacă aveți tensiune normală și un nivel normal al colesterolului, dacă faceți exerciții fizice moderate și nu fumați, riscul dumneavoastră de atac de cord nu este mărit de excesul de greutate. V. lucrarea clasică a lui A. Keys, C. Aravanis, H. Blackburn *et al.*, „Coronary Heart Disease: Overweight and Obesity as Risk Factors”, *Annals of Internal Medicine*, nr. 77, 1972, pp. 15–27.

Diabetul zaharat, spre deosebire de afecțiunile coronariene, prezintă un tablou clar de risc în cazul supraponderabilității moderate. Într-un studiu prospectiv, riscul a crescut până la 1000% în cazul obezității moderate și până la 3 000% în cazul obezității de 45%. V. K. Westlund, R. Nicholaysen, „Ten-Year Mortality and Morbidity Related to Serum Cholesterol”, *Scandinavian Journal of Clinical and Laboratory Investigations*, nr. 30 (suplimentul 127), 1972, p. 3. V., de asemenea, A. Rimm, L. Werner, B. Van Yserloo, R. Bernstein, „Relationship of Obesity and Disease in 73 532 Weight-Conscious Women”, *Public Health Reports*, nr. 90, 1975, pp. 44–51. Concluzia mea este că, în cazul în care aveți antecedente de diabet în familie, ar trebui să fiți mai atent la excesul de greutate ca factor de risc decât dacă ați avea în familie antecedente de afecțiuni cardiace.

*Obezitatea ușoară spre moderată (10–30% peste greutatea „ideală”):* Aici mi-am ales cu mare atenție formularea – „ar putea fi asociată cu o creștere nesemnificativă a mortalității” –, întrucât pentru fiecare studiu care arată un anumit risc pentru sănătate la această categorie există cel puțin încă unul care arată că nu există nici un risc.

Esența recenziilor făcute de Keys și Barrett-Connor este că în această categorie apar puține cazuri de atacuri de cord sau nici unul. Într-adevăr, s-ar putea ca la aceste persoane riscul să fie mai mic decât la cele cu 0% exces de greutate.

Pe de altă parte, eminența cenușie este tabelul „greutății ideale” al Companiei Metropolitane de Asigurări, care, în ciuda carențelor sale, este bine înrădăcinat în mintea publicului. Date mai moderne care sprijină teoria că până și un mic surplus de greutate reprezintă un risc pentru sănătate se găsesc în J. Manson, G. Colditz, M. Stampfer *et al.*, „A Prospective Study of Obesity and Risk of Coronary Heart Disease in Women”, *New England Journal of Medicine*, nr. 322, 1990, pp. 882–889, care, în

cazul unui grup de asistente medicale, au observat riscuri începând de la 10% exces de greutate; și T. Wilcovsky, J. Hyde, T. Anderson *et al.*, „Obesity and Mortality in the Lipid Research Clinics Program Follow-up Study“, *Journal of Clinical Epidemiology*, nr. 43, 1990, pp. 743–752, au observat riscuri la niveluri scăzute ale excesului de greutate la bărbați, dar nu și la femei. V., de asemenea, National Institutes of Health Consensus Development and Conference Statement, „Health Implications of Obesity“, *Annals of Internal Medicine*, nr. 103, 1985, pp. 147–151, care atestă teoria că până și un mic exces de greutate este rău. Mie acest raport mi se pare exagerat de alarmist. Tonul raportului este considerabil mai moderat în recenta lucrare elaborată de National Research Council „Obesity and Eating Disorders“, în National Academy of Sciences, National Research Council, *Diet and Health Risk: Implications for Reducing Chronic Disease Risk*, National Academy Press, Washington, D.C., 1989, pp. 563–592.

Și totuși, nu există nici un studiu care să arate mai mult decât o creștere statistică foarte mică a riscului coronarian în categoria excesului de greutate de 10–30%.

*Subponderalitatea*: V. A. Keys, „Overweight, Obesity, Coronary Heart Disease“, S. Blair, H. Kohl, R. Paffenbarger *et al.*, „Physical Fitness and All-Cause Mortality: A Prospective Study of Healthy Men and Women“, *Journal of the American Medical Association*, nr. 262, 1989, pp. 2395–2401; R. Paffenbarger, P. Hyde, A. Wing, C.C. Hsieh, „Physical Activity, All-Cause Mortality, and Longevity of College Alumni“, *New England Journal of Medicine*, nr. 314, 1986, pp. 605–613. La persoanele subponderale, spre deosebire de cele care suferă de supraponderalitate ușoară și moderată, riscul de deces este mare și nu poate fi atribuit fumatului sau unei afecțiuni care nu prezintă simptome clinice. V. și P. Sorlie, T. Gordon, W. Kannel, „Body Build and Mortality: The Framingham Study“, *Journal of the American Medical Association*, nr. 243, 1980, pp. 1828–1831.

Un ultim avertisment: nimeni nu a efectuat până acum tipul de studiu corect pentru a afla dacă excesul de greutate provoacă într-adevăr moartea prematură sau probleme de sănătate. Studiul corect din punct de vedere metodologic ar trebui să ia în considerare în mod aleatoriu subiecți care se încadrează în diferite categorii de greutate și să vadă care dintre ei mor și când anume. Probabil că, din motive etice, acest studiu nu va fi efectuat niciodată pe subiecți umani. Prin urmare, valoarea tuturor dovezilor din studiile de mai sus se află pe un îndepărtat loc doi.

30. Hammond și Garfinkel, „Coronary Heart Disease, Stroke, and Aortic Aneurysm“, P. Hamm, R. Shekelle, J. Stamler, „Large Fluctuations in Body Weight During Young Adulthood and the Twenty-Five-Year

Risk of Coronary Death in Men“, *American Journal of Epidemiology*, nr. 129, 1989, pp. 312–318; L. Lissner, P. Odell, R. D'Agostino *et al.*, „Variability of Body Weight and Health Outcomes in the Framingham Population“, *New England Journal of Medicine*, nr. 324, 1991, pp. 1839–1844; L. Lissner, C. Bengtsson, L. Lapidus *et al.*, „Body Weight Variability and Mortality in the Gothenburg Prospective Studies of Men and Women“, în P. Bjorntorp, S. Rossner, eds, *Obesity in Europe 88*, Libbey, London, 1989, pp. 51–56.

Eu folosesc cuvântul *probabil* pentru a descrie riscul pe care îl implică regimurile de slăbire. Aceste patru studii îmi confirmă părerea, și rezultatele lor nu vin din senin. Mai multe studii de mică amploare pe subiecți umani indică același risc provocat de modificarea ciclică a greutății, și la fel stau lucrurile și în literatura despre subiecți șobolani. Mai multe referințe și o trecere în revistă selectivă pot fi găsite în Garner și Wooley, „Confronting the Failure of Behavioral and Dietary Treatments for Obesity“. Însă eu consider că riscul este „probabil“, nu „sigur“, deoarece două studii nu constată vreo asociere între variația greutății și mortalitate: L. Lissner, R. Andres, D. Muller, H. Shimokata, „Body Weight Variability in Men: Metabolic Rate, Health, and Longevity“, *International Journal of Obesity*, nr. 14, 1990, pp. 373–383, și J. Stevent și L. Lissner, „Body Weight Variability and Mortality in the Charleston Heart Study“ (scrisoare adresată redactorului), *International Journal of Obesity*, nr. 14, 1990, pp. 385–386.

31. R. Paffenbarger *et al.*, „Physical Activity, All-Cause Mortality“. Această lucrare este clasică, cu mult superioară literaturii de dinaintea ei.

