



IT

finalist al Premiului Pulitzer  
ANDREW SOLOMON

# DEMONUL AMIEZII

O anatomie a depresiei

BESTSELLER *NEW YORK TIMES*

NATIONAL  
BOOK  
AWARD

book  
HUMANITAS

Andrew Solomon s-a născut în 1963. Și-a făcut studiile la Yale și Cambridge. Trăiește la New York și Londra. Este doctor în psihologie și scrie literatură de factură politică, culturală, psihologică și de ficțiune. Apare în mod regulat – cu o largă și diversificată sferă de subiecte despre depresie, artiștii sovietici, renașterea culturală afgană, politica libiană și altele – în *New Yorker*, *New York Times Magazine*, *Artforum*, *Travel and Leisure* și în alte publicații. Cartea sa *The Noonday Demon: An Anatomy of Depression* a câștigat în 2001 Premiul Național al Cărții, în 2002 a figurat printre finalistele pentru Premiul Pulitzer, fiind inclusă în lista publicației *The Times* a celor mai bune o sută de cărți ale deceniului.

Opera: *The Irony Tower: Soviet Artists in Time of Gloom*, Alfred A. Knopf, New York, 1991; *Stone Cold*, Faber & Faber, New York, 1994; *The Noonday Demon: An Anatomy of Depression*, Scribner, New York, 2001; *Far from the Tree: Parents, Children, and the Search for Identity*, Scribner, New York, 2012.

Andrew Solomon

*The Noonday Demon: An Anatomy of Depression*

Copyright © 2001, Andrew Solomon

All rights reserved.

Copyright © 2001, Andrew Solomon

Foto copertă: © Robert Semnic | Dreamstime.com

© Humanitas, 2014 (ediția print)

© Humanitas, 2014 (ediția digitală)

ISBN: 978-973-50-4491-6 (epub)

EDITURA HUMANITAS

Piața Presei Libere 1, 013701 București, România

tel. 021/408 83 50, fax 021/408 83 51

[www.humanitas.ro](http://www.humanitas.ro)

Comenzi online: [www.libhumanitas.ro](http://www.libhumanitas.ro)

Comenzi prin e-mail: [vanzari@libhumanitas.ro](mailto:vanzari@libhumanitas.ro)

Comenzi telefonice: 0372.743.382; 0723.684.194

ANDREW SOLOMON  
DEMONUL  
AMIEZII  
o anatomie a depresiei

Traducere din engleză de  
Dana-Ligia Ilin

Prefață de  
Mircea Cărtărescu

# Cuprins

## DEMONUL AMIEZII

De profundis. Prefață de Mircea Cărtărescu

Despre metodă

I. Depresia

II. Căderile psihice

III. Tratamentele

IV. Alternativele

V. Categoriile de populație

VI. Dependența

VII. Sinuciderea

VIII. Istoria

IX. Sărăcia

X. Politica

XI. Evoluția

XII. Speranța

Bibliografie

Mulțumiri

*T t lui meu,*  
*re mi- d tvi ț ,nu o d t , i de dou ori*

Toate sunt trecătoare. Chinuri, suferințe, vărsări de sânge, molimă, foamete. Paloșul va pieri, dar stelele de pe cer vor dăinui și atunci când jos, pe pământ, nu va mai rămâne nici măcar umbra noastră sau a înfăptuirilor noastre. Nu se află nimeni pe fața pământului care să n-o știe. Și atunci de ce nu vrem să ne îndreptăm privirea spre stele? De ce?

Mihail Bulgakov, *Garda albă* <sup>1</sup>

<sup>1</sup>. The White Guard, p. 302 (Mihail Bulgakov, Garda albă, trad. de Alexandru Calais, Editura Univers, București, 1996, p. 335).

## *e profundis*

### Prefață de Mircea Cărtărescu

Nimeni n-ar bănui, întâlnindu-l prima oară pe Andrew Solomon, că are în față un om care a trecut de mai multe ori prin infern, trăind săptămâni și luni ca un condamnat din bolgiile dantești, și care reușește să înfrunte fiecare zi a vieții sale printr-o mare voință intelectuală, ajutată de un pumn de medicamente. Invitați acum doi-trei ani în eleganta sa reședință newyorkeză, am fost introduși de un valet într-o încăpere mai curând britanică, unde am așteptat o vreme, privind obiectele de artă presărate pretutindeni, pentru ca până la urmă să ne găsim față-n față cu un personaj uimitor. Evident, bărbatul care, coborând o scară de lemn prețios, a dat mâna, zâmbind afabil, cu fiecare dintre noi, își greșise secolul. A fost primul meu gând: acest om nu e din aceeași realitate cu noi, sau mai bine zis realitatea sa personală e urzită dintr-o țesătură aparte. I-ar fi stat foarte bine în Renaștere, ca aristocrat erudit care, trecut de vârsta de patruzeci de ani, capătă o umbră de melancolie pe față, răsfrântă și asupra violetei gingașe dintre degete. Încă și mai bine, m-am gândit, privind bluza albă, brodată cu uriașe flori roșii, pe care o purta, i-ar fi stat cândva, spre sfârșitul secolului al XIX-lea, printre dandy și prerafaeliți, corespondând cu Wilde cel închis la Reading pentru o vină inomabilă. Straniu sentiment: ni se părea că nu avem în față un om, ci un portret, luminos și stilizat, în care ochii ușor exoftalmici și gura feminină, ca și atitudinea crispat-relaxată sunt surprinse cu subtilitate de un artist decadent. Am



schimbat câteva cuvinte formale, cel din fața noastră și-a păstrat detașarea puțin jucată, cred că ni s-au adus câteva dulciuri și, poate, cafea, s-au încercat câteva linii de discuție ceva mai intense la care nimeni n-a marșat prea tare...

De fapt, ne priveam, în același timp, drept în față și pe furiș. Ni se vorbise despre Andrew Solomon ca despre o legendă: privindu-l, încercam să-l ascult povestea, alcătuită nu din cuvinte mai întâi, ci din tonuri de lumină și din mici străluciri ale canavalei pe care era pictat. Nu știam atunci – a trebuit să-i citesc cartea ca să aflu – că aveam în față un om care încercase de toate, căruia nimic omenesc nu-i era străin, care supraviețuise Africii negre și pusturilor de gheață de dincolo de cercul polar, care cunoscuse toate formele de amor și toate nuanțele suferinței umane, care-și dereglase voit, asemenea lui Rimbaud, toate simțurile, care citise, asemenea lui Mallarmé, toate cărțile, care cartografiase, asemenea lui Lautréamont, toate iadurile minții. Ne-am ridicat și am suit în dining, masa a fost simplă și inutil rafinată, servită de același valet care ne făcea să ne simțim în *The Remains of the Day*. Am vorbit despre copii, îmi amintesc, și despre nu știu ce autor pe care-l știam bine. Andrew Solomon nu și-a ieșit nici o clipă din rolul vag protector pe care și l-a asumat din prima clipă, atenția i-a fluctuat de la priviri aruncate peste capetele noastre la concentrare reală, suveica afabilității sale a alergat permanent dinspre polul convenției unei socializări ușoare către cel al unui strop (foarte prețios) de amicitie și simpatie, cum se și cade la o primă întâlnire. Ne-a condus până la ieșire și ne-am pomenit în lumina violentă a orașului, confuzi, amestecând epocile, de parc-am fi ieșit dintr-o sală de cinema.

Am primit apoi, de la o prietenă bună, cartea sa *The Noonday Demon*, un atlas al depresiei, cum era subintitulată. Am citit-o cu o curiozitate științifică mai întâi, căci între preocupările mele compulsive s-au aflat întotdeauna fiziologia creierului și filozofia conștiinței. Foarte repede am înțeles că acest volum masiv, complex, structurat-destructurat, oferea mult mai mult. Am glisat curând către o lectură general-intelectuală, pasionantă prin nenumăratele fațete, făcute să strălucească pe rând, ale temei fundamentale a cărții, pentru ca până la urmă să ajung să citesc scrierea lui Solomon (și ea

una care și-a greșit și își suprasolicită secolul) cu o pasiune estetică, așa cum aș citi un roman. Toate aceste fețe ale lecturii sunt legitime în acest caz, fiindcă marea sinteză a depresiei, încercată și, cred, deplin reușită de Andrew Solomon, este în același timp un foarte serios și documentat tratat de psihiatrie, o meditație filozofică asupra condiției și limitelor umane și o autobiografie romanescă a unui personaj a cărui exuberantă, epicureană bucurie de viață a fost umbrită de uriașul soare negru al melancoliei. Avem de fapt în față o carte atipică, *off- e t* din orice punct de vedere ai privi-o, care reia în registru pe cât de grav, pe atât de familiar și uneori (auto)ironic forma curioaselor tratate „preștiințifice“, a acelor bucoavne exhaustive care se scriau în secolul al XVII-lea, pentru care este tipică uriașa, confuza și geniala scriere *n tomi Mel n oliei* a lui Robert Burton. Da, Andrew Solomon a scris și el o anatomie modernă în care *the midd y demon*, cumplitul diavol al depresiei despre care vorbeau Părinții Bisericii gândindu-se la urâtul de care erau cuprinși călugării în schituri, apare în miile sale de fețe, tot atâtea câte are această boală îngrozitoare a sufletului.

Ajuns aici, trebuie s-o spun deschis: nu sunt cu adevărat demn să scriu această prefață, și nu în primul rând din cauza limitelor mele intelectuale (*ne sutor ultr repid m*). Ci pentru că, deși știu din plin ce îseamnă durerea sufletească, deși am simțit adânc, de-atâtea ori, disperarea de a nu fi iubit, de a nu putea scrie, de a îmbătrâni și de a ști că nu mi-a mai rămas mult de trăit, de a fi fost insultat și umilit, tristețea neagră a remușcărilor și neputința de a da timpul înapoi, deși nu sunt orb la culoarea nostalgiei, nici la a melancoliei, nici la a coșmarului, nici la a sentimentului de neputință și ratare, totuși nu sunt și n-am fost niciodată un depresiv. Știu cum mușcă flacăra pe mâna goală, dar asta nu înseamnă că am habar de chinurile celui ars pe rug sau de oroarea flamelor negre, furioase, eterne, ce ard pe dinafară și pe dinăuntru trupurile osândiților din Infern. De multe ori am simțit că mor de suferință sufletească, că aș fi fericit să dispar în clipa aceea ca să scap de tortură, totuși niciodată n-am asociat această trăire cu o boală, n-am fost la medic și nu am luat, întreaga viață, nici măcar o pastilă antidepressivă. Nu am

întâlnit niciodată demonul amiezii față-n față, ci doar omenesc-prea-omeneștii săi mesageri.

Așa încât nu pot spune cu adevărat că sunt în stare să înțeleg cartea lui Andrew Solomon până în miezul ei. Nu știi ce înseamnă să nu te poți da jos din pat zile-n șir, să nu poți mânca, să nu-ți poți trăi viața, măcinat de o durere endogenă nemărginită, care-ți întunecă mintea și-ți ferfenițește aura trupului. M-am gândit adeseori la lipsa de sens a existenței, la teribilul nostru destin de ființe care trăiesc o clipă pe un fir de praf, dar n-am simțit decât arareori până-n adâncul inimii nimicnicia și vremelnicia noastră. Uneori, noaptea, îmi amintesc că voi muri și că nu voi mai fi niciodată, cât va dura veșnicia. Atunci sar în capul oaselor, acoperit de sudoare, și mă cuprind o disperare și-o teroare fără limite. Mi se rupe inima, gem și strig după ajutor, dar apoi îmi spun, ca toți oamenii de pe lumea asta, că n-are sens, că nu fac decât să-mi întunec viața. Mă culc la loc, cu genele umede, dar cu puterea de-a o lua a doua zi de la capăt. Așa cum mă simt eu în acele minute de spaimă și cutremurare cred că se simte depresivul patologic timp de săptămâni și luni, clipă de clipă și ceas de ceas, cât durează îngrozitoarele *re kdowns* – iar așa nu se poate trăi. Pot spune deci că un cititor care n-a trecut prin depresia majoră va înțelege intelectual și cumva poetic, metaforic ceea ce Solomon încearcă disperat să transmită, dar va fi mereu de partea cealaltă a unui zid de sticlă.

Incomunicarea nu vine, în cazul acestui gen de relatări ale unor experiențe profund subiective, doar dinspre cititor. La rândul lui, autorul nu va putea exprima, oricât de talentat ar fi, inexprimabilul. Tristețea, fericirea, îngrijorarea, durerea, sau măcar o banală durere de măsele – după faimosul exemplu al lui Wittgenstein – nu sunt cu adevărat comunicabile, cu atât mai puțin senzația de apocalipsă și de iad pe pământ a celor loviți de depresie. Cartea lui Andrew Solomon e plină de metafore. El ne poartă privirile de-a lungul peisajelor sale sufletești cum sunt purtate degetele orbilor de-a lungul trompei, colților, pântecelor și picioarelor groase cât copacii, în speranța că ei vor înțelege, în cele din urmă, ce este un elefant. Din fericire, aptitudinile literare ale autorului sunt cu totul remarcabile, la rândul lor neobișnuite și

ciudate însă. Solomon nu scrie ca autorii contemporani. Nici măcar nu urmează întotdeauna scriitorii clasici ai culturii noastre europo-americane. Asemenea colonelului Lawrence al Arabiei, el pare-a fi prins algoritmul scrierilor din Antichitatea greacă, tonul laconic și judicios al unor Tucidide sau Xenofon, puterea lor de obiectivare și taxinomia sentimentelor din operele lor. Metaforele prin care el definește depresia, de pildă asemănarea ei cu mersul pe sârmă la mare înălțime, creează un efect-tunel prin care neînțelesul și ineluctabilul sutelor de fețe ale durerii morale pot ajunge la cititor.

Fiziologia, chimia, sociologia, etnologia, tratamentul și istoricul depresiei sunt comprehensiv presărate de-a lungul întregii scrieri, dar fără-ndoială că aspectul cărții care rămâne cel mai puternic în amintire este cel de autobiografie spirituală a autorului, povestea vieții lui întrețesute indiscernabil cu tema depresiei. Această privire retrospectivă asupra vieții unui personaj de o extremă complexitate morală nu e doar o confesiune, adevăratul termen ce trebuie folosit e *spovedenie*. E cu totul neobișnuit curajul cu care autorul se expune publicului, fără să evite mărturisiri de multe ori stânjenitoare, dezgustătoare sau chiar de-a dreptul amendabile moral despre sine însuși. De la *Confesiunile* lui Rousseau și de la *Mon cœur mis à nu* a lui Baudelaire, e greu să găsești un exemplu mai flagrant de privire neiertătoare în urmă, de recuperare a unei vieți așa cum a fost, cu desfrâu și cu înălțimea ei morală, cu pasiunea pentru cărți și pasiunea pentru trupuri, dar mai ales cu episoadele pustiitoare de depresie, înșirate de-a lungul ei ca niște vertebre întunecate. Pe sutele de pagini ale acestei cărți emoționante și revelatoare, se zugrăvește până la urmă un portret al lui Dorian Gray care răscumpără, prin convenția totalei onestități, chipul neatins de vreme al modelului său.

Autorul nu este singurul personaj al cărții. Cum nu există depresie, ci depresii, la fel de multe și de diverse câți depresivi există, Andrew Solomon a amalgamat în scrierea sa zeci de confesiuni ale unor suferinzi pe care-a știut să-i asculte cu discreție și înțelegere. Fiecare și-a exprimat altfel și a încercat să se elibereze altfel de insuportabilele chinuri. Sunt povești ale înfundării în alcool, în droguri, în violență, povești ale sinuciderii și omorurilor. Prin această extindere a umanității din carte, ea devine un amplu roman, aproape

---

dostoievskian, al suferinței aproapei noastre. Aș putea cita multe scene și povești cu totul memorabile, dar nici una nu se compară cu marea scenă a cărții, și poate un *primum movens* al ei, sinuciderea mamei autorului, la capătul unei lungi lupte cu cancerul, înconjurată de familie, o moarte senină, demnă, exemplară, care dă scrierii sensul unei tragedii grecești. De altfel, este evenimentul care avea să declanșeze prima criză de depresie majoră a fiului ei.

M-am simțit îmbogățit interior parcurgând, pasionat, cartea lui Andrew Solomon. Mai mult decât știință și mai mult decât literatură, ea este o mărturie despre suferință, o meditație despre scandalul etern al faptului că o conștiință trebuie să simtă durere și să moară. Traducerea în limba română a acestei opere, nominalizată în anul publicării ei la premiul Pulitzer, trebuie privită drept ceea ce este cu adevărat: un eveniment.

## *espre metod*

În ultimii cinci ani, viața mea s-a confundat cu scrierea acestei cărți, și uneori mi-e greu să refac traseul ideilor mele până la diferitele lor surse. Am încercat să semnalez toate influențele în notele de la sfârșitul cărții și să nu abat atenția cititorilor de la textul principal cu un potop de nume necunoscute lor și cu jargonul tehnic. Le-am cerut subiecților să-mi permită să le folosesc numele din realitate, deoarece numele adevărate dau autoritate poveștilor adevărate. Într-o carte care-și propune, printre altele, să înlăture povara stigmatului bolii mintale, este important să nu dai apă la moară acestei stigmatizări prin ascunderea identității persoanelor care suferă de depresie. Totuși, am inclus relatări despre șapte persoane care au dorit să apară cu pseudonim și care m-au convins că au pentru asta un motiv întemeiat. Ele apar în text ca Sheila Hernandez, Frank Rusakoff, Bill Stein, Danquille Stetson, Lolly Washington, Claudia Weaver și Fred Wilson. Nici una dintre aceste persoane nu are personalitate multiplă, și m-am străduit să nu schimb nici un amănunt. Membrii Grupurilor de Sprijin pentru Tulburări de Personalitate (MDSG – *Mood Disorders Support Groups*) folosesc doar prenumele; ele au fost schimbate, pentru a respecta caracterul privat al întrevederilor. Toate celelalte nume sunt reale.

I-am lăsat pe bărbații și pe femeile ale căror strădanii constituie subiectul principal al cărții de față să-și spună singuri povestea. Mi-am dat toată silința să obțin de la ei povestiri coerente, dar, în general, n-am verificat relatările

lor despre sine. N-am insistat ca toate narațiunile personale să fie strict liniare.

Am fost întrebata adesea cum mi-am găsit subiecții. Așa cum arăt în partea cu mulțumirile, mai mulți profesioniști m-au ajutat să iau legătura cu pacienții lor. În viața mea obișnuită, am întâlnit enorm de mulți oameni care, când au auzit de subiectul de care mă ocup, s-au oferit să-mi spună cu belșug de amănunte poveștile lor, unele dintre ele absolut fascinante, care, în cele din urmă, au devenit surse. În 1998, am publicat un articol despre depresie în *The New Yorker*,<sup>2</sup> iar în lunile următoare am primit peste o mie de scrisori. Graham Greene a spus cândva: „Mă întreb uneori cum pot cei care nu scriu, nu compun sau nu pictează să se ferească de nebunia, melancolia, panica inerente faptului de a fi om.”<sup>3</sup> Cred că el a subestimat enorm numărul de oameni care scriu, într-un fel sau altul, pentru a-și alina melancolia și panica. Răspunzând la șuvoiul de scrisori, i-am întrebata pe unii dintre cei care-mi mărturiseau lucruri deosebit de emoționante dacă ar vrea să dea interviuri pentru această carte. În plus, au fost numeroase conferințe pe care le-am ținut eu sau la care am participat, unde am întâlnit beneficiari ai tratamentelor pentru probleme mintale.

Nu m-am mai ocupat niciodată de vreun subiect despre care atât de mulți oameni să aibă atât de multe de spus, nici de vreun subiect despre care atât de mulți oameni să-mi spună mie atât de multe. Este extrem de ușor să aduni materiale despre depresie. În cele din urmă, mi-am dat seama că lucrul care lipsește din domeniul studiilor despre depresie e sinteza. Științele, filozofia, dreptul, psihologia, literatura, arta, istoria și multe alte discipline s-au ocupat independent de problema depresiei. Atât de multe lucruri interesante li se întâmplă atât de multor oameni interesanți și atât de multe lucruri interesante sunt rostite și publicate – că e haos în împărăție. Primul obiectiv al cărții de față este empatia; cel de-al doilea, pe care mi-a fost mult mai greu să-l îndeplinesc, este ordinea: o ordine bazată cât mai mult posibil pe empirism, nu pe generalizări radicale, izvorâte din anecdote luate la întâmplare.

Trebuie să subliniez că nu sunt medic ori psiholog, nici măcar filozof. Aceasta e o carte extrem de personală și nu trebuie socotită mai mult decât atât. Cu toate că am oferit explicații și interpretări ale unor idei complexe, cartea de față nu are scopul de a înlocui tratamentul adecvat.

Pentru ușurința lecturii, n-am folosit punctele de suspensie sau parantezele în citatele din surse scrise sau orale acolo unde am crezut că termenii omiși sau adăugați n-ar schimba substanțial înțelesul; cine vrea să se refere la acele surse va trebui să meargă la versiunile originale, care sunt catalogate la sfârșitul cărții. De asemenea, am evitat folosirea lui [și /] în capitolul 8, în care sursele istorice folosesc grafii ieșite din uz. Citatele la care nu dau identificarea sunt din interviurile mele, cea mai mare parte dintre ele desfășurate între 1995 și 2001.

Am folosit statisticile care se bazează pe studii bine fundamentate și care se coroborează cel mai bine cu statistici reproduse pe larg sau citate frecvent. În general, am constatat că statisticile din acest domeniu sunt inconsecvente și că mulți autori aleg statistici pentru a crea un ansamblu atractiv, în sprijinul unor teorii care existau deja. De exemplu, am găsit un studiu foarte important, care arăta că persoanele depresive care abuzează de medicamente le aleg aproape totdeauna pe cele stimulante; și alt studiu, la fel de convingător, care demonstra că persoanele depresive care abuzează de medicamente aleg invariabil opiaceele. Mulți autori își iau din statistici un aer aproape respingător de invincibilitate, ca și cum, dacă arăți că un lucru se petrece de 82,37 la sută de ori este mai palpabil și mai adevărat decât dacă arăți că se petrece cam de trei din patru ori. Știu din experiență că numerele exacte sunt cele care mint. Chestiunile pe care le descriu ele nu pot fi definite chiar atât de limpede. Cea mai corectă afirmație care se poate face în privința frecvenței depresiei este că ea apare des și, direct sau indirect, afectează viața tuturor.

Mi-e greu să scriu fără părtinire despre companiile farmaceutice, întrucât în cea mai mare parte a vieții mele de adult tata a lucrat în domeniul farmaceutic, ca urmare am cunoscut multă lume din acest domeniu de activitate. În acest moment, e la modă să blamezi industria farmaceutică – fiind cea care profită de pe urma bolnavilor. Din câte știu eu, oamenii din acest domeniu



sunt atât capitaliști, cât și idealiști – dornici de profit, dar și optimiști că munca lor poate fi folositoare lumii, că ea poate face cu puțință descoperiri importante, care să trimită în uitare anumite boli de pe pământ. Fără companiile care au sponsorizat cercetările n-am avea acum inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS) (*selective serotonin reupt ke inhibitors* – SSRI), antidepresivele care au salvat atât de multe vieți. Mi-am dat toată silința să scriu limpede despre această industrie, în măsura în care este parte a istoriei acestei cărți. După experiența cu depresia mea, tata și-a extins compania în domeniul antidepresivelor. Compania sa, Forest Laboratories,<sup>4</sup> este acum cea care distribuie în SUA celexa. Pentru a evita orice conflict de interese explicit, n-am menționat produsul, în afară de cazurile în care omiterea lui ar fi fost ostentativă sau ar fi indus în eroare.

Mi s-a pus adesea întrebarea, așa cum am arătat în cartea de față, dacă scrisul a fost cathartic. N-a fost. Experiența mea se aseamănă cu a altora care au scris despre acest domeniu.<sup>5</sup> Să scrii despre depresie e un lucru dureros, trist, solitar și stresant. Cu toate acestea, ideea că fac ceva care le-ar putea fi util altora mi-a insuflat putere; iar cunoștințele acumulate mi-au fost de folos. Sper că va fi clar că principala plăcere a acestei cărți este plăcerea literară a comunicării, nu eliberarea terapeutică adusă de autoexprimare.

Am început să scriu despre depresia mea; apoi, despre depresiile similare ale altora; și, în cele din urmă, despre depresie în cu totul alte contexte. Am inclus în această carte trei povestiri din afara lumii industrializate. Am inclus povestea întâlnirii mele cu oameni din Cambodgia, Senegal și Groenlanda, pentru a încerca să contrabalansez unele dintre ideile despre depresie specifice din punctul de vedere al culturii la care s-au limitat multe dintre studiile din acest domeniu. Incursiunile mele în locuri necunoscute au fost aventuri cu o undă de exotism, și n-am înlăturat tonul de basm al acestor întâlniri.

Depresia, sub diferite nume și înfățișări, este și a fost totdeauna omniprezentă din motive biochimice și sociale. Cartea de față se străduiește să capteze amploarea temporală și geografică a depresiei. Dacă pare uneori că

depresia e suferința proprie claselor mijlocii occidentale moderne este din cauză că, în această comunitate, dobândim acum, dintr-odată, noi modalități rafinate pentru a identifica, a numi, a trata și a accepta depresia – și nu din cauză că am avea vreun drept special la suferința însăși. Nici o carte nu poate acoperi amploarea suferinței omenești, însă trag nădejdea că, prin indicarea acestei ample, voi ajuta la eliberarea unor bărbați și femei care suferă de depresie. Nu putem niciodată să eliminăm toată nefericirea, iar ameliorarea depresiei nu asigură fericirea, dar cunoștințele din această carte nădăjduiesc să ajute la eliminarea durerii în cazul unora.

### *Note*

2. Articolul din *The New Yorker*, cu titlul *Anatomy of Melancholy*, a apărut în numărul din 12 ianuarie 1998.
3. Citatul din Graham Greene este din *Ways of Escape*, p. 285.
4. Compania tatălui meu este *Forest Laboratories*. N-a fost implicată în crearea medicamentului *celexa*, cu toate că a lucrat la producerea enantiomerului lui.
5. Kay Redfield Jamison, Martha Manning și Meri Danquah se numără printre autorii care au dezbătut toxicitatea acestui subiect.

# I

## Depresia

Depresia<sup>6</sup> este punctul nevralgic al iubirii. Pentru a fi făpturi care iubesc, trebuie să fim făpturi care pot cădea pradă disperării din cauza unei pierderi, iar depresia e mecanismul acelei disperări. Când se instalează, degradează eul și, în cele din urmă, eclipsează capacitatea de a da ori de a primi afecțiune. E lăuntrica noastră singurătate manifestă. Ea distruge nu numai legătura cu ceilalți, ci și capacitatea de a fi împăcat când ești doar cu tine însuși. Iubirea, chiar dacă nu are rolul de a ne păzi de depresie, este ceea ce protejează mintea și o apără de sine. Medicamentele și psihoterapia pot să regenereze această protecție, făcând să fie mai ușor să iubești și să fii iubit, și de aceea dau roade. Când sunt în dispoziție bună, unii se iubesc pe ei înșiși, unii îi iubesc pe alții, unii iubesc munca, iar unii îl iubesc pe Dumnezeu: oricare dintre aceste obiecte ale pasiunii poate furniza acel sens vital al scopului, care este opusul depresiei. Iubirea uită din când în când de noi, iar noi uităm de iubire. În depresie, devine de la sine înțeles lipsa de scop a oricărei inițiative și a fiecărei emoții, lipsa de sens a vieții înseși. Singurul sentiment ce rămâne în această stare lipsită de iubire este lipsa de importanță.

Viața e împovărată de mâhnire: indiferent ce facem, în cele din urmă murim; fiecare dintre noi e prizonierul singurătății într-un corp de sine stătător; timpul trece, iar ceea ce a fost nu va mai fi nicicând. Durerea este prima trăire a neputinței în fața lumii și nu ne părăsește niciodată. Suntem supărați

să am fost smulși din pântecul cel confortabil și, de îndată ce supărarea se stinge, îi ia locul suferința. Chiar și cei cărora credința le făgăduiește că va fi cu totul altfel pe lumea cealaltă nu pot să nu simtă neliniște pe lumea asta; Hristos însuși a fost un om al mâhnirii. Și totuși, trăim într-o vreme în care sunt din ce în ce mai multe paliative; este mai ușor ca oricând să hotărâști ce să simți și ce să nu simți. În viață, este din ce în ce mai puțină neplăcere inevitabilă pentru cei care au mijloacele s-o evite. Dar, în ciuda afirmațiilor entuziaste ale științei farmaceutice, depresia nu poate fi eliminată câtă vreme suntem făpturi conștiente de sine. În cel mai bun caz, poate fi limitată – și limitarea este tot ce intenționează să facă tratamentele actuale pentru depresie.

Discursul foarte politizat a estompat distincția dintre depresie și consecințele ei – distincția dintre cum te simți și cum acționezi ca reacție la acest lucru. Acesta e, parțial, un fenomen social și medical, dar este și rezultatul capriciilor lingvistice legate de capriciile emoționale. Poate că depresia poate fi descrisă cel mai bine ca durere emoțională care ne ia în stăpânire fără voia noastră, și apoi se eliberează de împrejurările exterioare. Depresia nu este doar multă durere; prea multă durere însă se poate transforma în depresie. Suferința psihică este depresie proporțională cu împrejurările; depresia este suferință psihică disproporționată față de circumstanțe. Este o suferință ca buruiana rostogolită de vânt, care se hrănește cu aer, crescând în ciuda desprinderii de pământul hrănitor. Nu poate fi descrisă decât prin metafore și alegorii. Sfântul Antonie,<sup>7</sup> aflat în deșert, când a fost întrebat cum îi deosebește pe îngerii care vin la el umili de diavolii care vin sub înfățișări strălucitoare, a spus că după felul în care te simți după ce au plecat. Când te-ai despărțit de un înger te simți întărit de prezența lui; după ce a plecat un diavol simți oroare. Suferința psihică e un înger umil care te lasă cu gânduri puternice, limpezi și cu sentimentul propriei profunzimi. Depresia e un diavol care te lasă îngrozit.

Depresia a fost împărțită, în linii mari, în depresie ușoară (moderată sau distimică) și gravă (majoră). Depresia ușoară – tratată și, uneori, permanentă

– subminează oamenii asemenea ruginii ce roade fierul. Suferința psihică e prea mare, iar pricina e prea mărunță – durere ce domină celelalte afecte și le alungă. O asemenea depresie ia temporar în stăpânire trupul pornind de la pleoape și mușchii care țin dreaptă coloana vertebrală. Îți vatămă inima și plămâni, determinând îngreunarea mai mult decât ar trebui a contracțiilor musculare involuntare. Asemenea durerii fizice devenite cronice, e cumplită nu atât din cauză că e insuportabilă pe moment, ci deoarece e insuportabil s-o fi simțit în clipele care au trecut și să nu te aștepți la altceva decât s-o simți în clipele care vor veni. Timpul prezent al depresiei moderate nu prevede nici o atenuare, căci pare familiară.

Virginia Woolf a scris despre această stare cu o limpezime stranie: „Jacob s-a dus la fereastră și a stat acolo cu mâinile în buzunare. De acolo a văzut trei greci în fustanelă, catargele vapoarelor, oameni leneși sau ocupați din clasele umile hoinărind sau pășind sprinten ori adunându-se în grupuri și gesticulând. Nu indiferența lor față de el era cauza melancoliei lui Jacob, ci o convingere mai profundă – nu faptul că se întâmpla ca el să fie singuratic, ci că toți oamenii sunt astfel.“ În aceeași carte, *Jacob's Room*, autoarea povestește cum „În suflet i s-a furișat o curioasă tristețe, de parcă timpul și eternitatea transpăreau prin fuste și jilecti, și ea vedea oamenii cum se îndreaptă în mod tragic spre pieire. Dar, Dumnezeu știe, Julia nu era o neghioabă.<sup>8</sup>“ Această conștiență acută a efemerității și a limitării este miezul depresiei moderate. După multă vreme în care oamenii pur și simplu s-au învățat să se descurce cu depresia moderată, ea este din ce în ce mai mult obiectul unui tratament, doctorii trudindu-se să se ocupe de diversitatea ei.

