

LIBRIS

Ghislain Devroede

Wakow
books

DURERILE DE BURTĂ
VORBESC DESPRE
TRECUT

Chirurgul care se folosea de cuvinte
în loc de bisturiu

Traducere din limba franceză de
Nicolae Baltă

philobio

CUPRINS

INTRODUCERE.....	9
CAPITOLUL I. Cuvintele burții.....	21
<i>Modelul biopsihosocial</i>	22
<i>Despre utilizarea corectă a bolii</i>	24
<i>Comunicarea nonverbală</i>	25
Postura bolnavului 27. Ochii vorbesc 27. Să îți afișezi culorile 30. Doctorul Jekyll și domnul Hyde 37. A vorbi cu sufletul 38. „Nu pot s-o sufăr!“ 41. Emoții și respirație 44. „Mă atingi“ 45	
<i>Medicul, bolnavul și bolile lor</i>	47
Transferuri și derapaje 47. Psihodrama lui Odette 49. Furia terapeutică 52. Pentru o viziune globală a ființei omenești 57. De la anecdotă la știință: cazul Christinei 59. Înverșunatăii vindecării 67	
CAPITOLUL II. Linia vieții	75
<i>Miracolul lui Myriam</i>	75
<i>Sylvie sau bucelele vieții</i>	80
<i>O somatizare karmică?</i>	83
<i>Nostalgiile stării de înger</i>	88
<i>Viața încontinuu</i>	92

CAPITOLUL III. Memorie de făt	97
<i>Élodie, bebeluș constipat</i>	97
<i>Primejdie de moarte în uter</i>	98
<i>Geneviève sau „gândirea cloacală“</i>	101
<i>Rățuștele cele urâte</i>	115
<i>Desomatizarea</i>	124
 CAPITOLUL IV. Dureri de burtă și abuzuri sexuale:	
ai spus că îți place?	127
<i>Marie-Madeleine sau dragostea violată</i>	127
<i>O epidemie de abuzuri sexuale?</i>	133
<i>Abuzurile simbolice</i>	136
<i>Fatemah sau cum poate servi un medic drept laxativ</i>	141
<i>Abuzuri sexuale, senzații și senzualitate</i>	147
<i>Abuzuri sexuale, identitate și vindecare</i>	151
<i>Masculin, feminin, boală</i>	153
 CAPITOLUL V. Cuvinte despre tăcere	157
<i>Vizite la domiciliu</i>	160
<i>Întrevederea de tip analitic</i>	169
<i>Întrevederea structurată: dincolo de povestea cazului,</i> <i>o poveste de viață</i>	173
Copilăria 174. Adultul în necesitate 184. Somnul 186.	
Vise și schemă corporală 189. Fobii și obsesii 192.	
Amintiri din copilărie 193	
<i>Atingerea, agent terapeutic</i>	196
<i>Trucuri și șmecherii: creativitate și proces de vindecare</i>	212
Desene 213. Colaje 214. Ceramică și plastilină 215.	
Pictodrama 221	
<i>În amintirea gemenei mele moarte</i>	226
<i>Tăcerea diavolului</i>	232

<i>Mânia lui Buddha</i>	249
<i>Abordările corporale</i>	255
<i>Reeducarea perineală</i>	256
<i>Și chirurgia?</i>	258
Partea tehnică 258. Aliața terapeutică 260	
<i>Stări sufletești</i>	273
<i>Medicina considerată „blândă“</i>	276
<i>Căile inconștientului</i>	277
<i>Psihodrama familială</i>	282
<i>Empatie, compasiune și dragoste</i>	283
 CONCLUZIE. Să profităm de boală ca memorie a trecutului?	285
 REFERINȚE.....	311
REFERINȚE BIBLIOGRAFICE.....	323

CAPITOLUL I

Cuvintele burții

Cei și cele care au dureri de burtă, toți bolnavii de altfel, cer ajutor ca să nu mai sufere. Durerea fizică e cea care îi aduce la medic. Dar orice boală se înscrie într-o traiectorie a vieții jalona-tă de lipsuri și necazuri. Suferințele psihice și suferințele fizice sunt intim legate, chiar dacă suferințele psihice sunt deseori re-fulate din cauza disocierii și negării.

