

Dizident in propria cetate; o calatorie ratata in cautarea diagnosticului psihiatric

(textul prezentarii la Forumul Psihiatru.ro, Bucuresti, noiembrie 2013)

Dr. Radu Vrasti

Dragi colegi,

Iata ca dupa mai multi ani de absenta suntem iarasi impreuna si tin sa multumesc profesorilor Catalina si Florin Tudose pentru invitatia onoranta de a participa la Forumul Psihiatru.ro din acest an.

De la inceput va rog sa-mi permiteti ca in loc de o prezentare stiintifica riguroasa sa apelez la o metoda de antropologie culturala invatata de la profesorii mei de antropologie pe care imi face placere sa-i amintesc, Prof. Linda Bennett de la Memphis University si Robert Trotter de la Flagstaff University, Arizona, si anume la metoda autobiografica si astfel o sa va iau in povestea drumului meu profesional in cautarea diagnosticului psihiatric si implicit sa va infatisez felul cum am cunoscut si utilizat DSM-ul. Aceasta poveste este o prezentare subiectiva a intelesurilor pe care le-am descoperit pe acest drum si trebuie sa spun ca daca ele nu sunt la fel cu cele ale dumneavoastra, totusi ele sunt, conform teoriilor post-moderne, echivalente din punct de vedere epistemologic. Aceasta ma face sa am curajul sa vorbesc astazi despre ce am inteles eu din diagnosticul psihiatric asa cum il promoveaza de cateva decenii DSM-ul.

Si o sa ma intorc la anul 1978 cand am inceput rezidentiatul de psihiatrie la Clinica de Psihiatrie din Timisoara. Veneam dupa 6 ani de medicina generala si 7 ani de activitate ca cercetator stiintific la un institut din Bucuresti si ma simteam intimidat de limbajul pe care-l auzeam acolo, mai ales de formularile diagnostice precum dezvoltare, reactie, impas, structura, derapaj, endogenie, etc. Erau doua zile speciale pentru mine, ziua de marti, cand conf. Stossel chema rezidentii sa examineze un caz si apoi ii pune pe fiecare sa scrie pe un biletel diagnosticul pe care-l crede. Apoi, cu zambet de satisfactie si in hazul tuturor, conf. Stossel citea grozaviile pe care le scrisese fiecare din noi; rar se intampla ca doi colegi sa faca acelasi diagnostic. Era de fapt primul experiment de “*kappa agreement*” de diagnostic la care asistam, dar pe vremea aceea nu stiam nimic despre potrivirea diagnostica. Alta zi speciala, pe care o asteptam cu fervoare, era asa-zisa “miercure studioasa” cand se faceau prezentari de cazuri si referate si cand Dr. Lazarescu ne incita cu excursurile lui de psihopatologie clinica. Era prin

toamna lui 1979, cand intr-o zi de miercuri, Dr. Deheleanu ne-a prezentat o traducere a celebrului articol lui John Feighner si colaboratorii (1972)¹ in care a postulat pimele criterii de diagnostic pentru cateva categorii nosologice.

Acea zi fost un moment crucial pentru ca pentru prima oara vedeam criterii quasi-medicale, simptome cu valoare diagnosticata, intr-o disciplina pe care o credeam pliata doar pe fenomenologie si hermeneutica. Mai mult, cam in aceia perioada era o miscare de standardizare si codificare si in medicina somatica si se formulara deja criteriile pentru lupus, pentru reumatismul articular acut sau cele ale Comunitatii europene a carbunelui si otelului pentru bronsita cronica. In sfarsit, ajunseseam pe taramul modelului medical. Apoi am scris verisoarei mele din USA care mi-a cumparat, dupa destule greutate, "*Research Diagnostic Criteria*" si "*Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia*" ale lui Spitzer, Endicott si Guze (1975)² si sotia mea, care stia mai bine engleza decat mine, mi le-a tradus si astfel am obtinut o versiune romana pe niste foi scrise cu stiloul.

Nu dupa multa vreme am facut rost si de DSM-III (1980)³ si l-am tradus cu dictionarul pe genunchi, cuvant cu cuvant, si l-am batut la vechea mea masina de scris Continental, cadou de la tata, la care am pus o panglica in doua culori si am scris aceasta traducere cu rosu si negru, am legat toate foile singur intr-un volum si devenisem mandru si parca mai puternic.

Acum deja lucram ca psihiatru la Spitalul de psihiatrie Jebel si participam in fiecare dimineata la raportul de garda, cand Dr. Enasescu, directorul spitalului, i-a venit ideea sa ma puna sa citesc in fiecare zi cateva pagini din DSM-III. Ei bine, in fiecare zi, aceasta lectura degenera intr-un adevarat scandal, pentru ca aveam cativa colegi mai in varsta, care protestau la fiecare rand pe care-l citeam. Ma simteam lovit, cum adica, eu care ma identificasem cu aceasta evolutie de la Feighner la Spitzer, nu puteam sa ma validez profesional in acest fel? Unul din contestatorii acestei lecturi era si seful organizatiei de baza PCR, de fapt un bun si onest profesionist, iar eu trebuia sa fiu circumspect si aveam un leit-motiv prin care incercam sa ma apar, spunand: "*Nu va certati cu mine, nu am scris nici un rand aici, daca vreti, eu va dau adresa si corespondati cu autorii*", Aceasta nu avea nici un rasunet, protestele erau

¹ Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA Jr, Winokur G, Munoz R (1972): Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Arch Gen Psychiatry, 26:57-63.

² Spitzer RL, Endicott J, Robins E (1975): Research Diagnostic Criteria for a Selected Group of Functional Disorders. New York, New York Psychiatric Institute.

