

JEAN-CLAUDE LARCHET

Terapeutică bolilor mintale

*Experiența creștinismului răsăritean
al primelor veacuri*

ediția a doua

În românește de
Marinela Bojin

editura
Σοφία

București

Cuprins

Cuvânt înainte	5
1. Premise antropologice: compusul uman	27
Sufletul și trupul	27
Duh, suflet și trup	40
2. Nebunia de origine somatică	51
3. Nebunia de origine demonică	65
Forme și cauze	65
Atitudinea creștină	82
Terapeutică duhovnicească	96
4. Nebunia de origine spirituală	121
Boli mintale și boli spirituale	121
Tristețea. Nosologie	126
Akedia. Nosologie	137
Tămăduirea tristeții	146
Tămăduirea akediei	153
5. O formă aparte de nebunie:	
nebunia pentru Hristos	167
Nebunul pentru Hristos, cel fără carte, cel simplu și cel „nevinovat”	170
O nebunie simulată	174
Temeiuri scripturistice	178

Cel dintâi rost al acestei nevoințe:	
dobândirea smereniei	183
Cel de-al doilea rost: lepădarea de lume. . .	195
Al treilea rost: iubirea de aproapele	199
Cerințele duhovnicești ale	
nebuliei pentru Hristos	204
Concluzie	211
Bibliografie	213
Izvoare patristice	213
Studii	221

Cuvânt înainte

În toate timpurile și în tot locul, oamenii s-au purtat cu bolnavii mintali în chip contradictoriu; i-au socotit ba solitori ai unei alte lumi ori mijlocitori între pământeni și zei, cinstindu-i ca pe niște adevărați preoți și prooroci, ba, cel mai adesea, înfrățiți cu duhurile rele și slugi ale lor, vrednici de alungare, buni de pus în fiare ca animalele și chiar dați morții.

Tot așa, dintotdeauna oamenii s-au întrebat ce sunt bolile mintale și care e pricina lor.

E limpede că ele, mai mult decât bolile trupești, trimit – dacă nu prin originea lor, cel puțin prin manifestările și nedumeririle pe care le iscă – la cele trei laturi ale ființei omenești: fizică, psihică și spirituală.

Însă cei care au încercat să le explice cel mai adesea n-au ținut seama de toate aceste laturi și, cercetând istoria „psihiatriei” (în înțelesul larg al termenului), constatăm că acesteia i-a fost întotdeauna greu să le includă într-un tot, arătându-se de timpuriu divizată între tendințe care acordau însemnătate numai uneia dintre ele.¹

¹ A se vedea H. Ey, „Histoire de la psychiatrie”, *Encyclopédie médico-chirurgicale*, 1955, 37005A; *Études psychiatriques*, I, Paris,

Psihiatria modernă păstrează, paradoxal, aceste diviziuni, dând loc la teorii și terapeutici eterogene și chiar contradictorii. Clasicul *Manual de psihiatrie* întocmit de H. Ey, P. Bernard și C. Brisset constată coexistența astăzi a patru mari tipuri de teorii: 1) teoriile organo-mecaniciste, care consideră că maladiile mintale au o origine organică; 2) teoriile psihodinamice ale inconștientului patogen, care le privește drept efect al forțelor inconștiente (Freud și discipolii săi, Jung); 3) teoriile sociopsihogenice ale factorilor de mediu, care socotesc bolile mintale drept reacții patologice de natură pur psihologică la situațiile dureroase sau dificile (școala anglo-saxonă, Pavlov), sau la eșecurile de comunicare, mai ales în sânul familiei (Bateson, Watzlawick și școala lui Palo Alto); 4) teoriile organogenice dinamiste, care afirmă că maladiile mintale sunt produse printr-o destructurare a ființei psihice, condiționată de factori organici (Jackson, Janet, Ey).