Comunicarea nonverbală se dovedește în acest caz de o bo-găție și de o finețe nemaivăzute. Deseori, există o incoerență profundă între ceea ce este spus și ceea ce este ascuns. Un bol-nav poate vorbi despre multe lucruri, venind la consultație pen-tru simptome grave sau anodine, vagi sau dificile și în paralel să transmită enorm de multă suferință prin privire, să bată din pi-cior cu furie sau să arboreze cu naivitate un zâmbet languros. Numai dialogul stabilit pornind de la suferința din privire sau de la furia piciorului are o șansă de-a fi fructuos, de-a depăși grandilocvența cerebrală construită pornind de la strigătele cor-pului. Din cauză că aceste strigăte nu pot fi exprimate în cuvinte, multe intervenții chirurgicale se dovedesc retrospectiv complet inutile. Tulburările digestive funcționale fără leziuni evidente

fac obiectul unei abordări organice medicamentoase sau chirurgicale total ineficiente. Numai psihoterapia duce la o reducere a durerii, a balonărilor abdominale și a diareii.

Modelul biopsihosocial

Boala psihosomatică nu există, dar toate bolile țin de un model biopsihosocial.

Astfel, ne naștem cu un bagaj cromozomic de o calitate mai bună sau mai proastă. De exemplu, cei ce se nasc într-o familie marcată de sindromul polipozei familiale au de la bun început o șansă din două de-a face cancer de colon. Aceasta este componenta fizică a bolii.

Componenta psihologică a bolii urmează două curențe diferite. Filiera acută implică niște căi psihofiziologice. Astfel, furia provoacă contracții ale colonului și, dimpotrivă, relaxează stomacul. Or, furia nu este o boală, așa cum colonul nu e situat în cap, ci în burtă. Filiera cronică urmează căi psiho-neuroimunologice. De exemplu, doliul după o soție decedată de cancer la sân deprimă în mod măsurabil și temporar sistemul imunitar. Ideea că elemente psihologice ar putea juca un rol în geneza bolii stârnește controverse pătimașe. Fără a lua nici partea celor care cred că totul are o bază psihologică – ceea ce este greșit –, nici a celor care, dimpotrivă, refuză deschis ideea că psihicul influențează soma – ceea ce este la fel de greșit –, trebuie să punem în discuție două aspecte importante.

Să analizăm mai întâi concepțiile și motivațiile profunde – inconștiente, subiective și eminentemente emoționale – ale adepților celor două tabere. Oamenii de știință pur cartezieni se amăgesc crezând că abordarea lor este total lipsită de un substrat personal și parțial. Ei confundă cu succes „conținutul” cu „metoda” științifică. Aceasta din urmă este mai curând un mod de-a

învăța să crezi ceea ce se vede decât să vezi ceea ce se crede. În pofida anumitor limite, deoarece ea nu ține seama de toate elementele care alcătuiesc viața, această metodă este infailibilă fiindcă forțează schimbarea de perspectivă și pune la îndoială ipotezele de lucru care nu sunt validate de proba realității, conducând către o structură din ce în ce mai complexă. Invers, „conținutul” științific este față de metodă ceea ce imaginea fixă este față de cinema, adică o tranșă de conștiință încremenită în timp și spațiu. Capcana în care e ușor să cazi constă în confundarea cunoașterii actuale cu realitatea și, în acest fel, în transformarea unei atitudini științifice în atitudine dogmatică.

Certitudinea este o cârjă puternică ce permite multor „oameni de știință” – elevii slabi ai metodei – să închidă ochii, urechile și celelalte simțuri când o anecdotă, un caz în speță nu cadrează cu cunoștințele comun stabilite. Când discut cu un om de știință „credincios” și ajungem la un dialog al surzilor, în care „credința” în „știință” împiedică orice deschidere științifică spre necunoscut, deseori, dacă mă simt călcat pe nervi, îmi întreb colegul dacă își închipuie că totul poate fi dovedit. Răspunsul este, bineînțeles, că într-o bună zi vom putea dovedi totul. Atunci îl întreb – și cu asta se încheie discuția – dacă îmi poate dovedi că mama lui îl iubea.

Există însă o iluzie și mai mare. A înțelege, a înțelege „corect” este un mod foarte economic de-a te proteja de multe emoții. Suferim mai puțin dacă înțelegem motivațiile persoanei care ne face să suferim și motivele profunde a ceea ce ne face vulnerabili față de agresiunea ei. Orice știință fiind făcută din măsurători, putem spune chiar că o abordare științifică a bolnavului implică o absență totală a comunicării cu el. În cazul relației științifice, avem de-a face cu o relație de la subiect la obiect, obiectul măsurătorilor noastre științifice. În al doilea caz, ar trebui să fim într-o

relație egalitară între două subiecte. Mai trebuie să ținem seama și de faptul că nu numai umanizarea tratamentelor îi este dragă inimii bolnavului, ci și că e foarte probabil că această calitate a relației terapeutice va exercita o influență majoră asupra conformării sale și, în consecință, asupra rezultatelor terapeutice. Aceasta este de altfel esența puterii medicamentului placebo, unde totul se petrece între subiectul medic și subiectul bolnav, deoarece acesta nu primește nicio medicație activă.