³ American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3 edition. Washington, DC American Psychiatric Association; 1980.

vehement indreptate impotriva mea si totul se termina in haos si amuzament si dupa cateva zile de scandal am renuntat.

Dar dincolo de anecdotica era si ceva mai profound, un fel de neadecvare, de inautentic, care atunci mi-a scapat dar ulterior am realizat mai exact, oamenii aceia care ma contestau doar ca citeam DSM-ul, isi aparau identitatea lor profesionala, crezul lor, ani multi de practica si nu puteau acum, dintr-o data, sa faca tabula rasa doar pentru ca un incepator se facuse purtatorul de mesaje de peste mari si tari. Si atunci m-am izolat, niciodata nu am facut parte din nici o organizatie profesionala nationala.

A venit revolutia din decembrie 1989 si DSM-IV a fost capturat de o anume asociatie psihiatrica iar International Classification of Disorders de alta organizatie si au fost tot felul de dispute intre ele si eu m-am autoexilat in studii de antropologie medicala facute de Organizatia Mondiala a Sanatatii, precum “*Cross-cultural Applicability Research Project*”, proiect gigantic despre potrivirea culturala a conceptelor diagnostice folosite in bolile mentale si abuz de droguri si alcool cu limbajul laic in diverse culturi. Am facut si publicat studii despre aceasta echivalenta lingvistica in 7 culturi si am luat premiul anual “*The 1995 International Travel Award of WHO/NIDA/CPDD*”. Si aici era vorba tot despre criteriologie si diagnostic si despre intrebarea daca limbajul folosit de profesionisti in diagnostic si instrumente de evaluare, captureaza intelesuri care pot fi recunoscute si in limbajul laic. In fond era vorba de o demistificare a tezaurului lingvistic profesional in favoarea culegerii adecvate a naratiunilor celor care au astfel de probleme. Apoi a fost proiectul OMS al Clasificarii Internationale a Afectarilor, Dizabilitatilor si Handicapurilor, numit ulterior Clasificarea Internationala a Functionarii, si am ramas ani de zile cantonat in problema masurarii sanatatii mentale si acest domeniu imi hranea suficient apetitul meu profesional si curiozitatea stiintifica.

Pe tot acest parcurs m-am “americanizat”, citeam numai literatura stiintifica de peste ocean, credeam ca acolo se forjeaza viitorul profesiei si nu ma gandeam sa pun la indoiala nimic din toate acele lucruri de care eram imbibat.

In 2004 am emigrat in Canada si, dupa socul de care nu am fost scutit al ciocnirii de o alta cultura, am mers la Intarfaith Institute din Kitchener, si la Dellcrest-Hincks Institute din Toronto si m-am specializat in counselling si psihoterapie si apoi am lucrat in programe comunitare de raspuns la nevoile oamenilor cu probleme de sanatate mentala intr-un judet, Huron-Perth, cu baza la Spitalul general din Stratford, Ontario. A fost o experienta

extraordinara si am dobandit un sentiment de implinire pe care nu-l mai cunoscusem. Aici, am fost obligat sa identific rapid care este problema si mai putin care este diagnosticul, despre ce nevoi este vorba, trebuia sa fiu capabil si raspunzator de ce spun si fac, sa scriu si sa justific ce am intreprins, si astfel m-am intors partial din nou la DSM. Numai ca de data aceasta DSM-ul nu mai era ceva de contemplat, ci ceva viu si mai ales ceva care traia intr-un context cultural si politic diferit, context de care vreau sa va vorbesc aici. Si brusc, ceva care memoria mea a reprimat atatia ani, episodul cu DSM de la Jebel, s-a reactivat in alta forma, de data aceasta eu nu mai eram un narator, ci un actor, trebuia sa intru in paginile care odata le citisem si am aflat ca nu eram destul de "americanizat" asa cum crezusem, ca luasem cu mine ceva foarte profound inradacinat, ceva din stereotipurile si credintele culturale in care ma nascusem.

Primul lucru pe care le-am descoperit a fost contextual cultural nord American imbibat de limbajul si discursul terapeutic [Furedi (2004)⁴, Illouz (2008)⁵]. Am aflat ca traim intr-un spatiu cultural care ia emotiile oamenilor in modul cel mai serios. Limbajul emotionalismului invadeaza cultura pop, de la serialul Soprano, la show-ul lui Oprah Winfrey, de la filmele lui Woody Allen la show-urile TV ale Dr. Phil sau Dr. Oz, talk-show-ul lui DeGeneres, de la lumea politicului la locul de munca, de la scoala la viata de toate zilele, fiecare loc este colonizat de discursul medical si psihologic. Noi traim intr-o cultura a emotionalismului si impreuna vorbim despre stradaniile individului in viata si de nevoia lui de a fi terapeutizat. Numarul terapeutilor si consilierilor s-a dublat in zece ani. Terapia psihologica este locul in care se forjeaza limbajul terapeutic, este un vocabular, un tazarus de cuvinte prin care individual isi poate prezenta selful modern; este vorba de un jargon al lumii selfului. Astazi, discursul terapeutic este capturat de publicul larg si respizinta un mod modern si formidabil de puternic de a institutionaliza selful individului. Discursul terapeutic este originat in doctrina lui Freud care a instilat imaginatia oamenilor cu metafore si narrative care au facut un pod intre medicina si psihologie pe de-o parte si cultura populara pe de alta parte, si in miscarea feminista, care cultiva fragilitatea individuala si care impartaseste acelas lexicon al emotionalismului ca si cultura terapiei. Inainte individul era incurajat sa-si controleze emotiile si sa abordeze un mod de expresie rational, astazi el este incurajat sa discute despre emotiile

⁴ Furedi F (2004): *Therapy Culture: Cultivating vulnerability in an uncertain age*, London: Routledge.