Aceste poziții diferite, în principiu, se exclud una pe alta: cea dintâi susține o etiologie pur organică, respingând așadar orice factor psihogen sau socio-gen; a doua, punând în prim plan factori psihogeni, respinge orice fundament organic al bolilor mintale și, chiar dacă admite importanța anumitor factori relaționali, îi socotește pe aceștia endogeni; cea de-a treia, respingând orice etiologie organică și orice intervenție a unui inconștient psihic, atribuie maladiile mintale exclusiv unor factori exo-

1952. Y. Pélicier, *Histoire de la psychiatrie*, Paris, 1971. F. G. Alexander și S. T. Selesnick, *Histoire de la psychiatrie*, Paris, 1972.

geni; a patra exclude astfel de factori, ca și orice recurs la inconștient și, admitând un substrat organic al maladiilor mintale, nu consideră că simptomele depindă direct și mecanic de acest substrat, ci acordă dinamicii forțelor psihice un rol esențial în structura și evoluția acestor maladii.¹

Uneori, în cadrul aceleiași direcții teoretice și practice, putem afla variații considerabile, divergențe și contradicții – lucru cu totul evident dacă ne uităm numai la psihoterapii, și chiar la psihoterapiile de același tip, ca, de exemplu, psihanaliza freudiană și cea a lui Jung.

În realitate însă mulți psihiatri dau dovadă de eclecticism în practica lor, care nu poate fi așadar deplin coerentă, ci e mai curând o tatonare, dacă nu chiar un soi de „bricolaj” mai mult sau mai puțin elaborat.

Constatarea că, în ceea ce privește rezultatele, toate terapiile sunt bune² nu poate decât să ne pună pe gânduri. Faptul că metode atât de eterogene, fondate pe principii teoretice atât de diferite sau chiar contradictorii, au efecte echivalente, contrariază principiul logic al noncontradicției și conduc la concluzia că eficacitatea lor ține de altceva decât de ceea ce le este specific, adică de atenția acordată

¹ Cf. H. Ey, P. Bernard, C. Brisset, *Manuel de psychiatrie*, Paris, 1974, ed. a IV-a, pp. 68-76.

² A se vedea recenzia lui J.-Y. Nau la un studiu publicat în *The Lancet*, 30 iulie 1988: „Une étude comparative sur le traitement des névroses. Psychothérapie et psychotropes se valent”, *Le Monde*, 5 august 1988.

bolnavului, de ascultarea și îngrijirea lui, de care acesta se poate bucura la fel de bine și cu același rezultat și în afara unui mediu specializat.

Dacă privim la nereușite, atunci iarăși putem spune că toate aceste felurite terapii sunt la fel de neputincioase și lipsite de rost în fața unei naturi care, și în aceste cazuri, potrivit vechiului principiu hipocratic, își are propriile sale mijloacele de tămăduire.

Putem constata de altfel, în multe cazuri de nevroze sau de psihoze, puținul efect pe care îl are toată această mulțime de terapii. Medicamentele psihotrope acționează asupra simptomelor maladiilor și în majoritatea cazurilor nu ajung la cauza lor. Ele aduc indiscutabil o ușurare a bolii, reducând manifestările patologice, dar cu prețul unei îngreunări și al unei inhibiții interne și externe care îi produc bolnavului aceleași suferințe ca și boala. Mulți psihiatri au înțelepciunea să nu vadă în aceste medicații decât simple adjuvante, menite mai întâi de toate să-l facă pe bolnav accesibil la o terapie de bază, pe plan psihologic. La aceasta însă în fapt se ajunge rar și atunci, tot așa, rar e încununată de succes. Se știe că psihanaliza, care este una dintre cele mai elaborate psihoterapii din epoca noastră, nu reușește să vindece cele mai multe dintre psihoze, iar în cazurile confirmate de nevroză, are doar reușite limitate. Freud de altfel n-a crezut niciodată că este posibilă o vindecare totală, iar mulți psihanalisti se mărginesc, în mod decent, la a-i ajuta pe bolnavi să-și asume starea și să-și îndure mai bine suferințele.