32. M. McCarthy, „The Thin Ideal, Depression, and Eating Disorders in Women“, *Behaviour Research and Therapy*, nr. 28, 1990, pp. 205–215. Mai multe statistici despre regimurile de slăbire pot fi găsite în Jeffrey *et al.*, „Prevalence of Dieting Among Working Men and Women“. T. Wadden, A. Stunkard și J. Smoller, „Dieting and Depression: A Methodological Study“, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, nr. 54, 1986, pp. 869–871, consideră că, analizate de la început și până la sfârșit, regimurile de slăbire reduc depresia la femeile obeze care au dat jos în medie 22 de kilograme. Dar atunci când măsurarea se face săptămânal depresia fluctuează enorm, jumătate dintre femei devenind uneori vizibil mai deprimată.

33. J. Girgus, S. Nolen-Hoeksema, M. Seligman, G. Paul, H. Spears, „Why Do Girls Become More Depressed Than Boys in Early Adolescence?“, lucrare prezentată la conferința American Psychological Association, San Francisco, august 1991.

34. A. Falion, P. Rozin, „Sex Differences in Perceptions of Desirable Body Shape“, *Journal of Abnormal Psychology*, nr. 94, 1985, pp. 102–105.

35. Studiul care s-a apropiat cel mai mult de acest obiectiv vizează scăderea tensiunii. Dacă sunteți obez și suferiți de hipertensiune, chiar și o mică scădere în greutate (10%) o va reduce, probabil. V. G. Blackburn, B. Kanders, „Medical Evaluation and Treatment of the Obese Patient with Cardiovascular Disease“, *American Journal of Cardiology*, nr. 60, 1987, pp. 55g–58g. Ceea ce nu se știe încă este cât de mult crește tensiunea atunci când kilogramele se așază la loc și în ce ar consta atunci înrăutățirea stării de sănătate. În orice caz, tensiunea nu este un factor fiabil pentru precizarea stării de sănătate.

Eu consider că acest studiu este depășit din punct de vedere metodologic. Având în vedere ceea ce se cunoaște despre probabilitatea revenirii kilogramei după un regim de slăbire, cred că orice afirmație despre avantajul pentru sănătate al scăderii în greutate nu mai poate fi avansată pe baza unui studiu „instantaneu“ ca al lui Blackburn și Kanders. Problema nu este avantajul de moment după încheierea regimului, ci efectul clar pe care îl are asupra sănătății scăderea în greutate urmată de creșterea în greutate cu același număr de kilograme.

36. S. Blair *et al.*, „Physical Fitness and All-Cause Mortality“; J. Holloway, A. Beuter, J. Duda, „Self-Efficacy and Training for Strength in Adolescent Girls“, *Journal of Applied Social Psychology*, nr. 18, 1988, pp. 699–719; Paffenbarger *et al.*, „Physical Activity, All-Cause Mortality“.

Și în acest caz este probabil, dar nu sigur, și am folosit formulele „se pare că“ și „este probabil“ pentru a descrie efectele benefice pe care le au exercițiile fizice în bolile de inimă. Într-un studiu care a implicat peste opt sute de bărbați din Suedia s-a constatat un risc de două ori mai mare la bărbații inactivi, care confirmă studiile de mai sus. Însă atunci când în studiu au fost analizați factorii corelați cu exercițiile fizice (ocupația, diabetul, antecedentele de afecțiuni coronariene în familie și stresul psihic), efectul benefic al exercițiilor fizice a dispărut. Acest rezultat este important, deoarece nimeni nu a făcut încă un studiu amplu cu eșantionare aleatorie pe tema legăturii dintre exercițiile fizice și bolile de inimă. Așadar, încă nu se știe dacă exercițiile sau niște factori imuabili corelați cu exercițiile fizice sunt cei care previn atacul de cord. V. S. Johansson, A. Rosengren, A. Tsipogianni *et al.*, „Physical Inactivity as a Risk Factor for Primary and Secondary Coronary Events in Goteborg, Sweden“, *European Heart Journal*, nr. 9 (suplimentul L), 1988, pp. 8–19.

Dr. Ralph Paffenbarger, de la Stanford University, a raportat recent că nu este niciodată prea târziu să începem să facem exerciții fizice.

Într-un studiu pe 10 000 de absolvenți de la Harvard, ei a descoperit că bărbații care încep să facă exerciții fizice la 45-54 de ani trăiesc, în medie, cu zece luni mai mult decât cei sedentari; începerea exercițiilor fizice la 55-64 de ani adaugă nouă luni de viață, începerea lor la 65-74 de ani adaugă șase luni și începerea lor la 75-84 de ani adaugă două luni. V. „Exercise to Live Longer, by 10 Months, That Is“, *The New York Times*, 25 februarie 1993, B7.

37. O remarcabilă trecere în revistă a acestui mare volum de lucrări se găsește în G. Bray, „Exercise and Obesity“, în C. Bouchard, R. Shepard, T. Stephens *et al.*, eds, *Exercise, Fitness, and Health. A Consensus of Current Knowledge*, Human Kinetics, Champaign, Ill., 1990, pp. 497–510. V., de asemenea, J. Foreyt, G. Goodrick, „Factors Common to Successful Therapy for the Obese Patient“, *Medicine and Science in Sports and Exercise*, nr. 23, 1991, pp. 292–297, și L. Ekelund, W. Hasskell, J. Johnson *et al.*, „Physical Fitness as a Predictor of Cardiovascular Mortality in Asymptomatic North American Men“, *New England Journal of Medicine*, nr. 319, 1988, pp. 1379–1384. S. Kayman, W. Bruvold, J. Stern, „Maintenance and Relapse After Weight Loss in Women: Behavioral Aspects“, *American Journal of Clinical Nutrition*, nr. 52, 1990, pp. 800–807, au descoperit într-un studiu retrospectiv că 90% dintre femeile care au ținut pe cont propriu un regim de slăbire și nu s-au îngrășat la loc făceau în mod regulat exerciții fizice, față de numai 34% dintre cele care s-au îngrășat la loc.

38. National Academy of Sciences, National Research Council, *Diet and Health Risk: Implications for Reducing Chronic Disease Risk*, pp. 159–258, 431–464. Populara lucrare a lui Martin Kathan *T-Factor Diet: Lose Weight Safely and Quickly Without Counting Calories or Even Cutting Them*, Norton, New York, 1989, este un ghid folositor pentru evitarea alimentelor grase. R. Stamler, J. Stamler, F. Gosch *et al.*, „Primary Prevention of Hypertension by Nutritional-Hygienic Means: Final Report of a Randomized Controlled Trial“, *Journal of the American Medical Association*, nr. 262, 1989, pp. 1801–1807.

39. Acești pași sunt preluați din ultimul capitol al lucrării lui Polivy și Herman *Breaking the Diet Habit*, pp. 190–211.

40. C. Yale, „Gastric Surgery for the Morbidly Obese“, *Archives of Surgery*, nr. 124, 1989, pp. 941–946, a studiat 537 de pacienți care au recurs la unul din trei tipuri de intervenție chirurgicală. După cinci ani, bypassul gastric s-a dovedit mai bun decât gastroplastia cu bandă verticală, la rândul-i mult mai bună decât gastrogastrostomia fără bandă. J. Hall, J. Watts, P. O'Brien *et al.*, „Gastric Surgery for Morbid Obesity: The Adelaide Study“, *Annals of Surgery*, nr. 211, 1990, pp. 419–427, au urmărit 310 pacienți timp de trei ani, cu rezultate similare. Funcționarea

inimii pare să se îmbunătățească după acest fel de operație. V. A. Aiaud-din, S. Meterissian, R. Lisbona *et al.*, „Assessment of Cardiac Function in Patients Who Were Morbidly Obese“, *Surgery*, nr. 108, 1990, pp. 809–820.