Depresia majoră este materia căderilor psihice. Dacă ne închipuim un suflet de fier pe care-l erodează suferința psihică și-l ruginește depresia moderată, atunci depresia majoră este prăbușirea înspăimântătoare a unei întregi structuri. Există două tipuri ale depresiei: cel dimensional și cel categorial. Conform celui dimensional, depresia se află în continuitatea tristeții și reprezintă versiunea extremă a ceva simțit și cunoscut de oricine. Cel categorial descrie depresia ca boală complet separată de alte afecte, cam așa cum un

virus stomacal este complet diferit de indigestia acidă. Ambele sunt adevărate. Mergi pe o cale progresivă sau pe declanșarea bruscă a afectului și ajungi într-un loc cu adevărat diferit. E nevoie de timp ca să se prăbușească o clădire cu structura din fier care ruginește, însă rugina prefăce neconținut solidul în praf, subțindu-l, golindu-l de substanță. Căderea psihică, oricât de bruscă ar putea părea, e consecința cumulativă a deteriorării. Cu toate acestea, este un caz foarte spectaculos și vizibil diferit. Trece multă vreme între prima ploaie și momentul în care rugina a răzbătut printr-un stâlp de fier. Uneori, ruginirea este în puncte atât de importante, încât prăbușirea pare totală, dar, de cele mai multe ori, e parțială: o secțiune se prăbușește, lovește altă secțiune, modifică echilibrul în mod spectaculos.

Nu-i plăcut să simți deteriorarea, să te trezești expus ravagiilor unei ploii aproape zilnice și să știi că ești pe cale să devii ceva fragil, că din ce în ce mai mult din tine o să zboare la prima pală puternică de vânt, diminuându-te mereu. Unii acumulează mai multă rugină ca alții. Depresia începe banal, învăluie zilele într-o culoare cenușie, slăbește acțiunile obișnuite, până ce formele lor explicite sunt umbrite de efortul pe care-l necesită, te lasă ostenit, și plictisit, și obsedat de propriul tău eu – dar poți răzbi prin toate astea. Poate că nu cu succes, dar poți răzbi. Nimeni n-a izbutit încă să definească punctul de colaps care marchează depresia majoră, însă, când ajungi acolo, nu prea ai cum să te înșeli.

Depresia majoră este o naștere și o moarte: e atât prezența nouă a ceva, cât și dispariția totală a ceva. Nașterea și moartea sunt treptate, cu toate că documentele oficiale încearcă să prindă legea firii în categorii ca „declarat decedat”<sup>9</sup> și „născut la termen”. În ciuda capriciilor naturii, există cu siguranță o etapă în care un prunc care n-a fost în lume este în ea și o etapă în care un pensionar care a fost în lume nu mai este în ea. E adevărat că, într-o fază, capul pruncului e aici, iar corpul nu; că, atâta vreme cât cordonul ombilical nu e tăiat, copilul e legat fizic de mamă. E adevărat că pensionarul poate să-și închidă pentru ultima oară ochii cu câteva ore înainte de a muri și că există un decalaj între momentul în care nu mai răsuflă și cel în care este declarat în

„moarte cerebrală“. Depresia există în timp. Un pacient poate spune că au trecut câteva luni de când suferă de depresie majoră, dar acesta e un fel de a impune o măsură unui lucru nemăsurabil. Tot ce poți spune cu adevărat ca sigur este că ai avut depresie majoră și că se întâmplă – sau nu – s-o simți în orice moment din prezent.

Nașterea și moartea care alcătuiesc depresia se produc deodată. M-am întors, nu demult, într-o pădure în care mă jucam în copilărie și am văzut un stejar, în măreția lui de un veac, la umbra căruia mă jucam cu fratele meu. În douăzeci de ani, o viță uriașă se agățase de copacul sigur pe sine și aproape că-l sufocase. Era greu de spus unde dispărea copacul și unde începea vița. Vița se răsucise atât de iscusit peste eșafodajul crengilor, încât frunzele ei păreau, de departe, să fie frunzele copacului; doar de aproape puteai vedea cât de puține crengi vii ale stejarului mai rămăseseră și că niște lăstari disperși de stejar se ițeau, urcând pe trunchiul masiv ca un șirag de degete mari ale mâinii, cu frunzele continuându-și fotosinteza în felul ignorant al biologiei mecanice.

De-abia scăpat dintr-o depresie majoră, în care nu prea aveam disponibilitate pentru gândul la problemele altora, m-am identificat cu acel copac. Depresia crescuse pe mine ca vița care cucerise copacul; mă secătuiă și se înfășurase în jurul meu, hădă, mai vie decât mine. Avusese o viață proprie care, puțin câte puțin, asfixiase toată viața din mine. În cea mai grea fază a depresiei majore, aveam stări de spirit despre care știam că nu sunt ale mele: îi aparțineau depresiei, așa cum frunzele de pe crengile din vârful aceluși copac erau ale viței. Când am încercat să mă gândesc limpede la asta, am simțit că mintea îmi este întemnițată, că nu se poate desfășura în nici o direcție. Știam că soarele răsare și apune, dar că puțin ajunge la mine din lumina lui. Simțeam că mă încovoi sub ceva mult mai puternic decât mine; mai întâi, nu mi-am putut folosi gleznele, după care nu mi-am mai putut controla genunchii, și apoi mijlocul a început să se frângă sub povară, iar umerii mi s-au gârbovit și, în cele din urmă, m-am pomenit ghemuit, în poziția fetală, sleit de acel lucru care mă strivea fără să mă susțină. Cârceii lui amenințau să-mi spulbere mintea, și curajul, și hotărârea, să-mi sfărâme oasele și să-mi sece

trupul. Se tot înfrupta lacom din mine, când părea că n-a mai rămas nimic care să-l hrănească.

Nu eram destul de puternic ca să mă opresc din respirat. Am știut atunci că n-am să pot ucide niciodată această vișă a depresiei, așa că tot ce voiam era ca ea să mă lase să mor. Dar îmi luase energia de care aș fi avut nevoie ca să mă sinucid, și nu mă ucidea. Chiar dacă trunchiul meu putrezea, lucrul ăsta care se hrănea din el era de-acum prea puternic ca să-l lase să cadă; devenise un suport alternativ pentru ceea ce distrusese. În colțul cel mai ascuns al patului meu, sfâșiat și devastat de acest lucru ce părea invizibil oricui altcuiva, mă rugam la un Dumnezeu în care nu crezusem niciodată de-a binelea și ceream izbăvirea. Aș fi fost bucuros să mor de cea mai dureroasă moarte, cu toate că eram prea cufundat în letargie ca să pot măcar să mă gândesc la sinucidere. Fiecare secundă trăită mă chinuia. Din pricină că lucrul ăsta secase totul din mine, nu puteam nici măcar să plâng. Gura îmi era, și ea, uscată. Crezusem că atunci când te simți cel mai rău te podidesc lacrimile, dar suferința cea mai rea e suferința aridă a pângăririi totale, care vine după ce ți-au secat lacrimile, suferință ce blochează orice spațiu prin care măsurai înainte lumea, sau lumea te măsură pe tine. Aceasta e prezența depresiei majore.

Am spus că depresia e deopotrivă naștere și moarte. Vișă este ceea ce se naște. Moartea este propria deteriorare, trosnetul crengilor care suportă acest supliciu. Primul lucru care dispare e fericirea. Nu te mai poți bucura de nimic.<sup>10</sup> E simptomul esențial al depresiei. Curând însă, alte afecte urmează fericirea pe calea uitării: tristețea așa cum o știai, tristețea ce pare să te fi condus aici; simțul umorului; credința în iubire și capacitatea de a iubi. Minteă ți-o simți tratată cu leșie, încât îți pari ție însuși năuc. Dacă ai avut totdeauna părul rar, ți se pare și mai rar; dacă ai avut totdeauna probleme de piele, ele se agravează. Chiar și ție ți se pare că miroși a acru. Nu mai poți să ai încredere în cineva, să fii atins, să plângi. În cele din urmă, îți devii pur și simplu absent ție însuși.

Poate că ceea ce e prezent uzurpă ceea ce devine absent, și poate că absența lucrurilor derutante dezvăluie ceea ce este prezent. Oricum ar fi, ești



mai puțin decât tine însuși și te afli în ghearele unui lucru străin. De prea multe ori tratamentele vizează doar jumătate din problemă: se concentrează doar pe prezență sau doar pe absență. E nevoie și de tăierea celor câteva sute de kilograme în plus ale viței, și de refamiliarizarea cu rețeaua de rădăcini și cu tehnicile de fotosinteză. Terapia medicamentoasă consumă vița. Simți cum se petrece totul, cum medicamentele par să otrăvească parazitul, care se ofilește bucată cu bucată. Simți că greutatea piere, simți cum ramurile își recapătă o mare parte din arcuirea firească. Până ce nu scapi de viță, nu te poți gândi la ceea ce s-a pierdut. Dar, chiar dacă vița a căzut, mai poți avea puține frunze și rădăcini superficiale, iar reclădirea sinelui nu se poate face cu nici un medicament existent în prezent. Când dispare povara viței, frunzulițele împrăștiate pe scheletul copacului devin indispensabile pentru hrănirea esențială. Dar acest lucru nu este o modalitate bună de a fi. Nu este o modalitate trainică de a fi. Pentru reclădirea sinelui în timpul depresiei și după depresie, este nevoie de iubire, intuiție, muncă și, mai mult ca orice, de timp.

Diagnosticarea este la fel de complicată ca boala. Pacienții îi întrebă tot timpul pe doctori: „Am depresie?“, de parcă rezultatul s-ar afla într-o analiză de sânge concludentă. Singura modalitate de a afla dacă ai sau nu depresie este să te ascuți și să te observi pe tine însuși, să-ți percepi sentimentele și apoi să te gândești la ele. Dacă în cea mai mare parte a timpului te simți rău fără vreun motiv, ai depresie. Dacă în cea mai mare parte a timpului te simți rău cu motiv, ai tot depresie, dar să acționezi asupra motivelor poate fi o cale de progres mai bună decât să nu te atingi de împrejurări și să combați depresia. Dacă depresia te face inapt, atunci e majoră. Dacă este doar moderat perturbantă, nu este majoră.

Biblia psihiatriei – *i gnosti nd St tisti M nu l*, ediția a patra ( *SM-IV*) – definește inadecvat depresia drept prezență a patru sau mai multe simptome dintr-o listă de nouă. Problema cu definiția e că-i complet arbitrară. Nu există nici un motiv special să califici cinci simptome ca formând depresia; patru simptome sunt mai mult sau mai puțin depresie; iar cinci simptome sunt mai puțin grave decât șase. Până și un simptom e neplăcut. Dacă ai versiuni ușoare din toate simptomele poate fi o problemă

mai mică decât dacă ai versiuni severe din două. După ce află diagnosticul, cei mai mulți oameni caută cauzele, în ciuda faptului că a ști de ce ești bolnav nu are nici o influență nemijlocită asupra tratării bolii.

Boala minții este boală reală. Ea poate avea efecte grave asupra corpului. Celor care se duc la cabinetul doctorului lor plângându-se de crampe la stomac li se spune adesea: „Păi, n-ai nimic, în afară de faptul că ești depresiv!“ Depresia, dacă e suficient de gravă ca să provoace crampe la stomac, este, de fapt, un lucru care te prejudiciază cu adevărat și necesită tratament. Dacă te duci să te plângi că ai probleme cu respirația, nimeni nu-ți zice: „Păi, n-ai nimic, în afară de faptul că ai emfizem!“ Pentru persoana care suferă de probleme psihosomatice, acestea sunt la fel de reale precum crampele la stomac ale cuiva cu intoxicație alimentară. Ele există în creierul inconștient, și adesea creierul trimite stomacului mesaje improprii, așa încât există și acolo. Diagnosticul – dacă e ceva necorespunzător cu stomacul sau cu apendicele sau cu creierul tău – contează la stabilirea tratamentului, și nu e lipsit de însemnătate. În ceea ce privește organele, creierul este unul foarte important, iar funcționarea lui defectuoasă trebuie îndreptată corespunzător.

Se apelează adesea la chimie pentru a vindeca ruptura dintre trup și suflet. Ușurarea pe care o arată oamenii când un doctor spune că depresia lor este „de natură chimică“ se bazează pe credința că există un eu organic dincolo de timp, ca și pe separarea fictivă a durerii provocate direct de cea total aleatorie. Expresia *de n tur himi* pare să reducă sentimentele de responsabilitate pe care le au oamenii față de nemulțumirea accentuată provocată de o muncă neplăcută, grijile legate de îmbătrânire, eșecul în dragoste, ura față de rude. Expresia *de n tur himi* a fost pusă în legătură cu o confortabilă eliberare de vinovăție. Dacă creierul îți este predispus la depresie, nu trebuie să te învinovățești pentru asta. Mă rog, te poți învinui pe tine sau evoluția bolii, dar amintește-ți că însăși învinovățirea poate fi privită ca proces chimic, iar fericirea este, și ea, de natură chimică. Chimia și biologia nu sunt doar chestiuni care afectează eul „real“; depresia nu poate fi separată de persoana pe care o afectează. Tratamentul nu ameliorează

perturbarea identității, aducându-te înapoi la un soi de normalitate; el readaptază o identitate multiplă, schimbând în mică măsură ceea ce ești.

Oricine a participat la ore de științe în liceu știe că oamenii sunt făcuți din substanțe chimice și că studiul acestor substanțe și al structurilor în care sunt configurate se numește biologie. Tot ce se petrece în creier are manifestări și surse chimice. Dacă închizi ochii și te gândești intens la urși polari, aceasta are un efect chimic asupra creierului tău. Dacă alegi să te opui evaziunii fiscale în cazul câștigurilor de capital, asta are un efect chimic asupra creierului tău. Când îți amintești un episod din viața ta, o faci prin intermediul proceselor chimice complexe ale memoriei. Traumele din copilărie și neajunsurile ulterioare pot să modifice reacțiile chimice cerebrale. Mii de reacții chimice sunt implicate când hotărăști să citești această carte, când o iei în mâini, când privești formele literelor de pe pagină, când scoți un înțeles din acele forme și când ai reacții intelectuale și afective la ceea ce transmit ele. Dacă vremea te face să ieși din ciclul unei depresii și să te simți mai bine, modificările chimice nu sunt mai puțin speciale și complexe decât cele declanșate de luarea de antidepresive. Exteriorul determină lăuntricul la fel de mult pe cât lăuntricul plăsmuiește exteriorul. Cât de neatrăgătoare e ideea că, pe lângă toate celelalte confinii care sunt încețoșate, cețoase sunt și hotarele care ne fac să fim noi înșine! Nu există parte esențială a eului care să zacă pură ca un filon de aur sub haosul experienței și al reacțiilor chimice. Orice poate fi schimbat, și trebuie să privim organismul omenesc ca pe o secvență de eu-uri ce pier unul în fața altuia sau se alege unul pe altul. Și totuși, limbajul științei, folosit la instruirea medicilor și, din ce în ce mai mult, în scrierile și conversațiile neacademice, e ciudat de capricios.

Rezultatele cumulate ale efectelor chimice din creier nu sunt înțelese prea bine. De exemplu, în ediția din 1989 a manualului standard *Comprehensive Text book of Psychology* găsim această formulă folositoare: punctajul depresiei este echivalent cu nivelul de 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol (un compus care se găsește în urina tuturor oamenilor și aparent nu este afectat de depresie); minus nivelul acidului 3-metoxi-4-hidroximandelic;

plus nivelul norepinefrinei; minus nivelul normetaneprinei plus nivelul metaneprinei, suma lor fiind împărțită la nivelul acidului 3-metoxi-4-hidroxi-mandelic; plus o variabilă de conversie nespecificată; sau, cum spune CTP: „Punctaj de tip D = C1 (MHPG) – C2 (VMA) + C3 (NE) – C4 (NMN + MN)/VMA + C0.“ Punctajul ar trebui să fie între unu, la pacienții unipolari, și zero, la cei bipolari, așa încât, dacă îți dă alt rezultat, ai greșit. Cât de mult te pot lămuri astfel de formule? Cum ar *pute* să se aplice unui lucru atât de nebulos ca starea de spirit? Este greu de stabilit în ce măsură o anumită trăire a dus la o anumită depresie; nu putem explica nici prin ce procese chimice ajunge cineva să reacționeze prin depresie la circumstanțele externe; și nici nu putem lămuri ce anume face un om să fie esențialmente depresiv.

Cu toate că presa curentă și industria farmaceutică descriu depresia ca pe o boală cu efect unic, cum este diabetul, ea nu este așa. De fapt, este izbitor de diferită de diabet. Diabeticii produc insuficientă insulină, și diabetul este tratat prin creșterea și stabilizarea nivelului insulinei din fluxul sangvin. Depresia *nu* e consecința nivelului redus a ceva măsurabil în prezent. Creșterea nivelului serotoninei din creier declanșează un proces care, în cele din urmă, ajută multe persoane depresive să se simtă mai bine, dar *nu* pentru că au un nivel anormal de scăzut de serotonină. În plus, serotonina *nu* are efecte salutare imediate. Poți pompa câțiva litri de serotonină în creierul unei persoane depresive, asta n-o să-l faci pe dată să se simtă nici un pic mai bine, însă creșterea susținută, pe termen lung, a nivelului serotoninei are efecte ce ameliorează simptomele depresive. „Sunt depresiv, dar nu-i decât o chestie legată de chimie“ este o frază echivalentă cu „Sunt ucigaș, dar nu-i decât o chestie legată de chimie“ sau cu „Sunt inteligent, dar nu-i decât o chestie legată de chimie“. Totul la o persoană e legat de chimie, dacă vrei să gândești în acești termeni. „Poți să zici că-i «doar de natură chimică»“, spune Maggie Robbins, care suferă de boala maniaco-depresivă. „Eu zic că nimic nu-i «doar» de natură chimică.“ Soarele strălucește, și asta-i tot legat de natura chimică, și legat de natura chimică e și faptul că pietrele sunt tari și că marea e sărată, și că unele după-amiezi de primăvară au în adierile lor un soi de nostalgie ce răscolește inima, stârnind doruri și închipuiri pe care le-a ținut

adormite zăpada unei ierni lungi. „Chestia asta cu serotonina“, spune David McDowell de la Universitatea Columbia, „face parte din neuromitologia modernă.“ E un ansamblu influent de povești.

Realitatea internă și cea externă există ca un continuum. Ceea ce se întâmplă, felul în care înțelegi că s-a întâmplat și felul în care reacționezi la faptul că se întâmplă – sunt, de obicei, legate între ele, dar nici unul nu prezice ceva despre celelalte. Dacă realitatea însăși este adesea un lucru relativ, iar eul este într-o stare de curgere permanentă, trecerea de la o stare de spirit moderată la una extremă este un glissando. Prin urmare, boala este o stare de spirit extremă, și putem descrie în mod rezonabil afectul ca pe o formă moderată de boală. Dacă toți ne-am simți tot timpul minunat (dar nu cu sindrom maniacal delirant), am putea face mai multe și am trăi mai fericiți pe pământ, dar această idee e dătătoare de fiori și îngrozitoare (cu toate că, desigur, dacă ne-am simți minunat tot timpul am putea uita de fiori și groază).

Gripa e directă: într-o zi, nu ai în organism virusul cu pricina, iar, în ziua următoare, îl ai. HIV trece de la o persoană la alta într-o fracțiune de secundă definibilă. Depresia? E ca și cum ai încerca să aplici parametrii clinici foamei, care ne afectează pe toți de câteva ori pe zi, dar care, în varianta extremă, e o tragedie care-și ucide victimele. Unii oameni au nevoie de mai multă mâncare decât alții; unii pot să funcționeze în condiții de malnutriție gravă; unii slăbesc rapid și cad pe stradă. Tot așa, depresia lovește persoane diferite în feluri diferite: unele sunt predispușe să reziste sau să lupte cu ea și s-o învingă, în vreme ce alții sunt neajutorați în ghearele ei. Voința și mândria pot face pe cineva să răzbească printr-o depresie care, pe altcineva, cu personalitate mai blândă și mai supusă, l-ar dărâma.

Depresia interacționează cu personalitatea. Unii oameni sunt curajoși când e vorba despre depresie (în timpul ei și după aceea), alții sunt slabi. Dat fiind că personalitatea are o nuanță aleatorie și procese chimice uluitoare, putem atribui totul geneticii, dar ar fi prea simplu așa. „Nu există vreo genă a stării de spirit“, spune Steven Hyman, director la *Nation Institute of Mental Health*. „Nu este decât stenograma interacțiunilor foarte complexe gene–mediu.“ Dacă toată lumea e capabilă să aibă un anumit grad de

depresie în anumite condiții, toată lumea e, de asemenea, capabilă să lupte cu depresia într-o anumită măsură, în anumite condiții. Adesea, lupta ia forma căutării tratamentelor cele mai eficiente în bătălie. Implică găsirea ajutorului când încă mai ești destul de puternic ca s-o faci. Implică profitarea la maximum de viață între crizele cele mai grave. Unii oameni care au simptome îngrozitoare pot să aibă cu adevărat succes în viață; iar alții sunt de-a dreptul distruși de cele mai ușoare forme ale maladiiei.

Să învingi fără medicamente o depresie moderată are anumite avantaje. Îți dă senzația că îți poți corecta propriile dezechilibre chimice prin exercitarea propriei voințe chimice. Iar a învăța să mergi pe cărbuni încinși este un triumf al creierului asupra a ceea ce pare să fie inevitabila chimie fizică a durerii, și e o modalitate fascinantă de a descoperi simpla putere a minții. Faptul că ieși dintr-o depresie „prin forțele proprii“ îți permite să eviți neplăcerea socială asociată cu medicația psihiatrică. El sugerează că ne acceptăm pe noi înșine așa cum am fost făcuți, reconstruindu-ne doar prin propriile mecanisme interioare, fără ajutor din afară. Revenirea pas cu pas din suferință dă sens afecțiunii înseși.

Mecanismele interioare însă sunt greu de comandat și adesea sunt nepotrivite. De multe ori, depresia distruge puterea minții asupra stării de spirit. Uneori, apar procesele chimice complexe ale tristeții pentru că ai pierdut pe cineva drag, iar procesele chimice ale pierderii și cele ale iubirii pot duce la procesele chimice ale depresiei. Procesele chimice ale îndrăgostirii pot să apară din motive externe evidente, sau pe căi pe care inima nu i le poate spune niciodată minții. Dacă am vrea să tratăm această necugetare emotivă, poate că am putea s-o facem. E necugetat ca adolescenții să fie furioși pe părinți, care au făcut tot ce au știut ei mai bine, dar e o necugetare convențională, destul de uniformă ca s-o acceptăm în aceeași cheie, fără s-o punem sub semnul întrebării. Uneori, aceleași procese chimice apar din motive externe, insuficiente – conform standardelor tradiționale – ca să explice disperarea; cineva se izbește de tine într-un autobuz ticsit și te podidește plânsul, sau citești despre suprapopularea pământului și ți se pare că propria viață e insuportabilă. Oricine a simțit uneori o emoție disproporționată declanșată de

o chestiune mărunță, sau a simțit emoții a căror origine este obscură, sau poate că nici n-aveau origine. Uneori, procesele chimice apar fără nici un motiv exterior. Cei mai mulți dintre oameni au avut clipe de disperare inexplicabilă, adesea în toiul nopții sau la orele mici, înainte să sune ceasul deșteptător. Dacă aceste sentimente durează zece minute, sunt o stare de spirit ciudată și iute trecătoare. Dacă durează zece ore, sunt o stare ce tulbură – iar dacă durează zece ani, sunt o boală care te face inapt.

E prea adesea o calitate a fericirii faptul că-i simți în fiecare clipă fragilitatea, în vreme ce depresia, când ești în miezul ei, pare o stare care n-o să treacă niciodată. Chiar dacă accepți faptul că dispoziția se schimbă, că orice ai simți azi va fi mâine altfel, nu te poți relaxa în fericire așa cum o poți face în tristețe. Pentru mine, tristețea a fost totdeauna, și încă mai este, un sentiment mai puternic; și, dacă nu este o trăire universală, poate că este baza pe care se dezvoltă depresia. Nu-mi plăcea defel să fiu depresiv, dar tot în depresie mi-am aflat propria întindere, amploarea deplină a sufletului. Când sunt fericit, mă simt un pic distras de fericire, ca și cum ea nu izbuteste să folosească o parte din mintea și creierul meu care dorește acest exercițiu. Depresia e ceva de făcut. Percepția mea se întărește și se ascute în momentele de pierdere: pot să văd pe deplin frumusețea obiectelor de sticlă în clipa în care mi alunecă din mână spre podea. „Găsim desfătarea mult mai puțin desfătătoare, durerea mult mai dureroasă decât ne așteptam“, a scris Schopenhauer. „Avem trebuință totdeauna de o anumită măsură de grijă, sau tristețe, sau năzuință, așa cum o corabie are nevoie de lest ca să țină calea dreaptă.“

Rușii au o vorbă: „Dacă te trezești fără să simți vreo durere, știi că ești mort.“ Chiar dacă viața nu înseamnă doar durere, trăirea durerii, care are o intensitate aparte, este unul dintre cele mai sigure semne ale forței vitale. Schopenhauer spunea: „Închipuți-vă omenirea transportată într-o Utopie în care toate cresc de la sine și curcânii zburătăcesc deja fripți, în care îndrăgostiții se găesc unul pe altul fără întârziere și rămân legați unul de altul fără greutate: într-un astfel de loc, unii oameni ar muri de urât ori s-ar spânzura, alții s-ar lupta și s-ar ucide între ei, și astfel ar crea pentru ei înșiși mai multă suferință decât le impune natura [...]. La polul opus al suferinței [se află]

plicitisul.“<sup>12</sup> Eu cred că durerea trebuie să fie transformată, dar nu uitată; contrastisă, dar nu ștearsă cu totul.

Sunt convins că unele dintre cele mai mari cifre legate de depresie se bazează pe realitate. Cu toate că e greșit să confunzi numerele cu adevărul, aceste cifre spun o poveste alarmantă. Conform cercetărilor recente, circa 3 la sută dintre americani – cam 19 milioane<sup>13</sup> – suferă de depresie cronică. Peste 2 milioane dintre ei sunt copii. Boala maniaco-depresivă, numită adesea tulburarea bipolară din cauză că starea de spirit a pacientului variază de la manie la depresie, afectează circa 2,3 milioane<sup>14</sup> și este pe locul doi în topul celor careucid femeii tinere, pe locul trei în ceea ce privește bărbații tineri. Depresia, așa cum e descrisă în *SM-IV*, e principala cauză a invalidității în SUA și în restul lumii la persoanele în vârstă de peste cinci ani.<sup>15</sup> În întreaga lume, inclusiv țările în curs de dezvoltare, depresia explică o parte mai mare din cheltuielile cauzate de boli, calculate pe baza deceselor premature și a anilor de viață sănătoasă răpiți de infirmități, decât orice altceva, cu excepția bolilor de inimă. Depresia își arogă mai mulți ani decât războiul, cancerul și SIDA luate laolaltă.<sup>16</sup> Alte boli, de la alcoolism până la bolile de inimă, maschează depresia<sup>17</sup> atunci când ea e cea care le provoacă; dacă luăm în considerare acest lucru, depresia s-ar putea să fie cel mai mare ucigaș de pe pământ.

Tratamentele pentru depresie proliferază în prezent, dar numai jumătate<sup>18</sup> dintre americanii care au avut depresie majoră au cerut ajutor de vreun fel – chiar și de la un preot sau un sfătuitor. Circa 95 la sută<sup>19</sup> dintre cei 50 la sută se adresează unor medici generaliști, care adesea nu știu prea multe despre problemele psihiatrice. Unui american adult cu depresie i se recunoaște boala doar în vreo 40 la sută din cazuri.<sup>20</sup> Cu toate acestea, actualmente aproximativ 28 de milioane de americani – unul din zece – iau



inhibitori selectivi de recaptare a serotoninei (*selective serotonin reuptake inhibitors* – SSRI) – clasă de medicamente din care face parte prozacul<sup>21</sup> –, iar un număr substanțial iau alte medicamente. Mai puțin de jumătate dintre cei cărora li se recunoaște maladia primesc tratament adecvat. Dat fiind că definițiile depresiei s-au lărgit, incluzând o parte din ce în ce mai mare din populația generală, a devenit din ce în ce mai greu să se calculeze cifra exactă a mortalității. Statisticile oferite în mod tradițional arată că 15 la sută<sup>22</sup> dintre cei depresivi se sinucid în cele din urmă; această cifră este încă valabilă pentru cei extrem de bolnavi. Studii recente care includ depresia mai ușoară arată că 2-4 la sută dintre depresivi se sinucid drept consecință directă a bolii. Aceasta e totuși o cifră stupefiantă. Acum douăzeci de ani, cam 1,5 la sută din populație avea depresie care necesita tratament; acum, e vorba de 5 la sută; iar 10 la sută dintre toți americanii din prezent se pot aștepta la un episod de depresie majoră în viața lor. Cam 50 la sută vor avea unele simptome de depresie.<sup>23</sup> Problemele clinice s-au înmulțit; tratamentele s-au înmulțit în măsură și mai mare. Diagnosticarea se perfecționează, dar asta nu explică amploarea problemei. Incidența depresiei crește în țările dezvoltate, mai ales la copii. Depresia apare la oameni mai tineri, manifestându-se prima oară când victimele au în jur de 26 de ani, cu zece ani mai devreme decât la generația anterioară; tulburarea bipolară, sau boala maniaco-depresivă, apare chiar mai devreme.<sup>24</sup> Lucrurile se înrăutățesc.

Puține afecțiuni sunt tratate atât de insuficient și, totodată, atât de excesiv. Persoanele care devin complet nefuncționale sunt spitalizate, în cele din urmă, și există probabilitatea să fie tratate, cu toate că uneori depresia lor e confundată cu afecțiunile fizice prin care se manifestă. O mulțime de persoane însă rabdă pur și simplu și continuă – în ciuda marilor revoluții din tratamentele psihiatrice și psihofarmaceutice – să sufere chinuri cumplite. Peste jumătate dintre cei care cer totuși ajutor – alte 25 la sută dintre persoanele depresive – nu primesc nici un tratament. Cam jumătate dintre cei care primesc tratament – 13 la sută, sau cam așa ceva, dintre persoanele

depressive – primesc tratament nepotrivit, adesea tranchilizante sau psihoterapii irelevante. Dintre ceilalți, jumătate – cam 6 la sută dintre persoanele depressive – primesc doze inadecvate pe o perioadă inadecvată. Așa încât rezultă că vreo 6 la sută din totalul persoanelor depressive primesc tratament adecvat. Însă mulți dintre aceștia renunță în cele din urmă la medicație, de obicei din cauza efectelor secundare. „Între 1 și 2 la sută primesc cu adevărat tratamentul optim“ – spune John Greden, director al Institutului de Cercetări pentru Sănătate Mintală (*Mental Health Research Institute*) de la Universitatea din Michigan – „pentru o boală care poate fi, de obicei, controlată eficient prin medicație relativ necostisitoare, cu puține efecte secundare grave.“ Între timp, la celălalt capăt al spectrului, oameni care presupun că extazul este dreptul lor din naștere dau pe gât cascade de pilule, într-o încercare zadarnică de a ameliora acele neplăceri ușoare care fac parte din structura oricărei vieți.

S-a stabilit foarte clar că apariția supermodelelor a vătămat imaginea femeilor despre sine, prin stabilirea unor așteptări nerealiste. Supermodelul psihologic din secolul al XXI-lea este și mai periculos decât cel fizic.<sup>25</sup> Oamenii își examinează permanent mintea și-și resping propriile stări de spirit. „E fenomenul Lourdes“, spune William Potter, care a condus departamentul psiho-farmacologic al Institutului Național pentru Sănătate Mintală (*National Institute of Mental Health* – NIMH) în anii '70 și '80, când au fost create noile medicamente. „Când expui un număr foarte mare de oameni la ceea ce ei percep – și au motive s-o creadă – ca pozitiv, primești rapoarte despre miracole – și, de asemenea, firește, despre tragedii.“ Prozacul este tolerat atât de bine, încât aproape oricine îl poate lua – și aproape oricine îl ia. A fost recomandat unor persoane cu simptome ușoare, care n-ar fi tolerat neplăcerile provocate de antidepressivul mai vechi, inhibitorii de monoaminooxidază (IMAO) (*monoamine oxidase inhibitors* – MAOI) și triciclicele. Ai putea oare, chiar dacă nu ești depresiv, să împingi înapoi limitele tristeții tale – și n-ar fi mai bine decât să trăiești cu durerea?

Îi transformăm pe cei vindecabili în cazuri patologice, iar ceea ce ar putea fi modificat cu ușurință ajunge să fie tratat ca boală, chiar dacă mai înainte a fost tratat dintr-o perspectivă cu caracter personal sau ca stare sufletească. De cum vom avea un medicament pentru violență, violența va fi o boală. Există multe stări cenușii între depresia *de pleno* și o durere ușoară care nu e însoțită de modificări ale somnului, poftei de mâncare, energiei sau curiozității; am început să clasificăm din ce în ce mai multe dintre ele ca boală, deoarece am găsit din ce în ce mai multe modalități de ameliorare a lor. Însă hotarul rămâne arbitrar.<sup>26</sup> S-a hotărât că un IQ de 69 reprezintă retardare, dar cineva cu IQ de 72 nu e prea grozav, iar cineva cu IQ de 85 se poate descurca, mai mult sau mai puțin; s-a spus că nivelul colesterolului trebuie să fie menținut sub 220, dar, dacă ai colesterolul 221, probabil că n-o să mori din asta, iar, dacă ai 219, trebuie să ai grijă; 69 și 220 sunt cifre arbitrare, iar ceea ce numim boală e, de asemenea, un lucru destul de arbitrar; în cazul depresiei, mai este și într-o instabilitate continuă.

