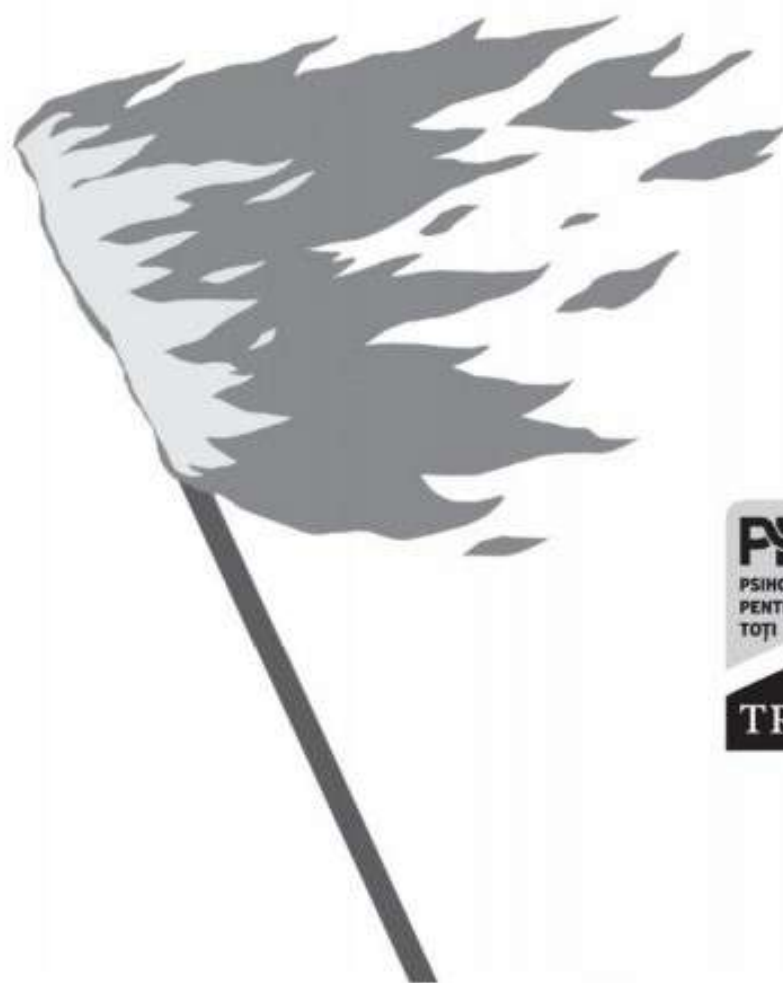


SUZANNE O'SULLIVAN

# E DOAR ÎN CAPUL TĂU

POVEȘTI ADEVĂRATE  
DESPRE BOLI IMAGINARE

Traducere din limba engleză de  
**Adriana Trandafir**



*Pentru E.H.*

## Cuprins

<i>1. Lacrimi</i>	9
<i>2. Pauline</i>	29
<i>3. Matthew</i>	61
<i>4. Shahina</i>	95
<i>5. Yvonne</i>	122
<i>6. Alice</i>	165
<i>7. Rachel</i>	201
<i>8. Camilla</i>	239
<i>9. Râs</i>	279
<i>Muțumiri</i>	293

# 1

## Lacrimi

*Eram deja convins că femeia nu era afectată de o boală fizică, ci de o oarecare problemă emoțională și întâmplarea a făcut ca exact în momentul în care o examinam să mi se confirme ideea. Cineva care tocmai se întorcea de la teatru a menționat că îl văzuse pe Pilade dansând. În acea clipă, expresia și culoarea feței pacientei s-au modificat dramatic. Atent, mi-am așezat mâna pe încheietura femeii și am remarcat că pulsul îi devenise brusc neregulat și extrem de agitat, ceea ce indică o minte tulburată.*

GALEN, CIRCA 150 D.HR.