În sfârșit, dimensiunea socială a bolii a fost dovedită de numeroase studii epidemiologice. Astfel, întâlnim mult mai mulți subiecți care se plâng de constipație într-o populație săracă și neinstruită decât în altele. Un alt exemplu este cel al muncitorilor din anumite industrii textile care prezintă un mare risc de-a face cancer de colon.

Despre utilizarea corectă a bolii

Simptomul și boala ocupă un loc important în echilibrul individului. Dacă medicul, prin abordarea sa terapeutică, vrea să elimine patologia, el trebuie deci să îl ajute pe bolnav să își metabolizeze literalmente problema de sănătate, în caz contrar putând apărea o deplasare a simptomului – și uneori agravarea situației. Astfel, un coleg de-al meu, neurochirurg și specialist în durere, a fost cumplit traumatizat. Se ocupase de un bolnav înnebunit de dureri în tot corpul în urma unui accident. Bolnavul fusese tratat fără succes de mulți specialiști. Colegul meu a reușit să elimine durerea punând un neurostimulator în dreptul măduvei spinării. Era foarte mândru de rezultat și foarte fericit. Bolnavul a devenit total asimptomatic și s-a sinucis. Colegul meu, bulversat, descoperise atunci că logica științifică lineară, oricât de eficientă ar fi ea, nu duce întotdeauna la o rezolvare logică a situației. Trebuie deci să vorbim de un beneficiu secun-

dar al bolii. Unii subiecți sunt mai fericiți când sunt bolnavi. Dacă atenția de care au nevoie le este dată doar atunci când nu se simt bine, trebuie să ținem cont de acest aspect pentru a evita eșecul terapeutic absolut.

Comunicarea nonverbală

Medicul este adesea surd și orb la limbajul corpului. Totuși, comunicarea nonverbală este foarte bogată. Vorbind repede, putem emite până la o mie de cuvinte pe minut, dar trimitem în același timp cincizeci de mii de mesaje nonverbale! Despre acest tip de comunicare există o literatură abundentă. E imposibil să o descrii exhaustiv în doar câteva pagini. În mod ideal, medicul trebuie să fie un bun observator, folosindu-și toate simțurile și acționând ca o oglindă neutră și binevoitoare față de pacient. L-am mai putea compara cu o cameră video restituindu-i pacientului ce a văzut și a auzit – dar care a înregistrat mesajele cu inima. De exemplu, dacă un pacient vorbește despre vreme cu un zâmbet fals, bate cu degetele pe birou și are ochii triști, putem alege să îl întrebăm: „De ce bateți cu degetele pe birou?“, sau: „De ce aveți ochii triști?“ în loc să vorbim despre vreme. Aceasta îl surprinde atât de mult pe subiectul obișnuit să schimbe doar câteva cuvinte, încât generează reacții vii și potențial foarte utile. „Agenda lui secretă“ începe atunci să se deschidă.

O tânără intră în birou la mine cu mama ei. Cele două femei se așază una lângă alta. Mama e în dreapta fiicei sale, eu în stânga ei. Fata e constipată. Cum sunt expert în acest domeniu, având numeroase articole publicate în presa internațională și lucrez într-un spital universitar foarte specializat, nu consult doar bolnavi din prima linie, ci și subiecți care au fost văzuți deja de mai mulți medici, indiferent că sunt generaliști, gastroenterologi sau chirurgi. Atunci, cu cât distanța dintre locul unde

trăiește bolnavul și cabinetul meu este mai mare, cu atât crește probabilitatea ca problema să fie severă. Mama și fiica vin din Connecticut. Tânăra este deci foarte constipată. S-a dus deja la mai mulți specialiști de pe Coasta de Est a Statelor Unite, străbătând-o pe toată de la o consultație la alta.

— Cât aveți de gând să rămâneți?

— Diseară luăm înapoi avionul din Montreal.

De la bun început, lucrurile sunt clare. Nu pot face nicio analiză care mi-ar permite să găsesc o cauză și un mecanism al constipației. Nu voi dispune decât de fișele făcute de ceilalți medici. Nu am practic nicio posibilitate să mă comport ca „medic”.

Optez pentru explorarea istoriei tinerei.

Părinții sunt divorțați de mai mulți ani. Vorbim îndelung despre viața ei. Deodată, izbucnește într-un râs gutural, răgușit, sexual, excitat, se face roșie ca focul, lovește în birou cu palma și își întoarce brusc capul spre mama ei.