#### CAPITOLUL 13: Alcoolul

1. În lucrarea mea *Learned Optimism*, Knopf, New York, 1991, veți găsi o trecere în revistă a dovezilor despre această fascinantă și solidă iluzie a controlului. Cel mai recent studiu din care reiese că realismul este un factor de depresie este semnat de L. Alloy și C. Clements, „Illusion of Control: Invulnerability to Negative Affect and Depressive Symptoms After Laboratory and Natural Stressors“, *Journal of Abnormal Psychology*, nr. 101, 1992, pp. 234–245.

2. „Drunkenness a Vice, Not a Disease“ este titlul unui pamflet din 1882 scris de J.E. Todd, Case, Lockwood and Brainard, Hartford, Conn. Paralela cu furtul și agresivitatea este preluată din E.J. McGoldrick, *The Management of the Mind*, Houghton Mifflin, Boston, 1954.

3. Există cel puțin zece studii despre transmisibilitatea ereditară a alcoolismului care converg spre recunoașterea unui risc genetic substanțial. Aceste studii sunt recenzate de D. Goodwin, „Alcoholism and Heredity“, *Archives of General Psychiatry*, nr. 36, 1979, pp. 57–61. Cea mai cuprinzătoare prezentare se găsește în C. Cloninger, H. Begleiter, eds, *Genetics and Biology of Alcoholism* (Banbury Report Number 33), Cold Spring Harbor Press, Cold Spring Harbor, N.Y., 1990.

4. În îndrăzneța sa carte de referință *The Natural History of Alcoholism*, Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1983, George Vaillant folosește această metaforă în argumentația clarificatoare pentru păstrarea modelului medical al alcoolismului. Împreună cu lucrarea lui James Orford *Excessive Appetites: A Psychological View of Addictions*, Wiley, New York, 1985, este o lectură obligatorie în domeniul alcoolismului.

5. G.A. Marlatt și J. Gordon, în *Relapse Prevention*, Guilford, New York, 1985, afirmă că programele în doisprezece pași și conceptul de boală sunt mai pesimiste și implică o mai mare cronicitate decât un „model biopsihosocial“, care definește problema ca „afecțiune din categoria obișnuințelor“. Chiar dacă aceste ultime două concepte sunt la îndemână și plauzibile pentru persoanele educate și rafinate, nu-mi dau seama cât de plauzibile sunt pentru alcoolicii mai puțin rafinați.

6. Toate studiile majore despre istoria naturală a alcoolismului sunt despre bărbați. Nu există nici măcar unul despre femei. Chiar dacă un număr considerabil mai mic de femei sunt alcoolice, dat fiind faptul că

numărul absolut de femei alcoolice este mare, există o reală nevoie de a cunoaște procesul vindecării la femei.

7. V. Vaillant, *The Natural History of Alcoholism*, pp. 74–90; W. Beardslee, L. Son, G. Vaillant, „Exposure to Parental Alcoholism During Childhood and Outcome in Adulthood: A Prospective Longitudinal Study“, *British Journal of Psychiatry*, nr. 149, 1986, pp. 584–591, și R. Drake, G. Vaillant, „Predicting Alcoholism and Personality Disorder in a 33-Year Longitudinal Study of Children of Alcoholics“, *British Journal of Addiction*, nr. 83, 1988, pp. 799–807.

8. Citatul provine din M. Tyndel, „Psychiatric Study of One Thousand Alcoholic Patients“, *Canadian Psychiatric Association Journal*, nr. 19, 1974, pp. 21–24. V., de asemenea, C. Vaillant, E. Milofsky, R. Richards, G. Vaillant, „A Social Casework Contribution to Understanding Alcoholism“, *Health and Social Work*, nr. 12, 1992, pp. 169–176.

9. Noțiunea de „dependență fizică“ ar putea ajunge cândva să aibă un înțeles specific fizic, nu numai comportamental. Există dovezi că, creierul și-ar putea pierde plasticitatea – capacitatea de a face alegeri – pe măsură ce se agravează alcoolismul. De asemenea, există dovezi că, atunci când trăiesc o vreme în alcool, celulele cerebrale se modifică: se acomodează cu mediul alcoolic și funcționează mai bine în prezența alcoolului decât fără el. V. A. Urrutia, D. Gruol, „Acute Alcohol Alters the Excitability of Cerebellar Purkinje Neurons and Hippocampal Neurons in Culture“, *Brain Research*, nr. 569, 1992, pp. 26–37; D. Gruol, „Chronic Exposure to Alcohol During Development Alters the Membrane Properties of Cerebellar Purkinje Neurons in Culture“, *Brain Research*, nr. 558, 1991, pp. 1–12. Dozele repetate de alcool ar putea chiar să producă o „aprindere“ a celulelor cerebrale de felul celei pe care Robert Post a presupus-o în cazul cocainei, stresului și depresiei. V. R. Post, „Transduction of Psychosocial Stress into the Neurobiology of Recurrent Affective Disorder“, *American Journal of Psychiatry*, nr. 149, 1992, pp. 999–1010. Dar în prezent latura „fizică“ a dependenței este mai mult ipotetică.

10. A. Pokorny, T. Kanas, J. Overall, „Order of Appearance of Alcoholic Symptoms“, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, nr. 5, 1981, pp. 216–220, expun sistematic etapele evoluției, pe baza datelor retrospective.

11. Aceste date și teorii provin dintr-o comunicare personală de la George Vaillant, iulie 1992.

12. În cartea lui Vaillant *The Natural History of Alcoholism*, pp. 170–171, poate fi găsită o analiză lucidă cu privire la tipurile de persoane la care apare recidiva și la motivele apariției ei.



13. F. Baekland, L. Lundwall, B. Kissim, „Methods for the Treatment of Chronic Alcoholism: A Critical Approach“, în R. Gibbons, Y. Israel, H. Kalant *et al.*, eds, *Research Advances in Alcohol and Drug Problems*, vol. 2, Wiley, New York, 1975, pp. 247–327; D. Armor, J. Polich, J. Michael, H. Stanbul, *Alcoholism and Treatment*, The Rand Corporation, Santa Monica, Calif., 1976; R. Rychtarik, D. Foy, W. Scott *et al.*, „Five to Six Year Follow-up of Broad Spectrum Behavioral Treatment for Alcoholism: Effects of Controlled Drinking Skills“, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, nr. 55, 1987, pp. 106–108.

14. George Vaillant, comunicare personală, iulie 1992.

15. G. Vaillant, „What Can Long-term Follow-up Teach Us About Relapse and Prevention of Relapse in Addiction?“, *British Journal of Addiction*, nr. 83, 1988, pp. 1147–1157. G. Edwards, „As the Years Go Rolling By: Drinking Problems in the Time Dimension“, *British Journal of Psychiatry*, nr. 154, 1989, pp. 18–26, a constatat că dintre foștii pacienți urmăriți timp de un deceniu 18 au murit (cu 250% peste așteptări), 33 aveau rezultate bune, 11 erau într-o stare echivocă, iar 56 aveau rezultate proaste.