Depresivii folosesc mereu expresia „dincolo de margine“ pentru a trasa trecerea de la durere la nebunie. Această descriere foarte fizică implică adesea căderea „în abis“. E ciudat cât de mulți oameni au un vocabular atât de compatibil, întrucât „marginea“ este cu adevărat o metaforă foarte abstractizată. Puțini dintre noi au căzut vreodată peste vreo margine, și cu siguranță nu în abis. Marele Canion? Un fiord norvegian? O mină de diamante din Africa de Sud? E greu până și să *g se ti* un abis în care să cazi. Când sunt întrebați, oamenii îl descriu într-un mod destul de consecvent. În primul rând, e întunecos. Cazi dinspre lumina solară către un loc în care umbrele sunt negre. Înăuntrul lui, nu poți vedea, iar primejdiile sunt peste tot (nu are străfundul pufos, și nici pereții moi, abisul ăsta). În vreme ce cazi, nu știi cât de adânc ai ajuns sau dacă poți, în vreun fel, să te oprești. Te tot izbești de lucruri nevăzute, până ce ești sfâșiat, și totuși împrejur totul e prea instabil ca să te poți prinde de ceva.

Frica de înălțime este fobia cea mai răspândită în lume, și trebuie să le fi servit bine strămoșilor noștri, dat fiind că cei care nu se temeau probabil că

găseau abisuri și cădeau în ele, scoțându-și din cursă materialul genetic. Dacă stai pe marginea unei faleze și privești în jos, amețești. Corpul nu-ți funcționează mai bine ca oricând ca să-ți îngăduie să te îndepărtezi de margine cu o precizie ireproșabilă. Crezi că o să cazi și, dacă privești prea mult timp, o să cazi. Ești paralizat. Îmi amintesc că m-am dus cu niște prieteni la Cascada Victoria, unde stânci foarte înalte coboară drept în râul Zambezi. Eram tineri și ne provocam unul pe altul să pozăm pentru fotografii cât de aproape de margine puteam să ne ducem. Fiecare dintre noi, după ce s-a apropiat prea tare de margine, s-a simțit îngreșat și paralizat. Cred că depresia nu este, de obicei, trecerea dincolo de marginea însăși (care te face să mori repede), ci apropierea prea mare de margine, ajungând la acel moment al fricii când ai mers prea departe, când amețeala te-a golit cu totul de capacitatea de a-ți ține echilibrul. La Cascada Victoria, am descoperit cu toții că lucrul dincolo de care nu puteam trece era o margine invizibilă, aflată la mică distanță de locul în care se isprăvea piatra. La trei metri de marginea pietrei, ne simțeam bine. La un metru și jumătate, cei mai mulți dintre noi și-au pierdut curajul. La un moment dat, o prietenă mă fotografia și a vrut să apară în imagine și podul către Zambia. „Poți să te dai cu trei centimetri mai la stânga?“ a întrebat, și m-am supus, făcând un pas la stânga – treizeci de centimetri la stânga. Am zâmbit, un zâmbet drăguț, care s-a păstrat acolo, în fotografie, iar ea a zis: „Te apropii cam prea mult de margine. Hai înapoi.“ Mă simțisem foarte bine stând acolo, și apoi m-am uitat deodată în jos și am văzut că-mi depășisem marginea. M-am făcut alb ca varul. „E în ordine“, a zis prietena mea și s-a apropiat, întinzând mâna. Marginea falezei era la vreo douăzeci și cinci de centimetri de mine, și totuși a trebuit să cad în genunchi, să mă întind pe burtă și să mă târăsc vreun metru până ce am ajuns iar pe teren sigur. Știu că am destul simț al echilibrului și mi-e ușor să stau în picioare pe o platformă lată de vreo 35 de centimetri; pot chiar să improvizez un mic număr de step, și pot s-o fac fără să cad. N-am putut să stau în picioare atât de aproape de Zambezi.

Depresia se bazează foarte mult pe o senzație paralizantă de iminență. Ceea ce poți face la o înălțime de 15 centimetri nu poți face când solul

coboară, dezvăluind o adâncime de treizeci de metri. Groaza de cădere te înhață, chiar dacă acea groază e ceea ce te-ar putea face să cazi. Ceea ce ți se întâmplă în depresie e oribil, dar pare să fie în mare măsură învăluit în ceea ce e pe punctul să ți se întâmple. Printre altele, simți că mai ai puțin și mori. Moartea n-ar fi așa de rea, dar să trăiești, pe pragul morții, starea de „încă nu ești chiar dincolo de marginea geografică“ e oribilă. Într-o depresie majoră, mâinile care se întind spre tine sunt dincolo de punctul în care pot fi prinse. Nu poți să te lași în mâini și genunchi, pentru că simți că, de cum te apleci, chiar și în direcția opusă marginii, îți pierzi echilibrul și te prăbușești în hău. O, da, o parte din imaginile despre genune sunt potrivite: întunericul, nesiguranța, pierderea controlului. Dacă ai cădea însă cu adevărat la nesfârșit într-un abis, n-ar mai putea fi vorba de control. Ți-ai pierde cu totul controlul. Aici e acea senzație îngrozitoare că te-a părăsit controlul tocmai când aveai mai multă nevoie de el și ai fi îndreptățit să-l ai. O iminență cumplită pune stăpânire deplină pe clipa de față. Depresia a mers prea departe atunci când, în ciuda unei marje mari de siguranță, nu te mai poți echilibra. În depresie, tot ce se petrece în prezent este anticiparea durerii din viitor, iar din prezentul ca atare nu mai există nimic.

Depresia e o stare aproape de neînchipuit pentru cineva care n-a trecut prin ea. O înșiruire de metafore – plante agățătoare, copaci, faleze etc. – e singurul fel de a vorbi despre această trăire. Nu e ușor de diagnosticat, deoarece depinde de metafore, iar metaforele alese de un pacient sunt diferite de cele alese de altul. Nu s-au schimbat prea multe de când Antonio din *Neguț torul din Veneți* se plângea:

*Pov r mie ipov r ție;  
 Cum m juns-o, um m d t de e ,  
 in e-i țesut , din e mi- un t,  
 m s înv ț, de- i-n inte  
 i- t t m vl guie te tristețe me ,  
 C greu îmi este s m re unos* [27](#)

Hai să spunem lucrurilor pe nume: nu știm cu adevărat ce anume provoacă depresia. Nu știm cu adevărat din ce este alcătuită depresia. Nu știm cu adevărat de ce unele tratamente pot fi eficiente în cazul depresiei. Nu știm cu adevărat cum a răzbit depresia prin procesul evoluției. Nu știm cu adevărat de ce un om se alege cu depresie în împrejurări care pe altul nu-l tulbură. Nu știm cu adevărat cum funcționează voința în acest context.

Cei din preajma depresivilor se așteaptă ca ei să-și revină: societatea noastră nu prea are timp să-și facă sânge rău. Soții, părinții, copiii și prietenii sunt cu toții expuși riscului de a fi doborâți, și nu vor să fie în apropierea durerii nemăsurate. Nimeni nu poate face altceva decât să roage să fie ajutat (dacă poate face măcar atâta) când e în partea cea mai adâncă a unei depresii majore, însă, când vine ajutorul, el mai trebuie acceptat. Ne-ar plăcea tuturor s-o facă prozacul pentru noi, dar, din experiența mea, prozacul n-o face decât dacă-l ajutam. Ascultă-i pe cei care te iubesc. Crede că merită să trăiești pentru ei chiar și atunci când n-o crezi. Scoate la iveală amintirile pe care le îndepărtează depresia și proiectează-le în viitor. Fii curajos; fii tare; ia-ți pilulele. Fă mișcare, pentru că-ți face bine, chiar dacă fiecare pas cântărește o mie de tone. Mănâncă, chiar dacă hrana însăși te dezgustă. Adu-ți singur argumente raționale, chiar dacă ți-ai pierdut rațiunea. Aceste îndemnuri de pe răvașele din plăcinte sună potrivit, însă cea mai sigură cale de a scăpa de depresie e să-ți displacă și să nu-ți îngădui să te obișnuiești cu ea. Pune stavilă gândurilor cumplite care-ți invadează mintea.

O să dureze multă vreme tratamentul pe care-l fac împotriva depresiei. Aș vrea să pot spune cum s-a întâmplat. Habar n-am cum am ajuns atât de jos și știu puțin despre cum am sărit în sus sau am căzut iar, și iar, și iar. Am tratat prezența – vița – în toate felurile convenționale pe care le-am putut dibui, apoi am izbutit să aflu cum să dreg absența, la fel de trudnic, și totuși intuitiv, cum am învățat să merg sau să vorbesc. Am avut multe recidive ușoare, apoi două căderi psihice grave, o perioadă de odihnă, a treia cădere psihică gravă și apoi câteva recidive. După toate astea, fac ce trebuie făcut ca să evit alte

perturbări. În fiecare dimineață și seară, mă uit la pilulele din mâna mea: albă, roz, roșie, turcoaz.<sup>28</sup> Uneori, ele par, în palmă, o scriere, hieroglife ce spun că viitorul poate fi în ordine și că-mi datorez mie însumi să trăiesc și să văd asta. Mă simt uneori ca și cum mi-aș înghiți înmormântarea de două ori pe zi, dat fiind că, fără aceste pilule, m-aș fi dus de mult din această lume. Mă duc la terapeut o dată pe săptămână, când sunt acasă. Uneori sunt plictisit de ședințele noastre, alteori sunt interesat într-un fel cu totul disociativ, iar alteori am senzația unei manifestări divine. Parțial, prin lucrurile pe care le-a spus omul acesta, m-am reclădit destul ca să fiu în stare să continuu să-mi țin înmormântarea sub control, în loc s-o pun în practică. A fost implicată multă vorbire; cred că vorbele sunt puternice, că pot să copleșească lucrul de care ne temem, când teama pare mai rea decât e viața de bună. M-am întors, cu o atenție din ce în ce mai subtilă, către iubire. Iubire este cealaltă cale înainte. Ele trebuie să meargă împreună: prin ele însele, pilulele sunt o otravă slabă, iubirea e un cuțit tocit, intuiția e o coardă care se rupe dacă e întinsă prea mult. Cu ele la un loc, dacă ești norocos, poți salva, de viță, copacul.

Iubesc veacul acesta. Mi-ar fi plăcut să pot călători în timp, pentru că aș fi vrut să vizitez Egiptul biblic, Italia Renașterii, Anglia elizabetană, să văd zilele de glorie ale incașilor, să-i întâlnesc pe locuitorii Marelui Zimbabwe, să văd cum era America pe vremea când pământul era al indigenilor. Dar un alt timp în care aș prefera să trăiesc nu există. Iubesc felurile de confort ale vieții moderne. Iubesc complexitatea filozofiei noastre. Iubesc senzația de transformare vastă care plutește peste noi în acest nou mileniu, impresia că suntem aproape de momentul în care vom ști mai mult decât au știut vreodată oamenii. Îmi place nivelul relativ înalt al toleranței sociale care există în țările în care trăiesc eu. Îmi place să pot călători în jurul lumii iar și iar. Îmi place că oamenii trăiesc mai mult decât au trăit vreodată, că timpul e un pic mai mult de partea noastră decât era acum o mie de ani.

Ne confruntăm totuși cu o criză fără precedent în mediul nostru fizic. Consumăm producția planetei într-un ritm înspăimântător, sabotând pământul, marea și cerul. Pădurea tropicală e distrusă; oceanele sunt pline de

deșuri industriale; stratul de ozon e descompletat. Sunt mult mai mulți oameni pe lume decât au fost vreodată, anul viitor vor fi chiar mai mulți, iar în anul de după el, iarăși, vor fi și mai mulți. Creăm problemele care vor afecta următoarea generație, și pe următoarea, și pe cea de după ea. Omul schimbă pământul încă de când a fost modelat primul cuțit din piatră și a fost semănată prima sămânță de un țaran anatolian, însă ritmul schimbării a ajuns acum să ne scape aproape cu totul din mâini. Nu sunt un alarmist în privința mediului. Nu cred că suntem chiar acum în pragul apocalipsei. Dar sunt convins că trebuie să luăm măsuri pentru a ne schimba traiectoria, dacă nu vrem să ne ducem singuri la pieire.

Faptul că scoatem la iveală noi soluții la această problemă este o dovadă a flexibilității omenirii. Lumea merge mai departe, asemenea speciei. Cancerul de piele<sup>29</sup> este mult mai prezent decât înainte, din cauză că atmosfera ne apără mult mai puțin de soare. Vara îmi dau cu loțiuni și creme cu grad înalt SPF<sup>30</sup>, și ele mă ajută să rămân sănătos. M-am dus din când în când la un dermatolog, care mi-a desprins un pistruie prea mare și l-a trimis la laborator să fie examinat. Copiii – care odinioară zburdau pe plajă goi – sunt acum unși cu pomezi protectoare. Bărbații – care odinioară munceau fără cămașă în crucea amiezii – poartă acum cămașă și încearcă să găsească un loc umbros. Suntem în stare să ne descurcăm cu acest aspect al acestei crize. Inventăm noi modalități, care sunt departe de traiul în întuneric. Și totuși, cu sau fără filtru solar, trebuie să încercăm să nu distrugem ce a mai rămas. În clipa de față, mai este destul ozon acolo, sus, și încă își face cât de cât treaba. Ar fi mai bine pentru mediu dacă nimeni n-ar mai folosi mașini, însă asta nu se va întâmpla decât dacă va fi un tsunami de criză totală. Sincer, cred că oamenii vor ajunge să trăiască pe Lună înainte să existe o societate eliberată de transportul motorizat. Schimbarea radicală este imposibilă și, în multe feluri, indenzirabilă, dar cu siguranță e necesară o schimbare.

Se pare că depresia a fost pe aproape de când omul a fost capabil de gândire conștientă de sine. Poate că depresia există încă dinaintea acestui moment, că maimuțele și cobaii și, poate, caractițele sufereau de această boală



Înainte ca primii hominizi să-și fi găsit calea către grotele lor. Cu siguranță că simptomatologia din vremea noastră e mai mult sau mai puțin asemenea celei descrise de Hippocrates<sup>31</sup> acum vreo două mii cinci sute de ani. Nici depresia, nici cancerul de piele nu sunt creații ale secolului al XXI-lea. Asemenea cancerului de piele, depresia este o afecțiune a trupului care a luat amploare în ultima vreme, din motive foarte specifice. Să nu ignorăm prea multă vreme mesajul limpede al unor probleme aflate în plină ascensiune. Aspecte vulnerabile, care, într-o epocă anterioară, ar fi putut rămâne neobservabile, se afirmă acum într-o maladie clinică deplină. Trebuie nu doar să profităm de soluțiile nemijlocite la problemele noastre actuale, ci și să acționăm, pentru a limita aceste probleme și a evita ca ele să ne acapareze întreaga minte. Rata în creștere a depresiei este, indiscutabil, consecința modernității. Ritmul vieții, haosul ei tehnologic, înstrăinarea dintre oameni, prăbușirea structurilor familiale tradiționale, singurătatea endemică, eșecul sistemelor de credință (religios, moral, politic, social – orice părea înainte să dea sens și călăuzire vieții) au fost catastrofale. Din fericire, am creat sisteme prin care să facem față problemei. Avem medicamente care se ocupă de tulburările organice și terapii care se ocupă de perturbările afective ale bolii cronice. Depresia este un cost din ce în ce mai mare pentru societatea noastră, dar nu ne ruinează. Avem echivalentele psihologice ale filtrelor solare, șepcilor de baseball și umbrei.

Avem însă oare echivalentul unei mișcări ecologice, un sistem care să limiteze vătămarea pe care o producem stratului de ozon social? Faptul că există tratamente nu trebuie să ne facă să ignorăm problema tratată. Trebuie să fim îngroziți de statistici. Ce e de făcut? Uneori, pare că rata îmbolnăvirilor și numărul de tratamente sunt într-un soi de competiție ca să se vadă care poate să-l întrecă pe celălalt. Puțini dintre noi vor, sau pot, să renunțe la modernitatea gândului mai mult decât ar vrea să renunțe la modernitatea existenței materiale. Trebuie să căutăm credință (în orice: în Dumnezeu, sau în eul nostru, sau în alți oameni, sau în politică, sau în frumusețe, sau orice altceva) și organizare. Trebuie să-i ajutăm pe cei lipsiți de drepturi, a căror suferință

subminează mult bucuria lumii – atât de dragul mulțimilor, cât și de dragul celor privilegiați, din viața cărora lipsește o motivație profundă. Trebuie să ne ocupăm de iubire și trebuie, de asemenea, să-i învățăm și pe alții. Trebuie să ameliorăm împrejurările care ne duc la niveluri de stres înspăimântător de înalte. Trebuie să ținem piept violenței, și poate că și reprezentărilor ei. Aceasta nu este o propunere sentimentală; este la fel de imperativă ca apelurile care îndeamnă la salvarea pădurilor tropicale.

Într-un anumit punct – la care încă n-am ajuns, dar vom ajunge, cred, curând –, nivelul prejudiciului va deveni mai teribil decât cel al progresului pe care-l obținem cu prețul acestui prejudiciu. Nu va fi o revoluție, dar va însemna, probabil, apariția unor tipuri diferite de școli, modele diferite ale familiei și comunității, procese diferite de informare. Dacă e să trăim mai departe pe pământ, va trebui s-o facem. Vom contrabalansa tratarea bolii cu schimbarea condițiilor care au provocat-o. Vom viza prevenirea în aceeași măsură cu vindecarea. Cu maturitatea noului mileniu, trag nădejdea, vom salva pădurile tropicale ale acestui pământ, stratul de ozon, râurile și pâraiele, oceanele; și vom salva, mai trag nădejdea, mințile și inimile oamenilor care trăiesc aici. Apoi, ne vom înfrâna teama din ce în ce mai mare de demonii amiezii – anxietatea și depresia.

Poporul cambodgian trăiește sub semnul unei vechi tragedii. În anii '70, revoluționarul Pol Pot a creat în Cambodgia o dictatură maoistă în numele a ceea ce el numea „khmerii roșii”.<sup>32</sup> Au urmat ani de război civil sângeros, în care populația a fost măcelărită în proporție de peste 20 la sută. Elita educată a fost anihilată, iar țărani au fost neconținut mutați de colo-colo, unii dintre ei închiși în celule, unde au fost batjocoriți și torturați; întreaga țară trăia într-o teamă permanentă. E greu să ierarhizezi războaiele – recente atrocități din Rwanda au fost devastatoare –, dar, cu siguranță, perioada Pol Pot a fost printre cele mai cumplite vremuri din istoria recentă. Ce se întâmplă cu emoțiile tale când ai văzut că un sfert dintre compatrioți au fost asasinați, când ai îndurat tu însuși chinurile unui regim brutal, când lupti, în ciuda

tuturor obstacolelor, ca să reconstruiești o națiune distrusă? Am sperat să văd ce se întâmplă cu sentimentele la cetățenii unei națiuni care au avut cu toții parte de un stres atât de traumatizant, sunt de o sărăcie disperată, practic n-au nici o resursă și au puține șanse la învățătură sau la locuri de muncă. Aș fi putut să aleg alte locuri în care să găsesc suferință, dar n-am vrut să mă duc într-o țară aflată în război, deoarece psihologia disperării în vreme de război merge, de obicei, până la accese de furie, în vreme ce disperarea care succede pustiirii e mai amorțită și atotcuprinzătoare. Cambodgia nu e o țară în care facțiunile s-au luptat brutal între ele; e o țară în care fiecare era în război cu toți ceilalți, în care toate mecanismele societății au fost complet anihilate, în care nu au mai rămas iubire, idealism, nimic bun pentru nimeni.

Cambodgienii sunt, în general, amabili și cât se poate de prietenoși cu străinii care-i vizitează. Cei mai mulți dintre ei au vorba plăcută, sunt blânzi și atrăgători. E greu de crezut că această țară minunată este cea în care au avut loc atrocitățile lui Pol Pot. Fiecare dintre cei pe care i-am întâlnit avea o explicație diferită pentru faptul că s-a putut desfășura acolo povestea cu khmerii roșii, dar nici una dintre aceste explicații nu avea sens, așa cum n-are sens nici una dintre explicațiile date Revoluției Culturale, stalinismului sau nazismului. Aceste lucruri li se întâmplă societăților, și retrospectiv e cu putință să înțelegi de ce o națiune a fost deosebit de vulnerabilă la ele; dar nu se poate ști unde anume în imaginația omenească își au izvorul astfel de comportamente. Țesătura socială e totdeauna foarte subțire, dar este imposibil de știut cum ajunge să se atomizeze cu totul, cum s-a întâmplat în aceste societăți. Ambasadorul american de acolo mi-a spus că problema cea mai mare a khmerilor este inexistența în societatea cambodgiană tradițională a unui mecanism pașnic pentru rezolvarea conflictelor. „Dacă au neînțelegeri“, a zis, „trebuie să le nege și să le suprimă total, altfel trebuie să pună mâna pe cuțite și să se bată.“ Un membru al guvernului cambodgian actual a spus că poporul fusese prea supus unui monarh absolut timp de prea mulți ani și nu s-a gândit să lupte împotriva autorităților până ce a fost prea târziu. Am auzit cel puțin o duzină de alte povești; rămân sceptic.

După cum am constatat în timpul interviurilor cu oamenii care au suferit atrocități din partea khmerilor roșii, cei mai mulți dintre ei preferau să privească înainte. Însă când am insistat să-mi spună poveștile lor, s-au lăsat luați de trecutul lor lugubru. Poveștile pe care le-am auzit erau deopotrivă inumane, îngrozitoare și dezgustătoare. Fiecare adult pe care l-am întâlnit în Cambodgia suferise traume exterioare atât de mari, încât pe cei mai mulți dintre noi ne-ar fi făcut să ne pierdem mințile sau să ne luăm viața. Ceea ce suferiseră în mintea lor a fost un alt nivel al ororii. M-am dus în Cambodgia ca să mă simt frânt de durerea altora, și am fost frânt cu totul.

Cu cinci zile înainte de a pleca de acolo, m-am întâlnit cu Phaly Nuon, cândva candidată la Premiul Nobel pentru Pace, care crease la Phnom Penh un orfelinat și un centru pentru femeile cu depresie. Avusese succese uimitoare, făcând să revină la viață femei cu suferințe mintale atât de mari, încât alți doctori le abandonaseră în ghearele morții. Într-adevăr, succesul ei a fost atât de mare, încât personalul orfelinatului și l-a alcătuit, aproape în întregime, din femeile pe care le-a ajutat, care au creat o comunitate filantropică în jurul lui Phaly Nuon. Dacă salvezi femeile, s-a spus, ele, la rândul lor, vor salva copiii, și așa, prin trasarea unui lanț de influențe, poți salva țara.

Ne-am întâlnit într-o odăiță dintr-o clădire veche de birouri din apropiere de centrul Phnom Penh-ului. Ședea pe un scaun, de o parte, iar eu pe o canapea mică, de cealaltă parte. Ochii oblici ai lui Phaly Nuon par să vadă pe dată până în sufletul tău și, cu toate acestea, îți spun bun venit. Asemenea majorității cambodgienilor, e relativ scundă față de standardele occidentale. Părul ei, cu șuvițe cenușii, îi dezgolește chipul și-i dă un anumit accent de duritate. Poate fi amenințătoare când exprimă o idee, dar e și sfioasă, zâmbind și privind în jos când nu vorbește.

Am început cu povestea ei. La începutul anilor '70, Phaly Nuon lucra la Ministerul de Finanțe și Comerț ca dactilografă și stenografă. În 1975, când Phnom Penh a fost luat în stăpânire de Pol Pot și khmerii roșii, a fost ridicată de acasă împreună cu soțul și copiii. Soțul a fost trimis într-un loc despre care n-a aflat nimic și nu știa dacă a fost executat sau a rămas în viață. A fost trimisă la țară, să muncească la câmp, împreună cu fiica de doisprezece ani, fiul

de trei ani și pruncul abia născut. Condițiile erau cumplite și mâncarea puțină, dar a muncit alături de ceilalți, „fără să le spun vreodată ceva și fără să zâmbesc, căci nimeni dintre noi nu zâmbea, deoarece știam că putem fi omorâți în orice clipă“. După câteva luni a fost trimisă în alt loc, împreună cu copiii ei. Pe drum, un grup de soldați au legat-o de un copac și au silit-o să asiste la violarea în grup și apoi la uciderea fiicei ei. Peste câteva zile, a fost rândul lui Phaly Nuon. A fost dusă, împreună cu câteva tovarășe de muncă, pe un câmp de lângă oraș. Acolo, i-au legat mâinile la spate și i-au înfășurat picioarele cu o frânghie. Au silit-o să stea în genunchi, au legat-o de o tijă de bambus și au silit-o să se aplece peste o baltă de noroi, așa încât trebuia să-și încordeze picioarele ca să nu se dezzechilibreze. Scopul era ca, atunci când avea să fie în sfârșit sleită de puteri, să cadă în față, în noroi, și, neputând să se miște, să se înece acolo. Băiatul ei de trei ani zbiera și plângea alături. Bebelușul era legat pe spatele ei, ca să se înece în noroi când cădea ea: Phaly Nuon ar fi fost ucigașa propriului prunc.

Phaly Nuon a ticluit o minciună: a spus că, înainte de război, lucrase pentru unul dintre membrii de rang înalt ai khmerilor roșii, că fusese amanta lui și că el ar fi furios dacă ea ar fi omorâtă. Puțini erau cei care scăpau de pe câmpurile de execuție. Dar un căpitan care poate că a crezut povestea lui Phaly Nuon a spus, în cele din urmă, că nu mai poate suporta țițetele copiilor ei și că gloanțele sunt prea scumpe ca să le irosească omorând-o repede, așa că a dezlegat-o și i-a zis să fugă. Ținând pruncul cu un braț și băiețelul de trei ani cu celălalt, a fugit până în miezul junglei din nord-estul Cambodgiei. A stat în junglă trei ani, patru luni și optsprezece zile. N-a dormit niciodată de două ori în același loc. Umblând de colo-colo, culegea frunze și săpa după rădăcini ca să mănânce toți trei, dar hrana era greu de găsit și, adesea, alți căutători de alimente, mai puternici, luaseră tot ce era de luat. Din pricina malnutriției, a început să-și piardă puterile. Curând, laptele i-a secăt, iar pruncul pe care nu-l putea hrăni i-a murit în brațe. Ea și copilul rămas au izbutit cu greu să rămână în viață și să treacă prin perioada războiului.

În vreme ce Phaly Nuon îmi povestea toate astea, ne mutaserăm amândoi pe podeaua dintre locurile pe care fuseserăm așezați, iar ea plângea și, stând

pe vine, se legăna pe vârfurile picioarelor, în vreme ce eu eram ghemuit, cu genunchii sub bărbie și cu o mână pe umărul ei, în gestul cel mai asemănător cu îmbrățișarea pe care-l îngăduia starea ei aproape de transă din timpul povestirii. A continuat pe jumătate șoptind. După ce războiul s-a terminat, și-a găsit soțul. Fusese bătut cu sălbăticie peste cap și gât, ceea ce a avut ca urmare o deficiență mintală serioasă. Ea, soțul ei și copilul au fost duși într-o tabără din apropierea graniței cu Thailanda, unde mii de oameni trăiau în corturi improvizate. Au fost supuși abuzurilor fizice și sexuale din partea unor lucrători din tabără și au fost ajutați de alții. Phaly Nuon se număra printre puținele persoane educate de acolo și, pentru că știa și alte limbi, a putut să stea de vorbă cu lucrătorii de la organizația umanitară. A devenit o parte importantă a vieții din tabără, iar familiei ei i s-a repartizat o colibă de lemn, care însemna, comparativ, un lux. „Am ajutat în perioada aceea la unele activități umanitare“, își amintește ea. „De câte ori mergeam prin tabără, vedeam femei cărora le era foarte rău, multe dintre ele păreau paralizate, nu se mișcau, nu vorbeau, nu mâncau și nu-și îngrijeau copiii. Am văzut că, deși scăpaseră cu viață din război, aveau să moară acum din pricina depresiei – stresul posttraumatic total invalidant.“ Phaly Nuon le-a făcut lucrătorilor o cerere specială și a creat în coliba ei din tabără un fel de centru de psihoterapie.

A folosit, ca primă fază, leacuri tradiționale khmerek (făcute, în proporții diferite, din o sută de ierburi și frunze). Dacă acestea nu dădea rezultate sau nu dădeau rezultate destul de bune, folosea medicamente occidentale, dacă erau disponibile – și uneori erau. „Puneam deoparte orice antidepresive puteau aduce lucrătorii“, a spus, „și încercam să am suficiente pentru cazurile cele mai grave“. Își punea pacientele să mediteze, avea în casă un altar budist, cu flori așezate în fața lui. Le determina pe femei să-și deschidă sufletul. La început, era nevoie de vreo trei ore până să facă vreo femeie să-și spună povestea. Apoi, o vizita în mod regulat, ca să afle mai multe, până ce câștiga deplin încrederea femeii depresive. „Trebuia să cunosc poveștile acestor femei“, mi-a explicat, „deoarece voiam să știu exact ce anume trebuie să învingă fiecare dintre ele.“

După ce lua sfârșit această inițiere, trecea la un sistem bazat pe formule. „Fac asta în trei etape“, a spus. „Mai întâi, le învăț să uite. Avem exerciții pe care le facem în fiecare zi, așa încât să uite, în fiecare zi, un pic mai mult din lucrurile pe care nu le vor uita cu totul niciodată. În acest răstimp, încerc să le abat atenția, cu muzică sau lecții de coasere ori țesut, cu concerte, câteodată cu o oră de privit la televizor, cu orice pare să aibă efect, cu orice îmi spun ele că le place. Depresia e sub piele, toată suprafața corpului are depresia nemijlocit dedesubt, și n-o putem scoate de acolo; dar putem încerca s-o uităm, chiar dacă e acolo.

Când mintea le este eliberată de ceea ce au uitat, când au învățat bine uitarea, le învăț să muncească. Orice fel de muncă își doresc, găsesc eu o cale să le învăț s-o facă. Unele dintre ele se pregătesc doar pentru curățenie prin case sau să aibă grijă de copii. Altele învață tehnici pe care le pot folosi cu orfanii, iar unele se îndreaptă către o profesie reală. Ele trebuie să învețe să facă foarte bine aceste lucruri și să se mândrească cu ele.

Și apoi, când au ajuns să stăpânească munca, în cele din urmă, le învăț să iubească. Am construit un fel de anexă a colibei și am făcut acolo o baie de aburi, iar acum, la Phnom Penh, folosesc una asemănătoare, construită un pic mai bine. Le duc acolo, ca să se curețe, și le învăț să-și facă una alteia manichiură și pedichiură și să-și îngrijească unghiile, pentru că asta le face să se simtă frumoase, iar ele își doresc atât de mult să se simtă frumoase. De asemenea, asta le pune în contact cu trupul altor persoane și le face să-și lase trupul să fie îngrijit de altcineva. Le salvează de izolarea fizică inițială, care este pentru ele o suferință obișnuită, și asta duce la spargerea izolării afective. Când sunt împreună, spălându-se și dându-se cu oja, încep să vorbească între ele și, puțin câte puțin, învață să aibă încredere una în alta. În cele din urmă, au învățat să-și facă prieteni, așa că nu va mai trebui niciodată să fie atât de singurate și de singure. Poveștile lor, pe care nu le-au spus nimănui în afară de mine – încep să și le spună una alteia.“

Mai târziu, Phaly Nuon mi-a arătat uneltele meseriei ei de psiholog, sticlulele de lac colorat, baia de aburi, bețișoarele cu care se împing înapoi pielilele de la unghii, pilele de unghii, prosoapele. Îngrijirea corpului este una

dintre formele primare de socializare la primat, și această revenire la îngrijirea corpului ca forță de socializare între oameni m-a frapat drept ciudat de organică. I-am spus că mi se pare greu să ne învățăm pe noi înșine sau pe alții cum să uităm, cum să muncim și cum să iubim și să fim iubiți, dar a zis că nu-i așa de complicat dacă ești în stare să faci tu însuși aceste trei lucruri. Mi-a povestit că femeile pe care le-a tratat au devenit o comunitate și că se ocupă foarte bine de orfanii pe care-i au în grijă.

