

TREI

Înapoi la normalitate

De ce copiii sănătoși sunt greșit diagnosticați
cu ADHD, autism și tulburare bipolară

ENRICO GNAULATI

Traducere din engleză de Cristina Jinga

Cuprins

<i>Introducere</i>		9
Capitolul unu	Știința nebună și medicina nebună	17
Capitolul doi	Graba de a diagnostica	48
Capitolul trei	Victime ale diagnosticării aleatorii	81
Capitolul patru	Băieții, scoși din categoria normalului	104
Capitolul cinci	Normalitatea comportamentului problemă	118
Capitolul șase	ADHD? Sau narcisismul copilăriei dincolo de limite?	146
Capitolul șapte	Tulburare bipolară? Sau furtună a adolescenței și stres în stil secolul XXI?	179
Capitolul opt	Spectru autist? Sau un băiat deștept, voluntar și introvertit?	218
Capitolul nouă	Părinți cu autoritate	244
<i>Mulțumiri</i>		284

Capitolul unu

Știința nebună și medicina nebună

În anul 1985, eram un proaspăt medic stagiar la o clinică publică din Seattle, Washington, când am avut prima revelație în privința profesiei pe care mi-o alesesem. Lucram într-o echipă de intervenție în situații de urgență. Marea majoritate a pacienților de care mă ocupam sufereau de grave tulburări mentale. George, un tânăr fără adăpost, în vârstă de optsprezece ani, era unul dintre aceștia. În ziua mohorâtă în care m-am întâlnit cu el, în Seattle, era agitat. Mi-a spus cu convingere că KGB-ul complota împotriva lui. Era urmărit și hărțuit. KGB-ul îi implantase un tranzistor în dinți și era monitorizat permanent, oriunde s-ar fi aflat. Mai îngrijorător, George era sigur că KGB-ul era hotărât să-l violeze. Cu vreo câteva săptămâni în urmă, trecuse granița spre Canada și se dusese în Columbia Britanică, pentru a scăpa de agenții KGB care îl urmăreau îndeaproape. Dar se întorsese, considerând că ar fi mai greu pentru agenții KGB să opereze în Statele Unite, dată fiind poziția dură a președintelui Reagan față de Uniunea Sovietică.

Am făcut ca majoritatea stagiarelor conștiincioși — am ascultat cu atenție. Am încercat să nu par bulversat. M-am concentrat îndeosebi pe a-i câștiga încrederea, astfel încât să fie de acord cu spitalizarea. În această privință, am reușit. George a fost de acord să se interneze de bunăvoie la secția locală de psihiatrie din cadrul Centrului Medical Universitar din Washington.

Câteva zile mai târziu, am sunat-o pe una dintre asistentele de la psihiatrie și am întrebat-o cum se descurca George. Am fost consternat să aflu că situația lui se înrăutățise. Intrase în catatonie deplină, refuzând să vorbească, să mănânce sau să facă baie. Medicamentele care îi fuseseră administrate nu păreau să aibă vreun efect.

Am rugat asistenta să-mi descrie detaliat procesul de internare al lui George. Ea mi-a spus că fusese supus unui examen fizic standard, ceva mai invaziv decât în mod obișnuit, din cauza rănilor și abceselor multiple de pe corpul lui George. A menționat în treacăt că George a avut nevoie de un examen rectal, din cauza lipsei de igienă, care determinase apariția unei infecții în acea parte a corpului său. Am întrebat-o pe asistentă cum se numea doctorul care îl internase. Așa am aflat că doctorul avea un nume est-european și un accent foarte puternic. Mi-a trecut imediat prin minte că, într-un fel, delirul paranoid al lui George se adeverise: fusese sondat în mod invaziv de un agent străin. Am înțeles atunci de ce starea lui George se înrăutățise.

Cazul lui George este un exemplu oarecum extrem și dramatic de pată oarbă și de lipsă a judecății de bun simț, ce pot apărea în practica sănătății mentale, mai cu seamă când un practician consideră un client ca fiind întruchiparea unui diagnostic sau victima unui creier dereglat și aplică fără rezerve un protocol de tratament. Când interacțiunea dintre cei doi se desfășoară strict după schema tulburare-tratament, practicianul poate considera irelevantă încercarea de a înțelege *de ce* un client se comportă așa cum o face.

Specialiștii în sănătate mentală sunt adesea înclinați să vadă comportamentul problemă al copiilor ca pe ceva ce trebuie tratat cu medicamente, controlat sau schimbat. Totuși, comportamentul problemă comunică întotdeauna ceva. Dacă nu acordăm timp pentru a explora conștiincios ce scopuri sau funcții are pentru copil un anumit comportament, s-ar putea să pierdem ocazia de a iniția o schimbare autentică și de durată.