Am devenit medic în 1991. Prima mare dilemă a unui medic începător este alegerea specialității. Unele părți ale deciziei sunt ușoare. Ori vrei să operezi, ori nu vrei. Ori reacționezi rapid în urgențe, ori nu. Unii vor să fie oameni de știință în laborator. Alții preferă să petreacă timp cu pacienții. În medicină e loc pentru orice tip de om. Uneori este mai greu să iei deciziile mai subtile care urmează.

Știi că vrei să fii chirurg, dar ce părticică a corpului vrei să operezi? Ești fascinat de inimă, care poate pune viața în pericol printr-o singură bătaie sărită? Sau vrei să trăiești sușurile și coborâșurile luptei împotriva cancerului?

În ciuda tuturor posibilităților, am luat decizia devreme în cursul pregătirii mele. Voiam să fiu neurolog. Când am luat acea decizie credeam că știu ce înseamnă și încotro avea să mă ducă. Voiam să-i imit pe oamenii de la care învățasem, pe cei care mă inspiraseră. Îmi plăcea munca de detectiv pe care o implica această specialitate, îmi plăcea să deslușesc căile misterioase prin care sistemul nervos își transmite mesajele și să învăț toate modurile în care lucrurile pot merge prost. Imaginați-vă un om care nu își poate mișca piciorul drept și nu își poate simți piciorul stâng — unde e leziunea? Care e boala? Sau o femeie care pare în regulă, dar deodată nu mai poate scrie și nu-și mai poate identifica degetele. Întrebați-o care este degetul arătător și nu va putea răspunde corect. Lezarea cărei părți a creierului are acest efect? Bolile neurologice se manifestă în moduri ciudate și înșelătoare. Există un tip de criză epileptică declanșată de pierderea dinților. Există afecțiuni paralizante temporare care apar după ce pacientul mănâncă sărat.

Mi-am început pregătirea de specialitate în neurologie în 1995. Mă așteptam să tratez oameni cu boli ale creierului, nervilor și mușchilor; boli ca scleroza multiplă, accidentul cerebral, migrena și epilepsia. Nu aș fi putut ști atunci cât de mult aveam să fiu atrasă de acei pacienți a căror boală pornea nu din corp, ci din minte.

Vedem peste tot exemple care ne arată cum mintea influențează corpul. Unele sunt atât de obișnuite, încât nici nu le observăm. Lacrimile sunt doar apă sărată produsă de niște canalicule din ochi. Sunt un răspuns fiziologic la un sentiment. Plângem când suntem triști, dar putem plânge și când suntem fericiți. Uneori lacrimile

sunt declanșate de o amintire sau de o melodie sau de o pictură. Apar ca răspuns la furie sau la râs. M-a uluit din totdeauna instantaneitatea acestui fenomen.

Corpul are o multitudine de moduri în care își poate exprima emoțiile. Înroșirea feței apare atunci când vasele de sânge din cap și din gât se dilată și se umplu cu sânge. Este o modificare fizică instantanee observată la suprafața corpului, ce reflectă un sentiment de rușine sau de bucurie. Nu putem controla acest fenomen. Acesta este un aspect important. Când roșesc, mi se trădează un sentiment; și, chiar dacă roșeața mă rușinează și mai tare, n-o pot opri.

Uneori, reacțiile corpului sunt mai dramatice decât o roșeață sau o lacrimă. Chiar și unele răspunsuri fizice exagerate la emoție sunt acceptabile în circumstanțele potrivite. La începutul secolului al XIX-lea, în „Napoli și Florența: O călătorie de la Milano la Reggio“, romancierul francez Stendhal a descris cum s-a simțit când a văzut pentru prima dată marile fresce din Florența: „Am fost cuprins de o puternică palpitație a inimii, izvorul vieții a secat înăuntrul meu și am început să pășesc cu teama continuă că mă voi prăbuși“<sup>1</sup>. Poate că ceea ce a descris Stendhal pare extrem pentru unii dintre noi, dar pentru alții pare absolut evident că unui om care vede pentru prima dată frescele lui Giotto i se înmoaie picioarele și inima îi ratează o bătaie.