„Există o etapă finală“, mi-a spus, după o pauză lungă. „În cele din urmă, le învăț lucrul cel mai important. Le învăț că aceste trei aptitudini – uitarea, munca și iubirea – nu sunt aptitudini separate, ci parte dintr-un mare tot și că practicarea acestor lucruri împreună, fiecare ca parte a celorlalte, este ceea ce schimbă totul. Este cel mai greu lucru de transmis“, a răs, „dar toate ajung să înțeleagă asta, iar când o fac – păi atunci sunt gata să intre iar în lume.“

Depresia există acum ca fenomen personal și social. Pentru a trata depresia, trebuie să înțelegem experiența unui colaps, modul de acțiune a medicamentelor și cele mai obișnuite forme ale terapiei conversaționale (psihanalitică, interpersonală și cognitivă). Experiența e dascăl bun, iar tratamentele tradiționale au fost încercate și verificate; multe alte tratamente, de la sunătoare până la psihochirurgie, sunt destul de promițătoare – chiar dacă aici e mai multă șarlatanie decât în oricare altă ramură a medicinei. Tratamentul inteligent necesită examinarea atentă a categoriilor specifice afectate: depresia are variații notabile în cazul copiilor, vârstnicilor și sexelor. Cei care abuzează de substanțe toxice formează o categorie mare, separată. Sinuciderea, în numeroasele ei forme, este o complicație a depresiei; este esențial să știi în ce fel o depresie poate deveni fatală.

Aceste subiecte de discuție legate de experiență duc la chestiuni epidemiologice. E la modă să privești depresia ca pe o afecțiune modernă, și asta e o greșală grosolană, la limpezirea căreia e de folos trecerea în revistă a istoriei psihiatriei. E la modă, de asemenea, să crezi că afecțiunea vizează clasa



de mijloc și e destul de consecventă în manifestări. Nu-i adevărat. Dacă examinăm depresia la săraci, ne dăm seama că tabuurile și prejudecățile ne împiedică să ajutăm o categorie de persoane care e deosebit de receptivă la acel ajutor. Problema depresiei la săraci duce în mod firesc la anumite politici. Legiferăm existența și inexistența ideilor de boală și tratament.

Biologia nu e destin. Există modalități să trăiești bine chiar dacă ai depresie. Într-adevăr, oamenii care învață din depresia lor pot ajunge, pe baza acestei experiențe, la o profunzime morală aparte, și acesta e mica minune dinăuntrul cutiei lor cu suferințe. Există un spectru afectiv elementar din care nu putem și nu trebuie să evadăm, și cred că depresia se află în acel spectru, așezată nu numai lângă supărare, ci și lângă iubire. De fapt, cred că toate afectele puternice sunt adunate la un loc și că fiecare dintre ele se învecinează cu cea care credem de obicei că-i este opusă. Am reușit, pe moment, să controlez dizabilitatea produsă de depresie, însă depresia însăși trăiește veșnic în cifra creierului meu. E o parte din mine. Să te războiești cu depresia înseamnă să lupți cu tine însuși, și e important să știi asta înainte bățăliilor. Cred că depresia poate fi eliminată doar prin subminarea mecanismelor afective care ne fac umani. Știința și filozofia trebuie să procedeze cu jumătăți de măsură.

„Bun venit acestei dureri“, scria Ovidiu, „căci vei învăța de la ea.“<sup>3334</sup> E posibil (cu toate că, deocamdată, e improbabil) ca, prin manipulare chimică, să putem localiza, controla și elimina circuitele cerebrale ale suferinței. Sper că n-o vom face niciodată. A le îndepărta ar însemna să aplatizăm trăirea, să afectăm o plurivalență mai prețioasă decât oricare dintre componentele sale antagonice. Dacă aș putea să văd lumea în nouă dimensiuni, aș da orice pentru asta. Mai bine trăiesc mereu în ceața tristeții decât să renunț la capacitatea de a simți durere. Dar durerea nu este depresia acută; iubești și ești iubit cu mare durere, și ești viu trăind asta. Calitatea de „mort viu“ a depresiei este ceea ce am încercat să elimin din viața mea; cartea de față e artieria pe care o pun la bătaie împotriva acelei extincții.

## Note

6. Cuvintele „depresie“ și „melancolie“ sunt foarte generale și, în ciuda eforturilor unor autori de a face distincție între ele, sunt sinonime. Însă termenul „depresie majoră“ se referă la starea psihiatrică definită la rubrica „tulburare depresivă majoră“ din DSM-IV, pp. 339–345.

7. Am preluat povestea Sfântului Antonie în deșert dintr-o prelegere ținută de Elaine Pagels.

8. Primul citat din Jacob's Room este la pp. 140–141. Al doilea este de la p. 168 (cf. trad. rom., prefață și note de Mihai Miroiu, în Virginia Woolf, Camera lui Jacob, Rao International Publishing Company, București, 2006, cap. XII, pp. 147–148 și cap. XIII, p. 176).

9. O discuție despre „declaraarea decesului“ găsiți la Sherwin Nuland, How We Die, p. 123.

10. Anhedonia este „incapacitatea de a percepe plăcerea“, după definiția dată de Francis Mondimore în Depression: The Mood Disease, p. 22.

11. Formula depresiei provine din Comprehensive Textbook of Psychiatry, 1989, p. 870.

12. Ambele citate provin din Schopenhauer, Essays and Aphorisms: primul este la pp. 42–43, al doilea la p. 43.

13. Cifra de 19 milioane este luată de pe site-ul Institutului Național pentru Sănătate Mintală (NIMH), la [www.nimh.nih.gov/depression/index1.htm](http://www.nimh.nih.gov/depression/index1.htm). Faptul că aproximativ 2,5 milioane de copii suferă de depresie poate fi stabilit prin compilarea câtorva statistici. Din The MECA Study efectuat de D. Shaffer et al., publicat în Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 35, nr. 7 (1996), a rezultat că aproximativ 6,2 la sută dintre copiii de 9–17 ani au suferit în răstimp de șase luni o tulburare de dispoziție, iar 4,9 la sută au avut o tulburare depresivă majoră. Al doilea procent, aplicat la statisticile recensământului din 1990 pentru copiii de 5–17 ani (cam 45 de milioane), dă o estimare de 2,5 milioane. Le mulțumesc lui Faith Bitterolf și Bibliotecii Academiei Sewickley pentru ajutorul în această chestiune.

14. Cifra de 2,3 milioane este preluată de pe site-ul Institutului Național pentru Sănătate Mintală (NIMH), la [www.nimh.nih.gov/publicat/manic.cfm](http://www.nimh.nih.gov/publicat/manic.cfm).

15. Faptul că depresia bipolară este principala cauză a infirmității în SUA și în restul lumii la persoanele în vârstă de peste cinci ani este preluat de pe site-ul Institutului Național pentru Sănătate Mintală (NIMH), la [www.nimh.nih.gov/publicat/invisible.cfm](http://www.nimh.nih.gov/publicat/invisible.cfm). Statisticile care arată că în țările dezvoltate depresia majoră este pe locul al doilea ca mărime din punctul de vedere al cheltuielilor cauzate de boli provin tot de la NIMH, la [www.nimh.nih.gov/publicat/burden.cfm](http://www.nimh.nih.gov/publicat/burden.cfm).

16. Faptul că depresia afectează mai mulți ani din viață decât războiul, cancerul și SIDA luate laolaltă este preluat din Organizația Mondială a Sănătății, World Health Report 2000, care poate fi consultat on-line la [www.who.int/whr/2000/index.htm](http://www.who.int/whr/2000/index.htm). Informația este luată din Annex Table 4 și este valabilă pentru cancerul pulmonar și al pielii, la unele straturi ale mortalității din Americi și estul mediteranean și în toate straturile mortalității din

Europa, Asia de Sud-Est și vestul Pacificului. Găsiți Annex Table 4 la [www.who.int/whr/2000/en/statistics.htm](http://www.who.int/whr/2000/en/statistics.htm).

**17.** Ideea că bolile somatice maschează depresia este un lucru știut de toată lumea. Jeffrey de Wester, în articolul său *Recognizing and Treating the Patient with Somatic Manifestations of Depression*, în *Journal of Family Practice* 43, supl. 6 (1996), scrie că „s-a estimat că 77 la sută dintre toate consultațiile pentru boli mintale din SUA se petrec în cabinetul unui generalist [...], mai puțin de 20 la sută dintre acești pacienți se plâng de simptome sau suferințe psihologice“, p. S4. Elizabeth McCauley et al., în *The Role of Somatic Complaints in the Diagnosis of Depression in Children and Adolescents*, în *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 30, nr. 4 (1991), scrie că „somatizarea a fost bine documentată ca modalitate prin care se prezintă depresia, în special la indivizii și/sau culturile în care recunoașterea și exprimarea stărilor afective nu este acceptabilă“, p. 631. Mai multe informații găsiți la Remi Cadoret et al., *Somatic Complaints*, în *Journal of Affective Disorders* 2 (1980).

**18.** Procentele date aici se găsesc în D.A. Regier et al., *The de facto mental and addictive disorders service system. Epidemiologic Catchment Area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services*, în *Archives of General Psychiatry* 50, nr. 2 (1993). În studiu se afirmă: „Persoanele cu depresie unipolară majoră au avut o rată intermediară de utilizare a serviciilor de sănătate mintală, în care aproape jumătate (49 la sută) au primit într-o anumită măsură îngrijire profesională, dintre care 27,8 la sută au folosit sectorul de îngrijire [de specialitate pentru sănătate mintală/dependentă], iar 25,3 la sută sectorul de îngrijire [medicală generală]“, p. 91.

**19.** Faptul că peste 95 la sută dintre toate persoanele care suferă de depresie sunt tratate de medici generalişti este afirmat în Jogin Thakore și David John, *Prescriptions of Antidepressants by General Practitioners: Recommendations by FHSAs and Health Boards*, în *British Journal of General Practice* 46 (1996).

**20.** Faptul că depresia este recunoscută doar în 40 la sută dintre cazuri la adulți și 20 la sută dintre cazuri la copii a fost afirmat de Steven Hyman, directorul Institutului Național pentru Sănătate Mintală (NIMH), într-un interviu din 29 ianuarie 1997.

**21.** Numărul estimat de persoane care iau prozac și alți ISRS este preluat din Joseph Glenmullen, *Prozac Backlash*, p. 15.

**22.** Ratele mortalității legate de depresie au fost studiate pe larg, iar rezultatele nu sunt pe deplin compatibile între ele. Cifra de 15 la sută a fost stabilită inițial de S.B. Guze și E. Robbins, *Suicide and affective disorders*, în *British Journal of Psychiatry* 117 (170), și a fost confirmată de Frederick Goodwin și Kay Jamison, într-o amplă trecere în revistă a treizeci de studii, inclusă în cartea lor *Manic-Depressive Illness* (tabelul de la pp. 152–153). Ratele mai scăzute se bazează pe lucrarea lui G.W. Blair-West, G.W. Mellsop și M.L. Eyenson-Annan, *Down-rating lifetime suicide risk in major depression*, în *Acta Psychiatrica Scandinavica* 95 (1997). Acest studiu a demonstrat că, dacă se iau estimările actuale ale nivelurilor depresiei și se aplică 15 la sută, cifra totală a sinuciderilor obținută ar fi de cel puțin patru ori mai mare decât apare, de fapt, din documente. Mai recent, unii cercetători au propus 6 la sută, dar

aceasta se bazează pe un eșantion de populație ce pare să conțină un număr înșelător de mare de persoane tratate în regim de internare (H.M. Inskip, E. Clare Harris și Brian Barraclough, Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism, and schizophrenia, în *British Journal of Psychiatry* 172, 1998). Cea mai recentă lucrare este J. M. Bostwick și S. Pancratz, Affective disorders and suicide risk: a re-examination, în *American Journal of Psychiatry* (în curs de publicare). Această lucrare stabilește o rată de 6 la sută pentru persoanele care au fost spitalizate pentru depresie, 4,1 la sută pentru cele care au primit tratament în regim de internare și 2 la sută pentru cele care n-au primit tratament în regim de internare. Trebuie să subliniem că problemele statistice implicate în aceste calcule sunt extrem de complicate și că diferitele metode de calculare a mortalității proporționale au dat rate diferite, cele mai multe mai mari decât cele stabilite de Bostwick și Pancratz.

**23.** Ratele comparative ale depresiei cumulative au fost preluate din Cross-National Collaborative Group, The Changing Rate of Major Depression, în *Journal of Affective Disorders* 268, nr. 21 (1992) (fig. 1, p. 3100).

**24.** Ideea că depresia apare la o populație mai tânără este luată din D.A. Regier et al., Comparing age at onset of major depression and other psychiatric disorders by birth cohorts in five U.S. community populations, în *Archives of General Psychiatry* 48 (1991).

**25.** Găsiți o exegeză deosebit de elocventă a efectelor negative ale supermodelelor asupra femeilor în Naomi R. Wolf, *The Beauty Myth*.

**26.** În *The Raising of Intelligence*, Herman Spitz afirmă: „Ușoara retardare este amplasată pe Scalele de Inteligență Wechsler la IQ 55–69, iar pe Scala de Inteligență Stanford–Binet la IQ 52–67“, p. 4.

**27.** Neğuțătorul din Veneția, actul I, scena 1, versurile 2–7 (trad. rom. de Gala Galaction, în *William Shakespeare, Opere*, vol. 2, Editura de Stat pentru Literatură și Artă, București, 1955, p. 135 – n.tr.).

**28.** Pastilele pe care le văd în aceste culori sunt buSpar și Zyprexa (alb), effexor cu efect imediat (roz), effexor cu efect prelungit (roșu) și wellbutrin (turcoaz).

**29.** Faptul că ratele cancerului de piele sunt în creștere este indicat de numeroase studii. În H. Irene Ball et al., Update on the incidence and mortality from melanoma in the United States, publicat în *Journal of the American Academy of Dermatology* 40 (1992), se afirmă: „În ultimele decenii, melanomul a devenit mult mai frecvent; creșterea ratelor lui de incidență și mortalitate a fost printre cele mai mari dintre toate tipurile de cancer“, p. 35.

**30.** SPF (sun protection factor) „factor de protecție împotriva soarelui“ (n.ed.).

**31.** Părerile lui Hippocrates despre depresie sunt discutate pe larg în capitolul 8.

**32.** Ororile comise de khmerii roșii sunt documentate pe larg. Pentru reconstituirea impresionantă a atrocităților, recomand filmul *The Killing Fields*.

**33.** Citatul din Ovidiu (Welcome this pain, for you will learn from it) l-am preluat din Kay Jamison, *Night Falls Fast*, p. 66.

**34.** Ovidius, *Amores*, III, XIa, v. 7: Perfer et obdura! dolor hic tibi proderit olim „Îndură și ține-te tare! Durerea fi-ți-va cândva de folos“ (n.ed.).

## II

### Căderile psihice

N-am știut ce e depresia decât după ce-mi rezolvasem în mare problemele. Mama murise cu trei ani înainte și începusem să fac față acestui lucru; îmi publicam primul roman; mă înțelegeam cu familia; ieșisem nevătămat dintr-o relație intensă de doi ani; îmi cumpărasem o casă frumoasă; scriam la *The New Yorker*. Tocmai când viața îmi intrase, în sfârșit, pe făgașul normal și toate scuzele pentru deznădejde fuseseră epuizate – depresia și-a făcut tiptil apariția și a stricat totul. Am simțit cu toată ființa că nu exista nici o scuză pentru ea în acele condiții. Să fii depresiv când ai avut parte de o traumă ori când viața ta e într-un haos e una, dar să te pome-nești depresiv când ai reușit, în sfârșit, să treci peste traumă, iar viața ta nu mai e haotică este extrem de derutant și destabilizator. Desigur, ești conștient de cauzele profunde: continua criză existențială, necazurile uitate ale copilăriei îndepărtate, neînsemnate greșeli săvârșite față de oameni care acum nu mai sunt în viață, pierderea anumitor prietenii din proprie neglijență, adevărul că nu ești Tolstoi, absența din această lume a iubirii perfecte, impulsurile de lăcomie și nemilostenie care stau prea aproape de inimă – genul ăsta de lucruri. Acum însă, parcurgând lista asta, eram convins că depresia mea era pe cât de rațională, pe atât de incurabilă.

În anumite privințe materiale esențiale, nu dusesem o viață grea. Cei mai mulți oameni ar fi fost fericiți să aibă în mână cărțile de joc cu care pornisem.

Am avut, după standardele mele, perioade mai bune și perioade mai rele, dar coborâșurile nu sunt o explicație suficientă pentru ceea ce mi s-a întâmplat. Dacă viața mea ar fi fost mai grea, mi-aș fi privit cu totul altfel depresia. De fapt, am avut o copilărie rezonabil de fericită, cu doi părinți care-și arătau din belșug iubirea și cu un frate mai mic, și el iubit, cu care, în general, mă înțelegeam bine. Era o familie destul de unită ca să-mi pot imagina vreodată divorțul sau o înfruntare reală între părinții mei, care într-adevăr se iubeau foarte mult; și, cu toate că se certau uneori dintr-un motiv sau altul, nici unul dintre ei n-a pus niciodată la îndoială devotamentul lor absolut unul față de altul și față de fratele meu și de mine. Întotdeauna am avut destul cât să trăim confortabil. N-am fost simpatizat în școala elementară și medie, dar la sfârșitul liceului aveam un cerc de prieteni cu care eram fericit. Totdeauna am fost un elev bun.

În copilărie, eram destul de sfios, temându-mă de respingere în situațiile în care trebuia să ies în față – dar cine nu este? În liceu, eram conștient de momentele în care starea mea de spirit era tulbure, lucru care, iarăși, nu pare neobișnuit în adolescență. Într-o vreme, în clasa a XI-a, eram convins că edificiul în care aveam orele (care stătea în picioare de aproape o sută de ani) o să se prăbușească, și-mi amintesc că trebuia să mă împotrivesc cu tărie în fiecare zi acelei ciudate neliniști. Știam că e neobișnuită, și m-am simțit ușurat când, după vreo lună, mi-a trecut.

M-am dus apoi la facultate, unde pluteam de fericire și unde am cunoscut oamenii care-mi sunt, până în ziua de azi, prietenii cei mai apropiați. Am studiat și am cântat cu sârg. Am devenit conștient atât de o gamă de emoții noi, cât și de sfera de acțiune a intelectului. Uneori, când eram singur, mă simțeam brusc izolat, iar sentimentul nu era doar tristețea că sunt singur, ci era spaimă. Aveam mulți prieteni, așa că mă duceam la câte unul și, de obicei, uitam de nefericire. Era o problemă ocazională și care nu mă prejudicia în nici un fel. Am continuat cu un masterat în Anglia și, când mi-am terminat studiile, am trecut destul de lin la cariera de scriitor. Am rămas la Londra câțiva ani. Aveam o droaie de prieteni și câteva flirturi. În multe privințe,

toate acestea au rămas aproape neschimbate. Am dus până acum o viață frumoasă, și sunt recunoscător pentru asta.

Când cazi într-o depresie majoră, ai tendința să privești înapoi și să-i cauți rădăcinile. Te întrebi de unde vine, dacă nu cumva a fost acolo dintotdeauna, imediat sub înveliș, ori dacă s-a abătut asupra ta brusc, ca o intoxicație alimentară. De la prima cădere psihică încolo, am petrecut luni întregi catalogând greutățile de la începutul vieții, chiar dacă nu erau mare lucru. Am venit pe lume în poziție inversă, și unii autori legau nașterea în poziția pelviană de trauma de la început. Eram dislexic, însă mama, care a identificat devreme problema, a început să mă învețe cum s-o compensez încă de când aveam doi ani, așa că n-a fost niciodată pentru mine un impediment serios. Când eram mic, vorbeam mult și nu-mi coordonam bine mișcărilor. Când am rugat-o pe mama să identifice traumele mele din primii ani, a spus că nu mi-a fost ușor să învăț să merg, că, în vreme ce vorbele păreau să-mi vină fără nici un efort, controlul motor și echilibrul au venit târziu și erau imperfecte. Mi se spune că tot cădeam și iar cădeam, că numai cu multe îndemnuri încercam, măcar, să stau drept. Lipsa ulterioară a calităților mele sportive a făcut să nu fiu simpatizat în școala elementară. Desigur, eram dezamăgit de faptul că nu eram acceptat de colegi, dar întotdeauna am avut câțiva prieteni și întotdeauna mi-au plăcut adulții, cărora și eu le plăceam.

Am multe amintiri nesigure, nestructurate, din primii ani de viață, aproape toate fericite. O psihoterapeută la care m-am dus o dată mi-a spus că o secvență vagă a unor amintiri din primii ani de viață, din care nu înțelegeam mare lucru, i-a sugerat că am fost supus cândva unui abuz sexual juvenil. Sigur că e posibil, dar n-am fost niciodată în stare să construiesc o amintire convingătoare despre acest lucru, ori să adaug alte dovezi. Dacă s-a întâmplat ceva, trebuie să fi fost foarte discret, pentru că eram un copil privit cu multă atenție, și orice vânătaie sau perturbare ar fi fost observate. Îmi amintesc un episod dintr-o tabără de vară, pe când aveam șase ani, și am fost copleșit de teamă, brusc și inexplicabil. Pot vedea scena cu toate amănuntele: terenul de tenis mai sus, cantina la dreapta mea și, la vreo cincisprezece metri mai încolo, stejarul cel mare sub care ședeam și ascultam povești. Dintr-

odată, nu m-am mai putut mișca. Eram copleșit de ideea că o să mi se întâmple ceva îngrozitor, acum ori mai târziu, și că tot restul vieții n-o să fiu liber. Viața, care până atunci păruse o suprafață solidă pe care stăteam, a devenit brusc moale și flască, și am început să lunec prin ea. Dacă stăteam nemișcat, poate că o scoteam la capăt, dar, de îndată ce mă mișcam, aș fi fost iar în primejdie. Părea să fie foarte important dacă o luam la stânga sau la dreapta sau drept înainte, dar nu știam care direcție mă va salva, cel puțin pe moment. Din fericire, a venit un supraveghetor și mi-a spus să mă grăbesc, întârziaseam la înot, și acea stare de spirit a dispărut, dar multă vreme mi-am amintit-o și am sperat că n-o să revină.

Mă gândesc că aceste lucruri nu sunt neobișnuite la copiii mici. Anxietatea existențială la adulți, oricât ar fi de dureroasă, are de obicei o nuanță conștientă de joc de noroc; revelația fragilității omului, prima semnalare a caracterului muritor sunt devastatoare și excesive. Le-am văzut la nepotul și finii mei. Ar fi romantic și naiv să spun că în iulie 1969, în tabăra de la Grant Lake, am înțeles că o să mor într-o zi, dar e adevărat că m-am izbit, aparent fără vreun motiv, de propria vulnerabilitate în general, de faptul că părinții mei nu controlau lumea cu tot ce se petrecea în ea, și că nici eu n-o să fiu niciodată în stare s-o controlez. Am memoria slabă, și, după acel episod din tabără, am început să mă tem de ceea ce se pierde în decursul timpului, iar noaptea, întins în pat, încercam să-mi amintesc lucruri petrecute în ziua aceea, ca să le pot păstra – o imaterială dorință de a avea. Prețuiam, mai ales, sărutările de noapte bună ale părinților mei, și dormeam cu capul pe o bucată de pânză pe care să rămână dacă s-ar fi desprins de pe fața mea, ca să le pot strânge și păstra pe vecie.

În liceu, am devenit conștient de un simț confuz al sexualității, despre care aș zice că a fost provocarea afectivă cea mai impenetrabilă din viața mea. Am ascuns problema în spatele sociabilității, ca să nu trebuiască s-o înfrunt, o apărare fundamentală, pe care am păstrat-o până la terminarea facultății. Au fost niște ani de nesiguranță, o poveste lungă de relații cu bărbați și femei; asta complica mai ales relația mea cu mama. Din când în când, am înclinat spre o neliniște intensă nelegată de nimic anume, un amestec ciudat de



tristețe și teamă izvorâtă de niciunde. Se abătea asupra mea uneori când ședeam în autobuzul care mă ducea la școală, când eram mic. Se abătea asupra mea uneori în serile de vineri, când eram la facultate, când zgomotul petrecerilor pe care eram silit să-l aud copleșea intimitatea întunericului. Se abătea asupra mea uneori când citeam și se abătea asupra mea uneori când făceam dragoste. Se abătea asupra mea întotdeauna când plecam de acasă, și încă mai este un accesoriu al plecării. Chiar dacă plec doar la sfârșit de săptămână, dă năvală când încui ușa casei. Și, de obicei, venea și când mă întorceam acasă. Mama, o prietenă, chiar și unul dintre câinii noștri mă întâmpinau, iar eu mă întristam nespus, și tristețea aceea mă înspăimânta. Am înfruntat problema interacționând compulsiv cu oamenii, ceea ce izbutea aproape totdeauna să-mi abată atenția. Trebuia să fluier de zor un cântecel vesel, ca să mă strecur afară din acea tristețe.

În vara de după ultimul an de facultate, am avut o ușoară cădere, dar, în acel moment, habar n-aveam despre ce e vorba. Călătoream prin Europa, având vara de libertate deplină pe care mi-o dorisem întotdeauna. Fusese un soi de cadou de absolvire din partea părinților mei. Am petrecut o lună minunată în Italia, după care m-am dus în Franța și apoi mi-am vizitat un prieten din Maroc. Marocul m-a intimidat. Era ca și cum aș fi fost eliberat prea mult de prea multe restricții obișnuite, și eram tot timpul agitat, așa cum mă simțeam de obicei în culise înainte de a intra pe scenă, într-o piesă jucată la școală. M-am întors la Paris, am întâlnit acolo alți câțiva prieteni, m-am distrat de minune și apoi m-am dus la Viena, unde îmi dorisem dintotdeauna să merg. N-am putut să dorm la Viena. Am ajuns, m-am cazat la o pensiune și m-am întâlnit cu niște vechi prieteni, care erau și ei la Viena. Am plănuit să ne ducem împreună la Budapesta. Am petrecut prietenește o seară în oraș, după care m-am întors și n-am putut să închid un ochi toată noaptea, îngrozit de ideea că făcusem o greșală cumplită, deși n-aș fi putut spune care anume. A doua zi, eram prea crispat ca să iau micul dejun într-o încăpere plină de străini, dar, când am ieșit, m-am simțit mai bine și am hotărât să văd niște opere de artă. M-am gândit că probabil era vorba doar de faptul că făceam mai multe lucruri decât eram obișnuit. Prietenii mei cinau cu altcineva, iar

când mi-au spus asta m-am simțit izbit în inimă, ca și cum mi s-ar fi spus despre planul de a ucide pe cineva. Au fost de acord să ne întâlnim, ca să bem ceva după cină. Pur și simplu, n-am putut să intru într-un restaurant necunoscut și să comand singur (deși mai făcusem asta de atâtea ori înainte); și n-am putut să intru în vorbă cu nimeni. Când, în cele din urmă, m-am întâlnit cu prietenii mei, tremuram. Ne-am dus la un local, iar eu am băut mult mai mult decât de obicei și, pe moment, m-am simțit liniștit. În noaptea aceea, iarăși am stat treaz, cu o durere de cap cumplită și stomacul zvârcolindu-se, obsedat de grijile legate de călătoria cu vaporul până la Budapesta. Am petrecut cumva ziua următoare, iar în a treia noapte fără somn am fost atât de îngrozit, încât n-am putut să mă scol din pat ca să mă duc la baie. Mi-am sunat părinții. „Trebuie să vin acasă“, am zis. Au fost tare surprinși, deoarece înainte de călătorie insistasem pentru fiecare zi și oraș în plus, dornic să-mi lungesc cât mai mult posibil timpul petrecut în străinătate. „S-a întâmplat ceva?“ au întrebat, și n-am putut spune decât că nu mă simt bine și că totul se dovedise mai puțin interesant decât mă așteptam. Mama m-a înțeles. „Călătoria de unul singur poate fi grea“, a spus. „Mă gândeam c-o să dai de niște prieteni pe acolo, dar chiar și așa poate fi tare obositor.“ Tata a zis: „Dacă vrei să vii acasă, du-te să-ți cumperi un bilet pe cardul meu și vino acasă.“

Am cumpărat biletul, mi-am făcut bagajele și m-am întors acasă în acea după-amiază. Părinții m-au așteptat la aeroport. „Ce s-a întâmplat?“ m-au întrebat, dar n-am putut spune decât că n-am mai putut să stau acolo. În îmbrățișarea lor, m-am simțit la adăpost pentru prima oară de săptămâni întregi. Am suspinat ușurat. Când ne-am întors în apartamentul în care crescusem, eram deprimat și mă simțeam de-a dreptul stupid. Îmi ratasem marea vară de călătorii; mă întorsesem la New York, unde n-aveam nimic de făcut, în afara știutelor treburi gospodărești. Nu văzusem Budapesta. Le-am telefonat câtorva prieteni, care au fost surprinși să mă audă. Nici măcar n-am încercat să explic ce se-nvămplase. Mi-am petrecut restul verii acasă. Eram plictisit, săcâit și cam îmbufnat, deși au fost câteva momente frumoase petrecute împreună.

Am uitat, mai mult sau mai puțin, toate acestea în anii următori. După acea vară, m-am dus să studiez în Anglia. La o nouă universitate, într-o altă țară, nu m-am panicat deloc. M-am obișnuit imediat cu noua viață, mi-am găsit iute prieteni, m-am descurcat bine la învățătură. Iubeam Anglia, și se părea că nu mă mai sperie nimic. Tipul neliniștit care urmasse facultatea în America lăsase locul tipului solid, încrezător, destins. Când dădeam o petrecere, toată lumea voia să vină. Cei mai apropiați prieteni (care se numără încă printre cei mai apropiați prieteni) erau oameni cu care stăteam la taclale toată noaptea, într-o apropiere profundă și plină de viață extrem de plăcută. Sunam acasă o dată pe săptămână, iar părinții au observat că vocea mea părea mai fericită ca oricând. Doream intens companie când mă simțeam tulburat, și o găseam. Timp de doi ani, am fost fericit în cea mai mare parte a timpului, și nefericit doar din pricina vremii rele, a faptului că era greu să fac pe toată lumea să mă iubească nemijlocit, că nu dormeam destul și că începea să-mi cadă părul. Singura tendință depresivă permanent prezentă în mine era nostalgia: spre deosebire de Edith Piaf, eu regret totul tocmai pentru că s-a terminat, și la doisprezece ani deja jeleam după timpul trecut. Chiar și când sunt în cea mai bună dispoziție, totdeauna e ca și cum m-aș lua la trântă cu prezentul, într-o încercare zadarnică de a-l opri să devină trecut.

Îmi amintesc că perioada imediat următoare împlinirii a douăzeci de ani a fost rezonabil de calmă. Am hotărât, aproape dintr-o toană, să devin aventurier și am început să-mi ignor neliniștea chiar și când era legată de situații înspăimântătoare. La optsprezece luni după ce mi-am terminat lucrarea de licență, am început să fac călătorii. În Moscova sovietică,<sup>35</sup> o parte din timp am locuit într-un spațiu ocupat ilegal, împreună cu niște artiști pe care i-am cunoscut acolo. Când cineva a încercat, la Istanbul, să mă jefuiască într-o noapte, i-am ținut piept, și omul a fugit fără să-mi fi luat nimic. Mi-am îngăduit orice fel de sexualitate; m-am debarasat de cea mai mare parte dintre sentimentele refulate și spaimile erotice. Mi-am lăsat părul lung; l-am tăiat scurt. Am cântat de câteva ori cu o formație rock;<sup>36</sup> m-am dus la operă. Mi-a apărut pofta de experiențe, și am avut cât de multe experiențe am putut, în

câte locuri mi-am putut permite să vizitez. M-am îndrăgostit și m-am stabilit într-o căsnicie fericită.

Iar apoi, în august 1989, când aveam douăzeci și cinci de ani, mamei i-a fost diagnosticat un cancer ovarian, și lumea mea fără cusur a început să se năruiască. Dacă nu s-ar fi îmbolnăvit, viața mea ar fi fost cu totul alta; dacă povestea aceea ar fi fost doar un pic mai puțin tragică, poate că aș fi trecut prin viață cu tendințe depresive, dar fără nici o cădere psihică; sau poate că aș fi avut o cădere psihică mai târziu, ca parte a crizei de la mijlocul vieții; ori poate că aș fi avut una întocmai așa cum am avut-o. Dacă prima parte a unei biografii afective este alcătuită din experiențe precursore, a doua parte e constituită din experiențe declanșatoare. Cele mai grave depresii sunt precedate de depresii mai mici, care au trecut, în cea mai mare parte, neobservate sau, pur și simplu, neexplicate. Firește, mulți oameni care nu ajung niciodată la depresie au experiențe care, retroactiv, ar putea fi definite ca episoade precursore dacă ar fi dus la ceva, și care sunt eliminate din amintire doar pentru că ceea ce ar fi putut să prevestească nu s-a împlinit.