⁵ Illouz E (2008): *Saving the modern soul therapy, emotions, and the culture of self-help*, Berkley: University of California Press.

lui, iar limbajul terapeutic este cel mai bun vehicol pentru aceasta. Daca vrei sa-ti faci un prieten astazi, este mai usor daca ii vorbesti despre problemele tale decat daca ii vorbesti de realizările tale.

Consecintele discursului terapeutic asupra societatii moderne sunt considerabile si as aminti aici tendinta de impartasire publica a emotiilor la TV, in ziare, in public, promovarea unei versiuni fragile a subiectivitatii precum ca individual nu ar mai fi capabil de unul singur sa faca fata emotiilor sale, instilarea imaginatiei publice cu un portret de individ vulnerabil, victima a circumstantelor, patruns de un sentiment de fatalism, si nu in ultimul rand, expansiunea rapida a etichetelor psihologice, a termenilor terapeutici si a diagnosticelor, situatie de care DSM nu este de loc strain. Oamenilor li se face sugestia sa renunte la narativele genuine ale suferintei lor in favoarea unei limbaj artificios, viata privata este patologizata, iar dizabilitatea tine loc de identitate sociala benefica. Prin limbajul terapeutic se constituie o noua autoritate sociala, a celor care poseda capacitatea de a diagnostica tulburarile mentale, iar DSM stabileste granitele dintre normal si patologic.

Venit dintr-o cultura care are exercitiul de nu prea lua nimic in serios si care utilizeaza un grad de cinism ca defensiva, mi-a placut sa citesc o carte de antropologie comparata scrisa de Ethan Watters "*Crazy like us: Globalization of the American Psyche*" (2010)⁶ care pune fata in fata patru cazuri in care se poate distinge interferenta dintre cultura si suferinta psihica: o femeie de Honk Kong care face anorexie mentala dupa ce aceasta enclava engleza se alipeste de China continentală; felul cum oamenii din Zanzibar descifreaza trairile unui schizofren; invazia de terapeuti vestici in SriLanka dupa tsunami-ul devastator ca sa ajute presupusele cazuri de tulburare post-traumatica de stress si situatia limbii japoneze care nu a putut sa decodeze simptomele depresiei asa cum au fost postulate in cultura vestica si cum GlaxoSmithKline a condus o campanie de promovare a limbajului depresiv tocmai pentru a putea introduce antidepresivele pe piata japoneza. Ethan Waters conchide ca "*cel mai de success produs de export al culturii americane este vocabularul prin care oamenii inteleg si isi exprima suferintele psihologice*". Problema pe care autorul o identifica este a felului cum gandirea psihiatrica vestica cauta sa controleze interpretarea noastra despre noi insine si a felului cum noi traim existenta zilnica. Aceasta interpretare prezinta pericolul de omogenizare a sentimentului de buna-stare si a celui de sanatate si astfel contribuie la stergerea diversitatii

⁶ Waters E (2010): *Crazy like us: Globalization of the American Psyche*, New York: Free Press

culturale. Ethan Watters spune in final ca nu toti oamenii sunt “*crazy*” ca si noi americanii, dar psihiatria vestica nu vrea sa accepte acest lucru, iar DSM-ul este o expresie subtila de a acestei tendinte: orice psihiatru sau psiholog din lumea “westernizata” trebuie sa se refere la conceptele si definitiile promovate de DSM daca vrea sa fie primit sau ascultat la vre-o conferinta internationala.

Catrea lui Ethan Watters prezinta doar o fateta a procesului general de globalizare, proces care aduce un sens constant de fluidizare, de pierdere a identitatii si destabilizare; pierderea formei, ordinii, structurii si identitatii sunt constante. Dupa Deluze si Guattari (1987)⁷ globalizarea nu este doar o problema economica, politica sau culturala, este ceva din toate acestea, dar si o problema de logica si ontologie. Globalizarea inlocuieste ceea ce e fenomenal sau actual cu ceva virtual, iar grantele sunt dizolvate si selful deterritorializat. Discursul terapeutic actual, promovat de toate textbook-urile si medicamentele recomandate de acestea nu este decat un vehicol tacut prin care modelul vestic al bolii mentale este globalizat in ciuda diferentelor culturale.

Una din cele mai importante schimbari ale medicinei din ultimele decenii a fost adoptarea modelului consumatorist, care a devenit modelul de referinta a practicii medicale (Regan 1999)⁸. In acest model, medicii au mai mult rolul de tehnicieni, iar profesionalismul lor se masoara in eficienta si productivitate. Pacientul a fost inlocuit de “clientul” serviciilor de sanatate, iar ingrijirea sanatatii a devenit o “marfa” livrata de lucratorii din domeniul sanatatii. Aceasta transformare a fost pregatita de marsul impetuos al medicinei spre obiectivizare, standardizare si codificare la care medicii au achiesat cu multa placere pentru ca le conferea din ce in ce mai multa putere si beneficii si DSM-ul face parte integranta din acest proces. Ingrijirea sanatatii are acelasi statut ca si orice alta “marfa”, este obiectul politelor de asigurare si obiectul organizatiilor de consumatori sau de furnizori; astazi se spune ca ingrijirea sanatatii se valorizeaza pe piata sau s-a “marketizat” ca oricare alt produs care merge pe bursa (Doty, 2008)⁹. In aceste conditii se pune intrebarea: mai sunt capabili doctorii de astazi sa ingrijeasca o persoana bolnava? Incercand sa raspunda la aceasta intrebare, Kleinman si van der Geest

⁷ Deluze G, Guattari F (1987): A Thousand Plateaus: Capitalism and Schizophrenia, University of Minnesota Press (Brian Massumi, translator).

⁸ Reagan MD (1999): The Accidental System: Health Care Policy in America. Boulder, CO: Westview.