Varietatea teoriilor psihiatrice îngreunează firește acordul în ceea ce privește definirea și clasificarea bolilor mintale.¹ Putem constata diferențe considerabile de la o țară la alta, de la o școală la alta. Putem chiar afirma, fără nicio rezervă, că „nu există modele de clasificare”².

Evoluția contemporană a psihiatriei, departe de a merge în sensul unei unificări sau cel puțin al unei armonizări, nu face decât să accentueze divergențele și să consfințească divizarea. Cât privește problemele legate de definirea bolilor mintale, „schizofrenia” este cel mai bun exemplu; astfel, în Franța această noțiune se referă la ceva foarte precis, în timp ce școala anglo-saxonă îi atribuie un sens foarte larg, care înglobează aproape toate psihozele și chiar pune alături psihozele și nevrozele (distincția clasică dintre aceste două mari categorii de boli fiind ea însăși adesea contestată, mai ales de școala antipsihiatrică). Cât privește problemele legate de etiologie, semnificativ este autismul; nicicând n-a existat o dispută mai aprinsă între susținătorii unei cauzalități psihologice și cei ai unei cauzalități genetice.³

De altfel, însăși noțiunea de boală mintală pune probleme. Potrivit mișcării antipsihiatrice, care a

¹ Cf. H. Ey, P. Bernard, C. Brisset, *Manuel de psychiatrie*, p. 217-218. E. Stengel, „Classification of mental disorders”, *Bul. OMS*, nr. 21, 1959, pp. 600-663.

² Cf. H. Ey, P. Bernard, C. Brisset, *Manuel de psychiatrie*, p. 217.

³ A se vedea articolele Dr. Escoffier-Lambiotte, *Le Monde*, 2 februarie, 14 februarie, 24 aprilie 1985 și al lui J.-Y. Nau, *Le Monde*, 22 iunie 1988.

luat amploare în anii '60, ea ar fi un mit (Szasz), o invenție a societății (Cooper), și nicidecum o boală. Psihatrii anglo-saxoni de tip psihanalitic, subliniind importanța factorilor sociali și de mediu, au fost și ei înclinați să elimine conceptul de boală mintală (Sullivan). În celebra sa *Histoire de la folie à l'âge classique*¹, Michel Foucault a susținut teza că noțiunea de „maladie mintală” e rezultatul unei aproprieri abuzive și simplificatoare a nebuniei de către știința medicală care abia lua naștere, după ce fusese identificată, la fel de abuziv, cu lipsa de rațiune și respinsă ca atare de raționalitatea dominantă în societate și prețuită de ea.

Atitudinea instituției psihiatrice față de bolnavii mintali reflectă toate aceste divergențe și contradicții. În actuala stare de lucruri, după cum remarcă Henry Ey și colaboratorii săi, psihiatria „nu poate decât să stea în cumpănă între două tendințe, care o fac când să țină seama mai mult de boală decât de bolnav, când să se intereseze mai mult de bolnav decât de boală”².

Spitalizarea are și ea o anumită ambiguitate. Pinel, dezlegându-i din lanțuri, în 1793, pe alienați și tratându-i ca pe niște bolnavi obișnuiți, i-a eliberat de condiția lor de condamnați; însă după aceasta au fost prinși în alte lanțuri, ale legilor și azilelor. Pe de o parte, spitalizarea și izolarea bolnavilor mintali pot fi privite drept mijloace de ajuto-

¹ Paris, 1972.

² H. Ey, P. Bernard, C. Brisset, *Manuel de psychiatrie*, p. 61.

rare a celor respinși de familie și de societate¹, pe de alta, drept forme de izolare, ceea ce-i face pe mulți să socotească spitalele de acest gen drept adevărate închisori.