N-o să povestesc amănunțit cum s-a năruit totul, căci pentru cei care au trecut printr-o boală care macină e limpede, iar pentru cei care n-au trecut rămâne, poate, la fel de inexplicabil cum era pentru mine la douăzeci și cinci de ani. E de-ajuns să spun că a fost cumplit. În 1991, mama a murit. Avea cincizeci și opt de ani. Am fost paralizat de tristețe. Cu tot șuvoiul de lacrimi și imensa suferință, cu toată dispariția persoanei de care depinsesem atât de constant și de atâta vreme, în perioada de după moartea mamei am fost în ordine. Eram trist și eram furios, dar nu eram smintit.

În vara aceea, am început psihoterapia. I-am spus femeii care avea să-mi fie terapeută că am nevoie să-mi promită ceva înainte de a începe, și anume că va continua analiza până la capăt, indiferent ce se întâmplă, în afară de cazul în care se va îmbolnăvi grav. Se apropia de șaptezeci de ani. A fost de acord. Era o femeie fermecătoare și înțeleaptă, care-mi amintea de mama. M-am bazat pe întâlnirile noastre zilnice ca să-mi țin suferința în frâu.

La începutul anului 1992, m-am îndrăgostit de o persoană strălucitoare, frumoasă, generoasă, blândă și extraordinar de prezentă în toate relațiile

noastre, dar care era și incredibil de dificilă. Am avut o relație furtunoasă, deși adesea fericită. A rămas gravidă în toamna lui 1992 și a avut un avort, care mi-a dat un neașteptat sentiment de pierdere. Spre sfârșitul anului 1993, în săptămâna dinainte să împlinesc treizeci de ani, ne-am despărțit de comun acord și cu multă durere de ambele părți. Am mai derapat o treaptă.

În martie 1994, psihoterapeuta mi-a spus că se retrage din activitate, deoarece naveta de la locuința sa din Princeton la New York devenise prea obositoare. Mă simțeam deja deconectat de la lucrarea noastră comună și mă gândisem să-i pun capăt; cu toate acestea, când mi-a dat vestea, am izbucnit în hohote incontrolabile și am plâns o oră întreagă. În general, nu prea plâng; nu mai plânsesem așa de la moartea mamei. M-am simțit pur și simplu devastat de singurătate și cu totul trădat. A fost nevoie de câteva luni (ea nu știa sigur câte vor fi; până la urmă, a trecut mai mult de un an) ca să putem încheia relația înainte ca retragerea ei din activitate să se poată concretiza.

Mai târziu, în cursul acelei luni, m-am plâns aceleași psihoterapeute de pierderea senzațiilor, un soi de amorțeală, care-mi viciase toate relațiile cu oamenii. Nu-mi păsa de iubire; de munca mea; de familie; de prieteni. Scrisul mi-a încetinit, apoi s-a oprit. „Nu știu nimic“, a scris cândva pictorul Gerhard Richter. „Nu pot face nimic. Nu pricep nimic. Nu știu nimic. Nimic. Și toată suferința asta nici măcar nu mă face foarte nefericit.“<sup>37</sup> Și eu constatam că toate emoțiile puternice dispăruseră, în afara unei anumite neliniști sâcâitoare. Avusesem totdeauna un libidou năvălaș, care m-a băgat de multe ori în bucluc; părea că s-a evaporat. Nu simțeam nici un pic din obișnuita mea dorință de intimitate fizică/afectivă și nu eram atras nici de oamenii de pe stradă, nici de cei pe care-i cunoșteam și-i iubeam; în împrejurările erotice, mintea mea se tot abătea către liste de cumpărături și munca pe care trebuia s-o fac. Asta-mi dădea senzația că mă pierd, lucru care mă speria. Mi-am impus să-mi planific plăceri. În primăvara lui 1994, m-am dus la petreceri și am încercat să mă distrez, dar n-am reușit; m-am întâlnit cu prieteni și am încercat să mă conectez la ei, dar n-am reușit; am cumpărat lucruri scumpe pe care mi le dorisem înainte, dar nu mi-au adus nici o satisfacție; și am mers mai departe,

cu lucruri extreme, pe care nu le mai încercasem, ca să-mi trezesc libidoul, uitându-mă la filme pornografice și, în ultimă instanță, apelând la serviciile unor prostituate. N-am fost prea îngrozit de nici unul dintre aceste comportamente noi, însă n-am fost în stare nici să aflu în ele vreo plăcere, ori măcar ușurare. Am discutat situația cu terapeuta mea: eram depresiv. Am încercat să ajungem la rădăcina problemei, în vreme ce simțeam cum ruperea de lume se accentuează lent, dar neconținut. Am început să mă plâng că sunt copleșit de mesajele de pe robotul telefonului meu și am făcut fixația că apelurile, primite adesea de la prieteni, sunt o povară insuportabilă. De câte ori îi sunam pe cei care mă căutaseră, veneau și mai multe apeluri. Începusem, de asemenea, să mă tem să conduc mașina. Când conduceam noaptea, nu puteam vedea drumul, ochii mi se tot uscau. Îmi ziceam tot timpul că o să mă izbesc de vreo barieră sau de altă mașină. Eram în mijlocul autostrăzii și, deodată, îmi dădeam seama că nu știu să conduc. Consternat, trăgeam la marginea drumului, scăldat în sudori reci. Începusem să-mi petrec sfârșiturile de săptămână în oraș, ca să nu trebuiască să conduc. Împreună cu terapeuta, am cercetat istoricul stărilor mele anxioase. Mi-a trecut prin cap ideea că relația cu prietena mea se încheiase din cauza unei faze timpurii a depresiei, deși știam că era posibil și ca sfârșitul acelei relații să fi contribuit la declanșarea ei. Pe când încercam descălcirea problemei, tot schimbam data la care începuse depresia: la despărțire; la moartea mamei; la începutul bolii ei, care a durat doi ani; la sfârșitul unei relații anterioare; la pubertate; la nașterea mea. Curând, n-am mai putut să mă gândesc la un moment sau la un comportament care să nu fi fost simptomatic. Și totuși, ceea ce trăiam nu era decât o depresie nevrotică, caracterizată mai degrabă de tristețe decât de sminteală. Se părea că o pot controla; era o versiune prelungită a ceva ce mai suferisem, ceva familiar, la un nivel ori altul, pentru mulți oameni sănătoși. Depresia își face apariția la fel de treptat ca maturizarea.

În iunie 1994, o plictiseală permanentă a pus stăpânire pe mine. Primul meu roman fusese publicat în Anglia, și totuși primirea sa favorabilă n-a însemnat pentru mine prea mult. Am citit cu indiferență recenziile și m-am simțit tot timpul obosit. În iulie, întors la New York, m-am pomenit că

evenimentele sociale, ba chiar și statul de vorbă mă împovărează. Totul părea că necesită mai mult efort decât merită. Metroul se dovedea insuportabil. Terapeuta mea, care încă nu se retrăsese din activitate, a zis că sufăr de o depresie ușoară. Am discutat motivele, ca și cum numirea fiarei ar fi însemnat domesticirea ei. Cunoșteam prea mulți oameni și făceam prea multe; mi-am zis că trebuie să mă mai restrâng.

La sfârșitul lui august, am avut o criză de pietre la rinichi – problemă cu care mai avusesem a face o dată.<sup>38</sup> Mi-am sunat doctorul, care a promis că anunță spitalul și-mi urgentează trecerea prin serviciul de urgențe. Dar, când am ajuns la spital, nimeni nu părea să fi fost anunțat. Durerea provocată de pietrele la rinichi e înfiorătoare: șederea acolo, în așteptare, era ca și cum cineva mi-ar fi înmuiat măduva spinării în acid, după care mi-ar fi cojit nervii până la miez. Cu toate că, de câteva ori, mi-am descris câtorva asistenți durerea, nimeni n-a făcut nimic. Și apoi, ceva a părut că se frânge în mine. În picioare în mijlocul cabinei mele de la serviciul de urgențe al New York Hospital, am început să urlu. Mi-au făcut o doză de morfină. Durerea s-a potolit. Curând, a revenit; m-am tot dus și întors de la spital timp de cinci zile. De patru ori mi s-a pus cateter; în cele din urmă, am fost pus pe doza de morfină maxim permisă, suplimentată cu injecții cu demerol o dată la câteva ore. Mi s-a spus că pietrele nu se văd bine și că nu mi se va face litotriție, care le-ar fi înlăturat rapid. Operația era posibilă, dar era dureroasă și ar fi putut fi periculoasă. Nu voisem să-l deranjez pe tata, care era în concediu în Maine; acum, voiam să iau legătura cu el, deoarece cunoștea bine spitalul din vremea când mama era mereu prezentă și mă putea ajuta să pună o vorbă bună. N-a părut îngrijorat. „Pietre la rinichi – o să treacă, sunt sigur că te faci bine, și ne vedem când ajung acasă.“ În nici una dintre nopțile următoare n-am dormit mai mult de trei ore. Mă ocupam de o lucrare amplă – un articol despre politicile care vizează persoanele cu hipoacuzie – și vorbeam ca prin ceață cu cei care verificau datele și cu redactorii. Simțem cum îmi alunecă din mâini controlul asupra propriei vieți. „Dacă durerea asta nu încetează“, i-am spus unui prieten, „o să mă omor.“ Nu mai spusesem asta niciodată.

Când am ieșit din spital, eram speriat tot timpul. Fie durerea, fie analgezicele îmi uzaseră complet mintea. Știam că pietrele se pot încă mișca de colo-colo, iar criza poate reveni. Mă temeam să fiu singur. M-am dus cu un prieten în apartamentul meu, mi-am strâns câteva lucruri și m-am mutat. A fost o săptămână de rătăcire; am migrat de la un prieten la altul. Cei mai mulți dintre oamenii ăștia se duceau la lucru ziua, iar eu stăteam în casele lor, evitând strada, grijuliu să nu fiu niciodată prea departe de telefon. Încă mai luam analgezice profilactice și mă simțeam cam năuc. Eram mândros pe tata, mândros într-un mod irațional, răsfățat, incorect. Tata și-a cerut iertare pentru ceea ce eu numisem comportamentul lui nepăsător și a încercat să-mi explice că nu voise decât să-și exprime ușurarea că aveam o boală care nu era fatală. Zicea că crezuse în relativul meu stoicism pe care-l arătasem la telefon. Am intrat într-o stare de agitație pe care nu mai izbutesc acum s-o înțeleg. Am refuzat să vorbesc cu el ori să-i spun unde mă duc. Din când în când, îl sunam și-i lăsam mesaje pe robot: „Te urăsc și aș vrea să mori“, așa începeau de obicei. Somniferele mă ajutau să parcurg nopțile. Am avut o mică recidivă și m-am întors la spital; nu era nimic grav, dar m-a speriat de moarte. Privind înapoi, pot zice că aceea a fost săptămâna în care am luat-o razna.

La sfârșit de săptămână, m-am dus în Vermont, la nunta unor prieteni. Era o minunată zi de sfârșit de vară. Aproape că anulasem călătoria, dar, după ce am aflat amănunte despre un spital din apropierea locului unde era nunta, m-am hotărât să încerc să mă duc. Am ajuns vineri, la timp pentru cină și dans (n-am dansat deloc), și am văzut o persoană pe care o cunoscusem cu totul marginal la facultate, cu zece ani înainte. Am stat de vorbă și m-am simțit inundat de mai multă emoție decât încercasem ani întregi. Am simțit că eu însumi strălucesc; m-am simțit în al nouălea cer și n-am bănuțit că din asta n-avea să iasă nimic bun. Am pluit din emoție în emoție, într-un fel aproape fără sens.

După nunta din Vermont, derapajul a fost constant. Lucram din ce în ce mai prost. Mi-am anulat planurile de a mă duce în Anglia la altă nuntă, simțind că acea călătorie ar fi mai mult decât pot suporta, cu toate că în anul anterior mă tot dusesem și mă întorsesem de la Londra fără mare greutate.



Începusem să simt că nimeni nu mă poate iubi și că n-o să mai fiu niciodată într-o relație. Nu aveam deloc senzații sexuale. Am început să mănânc la intervale neregulate, pentru că rareori mi se făcea foame. Terapeuta mi-a zis că era tot depresia, și m-am simțit sătul de acest cuvânt și sătul de terapeută. Am spus că nu mi-am ieșit din minți, dar mă tem că o să-mi ies, și că socotește ea oare că o să ajung să iau antidepresive, și mi-a spus că evitarea medicamentelor e un lucru curajos și că putem rezolva problema împreună. Acea conversație a fost ultima pe care am deschis-o; acelea au fost ultimele mele sentimente pentru multă vreme.

Depresia majoră are câțiva factori definitorii – cei mai mulți având a face cu retragerea în sine, cu toate că depresia agitată/atipică poate să aibă mai degrabă un caracter negaționist accentuat decât de pasivitate abătută – și, de obicei, e destul de ușor de recunoscut; tulbură somnul, dorințele și energia. Tinde să sporească acuitatea la respingere și poate fi însoțită de pierderea încrederii și respectului de sine. Pare să depindă atât de funcțiile hipotalamice (ce reglează somnul, dorințele și energia), cât și de funcțiile corticale (ce traduc cunoașterea filozofică și concepția despre lume).<sup>39</sup> Depresia care survine în faza maniaco-depresivă (sau bipolară) a bolii are o determinare genetică mai puternică (circa 80 la sută) decât depresia standard (circa 10-50 la sută);<sup>40</sup> cu toate că răspunde mai frecvent la tratament, nu e ușor de controlat, în special din cauză că medicamentele antidepresive pot să provoace manie. Cea mai mare primejdie în cazul bolii maniaco-depresive<sup>41</sup> e faptul că ea declanșează uneori așa-numitele „stări mixte“, în care bolnavul e depresiv în mod maniacal – plin de sentimente negative care se i definesc ca emfază. Acesta e motivul principal al producerii sinuciderii, și poate fi, și ea, cauzată de folosirea antidepresivelor fără stabilizatorii de stare, care sunt o parte necesară a medicației bipolare. Depresia poate fi „de epuizare“ sau atipică/agitată. În cazul celei dintâi, n-ai chef să faci nimic; în cazul celei de-a doua, îți vine să te sinucizi. Căderea psihică e trecere către nebunie. Este, ca să preiau o metaforă din fizică, un comportament necaracteristic al materiei, determinat de variabile ascunse. Este, de asemenea, un efect cumulativ:

indiferent dacă-i poți vedea sau nu, factorii care duc la o cădere psihică depresivă se acumulează pe parcursul anilor, de obicei pe parcursul întregii vieți. Nu există viață care să nu conțină materie pentru deznădejde, dar unii oameni se apropie prea mult de margine, iar alții reușesc să stea uneori triști, într-un luminiș sigur, departe de faleze. După ce ai trecut dincolo, regulile se schimbă cu totul. Tot ce fusese scris în limba ta maternă e scris acum în chineză; tot ce mergea repede e acum lent; în somn ești limpede la cap, în vreme ce starea de trezie e o înșiruire de imagini fără legătură între ele, fără înțeles. Simțurile te părăsesc încetul cu încetul în ghearele depresiei. „E un moment în care simți dintr-odată cum procesele chimice își iau tălpășița“, mi-a spus odată Mark Weiss, un prieten depresiv. „Respir altfel, iar respirația mea duhnește. Urina mea are un miros dezgustător. Chipul mi se desface, în oglindă, bucăți. Știu când a venit momentul.“

La trei ani, hotărâsem că vreau să mă fac romancier. De atunci încoace, abia așteptam să public un roman. Când am avut treizeci de ani, mi s-a publicat primul roman, și planificasem un turneu de lectură, dar uram ideea asta. Un bun prieten se oferise să facă pentru mine o serată literară pe 11 octombrie. Îmi plac reuniunile și iubesc cărțile. Știam că ar trebui să fiu în al nouălea cer, dar eram prea pleoștit ca să invit multă lume și prea sleit ca să stau mult în picioare la petrecere. Funcțiile memoriei și cele ale afectelor sunt distribuite în tot creierul, însă sistemul cortical frontal și cel limbic sunt esențiale pentru ambele, iar când prejudiciezi sistemul limbic care controlează afectele, lezezi și memoria. Îmi amintesc de acea reuniune doar ca de niște contururi fantomatice, în culori spălăcite: mâncare cenușie, oameni bej, lumini tulburi prin camere. Îmi amintesc că transpiram cumplit tot timpul și că ardeam de dorința de a pleca. Am încercat să pun toate astea pe seama stresului. Eram hotărât să păstrez cu orice preț aparențele, un impuls care avea să-mi fie de mare folos. Așa am făcut: nimeni n-a părut să observe nimic ciudat. Am trecut cu bine seara.

Când am ajuns acasă, am început, în noaptea aceea, să simt spaima. Am zăcut în pat, fără să dorm, strângând în brațe perna, ca să mă simt bine. În următoarele două săptămâni și jumătate, lucrurile s-au înrăutățit tot mai tare. Cu puțin înainte de ziua în care împlineam treizeci și unu de ani, eram făcut bucăți. Întregul meu organism părea că se surpă. Nu aveam în acea vreme nici o relație sentimentală. Tata se oferise să facă o petrecere de ziua mea, dar nu puteam suferi ideea, și ne-am înțeles să mergem mai bine la unul dintre restaurantele mele preferate, împreună cu patru dintre prietenii mei cei mai buni. În ajunul zilei mele, am ieșit din casă o singură dată, ca să cumpăr câte ceva de-ale gurii. Când mă întorceam de la magazin, mi-am pierdut deodată controlul intestinului gros și am făcut pe mine. Simțeam, pe măsură ce grăbeam pasul spre casă, că pata se întinde. Când am ajuns acasă, am lăsat punga cu cumpărături, m-am repezit în baie, m-am dezbrăcat, după care m-am așezat în pat.

N-am prea dormit în noaptea aceea, și n-am putut să mă scol a doua zi. Știam că n-o să mă pot duce la nici un restaurant. Am vrut să-mi sun prietenii, ca să contramandez întâlnirea, dar n-am putut. Am zăcut, fără să mă clintesc, și m-am gândit la faptul de a vorbi, încercând să-mi dau seama cum s-o fac. Îmi mișcam limba, dar nu ieșea nici un sunet. Uitasem să vorbesc. Am început apoi să plâng, dar nu aveam lacrimi, doar o opintire incoerentă. Eram culcat pe spate. Am vrut să mă întorc pe burtă, dar nu-mi puteam aminti nici cum s-o fac. Am încercat să mă gândesc la asta, dar sarcina părea colosal de grea. Mi-am zis că poate avusesem un atac cerebral, și apoi iar am plâns un pic. Pe la trei după-amiază, am reușit să cobor din pat și să mă duc la baie. M-am întors în pat dârdâind. Din fericire, a sunat tata. Am răspuns. „Trebuie să anulezi masa din seara asta“, i-am spus cu vocea tremurată. „Ce s-a-n întâmplat?“ mă tot întreba, dar nu știam.

Există un moment – atunci când te împiedici de ceva sau aluneci, înainte ca mâna să se repeadă în față ca să-ți amortizeze căderea – când simți că se repede pământul spre tine și nu poți face nimic, o spaimă trecătoare, de o fracțiune de secundă. Mă simțeam așa oră după oră. Să fii neliniștit la acest nivel extrem e bizar. Simți tot timpul că vrei să faci ceva, că există un afect

pe care nu-l poți avea, că există o nevoie fizică imposibil de urgentă și neplăcută pentru care nu există ușurare, ca și cum ai voma tot timpul ce ai în stomac, dar n-ai gură. În depresie, vederea ți se îngustează și începe să se închidă; e ca și cum ai încerca să te uiți la un televizor cu foarte mulți paraziți, unde parcă ai vedea imaginea, dar nu de-a binelea; unde nu poți vedea niciodată fețele oamenilor, cu excepția vreunui prim-plan; unde toate sunt lipsite de margini. Aerul pare dens și-ți opune rezistență, de parcă ar fi plin de pâine cleioasă. A deveni depresiv e ca și cum ai orbi, întunericul e la început treptat, apoi atotcuprinzător; e ca și cum ai surzi, auzi din ce în ce mai puțin, până ce în jurul tău e o tăcere cumplită, până ce nu mai poți face ca vreun sunet de-al tău să străbată tăcerea. E ca și cum ai simți că hainele se prefac cu încetul în lemn pe trupul tău, o înțepeneală a coatelor și a genunchilor care se transformă treptat într-o povară cumplită și într-o nemișcare izolatoare care te va atrofia și, cu timpul, te va distruge.

Tata a venit la locuința mea împreună cu unul dintre prietenii mei, târându-i după el pe fratele meu cu logodnica lui. Din fericire, tata avea cheile. Nu mâncasem nimic de aproape două zile, și au încercat să mă determine să mănânc un pic de somon afumat. Toți credeau că luasem probabil un soi de virus fioros. Am luat câteva îmbucături, apoi am vomat pe mine. Nu mă puteam opri din plâns. Îmi uram casa, dar nu puteam să plec din ea. A doua zi, am reușit cumva să ajung la cabinetul psihoterapeutei mele. „Cred că va trebui să încep să iau medicamente“, am zis, căutându-mi cu greu vorbele. „Îmi pare rău“, a zis ea, și a sunat un psihofarmacolog, care a fost de acord să mă vadă într-o oră. Ea a știut, cel puțin, că trebuie să cerem ajutor, oricât de târziu era. În anii '50, în acord cu gândirea din acea vreme, analistul supervisor i-a spus unui psihoterapeut pe care-l cunosc că, dacă are de gând să-i recomande unui pacient medicamente, va trebui să înceteze psihoterapia. Poate că ceva de modă veche o făcuse pe terapeuta mea să mă încurajeze să evit medicamentele? Ori poate că a fost și ea amăgită de aparențele pe care mă străduiam să le păstrez? N-o să știu niciodată.

Psihofarmacologul părea ieșit din cine știe ce film despre doctori de nebuni; cabinetul îi era tapetat în mătase decolorată de culoarea muștarului, avea

aplice de modă veche pe pereți și, peste tot, erau teancuri înalte de cărți cu titluri ca *ependent de suferință* și *Comportamentul sinu ig* :  
*ut re org niz rii psihi e*. Trecuse de șaptezeci de ani, fuma trabuc, avea accent central-european și purta pâslari. Avea în comportament eleganța de dinainte de război și un zâmbet blând. Mi-a pus o serie rapidă de întrebări specifice – Cum mă simt dimineața în comparație cu seara? Știu de ce anume mă tem? S-au modificat tiparele somnului și dorințele? – și mi-am dat toată silința să-i răspund. „Bun, bun“, a zis liniștit, pe când îmi etalam spaimetele. „Cât se poate de clasic, chiar așa. Nu te teme, curând te facem bine.“ A scris o rețetă pentru xanax, apoi a scormonit primpregur, până a dat de un pachet de începător pentru zoloft. Mi-a dat instrucțiuni amănunțite cum să încep să-l iau. „Te întorci aici mâine“, a spus zâmbind. „Zoloftul n-o să-ți facă efectul decât după o vreme. Xanaxul o să-ți reducă pe dată anxietatea. Nu-ți face griji despre faptul că dă dependență și așa mai departe, căci, pe moment, nu astea sunt problemele tale. După ce scăpăm cumva de anxietate, o să putem vedea mai limpede depresia și să ne ocupăm de asta. Nu-ți face griji, ai un grup de simptome cât se poate de firesc.“

În prima zi de medicație, m-am mutat în apartamentul tatălui meu. Tata avea atunci aproape șaptezeci de ani, și cei mai mulți dintre bărbații de această vârstă nu suportă ușor schimbări totale în viața lor. Pe tata trebuie să-l laud nu numai pentru generosul său devotament, ci și pentru flexibilitatea minții și a spiritului, care i-au permis să înțeleagă că poate fi sprijinul meu în clipele grele, precum și pentru curajul care l-a ajutat să fie acel sprijin. M-a luat de la cabinetul doctorului și m-a dus la el acasă. Nu-mi adusesem haine curate, dar nici n-aveam cu adevărat nevoie de ele, căci în săptămâna care a urmat aveam să mă dau rareori jos din pat. Pe moment, panica era singura mea senzație. Xanaxul alunga panica dacă luam destule pastile, dar „destule“ însemna destul ca să mă facă să mă prăbușesc cu totul într-un somn greu, amețitor, cu vise apăsătoare. Zilele curgeau în felul următor: mă trezeam, știind că ceea ce simt e o panică imensă. Nu voiam decât să iau destule medicamente împotriva panicii ca să pot dormi iar, și apoi voiam să dorm până mă fac bine. Când, peste câteva ore, mă trezeam, voiam să mai iau somnifere.

Suicidul, ca și îmbrăcatul erau lucruri prea complicate ca să mă pot gândi la ele; nu petreceam ore întregi gândindu-mă cum să fac așa ceva. Nu voiam decât ca „asta“ să înceteze, n-aș fi putut nici măcar să izbutesc să precizez ce anume era „asta“. Nu izbuteam să spun prea multe; cuvintele – cu care fusesem totdeauna în relații foarte strânse – păreau dintr-odată foarte complicate, metafore grele, a căror folosire implica mult mai multă energie decât eram în stare să adun. „Melancolia ajunge, în cele din urmă, la pierderea înțeleșului [...]. Devin tăcută și mor“, scria Julia Kristeva. „Persoanele melancolice sunt străine față de limba lor maternă. Limba moartă pe care o vorbesc le prevestește sinuciderea.“<sup>42</sup> Depresia, asemenea iubirii, e plină de clișee, și e greu să vorbești despre ea fără să cazi în retorica șlagărelor siropoase; e atât de vie când o trăiești, încât ideea că alții au cunoscut ceva asemănător pare aproape imposibilă. Emily Dickinson a făcut, probabil, cea mai elocventă descriere a căderii psihice care a fost pusă vreodată pe hârtie:

*I felt Funer l, in my r in,  
 nd Mourners to nd fro  
 Kept tre ding tre ding till it seemed  
 Th t Sense w s re king through  
 nd when they ll were se ted,  
 Servi e, like rum  
 Kept e ting e ting till I thought  
 My Mind w s going num  
 nd then I he rd them lift ox  
 nd re k ross my Soul  
 With thouse s me oots of Le d, g in,  
 Then Sp e eg n to toll,  
 s if the He vens were ell,  
 nd eing, ut n E r,  
 nd I, nd Silen e, some str nge R e  
 Wre ked, solit ry, here*

*nd then Pl nk in Re son, roke,*  
*nd I dropped down, nd down*  
*nd hit World, t every plunge,*  
*nd Finished knowing then [43](#)*

S-a scris relativ puțin despre faptul că aceste căderi psihice sunt grotești; căutând demnitatea, și căutând să dai demnitate suferințelor altora, poți uita cu ușurință acest lucru. Și totuși, e real și adevărat – și e evident atunci când ești depresiv. Minutele depresiei sunt ca anii la câini: socotiți cu noțiuni temporale artificiale. Îmi amintesc cum zăceam încremenit în pat, plângând pentru că mi-era prea frică să fac duș, dar știind, în același timp, că dușurile nu sunt înspăimântătoare. Parcurgeam iar și iar în minte fiecare etapă: te răsucești și pui tălpile pe podea; te ridici în picioare; te duci, de aici, în baie; deschizi ușa băii; mergi până la marginea căzii; deschizi robinetul; intri sub apă; te săpunești; te clătești; ieși din cadă; te usuci; te duci înapoi în pat. Douăsprezece etape, care-mi păreau la fel de împovărătoare ca parcurgerea opririlor de pe Drumul Crucii. Știam însă, logic, că dușul e un lucru ușor, că ani de zile am făcut duș *zilni* și că l-am făcut atât de repede și de firesc, încât nu trebuia justificat prin nici un comentariu. Știam că cele douăsprezece etape sunt, de fapt, foarte ușor de parcurs. Știam că aș putea chiar să rog pe cineva să mă ajute cu unele dintre ele. Ce clipe de alinare să-ți treacă prin minte acel gând! Altcineva ar fi putut să deschidă ușa băii. Știam că aș fi putut, probabil, să parcurg două sau trei etape, așa încât, folosind-mi întreaga forță, mă ridicam în capul oaselor; mă răsuceam și puneam tălpile pe podea; și apoi mă simțeam atât de neputincios și de speriat, că mă întorceam cu fața în jos în pat, cu tălpile încă pe podea. Uneori, începeam iar să plâng, tânguindu-mă nu numai din cauza a ceea ce nu putusem să fac, ci și pentru că mi se părea stupid că n-am putut s-o fac. În toată lumea, oamenii fac duș. De ce, o, de ce nu puteam fi unul dintre ei? Și apoi mă gândeam că oamenii aceia au și familii, și slujbe, și conturi în bănci, și pașapoarte, și planuri pentru cină, și probleme, probleme adevărate, cancer, și foamete, și moartea copiilor

lor, și singurătate care te rupe de lume, și eșecuri; iar eu, în comparație cu ei, aveam atât de puține probleme, în afară de faptul că nu mă puteam răsuci din nou decât după câteva ore, când tata sau un prieten venea și mă ajuta să-mi salt iar picioarele în pat. Până atunci, ideea de a face duș ajunsese să pară stupidă și lipsită de realism, și aș fi fost ușurat să-mi pot ridica picioarele la loc, și zăceam în siguranța patului, și mă simțeam ridicol. Iar uneori, în câte un ungher tăcut din mine, se auzea un hohot de râs din cauza aceluși ridicol, și faptul că eram în stare să văd asta este, cred, ceea ce m-a făcut s-o scot la capăt. Întotdeauna în străfundul minții mele era o voce, liniștită și limpede, care zicea: ia nu mai fi așa miorlăit; fără melodramă. Dezbracă-te, pune-ți pijamaua, așază-te în pat; dimineața scoală-te, îmbracă-te și fă tot ceea ce trebuie să faci. Am auzit vocea aceea tot timpul, voce care semăna cu a mamei. Simțeam tristețe și o cumplită însingurare când mă gândeam la ceea ce era pierdut. „Să-i pese oare cuiva – nu doar din miezul efervescent al culturii, ci oricui, fie și dentistului meu – că am depus armele?“ Daphne Merkin scria într-un eseu-mărturisire despre propria depresie: „O să mă plângă oare lumea dacă nu mă mai întorc, dacă nu-mi mai ocup niciodată locul?“<sup>44</sup>

Când se însera, reușeam să mă dau jos din pat. În cele mai multe cazuri, depresia are ritm circadian, progresează pe parcursul zilei și scade în intensitate dimineața. La cină, simțeam că nu pot mânca, dar puteam să mă scol și să șed în sufragerie cu tata, care-și anulase toate planurile ca să stea cu mine. Atunci eram în stare și să vorbesc. Încercam să povestesc cum este. Tata dădea din cap aprobator, mă asigură de fiecare dată că o să treacă și încerca să mă facă să mănânc. Îmi tăia bucățile de mâncare. Îi spuneam să nu-mi dea să mănânc, că n-am cinci ani, dar, când eram învins de dificultatea de a înfige furculița în bucata de cotlet de miel, o făcea el. Între timp, își amintea cum îmi dădea să mănânc când eram de-o șchioapă, și mă puneă să jur, în glumă, că o să-i tai eu cotletele de miel când o să fie bătrân și fără dinți. Ținea legătura cu unii dintre prietenii mei – unii dintre prieteni mă sunau oricum –, iar după cină mă simțeam destul de bine ca să-i sun eu. Uneori, după cină, unii chiar veneau în vizită. Cu totul neașteptat, îndeobște chiar reușeam să fac



duș înainte de culcare! Și nici un pahar cu apă după traversarea deșertului n-a fost niciodată o plăcere mai mare decât acel triumf și senzația de curățenie. Înainte de culcare, xanaxat zdravăn, dar încă treaz, glumeam cu tata și cu prietenii despre asta, și se făcea simțită în încăperea aceea intimă specială care înconjoară boala, și uneori mă copleșeau sentimentele, și iar începeam să plâng, și atunci era vremea să se stingă lumina, ca să mă pot culca. Uneori, prietenii apropiați stăteau cu mine până mă cufundam în somn. O prietenă obișnuia să mă țină de mână, îngânând cântece de leagăn. În unele seri, tata îmi citea din cărțile din care îmi citise în copilărie. Îl opream. „Acum două săptămâni, îmi publicam romanul“, ziceam. „Lucram de obicei douăsprezece ore pe zi și apoi mă duceam seara la patru petreceri, uneori. Ce s-a întâmplat?“ Tata mă asigura, senin, că o să fiu din nou în stare să fac asta, curând. Ar fi putut la fel de bine să-mi spună că o să fiu curând în stare să-mi construiesc un elicopter din aluat fraged și o să zbor cu el pe Neptun, așa de limpede îmi părea faptul că viața mea, cea pe care o trăisem înainte, era de-acum dușă pe vecie. Din când în când, panica dispărea pentru o clipă. Atunci, revenea disperarea calmă. Caracterul inexplicabil al stării mele sfida logica. Era grozav de jenant să le spun oamenilor că sunt depresiv, când viața mea părea să aibă în ea atâta bine și iubire și confort material; pentru toată lumea, în afara prietenilor apropiați, aveam „un virus tropical necunoscut“ cu care „probabil că mă pricopsisem vara trecută, în călătoriile“. Chestiunea cotletelor de miel a devenit pentru mine emblematică. O prietenă poetă, Elizabeth Prince, scria:

*The night*

*w s l t e n d soggy: It w s*

*New York in July*

*I w s in my room, hiding,*

*h t i n g the need to sw l l o w* [45](#)

Mai târziu, am citit în jurnalul lui Leonard Woolf descrierea formelor de depresie ale Virginiei: „Dacă era lăsată într-ale ei, n-ar fi mâncat nimic și treptat ar fi murit de foame. Era extraordinar de greu până și s-o fac să mănânce îndeajuns ca să rămână în puteri. În general, rătăcirea ei era impregnata de sentimentul unui soi de vinovăție, ale cărei origine și natură exactă n-am reușit să le descopăr niciodată; era însă legată, într-un fel aparte, în special de hrană și de actul de a mânca. În faza timpurie acută, sinucigașă, a depresiei, ședea ore întregi, copleșită de o iremediabilă melancolie, tăcută, fără să răspundă vreodată la ce i se spunea. Când venea ora mesei, nu dădea nici o atenție farfuriei cu mâncare ce i se pune în față. De obicei, izbuteam s-o determin să mănânce cât de cât, dar era cumplit de greu. Fiecare masă dura una sau două ore; trebuia să șed lângă ea, să-i pun în mână lingura sau furculița și, din când în când, să-i cer foarte calm – atingându-i brațul sau mâna – să mănânce. La vreo cinci minute o dată, lua automat câte o îmbucătură.”<sup>46</sup>

Ți se spune mereu că în depresie nu mai judeci cum trebuie – dar însuși faptul că ea aduce atingere cogniției e parte a depresiei. Faptul că ai cădere psihică nu înseamnă că viața ta nu e ea însăși lipsită de neorânduială. Dacă există probleme pe care le-ai ocolit cu succes ani întregi, ele se îngămădesc iar și te privesc drept în ochi, iar un aspect al depresiei este conștiința profundă a faptului că doctorii – care te încurajează, asigurându-te că judecata ta e nelalocul ei – greșesc. Ești în contact cu grozăvia propriei vieți. Poți accepta, pe plan rațional, faptul că mai târziu, după ce medicația începe să dea roade, o să poți lupta mai bine cu oroarea, dar n-o să scapi de ea. Când ești depresiv, trecutul și viitorul sunt absorbite cu totul de clipa prezentă, ca în lumea unui copil de trei ani. Nu-ți poți aminti – cel puțin, nu limpede – o vreme în care te simțeai mai bine; și, cu siguranță, nu-ți poți imagina un viitor în care o să te simți mai bine. A fi supărat, chiar profund supărat, e o trăire trecătoare, în vreme ce depresia e atemporală. Căderile psihice te lasă fără nici un punct de vedere.