⁹ Doty TP (2008): Health care as a commodity,

(<http://www.ucalgary.ca/familymedicine/system/files/Resident+Research+Review+Report.pdf>)

(2009)¹⁰ arata ca ingrijirea sanatatii are doua laturi: ingrijirea tehnica si cea emotionala, iar rolul medicului s-a restrans treptat la ingrijirea tehnica, el tratand doar boala, dar ignorand suferinta. Mai mult, exista sentimentul crescand ca doctorii nu mai sunt interesati deloc de ingrijirea pacientului datorita faptului ca operationalizarea practicii medicale face imposibila identificarea pacientului ca subiect al ingrijirii si inca odata DSM-ul se afla la radacina acestei evolutii.

Inca de la inceputul specialitatii de psihiatrie din sec. XIX, psihiatrii au fost investiti de societate ca cei care definesc granita sanatatii mentale, ca cei care detin criteriile pentru a stabili cine este bolnav mental, sau ca si curatori ai dilemei fara de sfarsit “normal versus anormal”. Pentru a raspunde acestei sarcini coplesitoare, psihiatrii au cautat sa se alinieze, dincolo de orice costuri, modelului medical care le promitea obiectivizare, criteriologie si baze biologice pentru formalizarea diagnosticului si tratamentului. In ciuda acestei stradanii continue, problema statutului ontologic si implicit a legitimitatii sociale a bolii psihice a ramas nerezolvata. Versiunile succesiv ale DSM-urilor nu sunt altceva decat promisiuni neimplinite ale unui sistem de divizare si clasificare a dimensiunilor comportamentului uman intr-un numar de entitati discrete, numite tulburari, pe baza prezentei sau absentei unui numar de simptome presupuse specifice, entitati care au fost construite *a priori* pe baza intuitiei clinice, dar care nu au trecut niciodata pe de-antregul de probele de incredere si autenticitate (“*reliability*”). In ciuda descoperirilor epatante ale neurobiologiei, geneticii si neuroimagingului din ultimele decenii, tulburarile psihice, asa cum astazi sunt construite, nu au putut sa se coreleze cu markeri biologici. Se poate spune ca nosologia actuala a ajuns la o “*rascruce*” pentru ca diagnosticul raman prost validate, iar dezvoltarea unor tratamente tintite si predictia raspunsului individului la tratament au esuat constant. Hickis si colab. (2013)¹¹ se intreaba: “*nu este timpul de a lua in considerare daca psihiatria clinica nu ar fi mai bine servita daca s-ar intreprinde in alta directie?*” Charles Rosenberg (2002)¹² spunea ca: “*formularile standardizate si clasificarile diagnostice clar definite, bazate pe conceptualizarea disfunctiilor ca si entitati de boala, servesc la legitimizarea existentei bolilor si la ascunderea modului cum au fost*

¹⁰ Kleinman A, van der Geest S (2009): ‘Care’ in health care: Remaking the moral world of medicine, *Medische Antropologie*, 21 (1): 159-168.

¹¹ Hickie IB, Scott J, Hermens DF et al (2013): Clinical classification in mental health at the cross-roads: which direction next? *BMC Medicine* 2013, 11:125-137.

¹² Rosenberg CE (2002): The tyranny of diagnosis: specific disease entities and individual experience, *Milbank Q*, 80:237-260.

construite". El spunea ca multe dintre aceste 'boli' sunt de fapt prelungiri ale comportamentului normal sau chiar simple excentricitati. Problema este ca in mod clasic, medicina a fost neinteresata de explorarea altor intelesuri care stau la baza suferintei umane, altele decat cele care apartin stiintelor biologice, iar modelul medical arhetipal vede boala mentala la fel ca alte boli medicale, adica avand origine biologica, chimica sau fizica. Bolton si Hill (1996)¹³ afirma ca: "*exista o influenta inerenta in acest model, precum ca tulburarea psihologica este o perturbare de logica a intelesului, rationalitatii si dincolo de acesta limita noi trebuie sa abandonam modelele explicative...si sa punem in loc procesele biologice cauzale care perturba procesele normale*". Aici este vorba de medicalizarea deviantei, despre tendinta de recategorizare a perturbarilor din viata de toate zilele ca patologice. Prof. Sue Bailey, sefa Royal College of Psychiatrists spunea ca: "*atunci cand intri intr-o profesie unde vrei sa ajuti oamenii si nu ai nici un instrument prin care sa faci asta, exista tentatia de a medicaliza problema*" (citata din Davis, 2013)¹⁴. Aceasta relatie intre conceptul de tulburare psihiatrica si problemele comportamentale cu expresivitate sociala a fost contestata si recontestata in diferite contexte clinice, birocratice si administrative si ele pun in discutie de fapt legitimitatea epistemologica a categoriei de tulburare psihica asa cum este stipulata in hegemonicul DSM.

Conceptul de boala mentala sta la fundamentul psihiatriei, iar credibilitatea psihiatriei ca disciplina medicala depinde de existenta unei definitii convingatoare, definitie care trebuie sa fie bazata pe fapte "pure" si lipsita de judecati de valoare. Acest "*naturalism*" al definitiei bolii psihice se bazeaza pe credinta existentei acesteia ca o entitate independenta, in afara individului, deci boala psihica este un caz natural ("*natural kind*") care exista ca atare indiferent de lentila prin care o vedem (Zachar, 2002)¹⁵, in opozitie cu cei care cred ca ea nu exista decat in mintea celor care o identifica, ea fiind doar o "*metafora*" pentru un anumit mod de a-fi-in-lume.