Perspectiva standard asupra hiperactivității, de exemplu, o consideră o simplă manifestare a unei neurofiziologii dereglate. Cu aceasta, nu mai încerci să înțelegi cărui scop îi folosește unui copil hiperactivitatea, la fel cum nu încerci să înțelegi cărui scop îi folosește unui copil să aibă un nivel crescut al glicemiei. Există copii a căror hiperactivitate își are originea în dezvoltarea deficicientă a creierului. Fără îndoială, pentru aceștia tratamentul medicamentos și controlul comportamental sunt intervenții necesare și benefice. Totuși, majoritatea copiilor al căror comportament este hiperactiv manifestă un asemenea comportament din anumite motive. Poate pentru că au învățat că prin manifestările lor de hiperactivitate vor face un părinte, altminteri ocupat și disponibil numai din când în când, deși iubitor, să le acorde în sfârșit atenție. Sau poate că este felul lor de a comunica părinților că solicitările sedentare ale vieții de acasă și de la școală îi lasă cu o nevoie acută de experiențe mobile, de mai multă mișcare. Poate pentru că tind să dramatizeze, să iasă în evidență și să fie zgomotoși, atunci când au o dorință puternică de a fi apreciați pentru demonstrarea vreunei competențe sau vreunei abilități. Ca să fim de ajutor în mod reflexiv, trebuie să înțelegem multiplele semnificații a ceea ce încearcă să comunice copilul prin hiperactivitatea sa.

De asemenea, contextul e totul atunci când încercăm să înțelegem comportamentul. Dacă privim comportamentul unui copil ca pe un simptom ce trebuie bifat pe o listă și nu cercetăm condițiile obișnuite în care acesta se manifestă, putem obține o imagine deformată a modului de funcționare al aceluși copil.

De exemplu, accesele de furie pe care le manifestă pacienta mea de zece ani, Cynthia, când se află acasă, sunt foarte puternice și pot părea chiar un semn al tulburării bipolare. Cel puțin de patru-cinci ori pe lună, Cynthia devine agitată și imposibil de controlat pentru intervale de timp de până la o jumătate de oră. Aparent, ea e dată peste cap de lucruri impuse, cum ar fi să poarte o anumită rochie cu flori sau să participe la un eveniment obligatoriu la biserică. În asemenea situații, fata țipă cât o ține gura,

umblă de colo-colo și declară că membrii familiei au ceva cu ea. Mai neplăcut este că zâmbetele nevinovate ale membrilor familiei în aceste momente o fac pe Cynthia să se simtă luată în râs și ridiculizată. Le strigă amenințări, dacă aceștia nu încetează să râdă de ea. Atunci, membrii familiei încearcă să pară sinceri și serioși. Nici asta nu merge, căci Cynthia crede în continuare că ei își bat joc de ea.

Totuși, Cynthia este o elevă de nota zece. Nu și-a ieșit niciodată din fire la școală cât să stârnească îngrijorarea profesorilor. Este foarte iritabilă și autoritară cu prietenele, dar nu le-a făcut niciodată o scenă emoțională. De ce are Cynthia accese de furie în anumite contexte, iar în altele nu? În timpul ședințelor intensive de parentaj cu mama Cynthiai, am descoperit împreună câteva situații contextuale esențiale pentru dezlegarea misterului: Cynthia e mai probabil să explodeze când trebuie să se oprească dintr-o activitate plăcută, fără a fi prevenită dinainte, și să se supună unei cerințe pe care o percepe ca fiind puternic indezirabilă. Când mama Cynthiai „contraatacă”, episoadele de furie ale Cynthiai sunt mult mai severe și mai lungi. Când mama Cynthiai reușește să „reacționeze empatic” sau „să joace rolul psihologului amator” și încearcă, blând, să reflecte ce simte Cynthia și de ce, sunt mai multe șanse ca accesul de furie să fie dezamorsat. Fără o astfel de înțelegere a contextului, ar fi greu de imaginat cum s-ar putea interveni într-o manieră constructivă.

Publicul, în general, crede că specialiștii în sănătate mentală sunt pregătiți să fie sensibili în interacțiunea interpersonală, să pună întrebările potrivite ca să înțeleagă semnificațiile mai profunde ale comportamentului copiilor, să analizeze întotdeauna comportamentul în context, să distingă între un comportament normal al copiilor și unul anormal, să fie bine informați despre dezvoltarea socială și emoțională a copiilor și să includă sânguinos părinții în terapia copilului. Pe cât de surprinzător ar părea, asupra acestor abilități și cunoștințe de bază nu se pune accentul în facultatea de medicină sau în programele postuniversitare.