Se întâmplă o mulțime de lucruri în timpul unui episod depresiv.<sup>47</sup> Se produc schimbări ale funcționării neurotransmițătorilor; schimbări ale

funcționării sinaptice; crește sau descrește excitabilitatea între neuroni; modificări ale manifestării genelor; apare hipometabolism în cortexul frontal (de obicei) sau hipermetabolism în aceeași zonă; apar niveluri ridicate ale TRH (*thyrotropin rele sing hormone*); apar perturbații în funcționarea corpului amigdaloid și, posibil, a hipotalamusului (zone din creier); apar niveluri modificate ale melatoninei (hormon produs de glanda pineală din serotonină); crește prolactina (creșterea secreției lactate la persoanele înclinate spre anxietate declanșează atacuri de panică); se egalizează temperatura corpului pe intervalul de douăzeci și patru de ore; se distorsionează secreția de cortizol pe intervalul de douăzeci și patru de ore; se perturbă circuitul care leagă talamusul, ganglionii bazali și lobii frontali (din nou, centri cerebrali); crește fluxul sangvin în lobul frontal al emisferei dominante; scade fluxul sangvin în lobul occipital (care controlează vederea); se reduc secrețiile gastrice. E greu de știut ce să înțelegem din toate aceste fenomene. Care sunt cauzele depresiei; care sunt simptomele; care sunt doar coincidențe. S-ar putea crede că nivelurile crescute de TRH înseamnă că TRH provoacă senzațiile, însă, de fapt, administrarea de doze mari de TRH poate fi un tratament temporar util în cazul depresiei.<sup>48</sup> După cum reiese, organismul începe să producă TRH în timpul depresiei datorită capacităților lui antidepressiv. Iar TRH, care, în general, nu este antidepressiv, poate fi utilizat ca antidepressiv imediat după un episod major de depresie, deoarece creierul, cu toate că are o mulțime de probleme într-o depresie, devine în același timp hipersensibil la lucrurile care-l pot ajuta să rezolve aceste probleme. Celulele creierului își modifică funcțiile cu ușurință, iar în timpul unui episod raportul dintre modificările patologice (care provoacă depresia) și cele de adaptare (care luptă cu ea) hotărăște dacă rămâi bolnav sau te simți mai bine. Dacă ai o medicație care exploatează sau ajută factorii de adaptare suficient ca să-i învingă o dată pentru totdeauna pe cei patologici, atunci te eliberezi de ciclu și creierul tău poate să-și vadă de treburile sale obișnuite.

Cu cât ai mai multe episoade, cu atât crește probabilitatea să mai ai episoade, și, în general, pe parcursul vieții, episoadele sunt din ce în ce mai

grave și mai apropiate în timp.<sup>49</sup> Această accelerare este un indiciu al felului în care funcționează boala. Instalarea inițială a depresiei este legată, de obicei, fie de unele evenimente care o activează, fie de o întâmplare fatală; așa cum a observat Kay Jamison – o charismatică specialistă în psihologie, ale cărei texte, academice și populare, au avut o mare contribuție la schimbarea gândirii privitoare la tulburările de personalitate –, persoanele predis-puse genetic la apariția depresiei „sunt ca rugurile uscate și friabile, neprote-jate de inevitabilele scânteii declanșate de viață.”<sup>50</sup> Într-un anumit punct, re-cidivele nu sunt legate de împrejurări. Dacă stimulezi crize la un animal în fiecare zi, în cele din urmă ele devin automate; animalul o să le aibă zilnic, chiar dacă oprești stimularea.<sup>51</sup> În mod foarte asemănător, creierul care a trecut de câteva ori prin depresie va continua să revină la depresie din nou și din nou. Aceasta sugerează că depresia, chiar dacă e provocată de un eveniment fatal extern, modifică, în cele din urmă, structura creierului, ca și biochimia lui. „Așa că nu-i o boală atât de benignă pe cât credeam noi“, explică Robert Post, șeful Departamentului de Psihiatrie Biologică de la Institutul Național pentru Sănătate Mintală (NIMH). „Ea tinde să fie recurentă; tinde să evolueze descendent; așa încât, dat fiind riscul apariției mai multor episoade, trebuie să se ia în considerare un tratament preventiv pe termen lung, pentru a evita toate consecințele îngrozitoare.“ Kay Jamison e foarte tranșantă când începe să vorbească despre acest subiect. „Depresia nu-i un lucru nevătmător. Știți – pe lângă faptul că, în cea mai mare parte, e o stare jalnică, cumplită, necon-structivă, ea mai și omoară oameni. Nu numai prin suicid, ci și prin agravarea bolilor de inimă, scăderea reacției imunitare și așa mai departe.“ Adesea, pa-cienții care reacționează bine la medicație nu mai reacționează bine dacă iau medicamente și apoi renunță la ele și iar le iau și apoi renunță; odată cu fiecare episod, crește cu 10 la sută riscul ca depresia să devină cronică și in-evitabilă. „E cam ca în cazul cancerului incipient, care reacționează foarte bine la medicamente, însă, dacă s-a instalat metastaza, nu mai reacționează deloc“, explică Post. „Dacă ai prea multe episoade, biochimia ți se în-răutățește, posibil permanent. În acel punct, mulți terapeuți încă mai privesc

într-o direcție cu totul greșită. Dacă episodul apare acum în mod automat, la ce bun să te mai preocupe factorul de stres care a declanșat procesul original? E mult prea târziu pentru asta.“ Ceea ce e reparat nu e decât cârpăcit, și niciodată nu mai poate fi întreg.

Aceste trei evenimente separate – scăderea receptorilor de serotonină, creșterea cortizolului, un hormon al stresului, și depresia – se petrec simultan. Ordinea lor de producere e necunoscută; e cam ca misterul cu oul și găina. Dacă vatăm sistemul serotoninic în creierul unui animal, va crește nivelul cortizolului.<sup>52</sup> Dacă ridici nivelul cortizolului, serotonina pare să scadă. Dacă stresezi o persoană, hormonul care eliberează corticotropina (CTH – *ortitropin rele sing hormone*) scade nivelul serotoninei. Ce înseamnă asta? Substanța deceniului a fost serotonina, și tratamentele folosite cel mai des pentru depresie în SUA sunt cele care cresc nivelul funcțional al serotoninei din creier. De câte ori afectezi serotonina, afectezi și sistemele de stres și modifici nivelul cortizolului din creier. „N-aș spune că cel care provoacă depresia e cortizolul“, spune Elizabeth Young, care lucrează în acest domeniu la Universitatea din Michigan, „dar s-ar putea foarte bine să exacerbeze o afecțiune minoră și să creeze un sindrom real.“<sup>53</sup> Cortizolul, după ce este produs, se leagă de receptorii de glucocorticoizi din creier. Antidepresivele cresc numărul acestor receptori de glucocorticoizi – care apoi absorb excesul de cortizol care plutește pe acolo. Acest lucru este extrem de important pentru reglarea generală a corpului. De fapt, receptorii de glucocorticoizi activează unele gene și anulează activitatea altora, iar când ai relativ puțini receptori înămolii într-o grămadă de cortizol, sistemul intră în supraturare. „E ca la un sistem de încălzire“, spune Elizabeth Young. „Dacă senzorul de temperatură al termostatului e într-un loc pe unde a început să treacă aer rece, căldura nu se va opri chiar dacă încăperea e ca un cuptor. Dacă mai așezi câțiva senzori prin cameră, poți readuce sistemul sub control.“

În împrejurări obișnuite, nivelurile de cortizol se supun unor reguli destul de simple. Tiparul circadian al cortizolului are un nivel ridicat dimineața (e ceea ce te face să te dai jos din pat) și apoi scade pe măsură ce trece ziua.

La pacienții depresivi, nivelul cortizolului tinde să rămână ridicat pe tot parcursul zilei. Ceva nu e în ordine cu circuitele inhibitoare care ar trebui să oprească producerea de cortizol odată cu trecerea orelor, și aceasta ar putea face parte din motivul pentru care senzația de tresărire – care este, de obicei, primul lucru la trezire – durează până atât de târziu la persoanele depresive. Ar putea fi posibilă reglarea depresiei mai degrabă prin vizarea directă a sistemului cortizolic decât prin acțiunea la nivelul sistemului serotoninic. Pe baza cercetării fundamentale de la Michigan, cercetători din alte părți au tratat cu ketoconazol,<sup>54</sup> medicament reductor de cortizol, pacienții depresivi care nu reacționau la tratament, și la aproape 70 la sută dintre pacienți s-a manifestat o ameliorare pronunțată. În acest moment, ketoconazolul are prea multe efecte secundare ca să fie atractiv ca antidepresiv, însă câteva mari companii farmaceutice fac cercetări în privința unor medicamente înrudite, care ar putea să nu aibă aceste efecte secundare negative. În orice caz, tratamentul trebuie să fie reglat cu mare atenție, deoarece cortizolul e necesar pentru răspunsurile la stres acut (*fight-or-flight responses*); pentru acea energie suprarenală care ne ajută să luptăm cu obstacolele; pentru acțiunea antiinflamatorie; pentru luarea de decizii și pentru hotărâre; și, lucrul cel mai important, pentru declanșarea sistemului imunitar în fața unei boli infecțioase.

Recent, s-au efectuat studii ale tiparului cortizolului pe babuini și pe controlori de trafic aerian.<sup>55</sup> Babuinii care au avut pe termen lung niveluri înalte ale cortizolului tindeau să fie paranoici, nu mai puteau deosebi o amenințare reală de o situație puțin neplăcută – de exemplu, se băteau pentru o banană, deși erau lângă un pom plin de fructe coapte, cu tot atâta disperare ca atunci când ar fi fost vorba să-și salveze viața. În cazul controlorilor de trafic aerian, la cei care erau sănătoși psihic exista o relație exactă între măsura în care erau suprasolicitați și nivelul cortizolului, în vreme ce la cei în stare proastă nivelul cortizolului atingea niveluri exorbitante peste tot. După ce se distorsionează relația cortizol/stres, poți să devii isteric din pricina bananelor; o să îți se pară că tot ce îți se întâmplă e stresant. „Iar asta e o formă de

depresie, și apoi, firește, a fi depresiv e stresant“, observă Elizabeth Young. „O spirală descendentă.“

După ce ai avut un stres suficient ca să provoace creșterea prelungită a nivelurilor de cortizol, sistemul cortizolului îți este deteriorat, iar în viitor nu-și va mai încheia ușor activitatea după ce a fost activat. Ca urmare, după o mică traumă creșterea cortizolului poate să nu se normalizeze, așa cum ar fi făcut-o în condiții obișnuite. Asemenea unui lucru care a fost spart cândva, sistemul cortizolului tinde să se spargă iar și iar, cu din ce în ce mai puțină presiune externă. Cei care au avut infarct miocardic după un mare efort fizic sunt expuși recidivelor chiar și când stau într-un fotoliu – inima este de-acum un pic uzată, și uneori pur și simplu se oprește chiar și în absența unui efort prea mare.<sup>56</sup> Același lucru i se poate întâmpla și minții.

Faptul că o problemă este medicală nu exclude existența originilor psihosociale. „Soția mea este endocrinolog“, spune Juan López, care lucrează cu Elizabeth Young, „și vin la ea copii cu diabet. Bine, e limpede că diabetul e o boală a pancreasului, însă o influențează factori externi. Nu numai ce mănânci, ci și cât de stresat ești – copiii din familiile care au cu adevărat probleme devin frenetici, iar nivelul lor de glicemie o ia razna. Faptul că se întâmplă așa nu înseamnă că diabetul e o boală psihologică.“ În cazul depresiei, stresul psihologic se transformă în modificare biologică, și viceversa. Dacă o persoană se expune unui stres extrem, se eliberează corticotropină (CRH), care, adesea, contribuie la apariția realității biologice a depresiei. Tehnicile psihosociologice care să ne împiedica să devenim prea stresați ne pot ajuta să păstrăm scăzute nivelurile de CRH și, ca atare, ale cortizolului. „Ai genele pe care le ai“, spune López, „și nu poți face nimic în privința asta. Dar poți uneori să controlezi felul în care se exprimă ele.“

În munca sa de cercetare, López s-a întors la cele mai simple modele animale.<sup>57</sup> „Dacă stresezi excesiv un cobai“, spune el, „cobaiul va avea niveluri înalte ale hormonilor de stres. Dacă îi examinezi receptorii serotoninici, e limpede că sunt dereglați de stres. Creierul unui cobai extrem de stresat e foarte asemănător cu creierul unui cobai foarte depresiv. Dacă îi dai

antidepresive care modifică serotonina, în cele din urmă cortizolul i se normalizează. Probabil că unele depresii sunt mai serotonergice“, spune López, „iar altele sunt mai strâns legate de cortizol, și cele mai multe combină cumva aceste două tipuri de sensibilitate. Disputa dintre aceste două sisteme face parte din aceeași patofiziologie.“ Experimentele pe cobai au fost revelatoare, dar cortexul prefrontal, acea zonă a creierului pe care o au oamenii și care ne face să fim mai evoluți decât cobaii, mai conține și mulți receptori de cortizol, iar aceștia sunt, probabil, implicați în complexitatea depresiei umane. Creierul oamenilor care se sinucid prezintă niveluri extrem de înalte de CRH – „e peste poate, ca și cum și-ar fi pompat substanța asta.“ Glandele lor suprarenale sunt mai mari decât ale oamenilor care mor din alte motive, din cauză că nivelul înalt de CRH a produs, de fapt, extinderea sistemului lor suprarenal. Cea mai recentă lucrare a lui López arată că victimele sinuciderilor prezintă reducerea semnificativă a receptorilor de cortizol din cortexul prefrontal (ceea ce înseamnă că, în acea zonă, cortizolul nu este eliminat atât de repede cât ar trebui). Pasul următor, spune López, este examinarea creierului persoanelor care ar putea fi supuse unui stres enorm și care, cu toate acestea, pot să funcționeze în continuare. „Care este biochimia mecanismelor prin care fac față?“ întrebă López. „Cum de-și păstrează această flexibilitate? Care sunt tiparele eliberării de CRH în creierul lor? Cum arată receptorii lor?“

John Greden, șeful departamentului unde lucrează López și Elizabeth Young, se concentrează pe efectele pe termen lung ale stresului prelungit și ale episoadelor depresive prelungite. Dacă prea multă vreme ai mult stres și un nivel prea înalt al cortizolului, îți poți distruge tocmai neuronii care ar trebui să regleze bucla de feedback și să scadă nivelul cortizolului după ce a trecut stresul. În cele din urmă, aceasta are ca rezultat leziuni în hipocamp și corpul amigdaloid, pierderea rețelei neuronice. Cu cât rămâi mai mult timp într-o stare depresivă, cu atât crește riscul de a avea leziuni semnificative, care pot duce la neuropatie periferică: vederea începe să slăbească și tot soiul de alte lucruri pot să nu mai meargă bine.<sup>58</sup> „Aceasta reflectă faptul evident



că trebuie nu numai să tratăm depresia atunci când apare“, spune Greden, „ci și să împiedicăm recidivele. Abordarea din sistemul nostru sanitar în acest moment este pur și simplu greșită. Persoanele cu depresie recurentă trebuie să rămână permanent în tratament bazat pe medicamente, nu să tot înceapă și să renunțe, deoarece, dincolo de neplăcerea de a trebui să supraviețuiești mai multor episoade dureroase de depresie, acești oameni își distrug de-a binelea țesuturile neuronice.“ Greden își imaginează un viitor în care cunoașterea consecințelor fizice ale depresiei ne-ar putea duce la strategii de inversare a lor. „Poate că o să încercăm injectarea selectivă a unor factori de creștere neurotropici în anumite zone ale creierului, pentru a face un fel de țesut să prolifereze și să crească. Poate că vom fi în stare să folosim alte feluri de stimulare, magnetică sau electrică, pentru a încuraja creșterea în anumite zone.“

Trag nădejdea să fie așa. Luarea de medicamente e un lucru costisitor – nu numai din punct de vedere financiar, ci și psihic. E umilitor să fii dependent de ele. E incomod să trebuiască să le ții socoteala și să-ți faci provizii de pe rețete. Și e dăunător să știi că, fără aceste intervenții perpetue, nu ești tu însuși, așa cum te știai. Nu prea știi de ce simt asta – port lentile de contact, fără ele sunt practic orb, și nu mă rușinez de lentilele mele sau de nevoia de a le purta (cu toate că, dacă ar depinde de mine, aș alege o vedere perfectă). Prezența constantă a medicamentelor este pentru mine amintirea fragilității și imperfecțiunii; iar eu sunt perfecționist, și aș prefera să am lucrurile neatînse, așa cum au ieșit din mâna lui Dumnezeu.

Cu toate că efectele inițiale ale antidepressivelor<sup>59</sup> încep după aproximativ o săptămână, e nevoie de șase luni ca să obții beneficiul complet. Zoloftul m-a făcut să mă simt îngrozitor, așa că, după câteva săptămâni, doctorul l-a înlocuit cu paxil. Nu mă dădeam în vânt după paxil, dar părea să funcționeze și avea mai puține efecte secundare asupra mea. N-am aflat decât mult mai târziu că, în vreme ce 80 la sută dintre pacienții cu depresie reacționează la medicație, numai 50 la sută reacționează la primele lor medicamente – sau,

de fapt, la orice medicamente.<sup>60</sup> Între timp, se desfășoară un ciclu cumplit: simptomele depresiei produc depresie. Singurătatea e deprimantă, însă depresia provoacă și ea singurătate. Dacă nu poți funcționa, viața îți devine exact harababura care presupuneai că este; dacă nu poți vorbi și nu ai porniri sexuale, dispare viața ta romantică și socială, și asta e un lucru cu adevărat deprimant. Eram, cea mai mare parte din timp, prea deranjat de toate ca să fiu deranjat de ceva anume; acesta e singurul mod în care am putut să rabd pierderea afecțiunii, plăcerii și demnității pe care mi-a provocat-o boala. De asemenea, trebuia să fac un turneu de lecturi imediat după ziua mea de naștere, lucru care cădea tare prost. A trebuit să mă duc la o mulțime de librării și la alte întâlniri, și să stau în picioare în fața unor grupuri de străini, și să citesc cu voce tare din romanul pe care-l scrisesem. Era o rețetă sigură pentru dezastru, dar eram hotărât s-o scot la capăt. Înainte de prima dintre aceste lecturi, la New York, am stat patru ore în cada cu apă, și apoi un prieten apropiat,<sup>61</sup> care avusese propriile bătălii cu depresia, m-a ajutat să fac un duș rece. Nu numai că a deschis robinetul, dar m-a ajutat și să fac față problemelor epuizante, cum ar fi nasturii și fermoarele, și a stat în baie ca să mă poată ajuta să ies. Apoi, m-am dus și am citit. Aveam impresia că am în gură talc pentru bebeluși, și nu auzeam prea bine, și-mi tot ziceam că s-ar putea să leșin, dar am reușit să duc treaba la bun sfârșit. Apoi, alt prieten m-a ajutat să ajung acasă, și m-am întors în pat, unde am stat trei zile. Nu mai plângeam; și, dacă luam destul xanax, puteam să țin sub control încordarea. Încă îmi păreau aproape imposibile activitățile obișnuite, și mă trezeam în fiecare zi devreme, panicat, și aveam nevoie de câteva ore ca să-mi înving spaima îndeajuns ca să cobor din pat; dar mă puteam sili să ies în lume câte o oră sau două.

Apariția este, de obicei, lentă, și oamenii se opresc la diferite faze ale ei. O specialistă în domeniul problemelor mintale și-a descris propria luptă permanentă cu depresia: „Nu mă părăsește niciodată cu adevărat, dar mă lupt cu ea în fiecare zi. Iau medicamente, și asta ajută, și m-am hotărât să nu mă las doborâtă. Vedeți, am un fiu care suferă de această boală și nu vreau ca el să creadă că e un motiv ca să nu trăiești bine. Mă scol din pat în fiecare zi lăsată

de Dumnezeu și le pregătesc copiilor micul dejun. În unele zile, pot să-mi văd mai departe de treburi, iar în altele trebuie să mă întorc în pat, dar mă scol din pat în fiecare zi. Am venit la un moment dat în acest cabinet în fiecare zi. Uneori, vin cu câteva ore mai târziu, dar n-am lipsit niciodată o zi întreagă din pricina depresiei.“ I se rostogoleau lacrimile pe obraji în vreme ce vorbea, dar bărbia nu-i tremura, și a continuat să vorbească. „Într-o zi, săptămâna trecută, m-am trezit și mi-era tare rău. Am reușit să mă scol din pat, să mă duc, numărând fiecare pas, la bucătărie, să deschid frigiderul. Și iată că toate lucrurile pentru micul dejun erau în fundul frigiderului și nu puteam ajunge atât de departe. Când au intrat în cameră copiii, stăteam pur și simplu acolo, holbându-mă în frigider. Detest să fiu așa, să stau în felul ăsta în fața lor.“ Am vorbit despre bătălia de zi cu zi. „Cineva cum e Kay Jamison sau ca tine poate s-o scoată la capăt având atât de mult sprijin“, a zis. „Părinții mei au murit amândoi, și sunt divorțată, și nu mi se pare ușor să cer ajutor.“

\*

Schimbările din viață sunt adesea declanșatoare ale depresiei. „Există o probabilitate mult mai mică să devii depresiv într-o situație stabilă decât într-una instabilă“, spune Melvin McGuinness, de la Johns Hopkins. George Brown, de la Universitatea din Londra, este fondatorul domeniului de cercetare a schimbărilor importante din viață.<sup>62</sup> El spune: „Concepția noastră este că majoritatea cazurilor de depresie au origine antisocială; există și o entitate a maladiei, dar cei mai mulți oameni sunt în stare să ajungă la depresie majoră dată fiind o anumită serie de împrejurări. Nivelul vulnerabilității variază, desigur, însă cred că cel puțin două treimi din populație au un nivel de vulnerabilitate suficient.“ Conform cercetărilor exhaustive pe care le-a efectuat în decurs de douăzeci și cinci de ani, evenimentele care amenință grav viața sunt răspunzătoare de declanșarea depresiei inițiale. Aceste evenimente implică de obicei o pierdere – a unei persoane prețuite, a unui rol, a unei idei despre sine – și sunt cele mai rele atunci când implică umilirea sau

senzația de a fi prins în capcană. Depresia poate fi cauzată și de o schimbare pozitivă. Aducerea pe lume a unui copil, o promovare sau căsătoria prezintă un risc de stârnire a depresiei aproape la fel de mare ca moartea sau o pierdere.

În mod tradițional, s-a tras o linie între modelele de depresie endogen și reactiv, cel endogen pornind, la întâmplare, dinăuntru, în vreme ce modelul reactiv este o reacție extremă la o situație tristă. Distincția a căzut în ultimul deceniu, deoarece a devenit limpede că în cele mai multe depresii se combină factorii reactivi și interni. Russell Goddard, de la Universitatea Yale, mi-a spus povestea luptei sale cu depresia: „Am luat asendin și asta a avut ca rezultat psihoză; soția a trebuit să mă ducă de urgență la spital.“ A avut rezultate mai bune cu dexedrina. Adesea, depresia i se intensifica în preajma evenimentelor familiale. „Știam că nunta fiului meu o să fie emoționantă“, mi-a spus, „și orice chestie emoționantă, bună ori rea, mă marchează. Voiam să fiu pregătit. Am urât totdeauna ideea de terapie cu electroșocuri, cu toate acestea m-am dus și am făcut-o. Dar n-a folosit la nimic. Când a venit ziua nunții, nici măcar nu m-am putut ridica din pat. Mi s-a frânt inima, dar n-aveam cum să ajung acolo.“ Asta îi tensionează foarte mult pe membrii familiei, ca și relațiile familiale. „Soția știa că nu poate să facă nimic“, a explicat Goddard. „A învățat să mă lase în pace, slavă Domnului.“ Adesea însă, familia și prietenii nu sunt în stare să facă asta, și nici nu sunt în stare să priceapă. Unii sunt aproape prea indulgenți. Dacă tratezi o persoană ca total infirmă, ea o să se vadă pe sine drept total infirmă, și asta o poate face total infirmă, poate mai infirmă decât ar trebui să fie. Existența medicamentelor a sporit intoleranța socială. „Ai o problemă?“ am auzit-o odată la un spital pe o femeie întrebându-și fiul. „Ia-ți prozacul ăla și termină cu asta, apoi sună-mă.“ Stabilirea nivelului corect de toleranță e necesară nu numai pentru pacient, ci și pentru rude. „Rudele trebuie să aibă grijă“, mi-a spus cândva Kay Jamison, „să nu se molipsească de disperare.“<sup>63</sup>

Ce rămâne neclar este când anume depresia declanșează schimbările importante din viață și când anume schimbările importante din viață

declanșează depresia. Sindromul și simptomul se încălcesc și-si sunt unul altuia cauză: căsniciile nereușite provoacă evenimente negative care provoacă depresie care provoacă legături nepotrivite – care sunt căsniciile nereușite. Conform studiilor efectuate în Pittsburg, primul episod de depresie majoră este, de obicei, legat strâns de schimbările importante din viață; al doilea este într-o măsură mai puțin legat; iar la al patrulea sau al cincilea episod schimbările importante din viață par să nu mai joace nici un rol.<sup>64</sup> Brown este de acord cu faptul că, dincolo de un anumit punct, depresia „își reduce propriii aburi” și devine aleatorie și endogenă, nelegată de schimbările importante din viață. Cu toate că cele mai multe dintre persoanele cu depresie au trecut prin anumite evenimente caracteristice, doar la unul din cinci oameni care au trăit acele evenimente apare depresia. E limpede că stresul crește rata depresiei. Cel mai mare stres e umilirea; al doilea e pierderea cuiva. Cea mai bună apărare pentru persoanele cu vulnerabilitate biologică este o căsnicie „destul de bună”, care să absoarbă umilințele exterioare și să le reducă la minimum. „Psihosocialul creează modificări biologice”, recunoaște Brown. „Problema e că, inițial, vulnerabilitatea *tre uie* declanșată de evenimente exterioare.”

Chiar înainte de începerea turneului meu de lecturi, am început să iau navan, un antipsihotic cu efect tranchilizant, care, speram cu toții, avea să-mi permită să iau mai rar xanax. Următoarele întâlniri planificate erau în California. Am crezut că n-o să mă pot duce; știam că n-o să mă pot duce singur. În cele din urmă, m-a dus acolo tata; în vreme ce eram amețit de xanax, m-a urcat și m-a dat jos din avion, m-a scos din aeroport, m-a dus la hotel. Eram atât de drogat, că aproape dormeam, dar în starea asta am putut suporta schimbările, care mi s-ar fi părut de neconceput cu o săptămână înainte. Știam: cu cât izbuteam să fac mai multe lucruri, cu atât mai puțin aș fi vrut să mor, așa că părea important să mă duc. Când am ajuns la San Francisco, m-am culcat și am dormit vreo douăsprezece ceasuri. Apoi, la prima mea cină acolo, am avut deodată un sentiment de ușurare: ședeam în restaurantul mare, confortabil, al hotelului nostru, și mi-am ales singur mâncarea. Petrecusem

zile în șir cu tata, dar n-aveam habar ce se întâmpla în viața lui, în afară de situația cu mine; am vorbit în seara aceea ca și cum recuperam timpul pierdut după o despărțire de luni întregi. În cameră, am stat mai departe de vorbă până târziu, iar când m-am dus, în cele din urmă, la culcare, eram aproape fericit. Am mâncat câteva bucățele de ciocolată din minibar, am scris o scrisoare, am citit câteva pagini dintr-un roman pe care-l luasem cu mine, mi-am tăiat unghiile. Mă simțeam gata să înfrunt lumea.

A doua zi dimineată, m-am simțit la fel de rău ca în cele mai rele momente. Tata m-a ajutat să cobor din pat, a pornit dușul. A încercat să mă determine să mănânc ceva, dar îmi era prea frică să mestec. Am reușit să beau un pic de lapte. În câteva rânduri, aproape că m-a învins greața, dar, până la urmă, n-am vomitat. Mă podidise o senzație de suferință sumbră, asemenea celei pe care o simți când tocmai ai scăpat din mâini un obiect prețios, care s-a făcut bucățele. În momentul de față, un sfert de miligram de xanax mă face să dorm douăsprezece ore. În ziua aceea, am luat opt miligrame de xanax și eram în continuare atât de încordată, că nu puteam să șed fără să mă foiesc. Seara, m-am simțit mai bine, dar nu prea mult. Așa arată o cădere psihică în faza aceea: un pas înainte, doi înapoi, doi pași înainte, unul înapoi. Ritm de box, dacă vreți.

În perioada următoare, simptomele au început să se amelioreze. Mă simțeam bine mai din vreme, și pentru mai mult timp, și mai des. Curând, am putut să mănânc singur. E greu de explicat calitatea handicapului de atunci, dar era cam așa cum îmi imaginasem că e să fii foarte bătrân. Beatrice, mătușa mea de-a doua, era remarcabilă la vârsta de nouăzeci și nouă de ani, deoarece, la optzeci și opt de ani încă se scula din pat și se îmbrăca în fiecare zi. Dacă era frumos afară, se plimba până la distanța de opt intersecții. Încă îi păsa cum se îmbracă și-i plăcea să stea de vorbă la telefon ore întregi. Își amintea toate zilele noastre de naștere, și uneori lua prânzul în oraș. Când ieși dintr-o depresie, ești în punctul în care te scoli din pat și te îmbraci *în fie re zi*. Dacă vremea e bună, poți să ieși la plimbare, și poate chiar poți să iei prânzul. Vorbești la telefon. Tanti Bea nu găfăia la sfârșitul nici uneia dintre plimbările sale; mergea cam încet, dar nu zăbovea prea mult și era

fericită că ieșise. Așa că, atunci când ești în faza de instalare a unei depresii, faptul că te porți perfect normal la prânz nu înseamnă că te simți mai bine cu totul, așa cum faptul că tanti Bea putea să se ducă până la o distanță de opt intersecții nu însemna că era iarăși fata de șaptesprezece ani care dansa nopți întregi.