16. Cel mai bun studiu pe care l-am putut găsi despre tratamentul complex oferit la spital este G. Cross, C. Morgan, A. Mooney *et al.*, „Alcoholism Treatment: A Ten-Year Follow-up Study“, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, nr. 14, 1990, pp. 169–173. Rezultatele sunt bune: 61% remisiune. Totuși, lucru esențial, lipsește grupul-pereche de control. J. Wallace, „Controlled Drinking: Treatment Effectiveness, and the Disease Model of Addiction: A Commentary on the Ideological Wishes of Stanton Peele“, *Journal of Psychoactive Drugs*, nr. 22, 1990, pp. 261–284, afirmă limpede eficiența unor astfel de unități, însă pe baza unui singur studiu cu grup-pereche de control și eșalonare aleatorie în care apar rezultate pozitive (v. nota 19, mai jos) nu pot să susțin cu conștiința împăcată că acest tratament este cu siguranță mai eficient decât vindecarea naturală.

Nu este doar o subtilitate academică: dacă ar fi o arie nouă de tratament, nu ar fi obligatoriu un studiu controlat. Însă este vorba despre o problemă care costă anual Statele Unite 100 de miliarde de dolari sau mai mult și pentru care se utilizează de mai mult de patru decenii tratamente complexe și costisitoare. Chiar cunoscând deplin problemele practice, continui să cred că ar trebui să apară în sfârșit studiile pe termen lung controlate.

Cele mai bogate recenzii ale studiilor controlate despre alcoolism au fost raportate de William R. Miller, de la University of New Mexico. Per total, el este mai puțin optimist decât mine în privința AA și mai optimist

în privința terapiei comportamentale (terapie maritală, educarea autocontrolului și educarea aptitudinilor sociale). Rezervele mele în privința tehnicilor comportamentale vizează necesitatea unor grupuri mari și a urmăririi pe termen foarte lung. În rest, prezentările făcute de noi coincid. V. H. Holder, R. Longabaugh, W. Miller, A. Rubonis, „The Cost Effectiveness of Treatment for Alcoholism: A First Approximation“, *Journal of Studies on Alcoholism*, nr. 52, 1991, pp. 517–540; W. Miller, „The Effectiveness of Treatment for Substance Abuse: Reasons for Optimism“, *Journal of Substance Abuse Treatment*, nr. 9, 1992, pp. 93–102.

17. J. Orford, G. Edwards, *Alcoholism – A Comparison of Treatment with Advice, with a Study of the Influence of Marriage*, Oxford University Press, 1977. V., de asemenea, prezentarea acestui studiu făcută de Herbert Fingarette în *Heavy Drinking*, University of California Press, Berkeley, 1989, pp. 70–95.

18. Capitolul 8 din Vaillant, *The Natural History of Alcoholism*, este o lectură obligatorie pentru toți cei care nu vor să se aleagă cu inima zdrobită iar și iar de recidivele cronice ale pacienților și rudelor lor. V., de asemenea, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, „Seventh Special report to the U.S. Congress on Alcohol and Health“, Public Health Service, Washington, D.C., 1990, și W. Miller, R. Hester, „Inpatient Alcoholism Treatment: Who Benefits?“, *American Psychologist*, nr. 41, 1986, pp. 794–805.

19. Acest studiu este unic prin faptul că este adecvat din punct de vedere metodologic și prin faptul că susține utilitatea tratamentului spitalicesc. V. D. Walsh, R. Hingson, D. Merrigan *et al.*, „A Randomized Trial of Treatment Options for Alcohol-Abusing Workers“, *New England Journal of Medicine*, nr. 325, 1991, pp. 775–782. Dacă este replicat, s-ar putea să genereze un punct de cotitură în tratarea alcoolismului în condiții de internare.

20. E. Chaney, M. O’Leary, G. Marlatt, „Skill Training with Alcoholics“, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, nr. 46, 1978, pp. 1092–1104. Acesta pare să fie un program promițător de tratament complet, și ar trebui să fie urmat la scară largă. Totuși, este prea restrâns și prea experimental pentru a merita să fie recomandat acum.

21. În capitolul 12, „The Place of Expert Help“, din *Excessive Appetites* a lui J. Orford, poate fi găsită o prezentare elocventă a folosirii psihoterapiei în cazurile de alcoolism.

22. Pentru tratarea alcoolismului a fost testată gama completă a psihotropicelelor. Nici unul nu pare să dea rezultate. V. J. Halikas, „Psychotropic Medication Used in the Treatment of Alcoholism“, *Hospital and Community Psychiatry*, nr. 34, 1983, pp. 1035–1039, și J. Sinclair, „The

Feasibility of Effective Psychopharmacological Treatments for Alcoholism", *British Journal of Addiction*, nr. 82, 1987, pp. 1213–1223.

Par să existe două excepții, însă nici una din ele nu a dat rezultate atunci când s-au făcut studii controlate ample.

Prima aparentă excepție este Antabuse (disulfiram). Pentru cele mai bune studii despre Antabuse (de tip dublu-orb, cu control prin placebo), v. J. Johnsen, A. Stowell, J. Bache-Wing *et al.*, „A Double-Blind Placebo-Controlled Study of Male Alcoholics Given a Subcutaneous Disulfiram Implantation”, *British Journal of Addiction*, nr. 82, 1987, pp. 607–613, precum și J. Johnsen, J. Morland, „Disulfiram Implant: A Double-Blind Placebo-Controlled Follow-up on Treatment Outcome”, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, nr. 15, 1991, pp. 532–538.

Cea de-a doua aparentă excepție este litiul: în primul studiu bine executat, de tip controlat și cu eșalonare aleatorie, s-a constatat după un an o rată de abținere de 67%. V. J. Fawcett, D. Clark, C. Aagesen *et al.*, „A Double-Blind Placebo-Controlled Trial of Lithium Carbonate Therapy for Alcoholism”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 44, 1987, pp. 248–256. Aceste rezultate erau promițătoare, și s-a crezut că sunt independente de efectul litiului asupra sindromului maniaco-depresiv, până când s-a efectuat o replicare importantă: un studiu dublu-orb pe 457 de bărbați alcoolici, atât depresivi, cât și nedepresivi, a arătat că litiul nu are efect asupra consumului de alcool. V. W. Dorus, D. Ostrow, R. Anton *et al.*, „Lithium Treatment of Depressed and Nondepressed Alcoholics”, *Journal of the American Medical Association*, nr. 262, 1989, pp. 1646–1652.

Despre tratamentele de tip aversiv s-au scris multe studii. Cele mai bune prezentări recente se găsesc în dezbaterile dintre Terry Wilson și Ralph Elkins. V. G.T. Wilson, „Chemical Aversion Conditioning as a Treatment for Alcoholism: A Reanalysis”, *Behaviour Research and Therapy*, nr. 25, 1987, pp. 503–516.; R. Elkins, „An Appraisal of Chemical Aversion (Emetic Therapy) Approaches to Alcoholism Treatment”, *Behaviour Research and Therapy*, nr. 29, 1991, pp. 387–413; G.T. Wilson, „Chemical Aversion Conditioning in the Treatment for Alcoholism: Further Comments”, *Behaviour Research and Therapy*, nr. 29, 1991, pp. 415–419. Singurul studiu controlat aparține lui D. Cannon, T. Baker și C. Wehl, „Emetic and Electric Shock Alcohol Aversion Therapy: Six- and Twelve-Month Follow-up”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, nr. 49, 1981, pp. 360–368.