Fac pe prostul.

— Nu înțeleg. Ceea ce v-am spus v-a excitat: ați râs gutural. Dar asta v-a și jenat mult, făcându-vă să roșiți brusc. V-am supărat și ați lovit cu palma pe birou. Nu în ultimul rând, v-ați întors capul către mama dumneavoastră ca să-i cereți ajutorul.

— Ai grijă! spune mama. Te hipnotizează! O știu, am lucrat deja cu un hipnotizator.

Hipnoza asociază comunicarea nonverbală cu transferul. Mama știe deci că am abordat-o pe fiica ei nu prin cuvinte, ci prin ceea ce spunea corpul ei.

În urma discuției care urmează, se dovedește că tatăl tinerei a abuzat sexual de ea, ceea ce i-a făcut pe părinți să divorțeze. Le explic îndelung celor două femei legăturile cunoscute dintre abuz și constipație (asupra cărora voi reveni amănunțit în capitolul IV).

Cele două femei iau avionul spre casă în aceeași seară. I-am sugerat fetei ca mai curând să facă o psihoterapie decât să se supună colectomiei la care se așteptau să le fie recomandată.

POSTURA BOLNAVULUI

Postura unui subiect ne dă multe informații. De exemplu, cel ce a fost educat cu asprime în copilărie va avea tendința de a avea gâtul în hiperextensie: el continuă să stea cu capul sus în fața foștilor săi adversari. Dimpotrivă, cei ce sunt deprimați își încovoiaie spinarea și își pleacă umerii.

OCHII VORBESC

Dragostea la prima vedere are o bază psihologică. Când un bărbat întâlnește o femeie și este atras sexual de ea, pupilele i se dilată instantaneu; dacă atracția e împărtășită, pupilele ei se dilată la rândul lor. Nu au rostit încă niciun cuvânt, dar știu deja. Italienele din Renaștere înțeleseseră asta foarte intuitiv și își puneau în ochi picături de tinctură de belladonă (bella donna – frumoasa doamnă) ca să atragă bărbații, înlocuind astfel midriaza (dilatarea pupilelor) dorinței cu cea a picăturilor oftalmice! Ocazional, un cuvânt nimerit, spus unui bolnav la momentul potrivit într-un context relațional, poate declanșa instantaneu o dilatație asemănătoare. Desmond Morris, în *La clé des gestes*, se joacă de altfel cu cititorul său masculin arătându-i două fotografii ale aceleiași tinere drăguțe, dintre care una a fost retușată pentru a da impresia că cititorul îi place... via pupilele ei dilatare. „Ce fotografie preferați?“, întreabă el. În ce mă privește, am ales-o pe cea cu pupilele retușate.

Un pacient anxios față de medic poate avea și el tendința de scoptofobie. Mișcarea frenetică a pleoapelor nu reușește să îi ascundă tulburarea. Faptul de a privi pacientul în ochi poate fi,

așadar, revelator. Unii vor răspunde fixându-l înfuriați pe medic cu privirea. Alții nu vor putea suporta acest contact față în față și își vor abate privirea. Alții vor rămâne perfect liniștiți. Dacă medicul e capabil să intre în autohipnoză, faptul de-a o face privind-l simultan pe pacient drept în ochi este o modalitate sigură de-a provoca emoții. Egoul medicului trebuie exclus din această relație pentru a permite proiecția pacientului. Dacă relația este bună, pacientul va intra și el în transă ca să poată păstra un contact strâns cu medicul. Făcând acest lucru, va lăsa garda jos, renunțând la control și își va dezvălui „agenda secretă”.

„Vezi”, îi spun lui Valérie, „pot să te privesc așa”. Fața mea e la douăzeci de centimetri de a ei. O observ. Frumosul ei păr blond care îi înconjoară chipul drăgălaș, bucuria din ochii ei, zâmbetul de pe buzele ei. Are puritatea inocenței întretesută cu experiență. Mă privește în adâncul ochilor, din adâncul ochilor ei. Are o piele palidă și trandafirie, cu o textură foarte fină. Părul, în creștetul capului, e strâns într-o buclă. Valérie e transparentă și se lasă observată de privirea mea de savant ornitolog. „Dar pot să te văd și fără să te privesc”, continui eu.

E mult de când am învățat să fac ochi dulci. Era în inima unei păduri din Québec, noaptea. O lumânare îi separa chipul frumos de al meu. Eram nebun după ea. Credeam că mi-am găsit visul. Și ea avea părul lung și blond. Avea ochi albaștri și o flacără de lumină în centrul lor. Îmi spusese că privirea mea i se părea foarte agresivă. Din dragoste pentru ea, și cu prețul unor mari eforturi, învățasem să îmi împlânzesc privirea, fiind corectat ca un copil mic de excesul de furie pe care continua să îl perceapă.