Există multe exemple moderne ale tendinței de colaps ca răspuns la entuziasm. Gândiți-vă, de exemplu, la tinerii care leșină la concerte pop. Desigur, multe dintre aceste episoade de colaps pot fi explicate ușor prin fiziologia organismului. O tânără este îngrămădită în public, în căldură; vasele de sânge i se dilată pentru a-i scădea temperatura corpului, sângele se deplasează dinspre cap spre

<sup>1</sup> Această descriere a lui Stendhal stă la baza unui sindrom cunoscut astăzi ca „Sindromul Stendhal“. (N.t.)



partea inferioară a corpului, stagnează în vene și, pentru un moment, creierul ei este privat de oxigen. Fata se prăbușește și își pierde cunoștința. Explicația pentru leșinul său nu este mai complexă decât răspunsul fizic al organismului la un stimul fizic.

Totuși, atunci când cercetătorii au investigat exact acest fenomen, au demonstrat că aceasta nu este explicația pentru fiecare adolescent amețit care leșină. În 1995, „New England Journal of Medicine“ a publicat un articol ce cuprindea interviuri cu tinerii care leșinaseră la un concert. Dintre cei 400 de tineri care au fost aduși în atenția echipei medicale, patruzeci au fost examinați. Șaisprezece dintre aceștia și-au pierdut cunoștința într-un mod explicabil integral prin declanșatori fizici — căldura și deshidratarea au dus la scăderea presiunii sanguine, circulația a fost deviată dinspre creier și a survenit colapsul. Alții s-au panicat când s-au trezit blocați în mulțime, ceea ce a dus la hiperventilație, care a determinat vasoconstricția vaselor ce irigă creierul, urmată de un leșin de scurtă durată. Dar doctorii au observat că nu toate leșinurile puteau fi atribuite căldurii sau deshidratării sau strivirii de către mulțime; unele apăruseră în contextul unui singur declanșator: o explozie copleșitoare de emoție. Un colaps emoțional, fără cauză fizică.

Majoritatea dintre noi acceptă fără probleme aceste fenomene obișnuite. Suntem familiarizați cu tremuratul mâinii când luăm pixul ca să semnăm în registrul de stare civilă sau cu transpirația de pe frunte când ne ridicăm să susținem prezentarea pe care nu vrem s-o susținem. Acestea sunt răspunsurile fiziologice ale corpului la stres. Ele au un scop, chiar dacă scopul nu e mereu evident. Aceste răspunsuri țin de impulsul care făcea ca inima omului din peșteră să bată mai repede, astfel încât el să poată fugi de mamutul lănos. Dar ce se întâmplă dacă acest tip de răspuns fizic normal la emoții nu mai funcționează

corespunzător? Până la urmă, orice funcție a organismului nostru se poate transforma în disfuncție. Orice celulă vie se poate înmulți excesiv și poate forma tumori. Sau poate înceta să se înmulțească, cum se întâmplă în cazul căderii părului. Orice substanță chimică produsă de organism poate fi produsă în plus sau în minus, ceea ce se întâmplă în cazul hipertiroidismului sau hipotiroidismului. În același mod, răspunsurile fizice ale organelor noastre la stres pot merge prea departe. Atunci când are loc acest lucru, un răspuns normal devine anormal și apare boala.