Trebuie să fac din nou observația că este aproape scandalos faptul că pentru terapiile care le-au fost administrate pacienților cu alcoolism timp de decenii întregi – spitalizarea, terapia prin aversiune și AA – nu

există studii controlate de amplasare și cu eșalonare aleatorie care să aducă dovezi despre presupusa lor eficiență. Acest lucru este de-a dreptul scandalos dacă ne gândim că există atâtea precedente care arată că în acest domeniu studiile controlate sugerează de obicei că tratamentul nu depășește rata vindecării naturale.

24. J. Volpicelli, A. Alterman, M. Hayashida și C. O'Brien, „Naltrexone in the Treatment of Alcohol Dependence”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 49, 1992, pp. 876–880; S. O'Malley, A. Jaffec, G. Chang *et al.*, „Naltrexone and Coping Skills Therapy for Alcohol Dependence”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 49, 1992, pp. 881–887.

25. Iată cele mai utile seturi de referințe cu privire la eficiența organizației.

Primul set cuprinde, pe lângă studiul lui Vaillant, încă două studii care arată o prognoză mai bună pentru persoanele care merg la mai multe întruniri AA: M. O'Leary, D. Coastline, D. Haddock *et al.*, „Differential Alcohol Use Patterns and Personality Traits Among Three Alcoholics Anonymous Attendance Level Groups: Further Considerations of the Affiliation Profile”, *Drug and Alcohol Dependence*, nr. 5, 1980, pp. 135–144; V. Giannetti, „Alcoholics Anonymous and the Recovering Alcoholic: An Exploratory Study”, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, nr. 8, 1981, pp. 363–370.

Al doilea set cuprinde singurele studii care folosesc cu adevărat eșalonarea aleatorie în privința tratamentului: K. Ditman, G. Crawford, C. Forgy *et al.*, „A Controlled Experiment on the Use of Court Probation for Drunk Arrests”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 124, 1967, pp. 160–163, nu arată nici o diferență între AA, asistența clinică și lipsa tratamentului; J. Brandsma, M. Maultsby, R. Welsh, *Out-Patient Treatment of Alcoholism*, University Park Press, Baltimore, Md., 1980, arată că AA are rezultate mai slabe (mai multe abandonuri) decât terapia psihodinamică, terapia comportamentală sau terapia comportamentală paraprofesională. Ambele studii folosesc subiecți involuntari deferiți tribunalului și susțin cu tărie ipoteza că în general AA nu este folositoare în cazul unor astfel de subiecți, dar nici nu contestă în mod direct eficiența AA în cazul subiecților voluntari. Într-un al treilea studiu cu eșalonare aleatorie, Walsh *et al.*, „A Randomized Trial of Treatment Options”, muncitorii alcoolici din lot au fost repartizați la AA sau la dezintoxicare în condiții de internare (dar cu o componentă AA solidă), și s-a constatat că indivizii repartizați doar la AA au avut rezultatele cele mai slabe.

Al treilea set cuprinde studii care cercetează eficiența AA în cazul membrilor voluntari ai organizației, dar cu metode sub standard: D. Smith, „Evaluation of a Residential AA Program”, *International Journal of the Addictions*, nr. 21, 1986, pp. 33–49; AA World Services,

„Analysis of the 1980 Survey of the Membership of AA“ (raport ne-publicat, New York, 1981); G. Alford, „Alcoholics Anonymous: An Empirical Outcome Study“, *Addictive Behaviors*, nr. 5, 1981, pp. 359–370.

O trecere în revistă utilă a acestei literaturi se găsește în B. McCrady, S. Irvine, „Self-Help Groups“, în R. Hester, W. Miller, eds, *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches*, Pergamon, New York, 1989.

26. Când au ieșit la lumină primele date despre faptul că unii alcoolici pot să se vindece și totuși să mai tragă la măsea, AA a atacat cu toată forța. Pentru începutul dezbaterii științifice, v. M. Sobell, L. Sobell, „Second Year Treatment Outcome of Alcoholics Treated by Individualized Behaviour Therapy“, *Behaviour Research and Therapy*, nr. 14, 1976, pp. 195–215, în opoziție cu M. Pendery, I. Maltzman, L. West, „Controlled Drinking by Alcoholics? New Findings and a Re-evaluation of a Major Affirmative Study“, *Science*, nr. 217, 1982, pp. 169–175. Este citată afirmația unui purtător de cuvânt al AA: „Alcoolicii ar putea să moară din această cauză.“ Faptul că există cel puțin câțiva alcoolici care se pot vindeca prin controlarea consumului de alcool este acum general acceptat. G. Nordstrom, M. Berglund, „A Prospective Study of Successful Long-term Adjustment in Alcohol Dependence: Social Drinking Versus Abstinence“, *Journal of Studies on Alcohol*, nr. 48, 1987, pp. 95–103; J. Orford, A. Keddie, „Abstinence or Controlled Drinking in Clinical Practice: A Test of the Dependence and Persuasion Hypothesis“, *British Journal of Addiction*, nr. 81, 1986, pp. 495–504; G. Edwards, A. Duckitt, E. Oppenheimer *et al.*, „What Happens to Alcoholics?“, *Lancet*, 30 iulie 1983, pp. 269–271.

Pentru informația că persoanele cu alcoolism mai puțin grav se vindecă prin controlarea consumului de alcool și că persoanele cu alcoolism grav se vindecă prin abinență, v. Vaillant, *The Natural History of Alcoholism*, pp. 221–235.

27. M. Sobell, L. Sobell, *Individualized Behavior Therapy for Alcoholics: Rationale, Procedures, Preliminary Results, and Appendix*, California Department of Mental Hygiene, California Mental Health Research Monograph no. 13, 1972; Pendery *et al.*, „Controlled Drinking by Alcoholics?“ V. în special analiza lucidă pe care o face H. Fingarette în *Heavy Drinking*, pp. 124–129, și referințele de la nota precedentă.

28. V. capitolul 2, „Can Alcoholics Control Their Drinking?“, din cărticica lămuritoare a lui H. Fingarette, *Heavy Drinking*, precum și A. Marlatt, „The Controlled Drinking Controversy“, *American Psychologist*, nr. 38, 1983, pp. 1097–1110.

29. S. Curry, G.A. Marlatt, J. Gordon, „Abstinence Violation Effect: Validation of an Attributional Construct with Smoking Cessation“, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, nr. 58, 1987, pp. 145–149,

și G.A. Marlatt, S. Tapert, „Harm Reduction: Reducing the Risk of Addictive Behaviors“, în J. Baer, G.A. Marlatt, R. McMahon, eds, *Addictive Behaviors Across the Lifespan: Prevention, Treatment and Policy Issues*, Sage, Newbury Park, Calif., 1993, pp. 243–273.

30. V. capitolul 5, „Heavy Drinking as a Way of Life“, din Fingarette, *Heavy Drinking*.

31. V. capitolul 7, „Social Policies to Prevent and Control Heavy Drinking“, din Fingarette, *Heavy Drinking*.

#### PARTEA a IV-a: Epigraf

1. În J.S. Grant, ed., *The Enthusiasms of Robertson Davies*, Penguin, New York, 1990, pp. 235–236.

#### CAPITOLUL 14: Năpârlirea de copilărie

1. P. Davies, *The Way I see It*, Putnam, New York, 1992, pp. 33–42.

2. Adaptat din foarte populara carte a lui Joan Bradshaw *Homecoming: Reclaiming and Championing Your Inner Child*, Bantam, New York, 1990, pp. 227, 239.