Nu treci rapid sau ușor peste o cădere psihică. Lucrurile continuă să prezinte iregularități. Cu toate că unele simptome ale depresiei păreau să se amelioreze, am avut ghinionul unei reacții negative, neobișnuit de cumulativă, la navan. La sfârșitul celei de-a treia săptămâni de când luam medicamentul, am început să-mi pierd capacitatea de a sta în picioare. Mergeam câteva minute și apoi *tre ui* să mă întind pe ceva. Nu mai puteam controla acea nevoie mai mult decât puteam controla nevoia să respir. Mă ducem să fac o lectură și mă agățam de podium. Pe la jumătatea lecturii, începeam să sar peste paragrafe, ca să termin mai repede. Când terminam, mă așezam pe un scaun și mă țineam de el. De cum puteam să plec de acolo, uneori pretinzând că am nevoie să mă duc la baie, mă întindeam iarăși pe ceva. Nu aveam habar ce se întâmplă. Îmi amintesc că am ieșit la o plimbare cu o prietenă în apropierea campusului de la Berkeley, pentru că a zis că natura ar putea să-mi facă bine. Am mers câteva minute, și apoi am început să mă simt obosit. M-am silit să merg mai departe, gândindu-mă că vremea și aerul m-ar ajuta; petrecusem în pat precedentele cincizeci de ore. Dat fiind că redusesem substanțial xanaxul, ca să nu mai dorm cincizeci de ore la rând, începeam să simt iarăși o neliniște intensă. Dacă n-ați simțit niciodată neliniștea, gândiți-vă la ea ca la opusul păcii. Toată pacea – lăuntrică și din afară – era smulsă în acel moment din viața mea.

De multe ori, depresia include simptome de anxietate. Anxietatea și depresia se pot studia separat, însă, după cum spune James Ballenger de la Universitatea de Medicină din Carolina de Sud, unul dintre cei mai mari experți în anxietate, ele „sunt gemene“. George Brown a spus, succint: „Depresia este reacția la o pierdere din trecut, anxietatea este o reacție la o pierdere din viitor.“ Toma d’Aquino a spus că teama este pentru tristețe ca

nădejdea pentru plăcere;<sup>65</sup> sau, cu alte cuvinte, că anxietatea este precursora depresiei. Simțeam atât de multă neliniște când eram deprimat și mă simțeam atât de deprimat când eram neliniștit, încât am ajuns să privesc retragerea în sine și teama ca inseparabile. Anxietatea nu e paranoia; persoanele cu tulburări anxioase își evaluează poziția în lume cam la fel cum o fac cele care n-au aceste tulburări. Ceea ce se schimbă în prezența anxietății este ce simți în privința acelei evaluări. La circa jumătate dintre pacienții cu tulburări anxioase reale, apare, în decurs de cinci ani, o depresie majoră. În măsura în care depresia și anxietatea sunt determinate genetic, ele au în comun un singur set de gene (care sunt legate de genele alcoolismului).<sup>66</sup> La depresia exacerbată de anxietate, rata sinuciderilor este mult mai mare decât la depresia singură și este mult mai greu să te vindeci de ea. „Dacă sunt zilnic câteva atacuri de panică“, spune Ballenger, „asta îl îngenunchează până și pe Hannibal. Persoana e zdrobită, ajunge să zacă încovrigată ca o sălbăticiune.“

Între 10 și 15 la sută dintre americani suferă de un tip de tulburare anxioasă.<sup>67</sup> După părerea oamenilor de știință, parțial din cauză că *locus coeruleus* din creier controlează atât producerea de norepinefrină, cât și intestinul gros, cel puțin jumătate dintre pacienții cu tulburări anxioase au și sindromul de colon iritabil; și oricine a avut anxietate cu adevărat intensă știe cât de iute și de furios poate trece hrana prin sistemul digestiv. În anxietate, sunt implicate și norepinefrina, și serotonina. „În două cazuri din trei sunt implicate evenimentele din viață, și totdeauna e sentimentul de pierdere a siguranței“, spune Ballenger. Cam o treime dintre atacurile de panică, endemice în unele cazuri de depresie, se produc în timpul somnului,<sup>68</sup> în faza delta, profundă, fără vise. „De fapt, atacurile de panică sunt declanșate de lucruri care ne agită pe toți“, spune Ballenger. „Când le vindecăm, e ca și cum am aduce oamenii la anxietatea normală.“ Atacurile de panică sunt cu adevărat tulburări care amplifică totul. A intra într-o mulțime, de exemplu, este un lucru întru câtva supărător pentru majoritatea oamenilor, chiar și dacă nu suferă de tulburare anxioasă; dar, dacă suferă de tulburare anxioasă, poate fi cu totul



însăpăimântător. Cu toții suntem, într-o anumită măsură, îngrijorați când trecem peste un pod – „Oare o să suporte greutatea?“, „Oare e sigur?“ –, dar pentru o persoană cu tulburare anxioasă care trece pe un pod solid, din oțel, care a suportat un trafic intens timp de decenii, poate fi la fel de însăpăimântător cum ar fi pentru noi, ceilalți, traversarea Marelui Canion pe o funie bine întinsă.

La apogeul anxietății mele, prietena mea de la Berkeley și cu mine am ieșit să facem un pic de mișcare și ne-am tot plimbat, apoi n-am mai putut să merg mai departe. M-am întins pe jos, în noroi, îmbrăcat de sus până jos în haine foarte frumoase. „Haide, măcar așază-te pe un buștean“, a zis ea. Mă simțeam paralizat. „Te rog, lasă-mă să stau aici“, am zis, și am simțit că iar mă podidește plânsul. Timp de o oră, am zăcut acolo, în noroi, simțind cum apa ajunge până la piele, și apoi prietena aproape că a trebuit să mă care înapoi, la mașină. Aceiași nervi care fuseseră la un moment dat cojiți păreau acum că sunt înveliți în plumb. Știam că e o catastrofă, dar acea informație n-avea nici un înțeles. Sylvia Plath a scris, în *The Bell Jar*, minunata evocare a propriei căderi psihice: „Nu izbuteam să am vreo reacție. Mă simțeam inertă și pustie, așa cum se simte, probabil, miezul unei tornade, mișcându-se plictisit în centrul harababurii din jur.“<sup>69</sup> Mă simțeam ca și cum capul mi-ar fi fost ținut în plexiglas, asemenea fluturilor prinși pe vecie în capcana transparenței compacte a unui prespapier.

Să țin acele lecturi a fost lucrul cel mai anevoios din viața mea: era mai greu decât orice provocare cu care mă confruntasem până atunci, sau de atunci înapoi. Editarea care-mi organizase turneul de lecturi a venit cu mine pe parcursul a mai mult de jumătate din turneu, și de atunci mi-a devenit prietenă dragă. Tata m-a însoțit în multe dintre călătorii; când eram departe unul de celălalt, mă suna la câteva ceasuri. Câțiva prieteni apropiați și-au asumat responsabilitatea vegherii mele, și n-am fost niciodată singur. Vă pot spune că n-am fost un tovarăș amuzant; și că iubirea profundă și cunoașterea existenței acestei iubiri profunde n-au fost prin ele însele leacul. Mai pot spune și că fără iubirea profundă și cunoașterea existenței acestei iubiri

profunde n-aș fi găsit în mine puterea să duc la bun sfârșit acel turneu. Aș fi găsit în pădure un loc în care să zac și aș fi rămas acolo până înghețam și muream.

Teroarea a dispărut în decembrie. Să fi fost oare deoarece medicamentele și-au făcut efectul, ori pentru că se terminase turneul de lecturi? Nu știu. În cele din urmă, n-am anulat decât o lectură; între 1 noiembrie și 15 decembrie, am reușit să mă duc în unsprezece orașe. Am avut câteva pauze de depresie, la intervale neregulate, ca atunci când dispare ceața. Jane Kenyon, o poetă care a suferit de depresie majoră în cea mai mare parte a vieții, a scris despre această ieșire:

*With the wonder*

*and the bitterness of someone pronounced  
for the crime she did not commit  
I come back to my friends,  
to pink fringed hollyhocks; come back  
to my desk, books, and history.*<sup>70</sup>

Și așa, pe 4 decembrie am intrat în casa unui prieten din Upper West Side, și acolo mi-a fost bine. În următoarele săptămâni, m-am delectat nu doar cu starea de bine, ci și cu faptul că aveam acea stare. Am trecut cu bine Crăciunul și Anul Nou și mă purtam cât de cât asemănător cu starea mea obișnuită. Slăbisem șapte kilograme, iar acum am început să mă îngraș. Tata și prietenii m-au felicitat pentru progresul uimitor. Le-am mulțumit. Totuși, în adâncul meu, știam că ceea ce dispăruse erau doar simptomele. Nu-mi plăcea deloc să-mi iau zilnic pilulele. Îmi părea rău că avusesem o cădere psihică și-mi ieșisem din minți. Îmi displăcea expresia neelegantă, dar relevantă, *dere psihi*, cu implicațiile sale de mecanism care se defectează<sup>71</sup>. Mă simțeam ușurat că dusesem la bun sfârșit turneul de lecturi, dar eram sleit de toate lucrurile pe care mai trebuia să le duc la bun sfârșit.

Eram copleșit de faptul că sunt pe lume, de alți oameni, de viața lor pe care n-o puteam duce, de munca lor pe care n-o puteam face – copleșit chiar și de îndeletniciri pe care nu le-aș fi vrut niciodată sau n-ar fi fost nevoie să le fac. Mă întorsesem în locul în care fusesem în septembrie, numai că acum știam cât de rău poate să fie. Eram hotărât să nu mai trec niciodată prin așa ceva.

Această fază de revenire pe jumătate poate să dureze mult. Este momentul periculos. În faza cea mai rea a depresiei, când abia puteam să tai un cotlet de miel, nu mi-aș fi putut face rău cu adevărat. În această perioadă de ieșire la liman, mă simțeam destul de bine pentru sinucidere. Acum puteam face cam tot ce fusesem totdeauna în stare să fac, în afară de faptul că aveam în continuare anhedonie, incapacitatea de a simți plăcerea. Mă sileam să fac una și alta, de formă, dar acum, că aveam energia să mă întreb de ce mă silesc așa, nu izbuteam să găsesc motive serioase. Îmi amintesc mai ales o seară, când un cunoscut m-a convins că ar trebui să mă duc cu el la film. M-am dus, ca să-mi dovedesc veselia, și, timp de câteva ore, am păstrat toate aparențele amuzamentului pe care-l simțeau ceilalți, cu toate că episoadele care li se păreau lor amuzante pe mine mă făceau să sufăr. Când m-am întors acasă, am simțit că panica și o tristețe mare cât toate zilele revin. M-am dus la baie și am vomat de câteva ori, ca și cum sentimentul acut al însingurării ar fi fost un virus din mine însumi. M-am gândit că o să mor singur și că nu există vreun motiv solid ca să rămân în viață, și m-am gândit că lumea normală și reală în care crescusem și în care credeam că trăiesc ceilalți oameni nu se va mai deschide niciodată ca să mă primească pe mine. Și, în vreme ce aceste revelații explodau în creierul meu ca niște împușcături, am vomat pe jos în baie, iar acidul mi-a urcat pe tot esofagul și, când am încercat să-mi trag răsuflarea, am inhalat propria fiere. Mâncasem mult, ca să încerc să pun la loc kilogramele, și simțeam că toate mesele astea veneau înapoi, ca și cum stomacul avea să mi se întoarcă pe dos și să atârne, fleșcăit, în WC.

Am zăcut pe jos în baie vreo douăzeci de minute, apoi m-am târât afară și m-am întins pe pat. Era limpede pentru mintea mea rațională că o să-mi ies iarăși din minți, iar conștiința acestui fapt m-a obosit și mai tare; știam însă că e o idee proastă să las nebunia în voia ei. Aveam nevoie să aud altă voce,

chiar și pentru un timp foarte scurt, care ar fi putut să străpungă cumplita mea izolare. Nu voiam să-l chem pe tata, pentru că știam că o să se îngrijoreze și pentru că speram că situația e temporară. Voiam să vorbesc cu cineva întreg la minte și care să mă încurajeze (o pornire greșită: smintiții sunt prieteni mai buni când ești tu însuși smintit). Am luat telefonul și mi-am sunat una dintre cele mai vechi prietene. Vorbisem mai înainte despre medicamente, despre acea panică, și reacțiile ei fuseseră inteligente și eliberatoare.

Mă gândeam că ea ar putea să insuflă din nou viață sinelui meu cel dinaintea căderii psihice. Era pe la două și jumătate dimineața. A răspuns la telefon soțul ei, care i-a dat receptorul. „Alo?“ a spus. „Salut“, am zis, și am tăcut. „S-a-ntâmpat ceva?“ a întrebat. Pe dată mi-a fost limpede că n-aș putea să explic ce s-a întâmplat. Nu aveam nimic de zis. A început să sune celălalt telefon; era cineva care fusese la film cu mine și care se gândise că mi-a dat cheia sa odată cu restul de la apa gazoasă. Am căutat în buzunar, și cheia lui era acolo. „Trebuie să te las“, i-am spus vechii mele prietene, și am închis. În noaptea aceea, m-am urcat pe acoperiș și mi-am dat seama, în vreme ce răsărea soarele, că sunt absurd de melodramatic și că n-are sens, când locuiești la New York, să încerci să te sinucizi sărind de pe acoperișul unei clădiri de șase etaje.

Nu voiam să stau pe acoperiș, cu toate că-mi dădeam seama că, dacă n-ami îngădui ușurarea de a mă gândi la suicid, curând o să explodez și o să mă omor. Simțeam tentaculele fatale ale disperării încolăcindu-mi-se în jurul brațelor și picioarelor. Curând, aveau să-mi prindă degetele, de care aveam nevoie ca să-mi iau trebuincioasele pilule sau ca să apăs pe trăgaci, și, după ce voi fi murit, vor fi fiind singura mișcare rămasă. Știam că glasul rațiunii („Pentru numele lui Dumnezeu, dă-te odată jos!“) e glasul rațiunii, dar mai știam și că prin rațiune o să neg toată otrava din mine. Simțeam deja un soi de extaz ciudat al disperării la gândul sfârșitului. Măcar de-aș fi fost la fel de ușor de aruncat ca ziarul de ieri! Atunci m-aș fi aruncat pe mine însumi atât de liniștit, și aș fi fost bucuros de absență, bucuros în mormânt, dacă acela ar fi fost locul care să-mi îngăduie un pic de bucurie. Conștiința faptului că depresia e mult prea lacrimogenă și ridicolă m-a ajutat să cobor de pe acoperiș.

La fel, cu gândul la tata, care se străduise atât de mult cu mine. Nu izbuteam să cred destul de mult în vreo iubire ca să-mi închipui că pierderea mea ar fi remarcată, dar știam cât de mult l-ar întrista să fi trudit atâta ca să mă salveze și să fi fost în zadar. Și apoi, mă tot gândeam că o să tai într-o zi pentru el cotletele de miel, și știam că-i promisesem s-o fac, și m-am mândrit totdeauna că nu-mi calc cuvântul, și tata nu și-a călcat niciodată cuvântul dat mie, și asta, în cele din urmă, m-a făcut s-o iau în jos pe scări. Pe la șase dimineața, ud de transpirație și de roua care nu se uscaseră încă, și deja cu primele semne a ceea ce avea să devină apoi o febră galopantă, m-am întors în apartamentul meu. Nu voiam cu tot dinadinsul să mor, dar nu voiam cu tot dinadinsul nici să trăiesc.

Lucrurile care te salvează sunt, la fel de des, mărunte ori monumentale. Unul, cu siguranță, e sentimentul de intimitate; să-ți iei viața înseamnă să-ți dezvălui suferința în fața lumii. Un bărbat celebru, extraordinar de chipeș, scânteietor, cu căsnicie fericită, ale cărui postere umpleau pereții fetelor pe care le cunoșteam la liceu, mi-a spus că trecuse printr-o depresie majoră când se apropia de treizeci de ani și se gândise foarte serios la sinucidere. „Doar vanitatea m-a salvat“, a spus foarte sincer. „Nu puteam suporta gândul că oamenii vor spune apoi că n-am reușit în viață, sau că n-am putut să fac față succesului, sau să râdă de mine.“ Oamenii celebri și de succes par să fie deosebit de înclinați spre depresie. Dat fiind că lumea e imperfectă, perfecționiștii tind să fie depresivi. Depresia scade respectul de sine, dar în cazul multor personalități nu elimină mândria, care este una dintre cele mai bune mașini de luptă pe care le cunosc eu. Când ai ajuns atât de jos încât iubirea pare aproape fără sens, orgoliul și simțul datoriei îți pot salva viața.

De-abia după două zile de la povestea cu acoperișul am sunat-o iar pe vechea mea prietenă, care mi-a imputat că o treziseră din somn și apoi am dispărut. În vreme ce mă muștra, am simțit ciudățenia copleșitoare a vieții pe care o duceam și pe care știam că n-am cum s-o explic. Amețit de febră și de groază, tăceam mîlc. N-a mai vorbit niciodată cu mine după aceea. Aș putea s-o descriu ca pe o persoană care iubea normalitatea, iar eu devenisem mult prea ciudat. Depresia pune prietenii la grea încercare. Le ceri lucruri care,

după standardele lumii, sunt nerezonabile, și adesea ei nu au flexibilitatea sau cunoștințele ori înclinația să se împace cu asta. Dacă ai noroc, unii oameni te vor surprinde cu adaptabilitatea lor. Comunici ceea ce poți, și apoi sperii. Încetul cu încetul, am învățat să iau oamenii așa cum sunt. Unii prieteni pot să se descurce sincer cu o depresie gravă, iar alții nu pot. Celor mai mulți dintre oameni nu le place prea tare nefericirea altuia. Puțini pot face față ideii de depresie care nu are nimic a face cu realitatea exterioară. Mulți preferă să creadă că, dacă suferi, există un motiv și poate exista o rezolvare logică.

O mare parte dintre prietenii mei sunt un pic săriți de pe fix. Oamenii au interpretat sinceritatea mea ca pe o invitație să fie sinceri ei înșiși, și am mulți prieteni cu care am clădit o încredere asemenea celei dintre colegii de școală sau foștii iubiți, ușurința unei imense cunoașteri reciproce. Încerc să fiu prudent cu prietenii mei care sunt prea sănătoși la cap. Depresia este ea însăși distructivă și naște impulsuri distructive: mă dezamăgesc pe dată oamenii care nu pricep asta, și uneori fac greșeala de a muștra persoanele care m-au frustrat. După o depresie, e nevoie de mari eforturi de limpezire. Îmi amintesc că-i iubesc pe unii prieteni la care mă gândisem să renunț. Încerc să reconstruiesc ceea ce am stricat. După o depresie, vine vremea să reconstitui ouăle sparte și să pui laptele vărsat înapoi în ulcior.

În primăvara lui 1995, ultima fază a tratamentului meu psihanalitic se târa mai departe. Psihoterapeuta mea se retrăgea treptat din activitate și, cu toate că nu voiam s-o pierd, treaba asta care se petrecea fărâcă cu fărâcă îmi părea dureroasă, ca smulgerea lentă a unor cruste. Era, iarăși, deteriorarea treptată a stării mamei mele. În cele din urmă, i-am pus eu însumi capăt – într-o zi, am intrat în cabinet cu un acces brusc de limpezime a minții și am anunțat-o că nu mă mai întorc.

Prin psihoterapie, îmi studiasem amănunțit trecutul. De atunci am stabilit că și mama era depresivă. Îmi amintesc că descria odată sentimentul de dezolare pe care l-a avut fiind singură la părinți. Ca adult a fost iritabilă. Folosea pragmatismul ca pe un câmp de forță care s-o apere permanent de

tristețea necontrolată. Metoda era, în cel mai bun caz, doar parțial eficientă. Cred că a reușit să nu aibă niciodată o cădere psihică datorită disciplinării stricte și reglementării propriiei vieți; era o femeie cu o autodisciplină remarcabilă. Cred acum că binecuvântata ei sete de ordine era comandată de suferința pe care o ținea cu atâta trudă într-un loc aflat imediat sub suprafață. Mă doare durerea pe care a suferit-o ea, pe care, în mare parte, eu nu trebuie s-o sufăr – cum ar fi fost viața ei, și viețile noastre, de fapt, dacă ar fi existat prozacul când era mică? Mi-ar plăcea să văd tratamente mai bune cu mai puține efecte secundare, dar sunt tare recunoscător pentru că trăiesc în această epocă a soluțiilor, și nu în acea epocă a luptei. Multe dintre ideile înțelepte ale mamei mele despre felul în care poți să trăiești cu propriile probleme nu s-au dovedit necesare pentru mine, și, dacă ar fi trăit un pic mai mult, nu i-ar fi fost necesare nici ei. Privind în urmă, e dureros. M-am întrebat de atâtea ori ce ar fi spus ea despre depresiile mele, dacă ar fi recunoscut ceva din ele, dacă am fi fost prinși amândoi în căderea mea psihică – dar, întrucât moartea ei a fost ceea ce a produs, cel puțin parțial, acea cădere psihică, n-am s-o știu niciodată. N-am avut întrebările pe care să le pun înainte de a pierde persoana căreia aș fi vrut să i le pun. Cu toate acestea, am avut în mama un model de persoană în care era prezentă totdeauna o anumită tristețe.

Când am încetat să iau medicamente, am făcut-o repede. Știam că e un lucru stupid, dar voiam cu disperare să scap de medicamente. Mă gândeam că voi fi în stare să aflu cine mai sunt. N-a fost o strategie bună. În primul rând, nu mai trecusem prin ceva care să semene cu simptomele renunțării la xanax: nu putem dormi cum trebuie și mă simțeam neliniștit și ciudat de șovăielnic. De asemenea, mă simțeam tot timpul de parcă în seara dinainte aș fi băut câteva vedre de coniac ieftin. Mă dureau ochii, iar stomacul îmi era întors pe dos, ceea ce mi se trăgea, probabil, de la sevrajul de paxil. Noaptea, când nu dormeam cu adevărat, aveam neconținut coșmaruri îngrozitoare și mă trezeam cu inima bătându-mi tare. Psihofarmacologul îmi spusese de nenumărate ori că, atunci când o să fiu gata să renunț la medicamente, trebuie

s-o fac treptat și sub supravegherea sa, însă hotărârea fusese bruscă și mă temeam că pierd teren.

Mă simțeam un pic așa cum fusesem înainte, însă anul fusese atât de rău, mă zguduise atât de profund, încât, chiar dacă acum eram iarăși pe picioare, îmi dădeam seama că nu pot merge mai departe. Sentimentul acesta nu era irațional, ca groaza; nu avea în el furie; părea foarte rezonabil. Mă săturasem de viață și voiam să găsec o cale să-i pun capăt într-un fel care să-i vatăme cât mai puțin pe cei din jurul meu. Aveam nevoie de ceva în care să cred, ceva de arătat, așa încât toată lumea să priceapă cât de disperat am fost. Trebuia să renunț la impedimentul invizibil pentru unul evident. În mintea mea, nu pun la îndoială faptul că acel comportament anume pe care l-am ales era foarte personal și se lega de nevrozele mele, însă hotărârea de a mă comporta cu atâta râvnă în vederea descotorosirii de mine însumi era tipică pentru depresia agitată. Tot ce trebuia să fac era să mă îmbolnăvesc, și asta mi-ar fi dat permisiunea. Dorința de o boală mai vizibilă era, după cum am aflat mai târziu, un lucru obișnuit la depresivi, care adesea recurg la automutilare, pentru a aduce fizicul la nivelul mentalului. Știam că sinuciderea mea ar fi fost distrugătoare pentru familie și tristă pentru prieteni, dar simțeam că ar înțelege cu toții că n-am avut de ales.

Nu-mi puteam imagina cum să capăt scleroză multiplă, ori cancer, ori diverse alte boli fatale, dar știam cum să iau SIDA, așa că m-am hotărât să fac asta. Într-un parc din Londra, la ceas când totul e pustiu, mult după miezul nopții, un bărbat scund, dolofan, cu ochelari cu lentile groase și rame de baga, a venit la mine și mi s-a oferit. Și-a tras în jos pantalonii și s-a aplecat. M-am pus pe treabă. Simțeam că toate astea i se întâmplă altcuiva; am auzit ochelarii căzându-i, și singurul meu gând era: curând o să fiu mort, așa că n-o să ajung niciodată bătrân și jalnic ca omul ăsta. O voce din capul meu zicea că am început, în fine, procesul și o să mor curând, iar la acest gând am simțit o imensă ușurare și recunoștință. Am încercat să pricep de ce continua să trăiască bărbatul acela, de ce se scula din pat și făcea ceva toată ziua, ca să vină aici noaptea. Luna era în primul pătrar și era primăvară.



N-aveam de gând să mor cu încetul de SIDA; aveam intenția să mă omor, cu HIV ca pretext. Acasă, am avut o izbucnire de spaimă și mi-am sunat un prieten apropiat, căruia i-am spus ce făcusem. M-a ținut de vorbă până m-am liniștit, și apoi m-am dus la culcare. Când m-am trezit dimineața, mă simțeam cam ca în prima zi la facultate, sau într-o tabără de vară, sau la un nou loc de muncă. Aceasta avea să fie următoarea fază a vieții mele. După ce am gustat din fructul oprit, m-am hotărât să fac tâmpenii. Sfârșitul era la îndemână. Aveam o nouă senzație de eficiență. Depresia lipsei unui scop dispăruse. În următoarele trei luni, am căutat alte asemenea experiențe cu străini care presupuneam că sunt infectați, asumându-mi riscuri din ce în ce mai mari și mai directe. Îmi părea rău că nu puteam simți vreo plăcere în aceste contacte sexuale, dar eram prea preocupat de planurile mele ca să fiu invidios pe cei care o simțeau. N-am cerut niciodată numele acestor oameni, nu m-am dus niciodată acasă la ei și nu i-am invitat la mine. Mă duceam o dată pe săptămână, de obicei miercuri, într-un loc din oraș în care puteam să am o experiență ieftină, care să mă infecteze.

Între timp, treceam prin simptome plicticos de tipice de depresie agitată. Avusesem anxietate, care e groază pură; aceasta era plină de ură, angoasă, vinovăție, scârbă de sine. Nu mă mai simțisem în viața mea atât de vremelnic. Dormeam prost și eram de o iritabilitate feroce. Nu mai vorbeam cu cel puțin șase persoane, printre care una de care crezusem că s-ar putea să fiu îndrăgostit. Începusem să trântesc telefonul când cineva spunea ceva care nu-mi convenea. Îi criticam pe toți. Îmi era greu să dorm, pentru că mintea mea se ambala pentru mici nedreptăți din trecutul meu, care acum păreau de neiertat. Nu mă puteam concentra cu adevărat pe nimic anume: de obicei, sunt un cititor vorace vara, dar în vara aceea n-am putut să citesc nici măcar o revistă din scoarță-n scoarță. Mă apucam să spăl ce aveam de spălat noaptea, când nu puteam dormi, ca să-mi fac de lucru și să-mi abat gândurile. Când m-a înțepat un țânțar, am zgândărit locul până ce a sângerat, și apoi am smuls crustele; îmi rodeam unghiile atât de mult, încât și degetele îmi sângerau; aveam răni deschise și zgârieturi peste tot, deși nu m-am tăiat niciodată dinadins. Starea îmi era atât de diferită de simptomele vegetative care alcătuiseră căderea

psihică, încât nu mi-am dat seama că încă sunt în ghearele aceleiași maladii ca înainte.

Și apoi, într-o zi de la începutul lui octombrie, după unul dintre penibilele mele episoade de sex neprotejat, de data asta cu un băiat care mă urmărise până la un hotel și-mi făcuse avansuri în lift, mi-am dat seama că s-ar putea ca eu să-i infectez pe alții – și asta nu intra în planurile mele. M-am îngrozit brusc că dădusem cuiva boala; voisem să mă omor pe mine, nu și restul lumii. Avusesem la dispoziție patru luni ca să mă infectez; avusesem, în total, vreo cincisprezece episoade neprotejate; și era vremea să mă opresc, înainte să încep să răspândesc boala în jur. Faptul că știam că o să mor alun-gase deprimarea pe care o simțeam, ba chiar, într-un fel ciudat, micșorase dorința de a muri. Am lăsat în urmă acea perioadă din viața mea. Am devenit mai blând. La cea de-a treizeci și doua aniversare, m-am uitat în jur, la numeroșii prieteni care veniseră la petrecere, și am reușit să zâmbesc, știind că era ultima, că n-o să-mi mai serbez niciodată ziua de naștere, că o să mor curând. Sărbătoririle erau obositoare; darurile le-am lăsat în hârtia în care erau împachetate. Am socotit cât mai trebuie să aștept. Mi-am notat data din martie când aveau să fi trecut șase luni de la ultimul contact și puteam să fac testul, să obțin confirmarea. Și, în toată această vreme, m-am purtat cum trebuie.

Am lucrat cu spor la câteva proiecte literare, am organizat petrecerea familială de Ziua Recunoștinței și de Crăciun și m-am lăsat în voia sentimentelor în aceste ultime zile de sărbătoare ale mele. Apoi, la câteva săptămâni după Anul Nou, am trecut în revistă, împreună cu un prieten expert în HIV, amănuntele contactelor mele, și el mi-a spus că s-ar putea să n-am nimic. La început, am fost consternat, dar apoi perioada depresiei mele agitate, indiferent ce m-o fi împins la acel comportament, a început să se risipească. Nu cred că experiențele cu HIV m-au făcut să-mi răscumpăr greșelile; pur și simplu trecuse vremea, vindecând gândirea bolnavă care m-a împins, de fapt, la acele excese. Depresia, care se abate asupra ta cu forța de uragan a căderii psihice, te părăsește treptat, în liniște. Prima mea cădere psihică se încheiase.

Insistența pe normalitate, credința într-o logică interioară în ciuda anormalității caracteristice sunt endemice în depresie. Povestea din această carte – pe care am întâlnit-o de atâtea ori – e a tuturor. Înfățișarea normalității e însă unică în cazul fiecărei persoane: ideea de normalitate este, poate, și mai personală decât ideea de ciudățenie. Bill Stein, un editor pe care-l cunosc, provine dintr-o familie în care și depresia, și trauma au fost cât se poate de prezente. Tatăl lui, evreu născut în Germania, a plecat din Bavaria cu viză de afaceri la începutul lui 1938. Bunicii i-au fost scoși în fața casei în timpul „noptii de cristal“ (*Krist lln ht*), în noiembrie 1938, și, cu toate că n-au fost arestați, au fost siliți să vadă cum mulți dintre prietenii și vecinii lor au fost trimiși la Dachau. Trauma de a fi evreu în Germania nazistă era cumplită; după *Krist lln ht*, bunica lui Bill a intrat într-un declin care a durat șase săptămâni, culminând cu sinuciderea ei în ziua de Crăciun. În săptămâna ce a urmat, au sosit vizele de plecare pentru ambii bunici ai lui Bill. Tatăl lui a emigrat singur.

Părinții lui Bill s-au căsătorit la Stockholm în 1939, au plecat în Brazilia, după care s-au stabilit în SUA. Tatăl lui a refuzat totdeauna să vorbească despre această poveste. „Acea perioadă din Germania“, își amintește Bill, „pur și simplu n-a existat.“ Locuiau pe o stradă frumoasă, într-o suburbie prosperă, într-o bulă de irealitate. Parțial din pricina acestei practici a negării, tatăl lui Bill a suferit o cădere psihică gravă la cincizeci și șapte de ani și a recidivat în mod repetat până la moarte, peste mai bine de treizeci de ani. Depresiile sale au avut același tipar pe care l-a moștenit fiul. Prima lui depresie majoră a apărut când fiul avea cinci ani; a continuat să se năruiască periodic, cu o depresie deosebit de gravă, care a durat de când Bill era în clasa a șasea până ce a terminat prima treaptă de liceu.