Cuvântul „psihosomatic“ se referă la simptome fizice care apar din cauza unor cauze psihologice. Lacrimile și înroșirea feței sunt exemple de astfel de fenomene, dar ele reprezintă doar răspunsuri normale, nu boli. Boala apare numai atunci când simptomele psihosomatice depășesc limita normalului și ne afectează abilitatea de a funcționa sau ne pun în pericol sănătatea. Societății moderne îi place ideea că putem să ne îmbunătățim starea de sănătate prin forța voinței. Când nu ne simțim bine, ne spunem că dacă adoptăm o atitudine mentală pozitivă avem șanse mai mari de recuperare. Sunt convinsă că este corect. Dar societatea nu este încă pe deplin conștientă de cât de des oamenii își înrăutățesc starea de sănătate prin forța voinței — își cauzează inconștient boli. În mod cert, există anumite tulburări medicale asociate în mod obișnuit cu stresul. Majoritatea dintre noi știu că stresul ne crește tensiunea și ne face mai susceptibili la ulcerul gastric. Dar câți dintre noi știu cât de des emoțiile ne pot produce dizabilități grave fără nicio cauză fizică?

Bolile psihosomatice sunt afecțiuni în care o persoană suferă de simptome fizice semnificative — care îi cauzează o suferință și o dizabilitate reale — și disproporționate față de rezultatele testelor de laborator sau ale examinărilor fizice. Sunt boli ca nicio alta. Nu ascultă de nicio regulă. Pot afecta oricare parte a corpului. Unor oameni le pot



cauza durere. Gândiți-vă la un copil pe care îl doare stomacul când este agresat la școală. Altor oameni, emoțiile le pot afecta inima. Nu este neobișnuit ca o persoană aflată într-o perioadă stresantă să sufere de palpitații. Acest tip de simptome apare relativ frecvent, însă bolile psihosomatice se pot manifesta și în moduri extreme: ca paralizie sau convulsii sau aproape orice fel de dizabilitate. Sunt boli ale imaginației care se opresc doar la limitele imaginației. Gândiți-vă la orice simptom fizic; la un moment dat, mintea unui om l-a reprodus.

În orice zi, probabil că până la o treime dintre oamenii care apelează la medicul de familie au simptome care nu pot fi explicate din punct de vedere medical. Bineînțeles, un simptom neexplicat medical nu este neapărat psihosomatic. Unii dintre acești oameni au boli tranzitorii care nu se evidențiază în investigațiile de rutină. Multe dintre infecțiile virale, de exemplu, nu apar în rezultatele testelor de rutină. Vin, pleacă, nu știm niciodată ce erau, dar după ce ne simțim mai bine nici nu mai contează. La alți oameni se poate observa cu certitudine că nu se simt bine și acest lucru poate fi demonstrat prin rezultate anormale ale examinărilor fizice sau ale analizelor și, cu toate acestea, cauza nu poate fi determinată. Vor exista mereu boli care împing limitele cunoștințelor științifice. În fiecare an, oamenii de știință descoperă cauza unor probleme de sănătate inexplicabile până atunci; așa că unele simptome își vor găsi diagnosticul odată cu trecerea timpului. Însă printre cei cu simptome fizice inechivoce, dar nediagnosticsate, se regăsește un grup numeros de oameni la care nu se poate identifica nicio boală, fiindcă nu există nicio boală pe care s-o identifiți. La aceste persoane, simptomele neexplicate medical există, integral sau parțial, din motive psihologice sau comportamentale.

Bolile psihosomatice reprezintă un fenomen mondial nerestricționat la o anumită cultură sau la un anumit

sistem medical. În 1997, Organizația Mondială a Sănătății a realizat un studiu colaborativ pentru a identifica frecvența simptomelor psihosomatice în cadrul îngrijirilor de sănătate primare, în cincisprezece orașe din lume. Au fost incluse orașe din SUA, Nigeria, Germania, Chile, Japonia, Italia, Brazilia și India. În fiecare centru a fost cuantificată frecvența „simptomelor neexplicate medical” (cele în cazul cărora se suspectează o cauză psihosomatică). Studiul a arătat că, deși formele cele mai severe de boli psihosomatice sunt rare, formele mai ușoare nu sunt. Concluzia a fost că douăzeci la sută dintre pacienții care apelaseră la medicul de familie aveau cel puțin șase simptome neexplicate medical, un număr suficient pentru a le afecta semnificativ calitatea vieții. Interesant, în acest studiu frecvența simptomelor neexplicate medical a fost similară în țările dezvoltate și în cele în curs de dezvoltare. Accesibilitatea diferită a asistenței medicale nu a influențat prevalența fenomenului. Persoanele afectate din toate aceste țări utilizau un număr mare de servicii medicale și aveau o rată înaltă a dizabilității, ce ducea la pierderea orelor de muncă.