Pentru o lunga perioada de timp, granita dintre natural si normal a fost de sorginte morala si chiar religioasa, ca mai apoi psihiatria, prin autoritatea sa epistemologica, sa valideze anumite categorii naturale ca "*normale*". Modernitatea a fost caracterizata prin tendinta de a

¹³ Bolton D, Hill J (1996): *Mind, Meaning and Mental Disorder* Oxford: Oxford University Press.

¹⁴ Davies J (2013): *Cracked: Why psychiatry is doing more harm than good*, London: Icon Books Ltd.

¹⁵ Zachar P (2002): The practical kinds model as a pragmatist theory of classification. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 9:219–227.

inlocui ceea ce e natural cu ceea ce e normal. Societatea post-moderna pune in discutie insa normalul prin acceptarea diversitatii. Multiple comportamente sau moduri de existenta, alta data deviante si aberante, sunt astazi acceptate ca morale, normale si legale; exemplul tipic este trecerea homosexualitatii de la anormal in DSM-III la normal in DSM-IV. Astazi, individul are la dispozitie o varietate larga de alegeri dintre comportamente “normalizate”, iar sanatatea nu mai este incorsetata de “natural” sau “normal”. DSM-5 poate fi privit ca o expresie a normativizarii sanatatii mentale, prin faptul ca o mare parte din cotidian a intrat in paginile unui tratat de psihiatrie precum afectarea cognitiva usoara, tulburarile de reglare emotionala la copii, tulburarile psihologice premenstruale la femei sau conceptul de risc pentru tulburari mentale. DSM-5 reflecta si o ambiguitate intrinseca a literaturii psihiatrice existenta pana in prezent, o frustrare ca dupa o “decada a creirului” studiile neurobiologice au esuat in a furniza markeri biologici pentru tulburarile psihiatrice, ele ramanand conturate doar simptomatologic. *“In absenta unei patofiziologii coerente, DSM ramane nu mai mult decat un consens bazat pe adjective operationalizate, cu un oarecare grad de confidenta. Marea probleme este cum este el folosit: uneori prea larg de catre clinicieni, alteori prea rigid de birocrati, firme de asigurari, avocati si judecatori si unoeri chiar cercetatori...”* (Berk, 2013)¹⁶. Ramane doar sa ne amintim de cuvintele lui Norman Sartorius din prefata Clasificarii Internationale a Bolilor, editia 10-a (1992)¹⁷: *“o clasificare nu este nici mai mult nici mai putin decat un mod de a vedea lumea la un moment dat.”*

Drept in inima oricarei intalniri intre medic si pacient se afla procesul de diagnostic, unul din modurile prin care individul diagnosticat este legat de sistemul social. Diagnosticul medical si mai ales cel psihiatric este in fond un act ritualic de dezvaluire a problemelor emotionale si contextuale printr-o naratiune structurata, in care atat pacientul cat si medicul sunt prizonierii unui act birocratic. Comunicarea medic-pacient, descrierea bolii si procesul de decizie diagnostica au structura narativa care furnizeaza in final o semnificatie si o ierarhie. Acestea sunt unele din motivele de a spune ca limbajul si structura sistemului medical reproduc intocmai un sistem autocratic. Si in acest context Rosenberg (2002)¹⁸ clama ca *“eu folosesc cuvintele ‘tirania diagnosticului’ in sensul indispensabilitatii lui...cognitiv si emotional este un*

¹⁶ Berk M (2013): The DSM-5: Hyperbole, Hope or Hypothesis? BMC Medicine 2013, 11:128-130

¹⁷ World Health Organization (1992): The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization.

¹⁸ Rosenberg CE (2002): The tyranny of diagnosis: specific disease entities and individual experience, Milbank Q, 80:237-260

ritual care leaga ideile medicale si personale de clientii medicului...aceasta legatura este necesara in orice societate...categorisirea bolilor si diagnosticelor este atat o metafora pentru societate cat si pentru microcosmosul ei...este un password care furnizeaza accesul la un software institutional administrat de medicina contemporana...care face aceasta masina inteligibila...” Si daca limbajul furnizeaza structura diagnosticului psihiatric, se poate pune intrebarea cat de adevarat este el, cat de lipsit de subiectivitate, de interpretari si de influente poate fi el (“*value-free*”). Faptul ca unele criterii sunt preferate altora, unele formulari au mai mare greutate diagnostica decat altele, anume contextualitate se releva cauzala fata de alta sau cui ii foloseste diagnosticul sunt exemple de cat de incarcate de valoare (“*value-laden*”) sunt judecatile diagnostice in psihiatrie. Astfel, diagnosticul in psihiatrie se dovedeste mai mult ontologic decat clinic in natura lui (Perez-Alvarez si colab. 2008)¹⁹. Ce se potriveste aici sunt vorbele lui Nietzsche: “*‘Adevarul’ este o functie a limbajului; Atunci ce este adevarul? Adevarul este o armata mobila de metafore, metonimii si antropomorfisme, pe scurt este o suma de relatii umane care au fost intensificate, transpuse si infrumusetate poetic si retoric, care dupa o folosire indelungata par firme, canonice si obligatorii pentru oameni; adevarurile sunt iluziile cuiva care a uitat ceea ce ele reprezinta: metafore care sunt utilizate fara a avea certitudine senzoriala*” (citad din Kaufman, 1976)²⁰.

Aceasta perspectiva asupra diagnosticului psihiatric in general se articuleaza cu viziunea post-moderna, precum ca nu exista adevar obiectiv si absolut ci doar contextual, situational, conditional si mai ales interpretativ, iar accentual trebuie pus mai mult pe fragmentare decat pe universalism, lucru la care nu se aliniaza hegemonicul DSM-5; desi influenta culturii este mai bine prinsa decat in versiunile precedente, el nu renunta la “universalitatea” categoriilor diagnostice pe care le promoveaza.