Descoperirea neurolepticelor pare a fi fost, în această privință, o eliberare, dar multe voci au denunțat înlocuirea în acest fel a vechii cămași de forță cu o nouă cămașă de forță, „chimică”. S-au făcut mari progrese în ceea ce privește umanizarea condiției bolnavilor mintali spitalizați și adaptarea prescripțiilor la fiecare caz în parte.² Dar, pentru că în mediul spitalicesc clasic de acest gen predomină teoriile organogene și terapiile chimice, adesea îngrijirea pacienților se limitează la acestea din urmă. Problemele psihologice ale bolnavului, socotite potrivit logicii acestor teorii drept epifenomene, în multe cazuri nu fac obiectul niciunei psihoterapii. Bolnavul însuși, cât privește aplicarea tratamentului și împlinirea nevoilor materiale, nu beneficiază decât de o atenție limitată din partea personalului spitalicesc – cel mai adesea nu îndeajuns de numeros și, evident, puțin instruit în această privință. Medicația pe care o primește potrivit condiției sale de bolnav mintal arată până la urmă că se ia în considerare și se tratează mai curând boala decât bolnavul. Astfel, boala fiind „confiscată” de medic, privit ca singurul competent s-o trateze, bolnavul – sortit să rămână

¹ A se vedea C. Brisset, „Le Psychiatre et l'exclusion du fou”, *Le Monde*, 2 noiembrie 1977, p. 9.

² A se vedea C. Koupernik, „L'Heure des «traitements sur mesure»”, *Le Monde*, 16 aprilie 1980, p. 15.

o victimă a fenomenelor psihochimice, care scapă și voinței, și înțelegerii sale, fiind pur medicale – este lipsit de orice posibilitate de a lua parte la propriul său tratament și la propria sa vindecare. În parte, ca reacție împotriva acestei stări de lucruri s-au ivit experimentele comunităților terapeutice instituite de fondatorii antipsihiatriei din Anglia (Cooper, Laing) și de cei ai mișcării de psihiatrie critică, *Psichiatria democratica*, din Italia (Basaglia), prima urmărind să-i facă pe bolnavi responsabili de modul lor de viață și părtași la deciziile terapeutice care-i privesc, a doua vizând încetarea tuturor fenomenelor de excludere a lor și integrarea lor cât mai mult cu putință în viața socială normală. Aceste încercări însă au rămas din nefericire marginale.

E cu totul adevărat că, în afara instituției specializate, relația cu bolnavul mintal este întotdeauna dificilă și problematică. Pentru că întotdeauna el perturbă ordinea socială și familială, dar mai cu seamă contestă valorile stabilite, ridicând prin însăși starea sa problema criteriului dominant al normalității, ceea ce constituie un pericol pentru echilibrul câștigat cu greu și adesea fragil al celor din jur. Antipsihiatria, văzând în boala mintală o sănătoasă contestare a unei structuri sociale sau familiale bolnave, exagerează fără nicio îndoială. E adevărat însă, cel puțin în parte, că prin izolarea instituțională a bolnavului se răspunde unei voințe de excludere a lui, mai mult sau mai puțin afirmată, din partea societății, a familiei sau a unui grup de indivizi care își simt amenințate propriul lor echi-

libru și propria lor sănătate. Bolnavul mintal este prin excelență acel „altcineva”, privit de toți ca într-un tot deosebit și străin de ei. E semnificativ faptul că, mai în toate societățile, el a fost socotit fie suprauman, fie subuman – adică lipsit de rațiune, definitorie pentru om, stăpânit de forțe inumane, nesupuse liberului arbitru și voinței, care sunt și ele însușiri specific omenești; străin, așadar, de condiția umană, „alienat” –, și numai arareori un om ca toți oamenii.

Studiul de față – a treia parte a trilogiei având drept subiect concepția creștină despre boală, așa cum reiese din textele patristice și hagiografice ale creștinismului răsăritean din veacul I și până în veacul al XIV-lea¹ – își dorește să fie o contribuție la istoria maladiilor mintale și a terapeticilor lor, într-un domeniu în care ea n-a fost până în prezent decât puțin cercetată.