Bolile atât de frecvente — care apar la douăzeci la sută dintre pacienții din lume — trebuie să aibă un impact financiar asupra serviciilor medicale. Acesta este foarte dificil de cuantificat. Cei care au încercat să-l cuantifice au ajuns la niște numere îngrijorătoare. În 2005, un studiu realizat în Boston a arătat că persoanele cu o tendință către dezvoltarea simptomelor psihosomatice costă sistemul de sănătate de două ori mai mult decât celelalte persoane. Aceste rezultate au fost extrapolate pentru a estima costul anual al bolilor psihosomatice în SUA — 256 de miliarde de dolari. Prin contrast, în 2002, diabetul — o boală frecventă cu multiple complicații ce amenință viața — a avut un cost anual de 132 de miliarde de dolari.

Afecțiunile psihosomatice nu sunt afecțiuni neurologice. Acestea țin de domeniul psihologiei și de cel al



psihiatriei. Eu nu sunt psihiatru, ci neurolog. Probabil că, în primă instanță, interesul și experiența mea în domeniul bolilor psihosomatice nu par să aibă sens. Până când vă gândiți că tocmai fiindcă nu sunt psihiatru am ajuns să văd atâția pacienți cu acest tip de suferință. Până la urmă, dacă leșinați sau aveți o durere de cap severă, mergeți la psihiatru? Bolile psihosomatice sunt simptome fizice care maschează stresul emoțional. Însăși natura fizică a simptomelor ascunde stresul de la originea acestora, deci este firesc ca persoanele afectate să caute o boală medicală care să le explice suferința. Apelează la alți medici, nu la psihiatri, ca să le ofere un diagnostic. Cei cu dureri abdominale merg la gastroenterolog, cei cu palpitații la cardiolog, cei cu vederea încețoșată la oftalmolog și așa mai departe. Și, pentru că fiecare tip de specialist vede o formă diferită de boală psihosomatică și o etichetează și o tratează diferit, poate fi foarte dificil să estimeze magnitudinea problemei.

Cele mai frecvente două simptome psihosomatice sunt oboseala și durerea. Acestea sunt dificil de evaluat, fiindcă nu pot fi măsurate obiectiv, pot fi doar descrise. Totuși, pentru un neurolog, boala psihosomatică se va manifesta adesea ca pierdere a unei funcții, ca paralizia sau pierderea auzului. Acest tip de deficite sunt resimțite subiectiv de pacient, dar există moduri în care pot fi verificate și cuantificate obiectiv, cel puțin parțial. Neurologul poate diferenția cu destul de multă acuratețe dizabilitățile cauzate de niște boli organice de cele care au la bază cauze psihologice. Prin urmare, neurologul diagnostichează bolile psihosomatice mai des decât alți specialiști; de aici a apărut interesul meu.

Până la o treime dintre pacienții care se prezintă într-o clinică de neurologie au simptome neurologice care nu pot fi explicate; la acești oameni se suspectează adesea o cauză emoțională. E foarte dificil pentru un pacient să