Post-modernismul a consacrat si pierderea relevantei explicatiilor care pretindeau explicarea totala, absoluta a realitatii, ceea ce se numea metanarativitate si le-a inlocuit cu micro-narative care sunt constituite din explicatii individuale sau cel mult comunitare, care sunt mai putin constrangatoare si care solicita mai putina unanimitate. Oamenii de stiinta care clameaza astazi adevarul cu tarie sunt priviti cu suspiciune, pentru ca se presupune ca acestia

¹⁹ Pérez-Álvarez M, Sass LA, García-Montes JM (2008): More Aristotle, less DSM: The Ontology of mental disorders in constructivist perspective, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 15(3): 211-225.

²⁰ Kaufmann W, ed. (1976): *The Portable Nietzsche*, New York: Penguin Books.

nu sunt in cautarea adevarului, ci doar a puterii (Lyotard, 1984)²¹. Se considera ca nu este potrivit ca, intr-o lume in care riscurile si incertitudinea sunt atat de mari pentru toti si fiecare, DSM-ul, cu pretentia lui de normativitate in sanatatea mentala, sa ignore in continuare validitatea. Se cere ca procedeele de validitate si confidenta in psihiatrie sa se faca astfel incat expertiza stiintifica sa se intalneasca cu interesul public, respectiv participarea asociatiile de consumatori, asociatii antistigma, familii cu bolnvi psihici sau oamenii obisnuiti (Laugharne si Laugharne, 2002)²²; fauritorii DSM-5 au refuzat orice participare a consumatorilor de servicii de sanatate la procesul de redactare a manualului.

Si am mai citit doua carti care au aparut concomitent cu manualul DSM-5 si care au facut multa valva. Prima este scrisa de Gary Greenberg, ziarist si psihoterapeut si se numeste "*The Book of woe: The DSM and the unmaking of psychiatry*" (2013)²³. Autorul spune de la inceput ca aparitia unei noi versiuni a DSM este totdeauna un moment penibil al psihiatriei americane pentru ca inventeaza boli noi si trece cu vederea greseli vechi care au cauzat daune ireparabile pentru oameni (de ex. Homosexualitatea, Asperger, copii bipolari, etc), el dicteaza cine este bolnav si cine este sanatos, ce tratament trebuie facut, cine plateste pentru aceasta, cine este dizabilitat si primeste pensie, cine este exonerat de faptele si raspunderea sa, etc. Psihiatria este fortata sa se ocupe de simptome pe care ea le-a inventat si pe care are greutate sa le culeaga si sa le interpreteze in masura in care sunt congruente pentru o boala sau alta. Inainte cu o luna de a apare DSM-5, Dr. Thomas Insel, directorul Institutului de Sanatate Mentala din SUA, a scris pe un blog ca rejeteaza logica acestei noi clasificari; el numeste DSM-5 ca o lucrare nevalida, ca un impediment in intelegerea bazelor biologice ale tulburarilor psihice, si incheie: "*pacientii cu tulburari psihice ar fi meritat ceva mai bun*". Greenberg mai spune ca DSM este neonest pentru ca fabrica tulburari psihice care vor conduce la cresterea recomandarilor medicamentelor si cresterea profiturilor companiilor de medicamente. El se alatura prof. Frances cand critica DSM-5, pentru ca: "(i) produce o inflatie de diagnostice, care muta normalul in patologic, in special pentru copii, (ii) da clinicianului prea mare discretie in a face diagnosticul, (iii) manualul este un compendiu al viziunii expertilor in diferite probleme care nu au acoperire stiintifica totala, credibilitatea depaseste integritatea lor si utilitatea este mai

²¹ Lyotard J-F (1984): *The Postmodern Condition: a Report on Knowledge*. . Manchester: Manchester University Press.

²² Laugharne R, Laugharne J (2002): *Psychiatry, postmodernism and postnormal science*, *Journal of Royal Society of Medicine*, 95(4): 207-210.

²³ Greenberg G (2013): *The Book of woe The DSM and the unmaking of psychiatry*, New York: Blue Rider Press.

mult comerciala”. Prof. Allan Frances afirma ca: “*Opozitia mea fata de DSM-5 izvoraste din felul cum psihiatria actuala este practicata*”. El spune: “*imi plac excentricitatea si excentricii dar sunt impotriva medicatiei care ascunde atat durerea cat si frumusetea existentei noastre*”, iar ambii autori incheie: “*hai sa pastram viata magica...diagnosticul psihiatric este bazat pe fictiune si este livrat oamenilor ca fapt.*”

Greenberg continua prin a spune ca asertiunea ca suferinta psihologica poate fi cel mai bine inteleasa prin punerea ei in termenii unei tulburari medicale nu este altceva decat “*o bataie in toba*”. In ciuda promovarii zgomotoase a descoperirilor neurobiologice, nu exista inca nici un test care sa evidentieze bazele biologice ale bolilor psihice postulate de DSM-5. El aminteste ce spunea William James: “*Linia dintre normal si boala nu poate fi trasa fara a decide cum viata noastra se presupune a fi, cum se cade sa o simtim si acestor chestiuni stiinta nu le poate raspunde, oricât de robusta ar fi ea*”.

Cartea furnizeaza o perspective din fotoliul de orchestra asupra bataliei de putere ce s-a dat in jurul DSM-5, o batalie in interiorul Asociatiei Psihiatrilor Americani si o competitie cu Organizatia Mondiala a Sanatatii si Asociatia Psihologilor Americani, o batalie pentru a asigura dominatia doctorilor asupra suferintei mentale.