3. Recenzii utile: **Divorț**: R. Forehand, „Parental Divorce and Adolescent Maladjustment: Scientific Inquiry vs. Public Information“, *Behaviour Research and Therapy*, nr. 30, 1992, pp. 319–328. Această recenzie este o bună rectificare a literaturii populare alarmiste despre divorț. Se pare că răul este produs de conflict, nu de divorț în sine. **Moartea unui părinte**: G. Brown, T. Harris, *Social Origins of Depression*, Tavistock, London, 1978. **Ordinea nașterii**: R. Galbraith, „Sibling Spacing and Intellectual Development: A Closer Look at the Confluence Models“, *Developmental Psychology*, nr. 18, 1982, pp. 151–173. **Nenocirci (în general)**: A. Clarke, A.D. Clarke, *Early Experience: Myth and Evidence*, Free Press, New York, 1976; M. Rutter, „The Long-term Effects of Early Experience“, *Developmental Medicine and Child Neurology*, nr. 22, 1980, pp. 800–815.

4. Când cercetătorii examinează cu adevărat faptele, în loc să declare pur și simplu că suntem un produs al copilăriei, ceea ce sare în ochi este lipsa unei continuități solide între copilărie și maturitate. Aceasta este o descoperire foarte importantă a psihologiei dezvoltării pe întreaga durată a vieții. Termenul „schimbare“ ceea ce se întâmplă cu noi când ne maturizăm. Recenzii bune ale acestei literaturi foarte bogate se găsesc în M. Rutter, „Continuities and Discontinuities from Infancy“, în J. Osofsky, ed., *Handbook of Infant Development*, ed. a 2-a, Wiley, New York, 1987, pp. 1256–1298; H. Moss, E. Sussman, „Longitudinal Study of Personality Development“, în O. Brim, J. Kagan, eds, *Constancy and Change in*

*Human Development*, Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1980, pp. 530–595; G. Parker, E. Barrett, I. Hickie, „From Nurture to Network: Examining Links Between Perceptions of Parenting Received in Childhood and Social Bonds in Adulthood“, *American Journal of Psychiatry*, nr. 149, 1992, pp. 877–885, și R. Plomin, H. Chipuer, J. Loehlin, „Behavior Genetics and Personality“, în L. Pervin, ed., *Handbook of Personality Theory and Research*, Guilford, New York, 1990, pp. 225–243.

Deosebit de instructivă este descoperirea că tendința divorțului este transmisibilă ereditar. Dacă aveți un geamăn monozigot care divorțează, crește de șase ori probabilitatea să divorțați și dumneavoastră, spre deosebire de probabilitatea doar de două ori mai mare în cazul gemenilor dizigoți. V. M. McGue, D. Lykken, „Genetic Influence on the Risk of Divorce“, *Psychological Science*, nr. 3, 1992, pp. 368–388.

5. Studiile despre gemeni și studiile despre adopții sunt citate în capitolul 3. V. mai ales R. Plomin, C. Bergeman, „The Nature of Nurture: Genetic Influence on ‘Environmental Measures’“, *Behavioral and Brain Sciences*, nr. 14, 1991, pp. 373–427. Alte studii importante găsiți în S. Dinwiddie, R. Cloninger, „Family and Adoption Studies in Alcoholism and Drug Addiction“, *Psychiatric Annals*, nr. 21, 1991, pp. 206–214; T. Bouchard, M. McGue, „Genetic and Rearing Environmental Influences on Adult Personality: An Analysis of Adopted Twins Reared Apart“, *Journal of Personality*, nr. 68, 1990, pp. 263–282; A. Heath, L. Eaves, N. Martin, „The Genetic Structure of Personality: III. Multivariate Genetic Item Analysis of the EPQ Scales“, *Personality and Individual Differences*, nr. 12, 1988, pp. 877–888.

Există în continuare un înfloritor domeniu de investigare a antecedentelor din copilărie ale problemelor din viața adultă. Uneori apar efecte considerabile, dar ceea ce mă uimește – dată fiind literatura despre transmisibilitatea ereditară – este absența oricărei teoretizări genetice în acest domeniu. De exemplu, există două studii recente, și competente în celelalte privințe, care găsesc (1) corelații între trauma din copilărie și delincvența ulterioară a copilului și (2) corelații între trauma din copilărie și încercările ulterioare de sinucidere. În amândouă interpretarea evenimentelor din copilărie este cauzală. Nici unul din ele nu cercetează posibilitatea ca purtarea adultului și ceea ce s-a petrecut în copilărie să rezulte din a treia categorie de variabile, genetică. Aceste studii sunt H. Stattin, I. Klackenber-Larsson, „The Relationship Between Maternal Attributes in the Early Life of the Child and the Child’s Future Criminal Behavior“, *Development and Psychopathology*, nr. 2, 1990, pp. 99–111, și B. van der Kolk, C. Perry, J. Herman, „Childhood Origins of Self-Destructive Behavior“, *American Journal of Psychiatry*, nr. 148, 1991, pp. 1665–1671.

6. Atât A. Browne și D. Finkelohr, „Impact of Child Sexual Abuse: A Review of the Research“, *Psychological Bulletin*, nr. 99, 1986, pp. 66–77, cât și K. Alter-Reid, M. Gibbs, J. Lachenmeyer *et al.*, „Sexual Abuse of Children: A Review of the Empirical Findings“, *Clinical Psychology Review*, nr. 6, 1986, pp. 249–266, oferă recenzii bune. J. Herman, D. Russell, K. Trocki, „Long-term Effects of Incestuous Abuse in Childhood“, *American Journal of Psychiatry*, nr. 143, 1986, pp. 1293–1296, este un bun exemplu al genului.

Într-unul dintre puținele studii care confruntă patologia familială cu efectul abuzului sexual din copilărie *per se*, nu s-a găsit vreun efect pe termen lung al abuzului sexual din copilărie care să depășească patologia familială asociată. V. M. Nash, T. Hulsey, M. Sexton, T. Harraison, W. Lambert, „Long-term Sequelae of Childhood Sexual Abuse: Perceived Family Environment, Psychopathology, and Dissociation“, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, nr. 61, 1993, pp. 276–283. Aceasta duce la scepticismul morocănos din paragraful următor.

7. D. Finkelohr, „Early and Long-term Effects of Child Sexual Abuse: An Update“, *Professional Psychology: Research and Practice*, nr. 5, 1990, pp. 325–330.

8. În D. Finkelohr, „Early and Long-term Effects of Child Sexual Abuse“ găsiți o recenzie recentă.

Trei studii longitudinale sunt R. Gomes-Schwartz, J. Horowitz, A. Cardarelli, *Child Sexual Abuse: The Initial Effects*, Sage, Newbury Park, Calif., 1990; A. Bentovim, P. Boston, A. Van Elburg, „Child Sexual Abuse – Children and Families Referred to a Treatment Project and the Effects of Intervention“, *British Medical Journal*, nr. 295, 1987, pp. 1453–1457; J. Conte, „The Effects of Sexual Abuse on Children: Results of a Research Project“, *Annals of the New York Academy of Sciences*, nr. 528, 1988, pp. 310–326.

Pentru prognoza mai bună la copii decât la adulți, v. R. Hanson, „The Psychological Impact of Sexual Assault on Women and Children: A Review“, *Annals of Sex Research*, nr. 3, 1990, pp. 187–232.

Pentru observația despre ruperea crustelor și chiar fabricarea unei pure ficțiuni, v. D. Kent, „Remembering ‘Repressed’ Abuse“, *APS Observer*, nr. 5, 1992, pp. 6–7.