primească informația că simptomele sale fizice pot avea o cauză psihologică. E un diagnostic greu de înțeles, cu atât mai greu de acceptat. Și doctorii pot fi reticenți față de acest diagnostic, parțial din frica de a-și enerva pacienții și parțial din frica de a fi ratat ceva. Pacienții se trezesc frecvent blocați într-o zonă între medicină și psihiatrie, în care niciuna dintre comunități nu-și asumă toată responsabilitatea. Cei care nu pot accepta diagnosticul caută o a doua opinie, o a treia și așa mai departe, în speranța de a găsi o explicație diferită — și o validare a suferinței lor. Rezultatele mereu normale ale analizelor încep să fie o dezamăgire în disperarea pacienților de a găsi un răspuns diferit. Unii se simt pur și simplu împinși într-un colț în care acceptă rolul nediagnosticatului, a celui care nu poate fi ajutat, fiindcă orice e mai bine decât umilinta unei boli psihice. Societatea judecă bolile psihice și pacienții știu asta.

Atunci când mi-am început cariera medicală, nici părțile mele nu erau foarte diferite. Acești pacienți nu se comparau cu cei cu boli *reale*. Interesul meu a crescut încet, inițial prin expunere la aceștia și ulterior mai repede atunci când m-am trezit într-o situație care mă depășea la un nou loc de muncă.

Ca în cazul majorității doctorilor, am avut prima experiență de boală psihosomatică în studenție. Când dai de primul pacient care se simte rău fizic, dar fără nicio boală care s-o explice, îl ignori. Ești acolo să înveți despre boală și acest pacient nu are ce să te învețe despre ea. Apoi termini facultatea, devii rezident și capeți rolul de serviciu de triaj. Ești adesea în prima linie, încerci să pui un diagnostic și să-l prezinți îndrumătorului tău pentru aprobare. Acorzi prioritate pacientului pe care îl consideri cel mai bolnav. Persoana din sala de așteptare care are o durere cronică neexplicată e la coada listei tale. Dacă



nimeni altcineva n-a putut să-i explice durerea, probabil că nici tu n-o să reușești. Ierarhizezi boala nu după cât de mult se simte pacientul afectat de ea, ci după ceea ce crezi tu că înseamnă o boală gravă. Doctorul și pacientul nu sunt mereu de acord pe această temă.

Odată ce mi-am început pregătirea în neurologie, relația mea cu bolile psihosomatice a început să se dezvolte. Am devenit din ce în ce mai conștientă de faptul că multe dintre simptomele oamenilor care intrau în clinica noastră erau mai degrabă legate de stres decât de o boală a creierului sau a nervilor, dar eu, ca mulți dintre colegii mei, consideram că rolul meu este să exclud o boală neurologică. După ce făceam asta, mă simțeam absolută de orice altă responsabilitate. Fiindcă lucram prin rotație în diferite spitale, erau mari șansele să nu mai văd a doua oară același pacient, deci îmi era ușor. „Vești bune, n-aveți o tumoră pe creier, durerea dumneavoastră de cap nu are o cauză gravă.“ Și la revedere.

Apoi am cunoscut-o pe Brenda. Era inconștientă prima dată când am văzut-o și în majoritatea întâlnirilor noastre. Brenda ajunsese la Urgențe în urma unor convulsii. Medicul de gardă o examinase și decisese s-o interneze. Noi eram în secție când a ajuns. Toți ne-am ferit speriați de targa ce venea cu viteză spre noi. Starea Brendei se stabilizase în compartimentul de primiri urgențe, dar a avut o nouă criză în timp ce brancardierul o transporta spre secție. Brancardierul și asistenta care îl însoțea au început să alege. În cadrul secției, Brendei i s-a pus repede o mască de oxigen în timp ce două asistente au încercat și au eșuat s-o întoarcă pe o parte. Targa se oprise în dreptul cabinetului asistentelor și toți ceilalți pacienți și familiile lor încercau să vadă ce se petrece. O asistentă a venit cu o seringă cu diazepam și mi-a dat-o să i-o administrez Brendei. Am încercat să-i prind brațul, dar îmi tot aluneca din mână.