Autorul aminteste dialogul in fata instantei a prof. Biederman de la Harvard, (creatorul criteriilor de diagnostic a tulburarii bipolare la copii care ulterior a condus la cresterea “epidemica” a cazurilor de bipolari printre copii, de peste 40 ori in decursul a 10 ani...si trebuie te gandesti ca acestia au primit medicamente!!!), cand judecatorul il intreaba:

- *Judecatorul: Si cine era deasupra Dvs?*
- *Biederman: Dumnezeu...*
- *Judecatorul: Ati spus Dumnezeu?*
- *Biederman: Da, Dumnezeu!*

Aici este exemplul emfazei celor care sunt indrituiti cu facerea diagnosticului medical psihiatric.

Si Greenberg conchide: “*DSM a influentat profund ce crede umanitatea despre ea insasi, spunand cine este normal si cine nu. Diagnosticul psihiatric este incarcat de daune culturale incomensurabile si bigotism fata de omul care poarta aceasta eticheta*”.

O sa citez acum cateva din review-urile de pe coperta cartii:

Errol Morris, Academy Award- winning director, autor al “A Wilderness of Error”:

“Gary Greenberg a devenit Dante a veacului nostru psihiatric si DSM-5 este Infernul lui. El ne ghideaza prin a sa ‘Ne-divina comedie’ care este rezultatul incercarii psihiatrilor de a reduce complexul nostru innascut de lipsa de speranta la o taxonomie arbitrara care sa furnizeze fiecaruia o boala. Greenberg ne conduce mai adanc decat Dante a facut-o vreodata. The Book of woe este o cronica nebuna a asa-zisei nebunii”.

Gene Weingarten, de doua ori castigator al premiului Pulitzer si autor al “The fiddler in the subway”: *“Aceasta carte s-ar putea numi The Book of... whoa! O uitatura la politica infricosatoare si meschina a psihiatriei”.*

A doua carte de care vreau sa va vorbesc este scrisa de James Davies, profesor de antropologie si psihoterapeut la Londra si se numeste *“Cracked: Why psychiatry is doing more harm than good”* (2013)²⁴. El incepe cu un experiment hazliu inventat de Dr. David Rosenhan care a trimis 8 persoane cu studii academice la 8 servicii de urgenta din spitale de psihiatrie si fiecare din ei au afirmat ca aude o voce in cap care-i spune: *“thud”*. Desi nici unul din cele 8 persoane nu au declarat nimic altceva cu caracter psihopatologic, toti au fost internati si toti au stat in spital intre o saptamana si 2 luni, desi comportamentul lor a fost cu totul normal. Dupa externarea acestora, Dr. Rosenhan a facut public ca aceste persoane erau oameni sanatoasi care au mintit cand au spus ca aud voci. Unu din aceste spitale s-a formalizat si i-a spus Dr. Rosenhan sa-i mai trimita astfel de persoane si o sa se vada cu aceasta ocazie ca ei sunt capabili de a deosebi intre un simulant si un bolnav adevarat. Dupa o perioada, acel spital da un comunicat de presa prin care spune ca psihiatrii de acolo au identificat 41 de simulanti trimisi de dr. Rosenhan care au fost, bineinteles, refuzati de la internare. Dr. Rasenham a raspuns ca el nu a trimis in acest rastimp nici un om la acel spital, asa ca cei pe care ei i-au refuzat au fost bolnavi cu adevarat...

Autorul continua in a afirma ca din ce in ce mai mult in ultimele decenii psihiatria a inventat nume pentru reactiile emotionale si functionale normale ale oamenilor ca si conditii sau boli mentale, ceea ce este de fapt o re-categorisire a normalului si presupune ca exista un *“quick fix”* pentru aceste conditii inventariate acolo. De ce DSM este cartea medicala cu cea mai mare si rapida expandare din toate celelalte carti medicale? Si continua apoi cu un interviu cu prof. Herbert Pardes, fostul presedinte al APA si vorbeste de lipsa de evidenta stiintifica a entitatilor care sunt listate in DSM. Acest interviu se articuleaza foarte bine cu urmatorul, in

²⁴ Davies J (2013): Cracked: Why psychiatry is doing more harm than good, London, Icon Books Ltd.

care Prof. Robert Spitzer, parintele DSM-III, recunoaste ca tulburarile psihice din acea nosologie au fost inventate de psihiatrii inainte de a sti daca sunt boli sau nu, respectiv inainte de orice proces de validare si confidenta.

Davies sustine ca DSM este inradacinat in etica ideilor neo-liberale, in secularismul vestului contemporan, care a aruncat la gunoi sistemul prin care inaintasii nostri depaseau greutatile si obtineau consolare, usurare si comfort si l-a inlocuit cu recomandarea medicamentelor, fara sa existe vre-o evidenta certa a unui marker biologice pentru bolile mentale. Astfel, prin DSM se incearca astazi medicalizarea normalitatii si primul pas care trebuia facut a fost medicalizarea problemelor curente de existenta.

Psihiatria este bazata si hranita de iluzia ca oameni au dreptul fundamental de a fi fericiți in mod continuu si orice ii face sa se simta altfel, trebuie combatut si Davies povesteste de experienta pe care a avut-o la 22 ani cand s-a simtit anxios, trist si abatut, nefericit si lipsit de siguranta. L-a vazut un psihiatru si i-a recomandat medicamente. Davies isi reaminteste: *“Probabil ca modelul in care am fost tratat m-a facut sa acceptat diagnosticul si m-am vazut ca suferind de o problema biologica care poate fi stapanita psihiatric. Mi-am vazut suferinta nu ca ceva ce solicita o schimbare, ci ca rezultat al unei tulburari a functiilor cerebrale. Dar cu acea ocazie am invatat ca o tulburare emotionala poate fi benefica, productiva, catartica, nu ca ceva ce societatea trebuie sa denumeasca tulburare sau boala si care trebuie tratata cu medicamente. Chiar nefericirea trebuie lasata asa”*.