OARE CHIAR ȘTIU SPECIALIȘTII MAI BINE?

Un pediatru este specialistul care va fi cel mai probabil consultat când un copil este suspect de ADHD. Dacă profesorii sunt adesea primii care le sugerează părinților unui copil că acesta ar trebui evaluat, de obicei pediaterul este cel căruia i se solicită o opinie formală. Deși mulți pediatri sunt instruiți și calificați pentru a evalua și trata ADHD, ei reprezintă mai degrabă excepția decât regula. Câți dintre medicii care efectiv își spun pediatri posedă o pregătire specializată în medicină pediatrică și/sau psihiatrie pediatrică?

Cu vreo câțiva ani în urmă, Gary L. Freed, MD, șeful Departamentului de Pediatrie generală de la Universitatea din Michigan, a inițiat un sondaj privind medicii înregistrați ca pediatri în registrul de stat al autorizărilor în opt state din Statele Unite: Ohio, Wisconsin, Texas, Mississippi, Massachusetts, Maryland, Oregon și Arizona⁴. Conform sondajului, 39% dintre pediatrii înregistrați nu-și făcuseră rezidențiatul în pediatrie. Chiar și în cazul celor care efectuaseră acest stagiul, pregătirea lor în psihiatrie pediatrică era minimală. În prezent, Academia Americană de Pediatrie (AAP) estimează că mai puțin de un sfert dintre pediatrii din întreaga țară au o pregătire specializată în sănătatea mentală pediatrică mai aprofundată decât cea efectuată în timpul rezidențiatului în pediatrie generală. Ultimele date privind pediatrii care s-au lansat în practică arată că 62% consideră că problemele privind sănătatea mentală nu au fost suficient studiate în facultate⁵. Cu toate acestea, lipsa pregătirii nu pare să-i descurajeze în diagnosticarea ADHD. Datele studiului publicat de AAP indică faptul că peste 90% dintre pediatri se consideră calificați pentru evaluarea tulburărilor de tip ADHD⁶.

⁴ Gary L. Freed et al., „Recently Trained General Pediatricians: Perspectives on Residency Training and Scope of Practice”, *Pediatrics* 123 (2010), pp. 538–543.

⁵ *Ibid.*

⁶ Ruth E. K. Stein et al., „Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: How Much Responsibility Are Pediatricians Taking?“, *Pediatrics* 123, nr. 1 (2009), pp. 248–255

Mai mult, durata medie a unei vizite la pediatru este de șaisprezece minute⁷. Această alocare redusă de timp cu siguranță nu permite o discuție aprofundată, în cazul fericit în care se poartă totuși o discuție, despre comportamentul îngrijorător al unui copil, care să confere certitudinea că, la orice diagnostic se ajunge, este într-adevăr cel adecvat.

În zilele noastre, psihiatrul pediatru tipic nu este pregătit să observe, să asculte și să reflecteze profund la comportamentul unui copil. În anii '60 și '70, era obligatoriu pentru un psihiatrul să învețe cum se face psihoterapia. Datele actuale de la Universitatea Columbia arată că numai unu din zece psihiatri asigură psihoterapie tuturor clienților⁸. Un raport din 2005, despre opiniile în privința pregătirii în psihoterapie a psihiatrilor rezidenți din cadrul a șaptezeci de programe din întreaga țară, a scos la lumină o statistică deloc măgulitoare⁹. Aproape 43% dintre cei intervievați considerau că a învăța la facultatea de medicină cum se face psihoterapie era un fel de povară. Majoritatea rezidenților principali din același studiu au indicat că stagiarii consultau în medie unu până la patru clienți, reprezentând, ca timp, până la șase ore din timpul lor într-o săptămână — ceea ce nu se poate numi o pregătire intensivă după niciun standard. Daniel Carlat, MD, a cărui carte (*Dezaxat: Care-i problema cu psihiatria. Revelațiile unui medic despre o profesie aflată în criză*) a fost apreciată la nivel național atunci când a apărut, în 2010, rezumă situația: „Odată ce noi, psihiatrii, am devenit subjugăți de diagnostic și medicație, am renunțat la esența profesiei noastre — înțelegerea minții. Am devenit

⁷ Alicia Merline, Lynn Olson și William Cull, „Length of Pediatric Visits Actually Increasing“, lucrare prezentată la Pediatric Academic Societies Annual Meeting, Baltimore, în mai 2009.

⁸ Ramin Mojtabai și Mark Olfson, „National Trends in Psychotherapy by Office-Based Psychiatrists“, *Archives of General Psychiatry* 65, nr. 8 (2008), pp. 962–970.