Pentru efectul proceselor îndelungate, v. D. Runyan, M. Everson, D. Edelson *et al.*, „Impact of Legal Intervention on Sexually Abused Children“, *Journal of Pediatrics*, nr. 113, 1988, pp. 647–653.

9. Primul scenariu este preluat din D. Quinton, M. Rutter, *Parenting Breakdown: The Making and Breaking of Intergenerational Links*, Gower, Aldershot, Eng., 1988, pp. 93–108. Cel de-al doilea scenariu este preluat din A. Caspi, G. Elder, „Emergent Family Patterns: The

Intergenerational Construction of Problem Behaviors and Relationships", în R. Hinde, J. Stevenson-Hinde, eds, *Relationships Within Families: Mutual Influences*, Clarendon Press, Oxford, 1988, pp. 218–240.

10. Există o afecțiune care pare să se potrivească premiselor teoriei despre copilul din noi: personalitatea multiplă. Aceasta pare să înceapă de obicei cu un abuz grav suferit în copilărie – viol sau tentativă de asasinat – de care copilul se distanțează creându-și altă personalitate care să-l suporte. Această tactică reduce suferința, așa încât atunci când apar alte traume sunt create noi personalități. V. E. Bliss, „Multiple Personalities: Report of Fourteen Cases with Implications for Schizophrenia and Hysteria”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 37, 1980, pp. 1388–1397. Din fericire, această afecțiune este destul de rară, și nu există dovezi că acest tip de etiologie se aplică la depresia sau anxietatea obișnuite sau la alte probleme frecvente ale adulților.

11. Pentru o recenzie bună a acestei literaturi bogate, v. R. Plomin, D. Daniels, „Why Are Children in the Same Family So Different from One Another?”, *Behavioral and Brain Sciences*, nr. 10, 1987, pp. 1–60, și R. Plomin, „Environment and Genes”, *American Psychologist*, nr. 44, 1989, pp. 105–111. Pentru o parte din literatura despre efectele mici pe care le are asupra personalității adultului felul în care a fost crescut, v. M. Heinstein, „Behavioral Correlates of Breast-Bottle Regimes Under Varying Parent-Infant Relationships”, *Monographs of the Society for Research in Child Development*, nr. 28, 1963; J. Whiting, I. Child, *Child-Training and Personality*, Yale University Press, New Haven, 1953.

12. Îi mulțumesc bunului meu prieten Barry Schwartz pentru aceste metafore pitorești, pe care le folosește la anul I Psihologie de la Swarthmore College. M. Rutter, „Pathways from Childhood to Adult Life”, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, nr. 30, 1989, pp. 23–51, oferă o analiză complexă a multor modele și trasee posibile.

13. Discuția mea despre influența mediului din copilărie asupra personalității adultului a trecut peste o importantă distincție pe care o fac geneticienii comportamentului uman: distincția între mediile „împărtășite” și „neîmpărtășite”. Joan și Sarah împărtășesc anumite lucruri – de exemplu, faptul că provin din clasa mijlocie bogată, că grădinăresc împreună cu tatăl lor și că sunt catolice. De asemenea, au un mediu neîmpărtășit: Joan a fost molestată când avea zece ani, Sarah a avut apendicită, și tot Sarah urăște în taină grădinăritul. Se dovedește că mediile împărtășite și neîmpărtășite au influențe foarte diferite asupra personalității adultului. Mediul din copilărie împărtășit – biserica, școala, tehnicile de creștere a copiilor, statutul socioeconomic – nu are, practic, nici un efect asupra personalității adultului. La gemenii monoziagoți crescuți separat,

personalitatea adultului seamănă exact la fel de mult, poate chiar mai mult cu a celor crescuți împreună. Invers, frații proveniți din adopții care cresc în aceeași casă nu sunt mai asemănători decât dacă ar fi fost crescuți separat. Aceasta înseamnă că mediul împărtășit în copilărie nu adaugă nimic personalității.

Tot arsenalul pe care mizează psihologia convențională americană a dezvoltării a dus la un fiasco.

Mediul din copilărie neîmpărtășit este mai promițător. El explică, probabil, 15-20% din variația personalității adulților – probabil că nu atât de mult ca genele, totuși o parte substanțială. Înainte ca noi, ambiențaliștii, să ne entuziasmăm iarăși prea tare, dați-mi voie să enumăr o parte din ceea ce include „mediul neîmpărtășit”: evenimente importante, cum ar fi abuzul sexual (preferatele ambiențaliștilor); evenimente mărunte, cum ar fi chiulul de la o oră de balet; felul în care interpretăm, percepem sau ne amintim evenimentele importante sau mărunte; reacțiile fizice diferite la evenimente; faptul că părinții ne-au iubit mai mult sau mai puțin decât pe fratele nostru/sora noastră; hormonii fetalii; bolile din copilărie; precum și străvechea greșeală a comparației – orice situație în care nu sunteți identic cu fratele/sora. Este, din păcate, o categorie menită coșului de hârtii în care intră trei sferturi din psihologie.

Încă nu se poate spune despre o anumită parte a mediului din copilărie neîmpărtășit că ar avea vreun efect asupra personalității adultului, după ce au fost cercetate genele. J. Loehlin și R. Nichols, *Heredity, Environment, and Personality*, University of Texas Press, Austin, 1976, au examinat într-o formă corectă de proiect mai mult de șapte sute de perechi de gemeni monoziagoți. Au reținut circa cincizeci de perechi la care unul din gemeni a trăit în copilărie evenimente frapant de diferite față de celălalt – unul a avut o boală gravă, iar celălalt nu, unul era bătut la fund des, iar celălalt nu etc. Nici una dintre aceste diferențe nu a avut ca rezultat diferențe sesizabile ale personalității ulterioare.

Pe scurt: genele au un efect important asupra personalității adultului. În mod surprinzător, tehnicile de creștere a copiilor, școlile, statutul socioeconomic și religia nu au un efect sesizabil. Experiența particulară – evenimentele traumatizante și netraumatizante, tratamentul diferit din partea părinților, o mentalitate bizară – ar trebui, în teorie, să aibă un efect perceptibil, dar acest lucru încă nu a fost demonstrat.

Aceasta este o literatură dificilă, dar clarificatoare. Celui care studiază serios îi recomand să înceapă cu lucrarea clasică a lui R. Plomin și D. Daniels „Why Are Children in the Same Family So Different from One Another?”, *Behavioral and Brain Sciences*, nr. 10, 1987, pp. 1–16, împreună cu comentariile de foarte bună calitate ale referenților. Are de

asemenea, o bibliografie excelentă. Apoi citiți J. Dunn, R. Plomin, *Separate Lives: Why Siblings Are So Different*, Basic Books, New York, 1990.

Printre lucrările mai recente se numără A. Tellegen, D. Lykken, T. Bouchard *et al.*, „Personality Similarity in Twins Reared Apart and Together“, *Journal of Personality and Social Psychology*, nr. 54, 1988, pp. 1031–1039; L. Baker, D. Daniels, „Nonshared Environmental Influences and Personality Differences in Adult Twins“, *Journal of Personality and Social Psychology*, nr. 58, 1990, pp. 103–110 (arătând influențe neîmpărtășite mici, dar semnificative – severitatea tatălui și căldura mamei –, singurele evidente din toată literatura); J. Loehlin, J. Horn, L. Willerman, „Heredity, Environment, and Personality Change: Evidence from the Texas Adoption Project“, *Journal of Personality*, nr. 58, 1990, pp. 221–243; T. Bouchard, M. McGue, „Genetic and Rearing Environmental Influences on Adult Personality: An Analysis of Adopted Twins Reared Apart“, *Journal of Personality*, nr. 58, 1990, pp. 263–292. Toate acestea vestesc nici mai mult, nici mai puțin decât o revoluție în studierea felului în care se dezvoltă personalitatea.