Dupa toate acestea, in mod natural se pune intrebarea: are cineva autoritatea morala de a pune un diagnostic psihiatric? Abby Wilkerson (1998)²⁵ aduce importante contributii izvorate din bioetica feminista, subliniind legatura care exista intre etica si epistemologie. Ea evidentiaza tendinta sistemtica a medicinei de a extinde autoritatea ei epistemica asupra suferintei umane ca sa ajunga o suprema autoritate asupra a cat mai multe aspecte ale vietii. Dupa parerea ei, medicina este profund infectata de tendinte sexiste, rasiste, clasiciste, homofobice, ca o cale de a stigmatiza experientele corporale si pe cele subiective. Ca o contrapondere a acestei tendinte, ea o vede in revitalizarea relatiei dintre sanatate si justitie sociala, o separare intre cunoasterea medicala si cunoasterea morala, pentru ca autoritatea morala sa poata fi plasata in afara domeniului medical. Se poate intelege ca cei care au compus DSM-5 s-au simtit atat o autoritate stiintifica cat si una morala, nu se vede nicaieri vre-o

²⁵ Wilkerson AL (1998): *Diagnosis. Difference: The moral authority of medicine*, Cornell University Press.

indoiiala asupra masurii in care aceasta taxonomie va influenta viata oamenilor si a comunitatilor in care traiesc. DSM-ul se vrea o carte despre cum se exercita puterea psihiatrilor asupra altora.

Si ca sa nu inchei intr-o nota asa de critica si trista, o sa va vorbesc de o carte care ne arata cat de provocator intelectual este practicarea psihiatriei de catre unii. Este o carte frumoasa scrisa de a femeie tanara si frumoasa de la Universitatea din Durham, Australia: Dr. Angela Woods, doctor in “*medical humanities*”, conducatoarea unui program de cercetare de trei ani “*Hearing the voice*” despre semnificatia culturala a halucinatiilor auditive. Cartea se numeste “*The Sublim Object of Psychiatry: Schizophrenia in Clinical and Cultural Theory*” (2011)²⁶, aparuta in colectia condusa de prof. Fulford “*International Perspectives in Philosophy and Psychiatry*”. Ea porneste de la o parafraza dupa Laing, care considera schizofrenia ca o alunecare in sublim si face o analiza post-moderna a schizofreniei, pentru ca schizofrenia a oferit texte sublime pentru oricine a scris despre ea, de la psihanaliza la post-marxism. Si spicuiesc aici: Foucault spunea ca numai “*conflictul real al conditiei existentei poate servi ca model structural pentru intelegerea paradoxului lumii schizofrenului*”; Deluze si Guattari: “*schizofrenia este o perturbare a relatiei dintre masina dorintelor si masina realitatii*”; Louis Sass: “*schizofrenia poate ilumina experienta postmodernitatii*”; Baudrillard vedea “*schizofrenul ca victima obscena a obscenitatii lumii*”.

Si daca toate lucrurile au prefixul “*post-*”, nu se putea ca si psihiatria sa nu vorbeasca de “*post-psihiatrie*”, asa ca Brachen si Thomas (2001)²⁷ lanseaza cazul post-psihiatriei si afirma ca este nevoie de a merge dincolo de dezbaterile dintre psihiatrie si antipsihiatrie, iar in dezbaterile post-psihiatrice trebuie sa intre consumatorii, familiile bolnavilor, laicii, organizatiile antistigma, eticistii, juristii, culturalistii si alti actori sociali ca termeni egali si sa duca la intelegerea relatiei Foucauldiane dintre cunoastere, putere si “*selfhood*” (lumea selfului). DSM-ul refuza cu obstinatie dialogul cu “*neofitii*”...

Si o sa inchei citandu-l pe Charles Rosenberg in “*Contested boundaries: Psychiatry, disease, and diagnosis*” (2006)²⁸: “*Dar ramane o ironie istorica. Noi suntem intr-un moment al*

²⁶ Woods A (2011): *The Sublim Object of Psychiatry: Schizophrenia in Clinical and Cultural Theory*, London: Oxford University Press.

²⁷ Bracken P, Thomas P (2001): Postpsychiatry: a new direction for mental health, *British Medical Journal*, 322:724–727.

²⁸ Rosenberg C (2006): Contested boundaries: Psychiatry, disease, and diagnosis, *Perspectives in Biology and Medicine*, 49(3): 407–24

unui paradox particular, o mixtura complexa de sperante reductioniste si de criticism raspandit referitor la aceasta afirmatie despre diagnostic. Ca si cultura, noi suntem reductionisti de neoprit in a sustine cauza somatica (si in mod ultim, genetica) a comportamentului, dar in acelasi timp noi suntem reflexivi, critici si relativisti in abordarea clasificarilor existente ale bolilor si a modalitatilor terapeutice. Niciodata nu am fost mai constienti de arbitrarul si de calitatea diagnosticelor psihiatrice, dar intr-o era caracterizata de cresterea birocratiei managementului ingrijirii sanatatii si de crestere generala a reductionismului in explicarea normalului precum si a 'patologicului', niciodata nu am fost mai dependenti de ele”.

Dar povestea pe care v-am spus-o la inceput doreste si ea sa ajunga la sfarsit si atunci o sa va mai spun ca acel coleg care m-a tot apostrofat cand citeam DSM-III la raportul de garda de la Spitalul Jebel, care in trecut fie spus era si seful organizatiei de baza PCR si care ne alerga, pe noi, cei mai tineri, prin curtea spitalului, sa ne controleze caietele de conspecte de la invatamantul politic, avea obiceiul sa spuna: *“Oameni buni, nu luati delirul omului daca nu aveti ce pune in loc...”*

Mulumesc pentru rabdare si interes.