Mai târziu, mult mai târziu, făcusem un atelier de lucru despre „ochii dulci”. Era la Esalen, în California. Esalen este un loc legendar al psihologiei. În anii 1960, aici au stat mentori care

și-au clădit reputația, ca Frederick Perls, inventatorul abordării gestalt. El a insistat asupra acestui adevăr care a traversat secolele și pe care românii îl cunoșteau foarte bine, surprinzându-l în binecunoscuta expresie *Carpe diem* („Trăiește clipa“). *Hic et nunc* („Aici și acum“), spunea Perls. Fără nostalgia trecutului. Fără speranțe în viitor. Aici. Acum. Dormeam în camera lui Perls, de-acum disponibilă pentru participanți. Aproape de Oceanul Pacific. O minunăție. Tema atelierului era raportul dintre ochi dulci și rezistența fizică. Mediatorul ne pusese să facem un exercițiu pe care îl numea „skandenberg“. Trebuia să punem brațul la orizontală. În prima parte a procesului, trebuia să privim un obiect din cameră în timp ce partenerul nostru apăsa din toate puterile pe brațul întins. Era imposibil să rezisti. Apoi, mediatorul ne cerea să nu mai fim atenți la nimic, să intrăm într-o stare de absență, să vedem infinitul orizontului. Două-trei persoane nu mai reușeau să coboare brațul devenit „de fier“.

„Dar pot să te văd și fără să privesc.“ Nu o mai privesc pe Valérie. O văd în câmpul meu vizual. Privesc dincolo de ea. Departe în spatele ei, într-un loc imaginar. Cum îmi țin fața aproape de a ei și nu o mai privesc în detaliu, ochii nu îmi mai converg pe fața ei, ci rămân paraleli. Văd apărând un al treilea ochi la baza nasului. Nu e mare filosofie pentru cine cunoaște cât de cât fiziologia oculară și intersectarea nervilor optici. Fiecare ochi trimite un mesaj ipsilateral și contralateral care se combină cu al celuilalt ochi. Nemaiconvergând, ochii mei creează „trei“ ochi, al treilea fiind alcătuit din cele două jumătăți percepute de partea nervului optic care se îndreaptă oblic spre cealaltă parte.

O privesc pe Valérie. Spontan, ea intră în hipnoză profundă. Știu că hipnoza implică o autohipnoză, dar sunt totuși surprins. Ce să mai zic de grup! Voiam doar să arăt că toate simțurile sunt bidirecționale, că pot fi emițători sau receptori, dominante sau

dominate, active sau pasive și că starea mintală determină în ce sens trece semnalul. Cu excepția simțului pipăitului, unde e imposibil să atingi fără să fii atins.

Valérie începe să vorbească despre ea. Povești vechi. Nu fac decât să ascult, la fel ca grupul de chirurghi și kinetoterapeuți care asistă la scenă. Nu pun nicio întrebare.

Am reușit să păstrăm această comunicare intensă de-a lungul anilor. Am traversat Atlanticul pentru a asista la nunta lui Valérie.

Nici nu știam că Valérie se plângea de dureri de burtă cronice. Nu îmi spusese nimic. Suferea de colopatie funcțională. Într-o zi, mult mai târziu, mi-a spus că toate simptomele ei dispăruseră după experiența de transă, prin intermediul ochilor dulci. Mi-a spus că o vindecasem! De fapt, nu făcusem nimic. Inconștientele noastre se întâlniseră și se folosise de mine, fără ca eu să știu... și cu acordul meu.

SĂ ÎȚI AFIȘEZI CULORILE

Tipul de haine purtate de pacient, culorile pe care le-a ales ne dau indicii cu privire la dispoziția lui, mai ales dacă poartă mereu aceeași culoare. De exemplu, hainele negre vor sugera un proces de doliu.

Lyne se plânge de dureri abdominale, de constipație și de flatulențe pe care le pune imediat în legătură cu feminitatea: „E perfect când sunt la menstruație; am două scaune diareice pe zi, un abdomen plat, foarte puține dureri. După menstruație am cele mai acute dureri din ciclu, nu am scaun timp de șase-opt zile și par însărcinată în șase luni”. Începutul simptomelor ei datează de la un episod de menstruație prelungită care a durat cincizeci și două de zile. Fusese atunci tratată pentru avort incomplet, din greșeală, deoarece nu era însărcinată.