14. J.L. Austin, „A Plea for Excuses“, în *Philosophical Papers*, Clarendon Press, Oxford, 1961, pp. 123–152.

15. Literatura de cercetare despre eficiența catharsisului (numit și *abreacție*) este foarte săracă. Pentru cea mai bogată prezentare, v. I. Marks, „Emotional Arousal as Therapy: Activation vs. Dissociation“, *European Psychiatry*, nr. 6, 1991, pp. 161–170.

Pentru partea negativă, v., de exemplu, M. Stern, E. Plonits, L. Kaslow, „Group Process Expectations and Outcome with Post-Myocardial Infarction Patients“, *General Hospital Psychiatry*, nr. 6, 1984, pp. 101–108; M. Lieberman, I. Yalom și M. Miles, *Encounter Groups: First Facts*, Basic Books, New York, 1973; A. Bohart, „Toward a Cognitive Theory of Catharsis“, *Psychotherapy – Theory, Research, and Practice*, nr. 17, 1980, pp. 192–201; R. Baron, „Countering the Effects of Destructive Criticism: The Relative Efficacy of Four Interventions“, *Journal of Applied Psychology*, nr. 75, 1990, pp. 235–245, și R. Edelmann, S. Hardwick, „Test Anxiety: Past Performance and Coping Strategies“, *Personality and Individual Differences*, nr. 7, 1986, pp. 255–257.

Pentru partea pozitivă, v. M. Nichols, „Outcome of Brief Cathartic Psychotherapy“, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, nr. 42, 1974, pp. 403–410, și H. Bierenbaum, A. Schwartz, M. Nichols, „Effects of Varying Session Length and Frequency in Brief Emotive Psychotherapy“, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, nr. 44, 1976, pp. 790–798.

În general, catharsisul are o cotă foarte ridicată de apreciere din partea pacienților. Însă în privința efectelor lui benefice, lucrurile nu stau la fel de bine.

Trebuie spus ceva despre dezvoltarea evenimentelor traumatiche, în opoziție cu catharsisul *per se*. Apar din ce în ce mai multe dovezi despre faptul că renunțarea la secret în privința traumei ajută însănătoșirea fizică. V., de exemplu, J. Pennebaker, J. Kielcolt-Glaser, J. Glaser, „Disclosure of Traumas and Immune Function: Health Implications for Psychotherapy“, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, nr. 56, 1988, pp. 239–245, și M. Greenberg, A. Stone, „Emotional Disclosure About Trauma and Its Relation to Health: Effects of Previous Disclosure and Trauma Severity“, *Journal of Personality and Social Psychology*, nr. 63, 1992, pp. 75–84. Însă dezvoltarea către alții nu este totuna cu catharsisul, dezvoltarea către sine.

S-ar putea să fie într-adevăr ceva bun în catharsis, însă după 100 de ani efectele lui rămân nedovedite și prea puțin cercetate, iar adepții lui par să fi renunțat în cea mai mare parte. Așadar, nu sunt pregătit să-l condamn categoric ca metodă, ci numai să avertizez cititorul. Mi se pare cu adevărat înspăimântător să văd că o astfel de metodă nefondată se furișează de curând în terapii „populare“ pentru persoanele cu probleme grave, cum sunt grupurile de întâlnire din anii '60 și anii '70 și grupurile de recuperare din anii '90.

16. Am încercat zadarnic să obțin de la „mișcarea de recuperare“ niște date despre urmărirea evoluției pacienților. Biroul lui John Bradshaw nu deținea deloc astfel de date (25 iunie 1992), și m-au îndrumat către Mary Bell, de la Center for Recovering Families din Houston. Acolo sperau să înceapă curând un astfel de studiu.

17. Două excelente critici ale „mișcării de recuperare“: W. Kaminer, *I'm Dysfunctional, You're Dysfunctional: The Recovery Movement and Other Self-Help Fashions*, Addison-Wesley, Reading, Mass., 1992, și D. Rieff, „Victims, All? Recovery, Co-dependency, and the Art of Blaming Somebody Else“, *Harper's*, octombrie 1991. V., de asemenea, J. Leo, „The It's-Not-My-Fault Syndrome“, *U.S. News & World Report*, 18 iunie 1991.

18. Aceste observații despre importanța faptului că terapia este orientată spre viitor și nu se concentrează pe trecut nu trebuie să fie interpretate ca o incriminare a întregii terapii psihodinamice. Una dintre cele mai bine-venite creații din psihanaliza modernă este tehnica examinării detaliate a conflictelor din trecut, a conflictelor actuale și a conflictelor care sunt tratate, pentru a vedea ce anume au în comun. Scopul este de a desluși tiparele conflictuale esențiale, pentru a controla viitorul.

(V. S. Luborsky, *Principles of Psychoanalytic Theory: A Manual for Supportive-Expressive Treatment*, Basic Books, New York, 1984).

CAPITOLUL 15: *Profunzimea și schimbarea*

1. Eu folosesc exprimarea „nu se poate schimba“ în loc de „nu se poate vindeca“ deoarece vreau să subliniez faptul că nu cred că homosexualitatea (atunci când este egosintonică) ar fi o boală care trebuie vindecată.

2. Peter Whybrow a afirmat că depresia bipolară își are rădăcinile în cerințele de cheltuire și de conservare a energiei, legate de anotimpuri. P. Whybrow, *The Hibernation Response*, Avon, New York, 1988.

3. Dar nu trebuie să uităm clasică poveste a unui pacient cu sindromul Cotard. Sindromul Cotard este o formă de depresie extrem de rară, în care cel afectat crede că este mort. Unui pacient cu sindromul Cotard i s-a pus întrebarea dacă morții sângerează. El a răspuns: „Firește că nu.“ Atunci terapeutul l-a înțepat cu un ac cu gămălie. „Presupun că morții sângerează totuși“, a fost reacția lui. Contradicția a fost evitată.

4. L. Alloy, L. Abramson, „Judgment of Contingency in Depressed and Nondepressed Students: Sadder but Wiser?“, *Journal of Experimental Psychology: General*, nr. 108, 1979, pp. 441-485.

## MULȚUMIRI PENTRU MATERIALELE REPRODUSE

Mulțumiri următoarelor instituții pentru permisiunea de a reproduce câteva materiale publicate anterior:

*Consulting Psychologists Press, Inc.*: Items from „State-Trait Anxiety Inventory“ from *Self-Evaluation Questionnaire-Form Y* de C.D. Spielberger, R.L. Gorsuch, R.E. Lushene, P.R. Vagg and G.A. Jacobs, copyright © 1977 by Charles D. Spielberger. Modified and reprinted by permission of the publisher, Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, CA 94303. All rights reserved. Further reproduction is prohibited without the publisher's written consent.

*New Directions Publishing Corporation*: „The Mind Is an Ancient and Famous Capital“, from *Selected Poems: Summer Knowledge* by Delmore Schwartz, copyright © 1959 by Delmore Schwartz. Reprinted by permission of New Directions Publishing Corporation.

*University of Pennsylvania, Department of Psychology*: Items 10-20 from Part Two of „State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)“ by Charles d. Spielberger, copyright © 1979, 1986, 1988 by Psychological Assessment Resources, Inc. Reprinted by permission.