În fața numeroaselor probleme pe care le ridică și astăzi, după cum vom vedea, înțelegerea nebuniei², tratamentul maladiilor mintale și relația cu

¹ Prima parte având drept obiect bolile trupești (*Théologie de la maladie*, Cerf, Paris, 1991), a doua, bolile spirituale (*Thérapeutique des maladies spirituelles*, Ancre, Paris, 1991).

² Firește că nu dăm acestui termen niciun sens peiorativ. Nu facem decât să urmăm Părinților, care folosesc uneori cuvântul „boală” (a se vedea, de pildă, Sf. Grigorie de Nazianz, *Carm. Theol.*, II, 28, PG 37, 857A), dar cel mai adesea cuvântul „nebunie”, acest concept având un înțeles mai cuprinzător decât cel dinainte și corespunzând mai bine concepției lor pluridimensionale. Primul îi este mai familiar cititorului de azi, datorită celor două secole de impunere a sa prin intermediul

bolnavii mintali, acest studiu vrea de asemenea să înfățișeze aportul, chiar dacă modest, al vechii gândiri și experiențe creștine.

Contextul istoric și social este, firește, foarte diferit și nu dorim în niciun fel să prezentăm toate concepțiile vechilor Părinți pe această temă drept referințe, nici toate practicile lor terapeutice drept modele de urmat.

Anumite poziții sunt indiscutabil depășite. Progresele medicinei au dat la iveală de multă vreme caracterul eronat al celor mai multe dintre concepțiile hipocratice și galenice, care serveau pe atunci la explicarea anumitor maladii mintale, iar tratamentele corespunzătoare lor sunt evident depășite.

Pe de altă parte, trebuie să subliniem faptul că Părinții tratează acest subiect – care nu făcea parte din preocupările lor prioritare – numai indirect și ocazional. În privința bolilor mintale, din pricina caracterului fragmentar și lacunar al surselor, nu putem desprinde o viziune la fel de coerentă, sistematică, precisă și completă ca în cazul bolilor trupești și mai ales al celor spirituale. De aceea, sinteza elaborată pe baza acestor surse poartă marca nedesăvârșirii.

Chiar și așa, considerăm că, pe lângă faptul că demolează anumite prejudecăți și risipește unele neînțelegeri în privința concepțiilor patristice, ea

medicinei, care l-a devalorizat total pe cel de-al doilea. Acesta și-a recâștigat totuși o oarecare demnitate în anii '70 datorită mișcării antipsihiatrice și celebrei lucrări a lui M. Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, 1972.

oferă gândirii și practicii actuale și soluții care nu sunt de neglijat.

În vreme ce psihiatria modernă se arată a fi în mare parte destrămată de teorii contradictorii, fiecare dorind să-i fie prețuit exclusiv punctul său de vedere, e interesant să constați că gândirea creștină a dezvoltat o concepție complexă despre bolile mintale, recunoscându-le trei cauze posibile: organică, demonică și spirituală, aceste trei etiologii lăsând loc pentru terapeutici diferite, specifice fiecăreia dintre ele. Aceasta dezvăluie, de la bun început, deplina falsitate a afirmației, destul de răspândită printre istorici, că întotdeauna creștinismul a socotit nebunia și bolile mintale drept efect al posedării demonice.

Iarăși, în vreme ce psihiatria modernă, în fiecare dintre tendințele ei, se arată a fi în multe privințe simplificatoare, concepția Părinților are meritul de a ține seama de toate cele trei dimensiuni ale ființei omenești, trupească, psihică și spirituală. Și pentru că fenomenul nebuniei, după cum se admite din ce în ce mai mult, trimite la sferele cele mai profunde ale ființei omenești, la valorile ei esențiale, vedem că Părinții o abordează întotdeauna din perspectiva legăturii omului cu Dumnezeu și în raport cu devenirea întregii sale ființe. Referința la planul spiritual este lămuritoare pentru felul în care înțeleg ei nebunia, asigurând unitatea și coerența gândirii lor în această privință, în ciuda diversității și aspectului ei fragmentat la prima vedere. De aceea, ideea că societatea bizantină n-ar fi avut decât reprezentări