⁹ Khurshid A. Khurshid et al., „Residency Programs and Psychotherapy Competencies: A Survey of Chief Residents“, *Academic Psychiatry* 29 (2005), pp. 452–458.

obsedați de psihofarmacologie și de procesul ei interminabil de a soluționa problemele prin medicație, ajustarea dozelor și adăugarea de noi medicamente care să contracareze efectele secundare ale celor cu care s-a început¹⁰.

Rambursările din sistemele de asigurări sunt prevăzute să recompenseze psihiatrii pentru evaluări făcute medicamentelor și pentru efectuarea de verificări rapide, în locul psihoterapiei, mare consumatoare de timp. „Consult medical în cincisprezece minute“ este standardul. Un psihiatru poate comasa patru asemenea verificări într-o oră, respectiv cât durează o ședință de psihoterapie — evident, o metodă mai productivă. Dacă o familie ajunge în cabinetul unui psihiatru, este aproape sigur că, în zilele noastre, discuția se va centra pe simptomele tipice, diagnosticele posibile și medicamentele disponibile.

Cu acestea, revin la profesia mea, pe care o prețuiesc — psihologia. Publicul larg este adesea incapabil să facă deosebirea dintre un psihiatru și un psiholog. Amândoi sunt doctori. Totuși, psihiatrii urmează facultatea de medicină și obțin o diplomă de doctor în medicină. Ei învață în special despre anatomie și fiziologie. Psihologii urmează programe postuniversitare și obțin o diplomă de doctor în filosofie sau în psihologie¹¹. Ei studiază materii ca psihologia anormalului și evaluarea psihologică. Învață statistici avansate și metode de cercetare. Pe lângă aceste cursuri, psihologii se instruiesc și în psihoterapie. Când termină studiile postuniversitare, psihologii devin, teoretic, ceea ce este cunoscut sub denumirea de „om de știință — practician“.

În realitate, cei mai mulți psihologi ies din programele de studii postuniversitare tari la partea de „știință“ și slabi la partea de „practică“, pentru că, în mod ironic, cei mai mulți psihologi sunt pregătiți să practice aiudoma unor cercetători. Generația

¹⁰ Daniel J. Carlat, *Unhinged: The Trouble with Psychiatry—A Doctor's Revelations about a Profession in Crisis* (New York: Free Press, 2010), p. 15.

¹¹ În România, psihologii urmează facultatea de psihologie, iar pentru a deveni psihoterapeut e nevoie de o formare postuniversitară de specialitate (N. red.)

actuală de psihologi este încurajată să utilizeze numai așa-numitele „tratamente pe baza dovezilor“. Acestea sunt intervențiile pe care psihologii teoreticieni le-au găsit eficiente în studii controlate. Psihologii trebuie să se raporteze la manuale ca să aleagă acțiunile specifice de urmat pentru abordarea problemei cu care se prezintă un client sau ca să stabilească un diagnostic. Dr. Catherine Lee, profesor la departamentul de psihologie clinică al Universității din Ottawa, sintetizează pasiunea cu care noii psihologi ar trebui să adopte această nouă abordare: „Dacă studenții vor să stăpânească practica bazată pe dovezi, atunci ei trebuie nu numai să fie convinși de beneficiile ei, ci să învețe, de asemenea, cum să o aplice. Aceasta implică competențe de gândire critică și abilități de cercetare eficientă și, deopotrivă, competențe de relaționare, pentru care găsesc îndrumări detaliate în manualele de tratament“¹².

Însă aceasta nu este câtuși de puțin o metodă umanistă de abordare a problemelor umane. Scenariile de interacționare cu clienții sunt noua normă — scenariile ce se bazează pe manuale și protocoale de cercetare. Programele postuniversitare de psihologie în general nu sunt preocupate de promovarea abilităților și proceselor de tipul „intuiție clinică“ sau „insight-uri personale care ar putea avea relevanță pentru înțelegerea condiției umane“. Viitorii psihologi nu sunt încurajați să integreze „cunoștințele din cărți“ cu „cunoștințele personale“ — să integreze concepte clinice cu observații derivate din propriile experiențe de psihoterapie și de viață, să-și folosească propria judecată și sentimentele atunci când trebuie să ajungă la concluzii clinice în privința clientului lor.

Totuși, percepțiile personale asupra unui client, când sunt utilizate cu discernământ, pot însemna succesul sau eșecul unei evaluări clinice adecvate. Aceasta s-a întâmplat în cazul lui Juan,

¹² Catherine M. Lee, „From Clinical Trials to Professional Training: A Graduate Course in Evidence-Based Interventions for Children, Youth, and Families“, *Training and Education in Professional Psychology* 1, no. 3 (2007), pp. 215–223.