Un alt doctor a venit să mă ajute și am reușit să-i fixăm brațul care se zbătea. Am administrat încet injecția. Ne-am dat mai în spate și am așteptat să-și facă efectul, dar nu s-a întâmplat nimic. Simțeam căldura tuturor ochilor ațintiți spre spatele meu și m-am simțit extrem de ușurată când un rezident a strigat să fie chemat anestezistul. Brenda avusese convulsii la diferite intervale timp de zece minute până când a ajuns echipa de terapie intensivă; singurul medicament care i se putea administra în siguranță în cadrul secției îi fusese administrat de două ori și eșuase. Întreaga secție a oftat ușurată când brancardierul și anestezistul au întors targa Brendei și au plecat cu ea.

Abia am recunoscut-o când am văzut-o în următoarea zi. Era în secția de terapie intensivă, intubată și conectată la un ventilator. Un alt tub îi trecea prin nas, până în stomac. Pleoapele îi erau închise cu leucoplast și părul îi fusese prins strâns. Convulsiile ei nu putuseră fi controlate, așa că i se indusese coma. De fiecare dată când medicul din terapie intensivă încerca să o trezească din sedare, convulsiile reîncepeau imediat. Pe parcursul următoarelor două zile, Brenda a primit doze tot mai mari de medicamente antiepileptice. În acele zile, a devenit din ce în ce mai de nerecunoscut. Pielea i-a devenit palidă și ceroasă, abdomenul i s-a destins puternic, iar convulsiile nu se ameliorau.

În a cincea zi ne-am așezat toți în jurul patului Brendei. Neurologul ceruse să fie de față data următoare când se încerca eliminarea sedării. A durat doar zece minute până când Brenda a dat semne că se trezește. A tușit din cauza tubului de intubație și a început să apuce orice putea atinge cu mâinile.

— Brenda, cum te simți? Ești în spital, dar totul este bine, i-a spus asistenta, strângând-o de mână.

Ochii Brendei s-au deschis și a început să tragă iar de tubul de intubație.

— Putem să-l scoatem? a întrebat asistenta, dar medicul de terapie intensivă i-a spus „nu încă”.

Brenda s-a uitat fix în ochii asistentei, văzând-o imediat ca pe cea mai amabilă persoană din cameră. A început să tușească și lacrimile au început să-i curgă.

— Ai avut o criză, dar acum ești foarte bine.

Picioarul stâng al Brendei începuse să tremure.

— Începe iar criza. O sedăm din nou? a întrebat cineva.

— Nu, a răspuns neurologul.

Tremurăturile se extinseseră la celălalt picior și deveniseră mai violente. Ochii Brendei, care fuseseră deschiși și atenți, se închideau din nou. Pe măsură ce începea să-i tremure și partea de sus a corpului, aparatul care îi măsura nivelul de oxigen a început să emită semnale sonore.

— Acum? a întrebat vocea unui om tensionat, care ținea seringă plină și pregătită.

— Nu e o convulsie, a spus neurologul.

Oamenii s-au uitat unii la alții.

— Scoateți tubul de intubație, a spus neurologul.

— Saturația oxigenului a scăzut.

— Da, fiindcă își ține respirația. O să respire din nou imediat.

Fața Brendei s-a înroșit, spatele i s-a arcuit și membrele au început să-i tremure violent. Toți stăteau în jurul patului și ne țineam și noi respirația alături de ea.

— Nu e o criză epileptică, ci o pseudocriză, a spus neurologul și, în timp ce o spunea, spre imensa noastră ușurare, Brenda a inspirat o gură mare de aer.

Jumătate de oră mai târziu, Brenda era trează și stătea în fund pe pat, cu lacrimi mari curgându-i pe obraji. Acea a fost ultima dată când am văzut-o și singura dată când am văzut-o complet trează. N-am vorbit niciodată cu Brenda.

Mai târziu în acea zi, când eram în cafeneaua spitalului, le-am spus celorlalți rezidenți despre Brenda. „O știți pe femeia care a fost anesteziată în terapie intensivă