Mama lui Bill provenea dintr-o familie mult mai bogată și mai privilegiată de evrei germani, care plecase din Germania la Stockholm în 1919. Era o femeie cu multă tărie de caracter. Odată, l-a pământ pe un căpitan nazist care fusese grosolan cu ea: „Sunt cetățean suedez“, i-a zis, „și nu permit să mi se vorbească așa.“

La nouă ani, Bill Stein avea lungi perioade de depresie. Vreme de vreo doi ani, i-a fost frică să doarmă și era traumatizat când părinții săi se duceau la culcare. Apoi, sentimentele întunecate au dispărut pentru câțiva ani. După câteva recidive minore, au revenit când a intrat la facultate și au scăpat de sub control în 1974, în al doilea semestru din anul întâi. „Aveam colegul ăsta de cameră sadic, iar constrângerile la universitate erau strașnice. Eram atât de anxios, că intram în hiperventilație“, își amintește. „Pur și simplu, nu suportam presiunea. Așa că m-am dus la cabinetul medical studentesc și mi-au dat valiu.“

Depresia n-a trecut în timpul verii. „Adesea, când aveam depresii grave, pierdeam controlul intestinelor. Îmi amintesc că vara aceea a fost tare grea în această privință. Așteptam cu groază anul doi. Nu puteam face față examenelor sau vreunui alt lucru. Când m-am întors la școală și am dus la bun sfârșit primul an și am luat numai A, am crezut, sincer, că cineva încurcase pe acolo borcanele. Când s-a dovedit că n-a fost așa, am avut o senzație îmbătătoare, și asta m-a scos din depresie.“ Dacă există declanșatoare pentru căderile psihice, există și pentru revenire, și acesta a fost declanșatorul lui Stein. „M-am întors la normalitate după o zi, dar nu m-am mai dus niciodată la fund cu-adevărat cât am fost la facultate. Am renunțat însă la aspirații. Dacă mi-ai fi spus atunci ce o să fac acum, cu ce oameni o să lucrez, aș fi fost șocat de-a binelea. Eram lipsit de ambiție.“ În ciuda acceptării sorții, Stein a muncit ca un rob. A continuat să ia A pe linie. „Nu știu de ce-mi dădeam atâta osteneală“, spune el. „Nu voiam să mă duc la facultatea de drept sau altundeva. Pur și simplu, mă gândeam că, într-un fel sau altul, notele o să mă facă să fiu în siguranță, o să mă convingă că sunt funcțional.“ După absolvire, Stein s-a angajat ca profesor la un liceu de stat din nordul statului New York. A fost un dezastru; n-a fost în stare să țină în frâu o clasă, și a rezistat doar un an. „Am plecat ca un ratat. Am slăbit mult. Am avut altă depresie. Și apoi, tatăl unui prieten a spus că mi-ar putea da o slujbă, și am primit-o ca să am ceva de făcut.“

Bill Stein e un om cu o minte calmă, puternică, și cu un ego stăpânit perfect. E atât de modest, că asta ajunge aproape să fie un defect. Bill a suferit

depresii repetate, fiecare cam de șase luni, întru câțva legate de anotimp, cu punctul cel mai de jos în aprilie. Cel mai rău a fost în 1986, lucrurile fiind precipitate de niște probleme la muncă, pierderea unui bun prieten și încercarea lui Bill de a renunța la xanax, pe care-l lua de numai o lună, dar de care devenise dependent. „Mi-am pierdut apartamentul“, spune Stein. „Mi-am pierdut serviciul. Mi-am pierdut cei mai mulți dintre prieteni. Nu puteam sta singur într-o casă. Trebuia să mă mut din vechiul apartament, pe care tocmai îl vândusem, în apartamentul ăsta nou, care tocmai fusese renovat, și pur și simplu n-am putut. M-am prăbușit cu repeziciune, iar neliniștea m-a distrus. Mă trezeam la trei sau la patru dimineața cu izbucniri de anxietate atât de intense, încât ar fi fost mai plăcut să mă arunc pe fereastră. Când eram cu alți oameni, simțeam totdeauna că o să leșin de atâta solicitare. Fusesem într-o vâjâială în jurul globului, până-n Australia – punct terminus –, cu trei luni înainte, iar acum lumea îmi fusese răpită. Eram la New Orleans când am fost cu-adevărat pus la încercare, și am știut deodată că trebuie să mă duc acasă, dar nu eram în stare să mă urc într-un avion. Ceilalți profitau de mine; eram ca un animal rănit în câmp deschis.“ S-a prăbușit cu totul. „Când ți-e cu adevărat rău, ai soiul ăsta de expresie catatonică, de parcă ai fi fost uluit. Te porți ciudat, din pricina pierderilor; mi-a dispărut memoria pe termen scurt. După care a fost și mai rău. Nu-mi puteam controla intestinele și mă scăpam în pantaloni. Am trăit apoi cu o atât de mare groază că se întâmplă asta, încât nu mai puteam ieși din apartament, iar asta era încă o traumă. În cele din urmă, m-am mutat în casa părinților mei.“ Însă viața acasă n-a îmbunătățit lucrurile. Tatăl lui Bill și-a pierdut orice nădejde sub apăsarea bolii fiului și a ajuns el însuși la spital. Bill s-a dus să stea la sora sa; apoi, un prieten din școală l-a luat acasă la el pentru șapte săptămâni. „A fost groaznic“, spune Bill. „Mă gândeam, în punctul ăsta, că o să fiu bolnav mintal tot restul vieții. Episodul a durat peste un an. Părea preferabil să mă las antrenat de cădere decât să lupt cu ea. Cred că trebuie să te lași dus și să înțelegi că lumea va fi creată din nou și că s-ar putea să nu mai semene niciodată cu ceea ce trăiseși înainte.“

S-a dus, în câteva rânduri, până la poarta câte unui spital, dar n-a fost în stare să intre și să se interneze acolo. În cele din urmă, s-a internat la Mt. Sinai Hospital din New York, în septembrie 1986, și a cerut terapie cu electroșocuri. Această terapie îl ajutase pe tatăl său, dar nu și pe el. „Era cel mai dezumanizant loc pe care mi-l pot închipui, să treci de la viața din afară la interdicția de a avea propria trusă de bărbierit ori unghieră. Să trebuiască să porți pijama. Să trebuiască să iei cina la patru și jumătate. Să ți se vorbească de sus, ca și cum ai fi retardat, pe lângă faptul că ești depresiv. Să vezi alți pacienți în celule capitonate. Nu poți avea telefon în cameră, pentru că te-ai putea strangula cu firul și pentru că vor să-ți controleze accesul la lumea de afară. Asta nu e ca o spitalizare normală. În salonul de boli mintale, ești lipsit de drepturi. Nu cred că spitalul e un loc potrivit pentru depresivi, în afară de cazul în care sunt total neajutorați sau disperat de înclinați spre sinucidere.“

Desfășurarea fizică a tratamentelor prin șocuri a fost cumplită. „Cel care le administra era un medic care semăna mult cu Herman Munster<sup>72</sup>. Tratamentele se făceau în subsolul Spitalului Mt. Sinai. Toți pacienții care le primeau se duceau acolo, în pânțele iadului, și toți purtam halate de baie, și părea că suntem un șir de ocnași. Dat fiind că-mi păstrez destul de bine calmul, mă lăseau la urmă, și stăteam acolo, încercând să-i îmbărbătez pe toți oamenii ăia îngroziți care așteptau, în vreme ce îngrijitorii intrau și ne îmbrânceau, ca să ajungă la dulapurile lor, care erau tot acolo. Dacă aș fi Dante, aș reuși minunat să explic cum era acolo. Voisem acel tratament, dar încăperea și oamenii păreau o scenă barbară a experimentelor doctorului Mengele. Dacă vrei să faci chestia asta, fă-o la afurisitul de etaj opt, cu ferestre luminoase și culori vii! Acum n-aș mai permite-o.“

„Încă mai deplâng pierderea memoriei“, spune el. „Am avut o memorie excepțională, aproape fotografică, și n-a mai revenit. Când am ieșit din spital, nu-mi puteam aminti cifrul dulapului, conversațiile.“ După ce a ieșit, la început n-a putut nici să îndosarieze, ca activitate voluntară, dar curând a început să funcționeze. S-a dus pentru șase luni la Santa Fe și a stat la niște prieteni. În vară, s-a întors la New York și a locuit iarăși singur. „Poate că-i mai

bine că memoria mea suferea evident de pierderi permanente“, spune el. „M-a ajutat să trec mai ușor peste unele pase proaste. Le uit la fel de ușor cum uit toate celelalte lucruri.“ Vindecarea a fost treptată. „E multă voință, dar nu poți controla vindecarea. Nu-ți poți imagina când se va întâmpla, așa cum nu poți să prezici când va muri cineva.“

Stein a început să se ducă săptămânal la sinagogă, împreună cu un prieten evlavios. „Credința m-a ajutat substanțial. Într-un fel, faptul că cred în altceva a redus tensiunea în care trăiam“, spune el. „Întotdeauna am fost mândru că sunt evreu și am fost atras de lucrurile religioase. După acea depresie gravă, am simțit că, dacă aș crede destul de mult, s-ar putea petrece lucruri care să salveze lumea. Trebuia să cobor atât de mult, încât să nu mai fie nimic altceva în care să cred decât Dumnezeu. Eram un pic stingherit să mă simt atras de religie; dar era bine. E bine că, oricât de rea e săptămâna, e slujbă în fiecare vineri.

Ceea ce m-a salvat însă a fost prozacul, care a venit în 1988 la țanc. A fost un miracol. Capul meu simțea dintr-odată, după toți acești ani, că nu mai are în el o falie, forțată să se lărgească tot mai mult. Dacă mi-ai fi spus în 1987 că, după un an, o să merg cu avionul, o să lucrez cu guvernatori și senatori – ei bine, aș fi râs. Nu puteam nici măcar să trec strada.“ Bill Stein ia acum effexor și litiu. „Cea mai mare spaimă a mea de când mă știu a fost că n-o să pot face față morții tatălui meu. A murit la nouăzeci de ani, și, când a murit, am fost aproape extaziat să constat că pot să fac față. Am simțit că mi se rupe inima și am plâns, dar am putut să fac lucrurile normale: să joc rolul fiului în familie, să vorbesc cu avocații, să scriu ferparul. M-am descurcat mai bine decât aș fi crezut că e cu putință.

Încă mai trebuie să fiu atent. Mă simt tot timpul ca și cum fiecare ar vrea o bucățică din mine. Nu pot da decât atât, după care devin foarte, foarte tensionat. Cred – probabil greșit – că oamenii își vor pierde părerea bună despre mine dacă le povestesc sincer trăirile mele. Încă îmi amintesc că mă evitau. Viața e tot timpul la limita unei noi căderi psihice. Am învățat să ascund asta, să fac în așa fel, încât nimeni să nu poată ști când iau trei medicamente și sunt în pragul prăbușirii. Nu cred că voi mai fi vreodată fericit cu adevărat.

Nu te poți aștepta decât ca viața să nu fie mizerabilă. Când ești cât se poate de conștient de tine însuși e greu să fii pe deplin fericit. Îmi place baseballul. Iar când văd alți tipi pe stadion dând pe gât beri, părând atât de puțin conștienți de sine și de relația lor cu lumea – îi invidiez. Doamne, n-ar fi grozav să fiu așa?

Mă tot gândesc la felurile de a părăsi viața. De-ar fi așteptat bunica un pic! Povestea sinuciderii ei m-a învățat răbdarea. Nu încape îndoială că, indiferent cât de rău ar mai fi iar, o s-o scot la capăt. N-aș fi însă cel care sunt acum fără înțelepciunea câștigată din experiențele mele, lepădarea de narcisism pe care au pricinuit-o.“

Povestea lui Bill Stein are pentru mine o rezonanță considerabilă. De când l-am cunoscut pe Bill, am tot meditat la felurile de a muri. M-am gândit la cele nicicând folosite și la cele care au fost. În faptul că am scos-o la capăt cu prima mea depresie a fost implicată tenacitatea mea. A urmat o scurtă perioadă de acceptabilă liniște sufletească. Când am început să simt, pentru a doua oară, neliniștea și depresia gravă – eram încă în siajul primei depresii și nu mi-era limpede unde e posibil să mă fi lăsat flirtul meu cu SIDA –, mi-am dat seama ce se petrece. Am simțit nevoia de pauză. Viața însăși părea alarmanant de presantă, părea să ceară atât de mult de la mine. Era prea greu să țin minte, și să gândesc, și să exprim, și să înțeleg – toate lucrurile de care trebuia să fiu în stare ca să vorbesc. Să-mi păstrez, în același timp, mutra însuflețită era o insultă adăugată răni. Era ca și cum aș fi încercat să gătesc, și să mă dau cu rolele, și să cânt, și să bat la mașină – toate în același timp. Poetul rus Daniil Harms a descris cândva foamea: „Atunci începe slăbiciunea. Apoi urmează plictiseala. După aceea vine pierderea puterii de a gândi iute. După care vine liniștea. Și apoi vin halucinațiile.“<sup>73</sup> Cu etape exact la fel de articulate și de cumplite a început a doua criză de depresie – exacerbată de teama reală de testul HIV pe care-l programasem. Nu voiam să-ncep din nou cu medicația, și o vreme am încercat s-o depășesc. Apoi, într-o zi, mi-am dat seama că n-o să reușesc. Am știut cu trei zile înainte că mă prăbușesc de-a



binelea. Am început să iau paxilul pe care-l mai aveam în dulăpiorul cu medicamente. L-am sunat pe psihofarmacolog. L-am avertizat pe tata. Am încercat să iau măsurile trebuincioase: să-ți pierzi mințile este, asemenea pierderii cheilor mașinii, o mare belea. Dincolo de panică, mă auzeam pe mine însumi, ținându-mă sprinten de ironii când sunau prietenii. „Regret, trebuie să renunț la întâlnirea de marți“, ziceam. „Iar mi-e frică de cotletele de miel.“ Simptomele au venit iute și au fost de rău augur. În circa o lună, am pierdut o cincime din greutatea corporală, vreo șaptesprezece kilograme.

Psihofarmacologul credea că, de vreme ce zoloftul mă amețea un pic, iar paxilul mă făca să fiu foarte încordat, merita să încercăm ceva nou, așa că m-a pus pe effexor și buSpar, din care mai iau și acum, după șase ani. Când ești în ghearele depresiei, ajungi, la un moment dat, într-un punct ciudat, în care e imposibil să vezi limita dintre propria-ți pornire teatrală și realitatea nebuniei. Am descoperit două calități conflictuale ale caracterului. Sunt din fire melodramatic; pe de altă parte, pot să ies în lume și să „par normal“ în cele mai anormale împrejurări. Antonin Artaud a scris pe unul dintre desenele sale:

„Niciodată real și totdeauna adevărat“,<sup>74</sup> și așa percepi depresia. Știi că nu e reală, că ești altundeva, și totuși știi că e absolut adevărată. E foarte derutant.

În săptămâna cu testul HIV, ajunseseam să iau zilnic între 12 și 16 miligrame de xanax (îmi făcusem, ca o veveriță, rezerve din acest medicament), ca să pot dormi tot timpul și să nu fiu neliniștit. În joia acelei săptămâni, m-am sculat din pat și mi-am verificat mesajele. Asistenta medicului meu spunea: „Aveți colesterolul scăzut, electrocardiograma e bună, iar testul HIV a ieșit bine.“ Am sunat-o pe dată. Era adevărat. La urma urmei, aveam HIV-negativ. Așa cum spusese Gatsby: „Mi-am căutat moartea din toate puterile, însă s-ar fi spus că eram vrăjit.“<sup>75</sup> Am știut atunci că voiam să trăiesc, și am fost recunoscător pentru vești. Dar am continuat pur și simplu să mă simt îngrozitor încă două luni. Strângeam zilnic din dinți, în lupta cu tendința de suicid. Și apoi, în iulie, am hotărât să accept invitația de a mă duce cu niște prieteni până în Turcia. A fost mai ieftin pentru mine să mă duc acolo decât ar fi fost să stau în spital, și a fost de cel puțin trei ori mai eficient: în soarele

deplin al Turciei, depresia s-a evaporat. Lucrurile au mers netulburat spre bine după aceea. Spre sfârșitul toamnei, m-am pomenit deodată că stau treaz în crucea nopții, tremurând, așa cum fusese în punctul cel mai de jos al depresiei, dar de data asta eram treaz de fericire. M-am dat jos din pat și am scris despre asta. Trecuseră ani de când nu simțisem nici un strop de fericire, și uitasem cum e să vrei să trăiești, să te bucuri de ziua în care ești și să tânjești după următoarea, să știi că ești unul dintre oamenii norocoși pentru care viața înseamnă s-o trăiască. La fel de sigur precum curcubeul pe care Dumnezeu i l-a trimis ca semn lui Noe, am simțit că am dovada că viața merită totuși să fie trăită și va merita totdeauna. Știam că m-ar mai putea aștepta episoade dureroase, că depresia e ciclică și se întoarce iar și iar să-și tortureze victima. Mă simțeam în siguranță față de mine. Știam că veșnica tristețe, chiar dacă încuibată în mine, nu umbrește fericirea. Curând după aceea, am împlinit treizeci și trei de ani, și a fost o aniversare cu adevărat fericită, în sfârșit.

Și n-am mai știut de depresia mea multă vreme. Poeta Jane Kenyon scria:

*We try new drug, new om in tion  
of drugs, nd suddenly  
If ll into my life g in*

*like vole pi ked up y storm  
then dropped three v lleys  
nd two mount ins w y from home*

*I n find my w y k I know  
I will re ognize the store  
where I used to y milk nd g s*

*I remem er the house nd h rn,  
the r ke, the lue ups nd pl tes,  
the Russi n novels I loved so mu h,*

*nd the l k silk nightgown  
th t he on e thrust*

*into the toe of my Christm s stro king* [76](#)

Și așa cu mine: totul părea că se întoarce, începea ciudat, apoi devenea brusc familiar, și mi-am dat seama că tristețea cea profundă a început când s-a îmbolnăvit mama, s-a agravat la moartea ei, s-a prefăcut, dincolo de adâncă mâhnire, în disperare, mă scosese – dar nu mă mai scotea – din circulație. Încă mă mai întristau lucrurile triste, dar eram iarăși eu însumi, așa cum fusesem, așa cum voiam dintotdeauna să fiu în continuare.

De când scriu o carte despre depresie, mi se cere adesea în societate să-mi descriu trăirile, și, de obicei, închei spunând că iau medicamente. „Încă?” întreabă oamenii. „Dar arătați bine!” La care răspund invariabil că arăt bine pentru că sunt bine, și sunt bine în parte datorită medicamentelor. „Și cât timp credeți că o să mai luați chestiile alea?” întreabă oamenii. Când spun că o să iau medicamente pe termen nedefinit, persoanele – care primiseră cu calm și simpatie veștile despre încercările de sinucidere, catatonie, despre anii în care n-am putut lucra, pierderea semnificativă în greutate și celelalte – se uită la mine îngrijorați. „Dar e tare rău să ia cineva medicamente în felul ăsta”, zic ei. „Cu siguranță că acum sunteți destul de puternic ca să renunțați la unele dintre medicamente!” Dacă le spui că e ca și cum ai renunța la carburatorul mașinii tale ori la arcele butante de la Notre Dame, încep să râdă. „Atunci poate să o să luați în continuare o doză foarte mică, de întreținere?” întreabă. Le explici că nivelul medicamentelor pe care le iei a fost ales, deoarece normalizează sistemele care ar putea s-o ia razna și că o doză mică de medicament ar fi ca scoaterea unei jumătăți din carburator. Adaugi că

medicamentele pe care le iei nu-ți provoacă aproape nici un efect secundar și că nu există dovezi ale efectelor negative ale medicației pe termen lung. Spui că n-ai de gând să fii iarăși bolnav. Dar starea de bine este încă asociată, în acest domeniu, nu cu dobândirea controlului asupra problemei tale, ci cu renunțarea la medicamente: „Păi, sper din toată inima că o să puteți scăpa de ele curând“, zic ei.

„Poate că nu cunosc exact efectele medicamentelor pe termen lung“, spune John Greden. „Nimeni n-a luat încă prozac timp de optzeci de ani. Dar cunosc cu siguranță efectele care apar când nu iei medicamente, sau când tot iei medicamente și iar renunți la ele, sau când încerci să reduci dozele potrivite la niveluri nepotrivite – iar efectele sunt leziuni ale creierului. Începi să ai consecințe din cronicitate. Ai recidive din ce în ce mai grave, niveluri ale suferinței pe care n-ai avea de ce să le trăiești vreodată. N-am trata niciodată diabetul sau hipertensiunea în acest mod de «ba iei, ba nu iei» medicamente; de ce o facem când e vorba despre depresie? Această boală are o rată anuală de recidivă de 80 la sută fără medicamente și un procent de 80 la sută de stare de bine cu medicamente.“ Robert Post, de la Institutul Național pentru Sănătate Mintală (NIMH), e de aceeași părere: „Oamenii își fac griji din pricina efectelor secundare ale luării medicamentelor toată viața, dar aceste efecte secundare par neînsemnate, de-a dreptul neînsemnate în comparație cu caracterul letal al depresiei insuficient tratate. Dacă ai o rudă sau un pacient care ia digitalină, ce-ai zice să-i sugerezi să renunțe la ea, să vezi cum are altă criză cardiacă de tip congestiv, iar inima îi devine atât de flască, încât nu mai poate reveni niciodată la forma inițială? Asta nu-i cu nimic diferit.“ Efectele secundare ale acestor medicamente sunt, pentru mulți oameni, mai sănătoase decât boala pe care o tratează.

Există dovezi despre reacții adverse la orice: cu siguranță că mulți oameni au avut reacții adverse la prozac. Se recomandă o anumită prudență când hotărăști să iei orice, de la ciupercile sălbatice până la siropul de tuse. Unul dintre finii mei, la sărbătorirea unei zile de naștere la Londra, aproape că a murit din cauza miezului de nucă, la care e alergic; e bine că legea etichetării cere acum ca, la produsele care conțin nucă, să se specifice acest

lucru pe etichetă. Cei care iau prozac ar trebui să fie atenți la început la reacțiile adverse. Medicamentul poate să provoace ticuri faciale și înțepenirea mușchilor. Antidepresivele ridică probleme legate de dependență, de care mă voi ocupa mai încolo. Scăderea libidoului, visele stranii și alte efecte menționate în prospectele inhibitorilor selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS) pot fi foarte neplăcute. Mă îngrijorează rapoartele în care unele anti-depresive au fost asociate cu sinuciderea; cred că asta are a face cu calitatea de refacere a forțelor pe care o au medicamentele, care îți poate da resursele necesare ca să faci lucruri la care înainte erai prea slăbit ca să te gândești. Sunt de acord că nu putem cunoaște cu siguranță efectul pe termen foarte lung al medicamentelor. E foarte trist totuși că unii oameni de știință au ales să exploateze aceste reacții adverse, creând o industrie a detractorilor prozacului, care prezintă eronat medicamentul ca pe o primejdie gravă impusă publicului nevinovat. Într-o lume ideală, n-am lua medicamente, iar corpul s-ar regla singur așa cum se cuvine; cine vrea să ia medicamente? Însă afirmațiile ridicole făcute în cărți atât de țișător stupide ca *Proz* kl sh nu pot fi considerate altceva decât conformare la temerile cele mai vulgare ale unui public neliniștit. Îi plâng pe cinicii care împiedică pacienții chinuiți să urmeze tratamente esențialmente benigne, care ar putea să-i facă să se întoarcă la viața de dinainte.

Asemenea nașterii unui copil, depresia e o durere atât de mare, încât e atemporală. N-am avut-o când o relație s-a terminat rău în iarna lui 1997. A fost o noutate revoluționară – i-am spus cuiva – să nu am o cădere în timpul ruperii relației.<sup>77</sup> Nu mai ești însă niciodată același după ce ai aflat că nu există *eu* care să nu se poată năru. Ni se vorbește despre „încredere în sine“, dar e dificil când nu ai un *eu* pe care să te bazezi. Alții m-au ajutat, și există reacții chimice care au produs readaptarea, și mă simt bine, cu toate astea, pe moment, dar coșmarurile care tot revin nu mai sunt despre lucrurile care o să mi se întâmple, care se petrec din cauze externe, ci despre lucrurile care au loc *în* mine. Dar dacă mâine mă trezesc și nu mai sunt eu însumi, ci un gândac de bălegar? Fiecare dimineață începe cu acea nesiguranță încordată

privitoare la cine sunt, cu verificarea unor cancere cu creștere agresivă, cu neliniștea momentană de a ști dacă nu cumva coșmarurile ar putea fi adevărate. E ca și cum eul meu s-ar răsuci, m-ar scuipa și ar zice: nu întinde coarda, nu te bizui pe mine prea mult, am problemele mele de care să mă ocup. Dar atunci cine e cel care se împotrivesc nebuniei sau e chinuit de ea? Cine e cel scuipat? Am făcut psihoterapie ani în șir, am trăit, am iubit și am pierdut și, zău, n-am nici cea mai mică idee. Există cineva sau ceva mai puternic decât reacțiile chimice sau voința, un eu care m-a scos la liman din revolta eului meu personal, un eu comun care a stat pe poziții până ce chimicalele rebele și ideea ce decurge din ele au fost readuse la ordine. Este oare acel eu o chestiune chimică? Nu sunt adept al spiritualismului și am crescut fără religie, însă acea coardă întinsă care trece prin miezul meu, care rezistă chiar și atunci când eul a fost dat jos de pe ea: oricine care trece prin așa ceva știe că nu-i niciodată atât de simplu ca reacțiile chimice complexe.

În timpul propriei căderi psihice, ai avantajul că ești în ea, unde poți vedea ce se petrece. Din afară, nu poți decât să stai să ghicești; dar, întrucât depresia e ciclică, poate fi folositor să înveți toleranța și recunoașterea. Eve Kahn, o veche prietenă, mi-a povestit despre prețul plătit de familie pentru depresia tatălui ei: „Tata a avut o perioadă grea, care a început devreme. Bunicul meu a murit, iar bunica a izgonit din casă religia. A zis: dacă Dumnezeu a putut să-mi ia bărbatul și să mă lase așa, cu patru copii, nu există Dumnezeu. Și s-a apucat să pună pe masă creveți și șuncă la toate sărbătorile evreiești! Platouri cu creveți și șuncă! Tata are un metru nouăzeci și o sută zece kilograme, era de neînving la handbal, în facultate a jucat baseball și fotbal, genul de tip pe care nu ți-l închipui fragil. A devenit psiholog. Apoi, cam pe la treizeci și opt de ani – cronologia e neclară, pentru că mama nu vrea să vorbească despre asta, tata nu-și amintește prea bine, iar eu eram copil mic când a-nceput asta –, într-o zi, cineva de la clinica unde lucra el a sunat-o pe mama și i-a spus că tata a dispărut, a plecat de la serviciu și nu știe nimeni unde e. Așa că mama ne-a înghesuit pe toți în mașină și ne-am învățat și ne-

am tot învățat până ce l-am găsit, în cele din urmă, rezemat de o cutie poștală, plângând. Imediat după aceea, a făcut terapie cu electroșocuri și, când s-a terminat, i-au spus mamei să divorțeze de el, că n-o să mai fie niciodată cel dinainte. «Copiii dumneavoastră n-o să-l mai recunoască», au zis. Deși nu i-a crezut de-a binelea, a stat în mașină, pe când îl aduceau acasă de la tratament, și a plâns. Când s-a trezit, era ca o copie xerox a lui însuși. Cam confuz, memoria nu mai funcționa ca lumea, mai grijuliu cu el însuși, mai puțin interesat de noi. S-ar putea zice că a fost un tată foarte devotat când eram mici – venea acasă devreme, ca să vadă ce am învățat în ziua aceea, și ne aducea mereu jucării. După terapia cu electroșocuri, problema a fost o vreme rezolvată. Și apoi s-a întâmplat din nou, după patru ani. Au încercat medicamente și iarăși terapie cu electroșocuri. A trebuit să renunțe la muncă o vreme. În cea mai mare parte din timp, era în stare proastă. Nu-i mai recunoșteai fața; bărbia i se retrăsese în obraji. Se scula din pat și se învărtea neajutorat prin casă, cu mâinile tremurând, mâinile acelea mari, care-i atârnavă de-o parte și de alta a corpului. Poți pricepe de unde vin teoriile despre posedarea de către demoni, pentru că cineva pusese stăpânire pe trupul tatălui meu. Aveam cinci ani și vedeam cu ochii mei. Îmi amintesc foarte bine. Arăta la fel, dar nu era nimeni înăuntrul lui.

Apoi, părea că-i e mai bine, și a avut o perioadă bună vreo doi ani, după care s-a năruit iar. Și atunci a rămas așa multă vreme. În cele din urmă, i-a fost un pic mai bine, și apoi iar s-a năruit, și iar. Mașina a făcut-o praf când aveam eu vreo cincisprezece ani, pentru că era cu totul năucit, ori pentru că voia să se sinucidă – cine poate ști? S-a întâmplat iar în primul meu an de facultate. Am primit un telefon; a trebuit să renunț la un examen și m-am dus să-l văd la spital. Îi luaseră cureaua și cravata, tot tacâmul. Și apoi a ajuns iar acolo, după cinci ani. După care s-a pensionat. Și și-a schimbat cu totul viața. Ia multe vitamine și face multă mișcare și nu lucrează. Și ori de câte ori îl stresează ceva, iese din cameră. Plânge fetița mea, care are câteva luni? Își ia pălăria și pleacă acasă. Dar mama a rămas alături de el în pofida a toate astea, căci, când era sănătos, era un soț minunat. Au urmat zece ani buni după ce a

împlinit nouăzeci, până ce un atac cerebral l-a doborât iar, la începutul lui 2001.“

Eve era hotărâtă să nu-și expună familia la aceleași probleme. „Am trecut eu însămi prin câteva episoade cumplite“, zice. „Pe la treizeci de ani, aveam un program de muncă mult prea dur, îmi asumam prea multe sarcini, le terminam și apoi zăceam în pat o săptămână, cu totul incapabilă să mai fac ceva. La un moment dat, am luat nortriptilină, care n-a avut alt rezultat decât să mă facă să mă îngraș. Apoi, în septembrie 1995, soțul meu a primit un post la Budapesta și a trebuit să ne mutăm, și am început să iau prozac, ca să pot face față stresului mutării. Acolo, am scăpat cu totul hățurile din mână. Stresul de a fi nicăieri, fără nici un prieten – iar, când am ajuns acolo, soțul meu trebuia să muncească cincisprezece ore pe zi, pentru că tocmai demarase o afacere. Când s-a terminat, după patru luni, eram de-a dreptul înnebunită. M-am întors în SUA ca să mă duc la doctor și am început să iau un cocktail zdravăn: klonopin, litiu, prozac. Nu puteam să visez sau să fiu creativă, și trebuia să car peste tot cu mine o cutie imensă cu medicamente, cu pilulele marcate pentru dimineață, prânz, după-amiază și seară, pentru că nu-mi puteam aminti ce se întâmplă. În cele din urmă, m-am adaptat cât de cât, mi-am găsit câțiva prieteni buni și un serviciu bun, așa că am redus medicamentele până ce nu mai luam decât două pilule seara. Apoi, am rămas gravidă, am renunțat la toate medicamentele și m-am simțit grozav de bine. Ne-am întors acasă, și apoi, după ce am născut, toți hormonii ăia minunați au dispărut și, având bebelușul – timp de un an n-am avut nici o noapte de somn ca lumea –, am început s-o iau iarăși în jos. Eram hotărâtă să nu-mi fac fetița să treacă prin toate astea. Iau depakote, care găsesc că mă amețește mai puțin și care se pare că este un medicament fără riscuri când alăptezi. O să fac tot ce trebuie ca să-i ofer fetiței mele un mediu stabil, să nu dispar din viața ei, să n-o părăsesc tot timpul.“

După a doua cădere psihică, am avut doi ani buni. Eram mulțumit și co-pleșit de bucurie că mă simțeam mulțumit. Apoi, în septembrie 1999, am avut



o experiență cumplită în dragoste: de a fi părăsit de cineva despre care credeam că va fi cu mine veșnic, și am devenit trist – nu deprimat, doar trist. La o lună după aceea, am alunecat pe scări acasă la mine și mi-am dislocat rău umărul, cu smulgerea unei părți mari de țesut muscular. M-am dus la spital. Am încercat să le explic celor din ambulanță și apoi celor de la urgență că doresc să preîntâmpin o recidivă a depresiei. Le-am spus de pietrele de la rinichi și că au declanșat un episod precedent. Am făgăduit să completez toate formularele din registru și să răspund la întrebările despre orice subiect, de la istoria colonială a Zanzibarului încoace, doar să-mi aline suferința fizică, despre care știam că e mult prea puternică pentru liniștea minții mele. Le-am explicat că am o întreagă istorie de căderi psihice grave și i-am rugat să se uite în dosarul meu. A durat peste o oră până să capăt vreun analgezic; iar atunci am primit o doză intravenoasă de morfină, prea mică pentru durerea mea. Un umăr dislocat e o chestiune simplă, dar al meu n-a fost pus la loc decât după opt ore de la sosirea în spital. În cele din urmă, la patru ore și treizeci de minute de la sosire, am avut parte, cu dilaudid, de o alinare semnificativă a durerii – așa încât ultimele trei ore și jumătate n-au fost chiar așa de rele ca înainte.

Încercând să rămân calm la începutul acestui episod, am cerut o consultație psihiatrică. Doctorița care era de gardă mi-a spus: „Un umăr dislocat e dureros, și o să fie dureros până ce-l punem la loc, și n-ai decât să ai răbdare și să isprăvești cu toate astea.“ A mai zis: „N-ai nici un strop de autocontrol, te înfurii, intri în hiperventilație, și n-o să fac nimic pentru tine până ce nu te potolești.“ Mi s-a spus că „nu știm totul despre tine“, că „nu dăm oricui analgezice puternice“ și că ar trebui „să încerci să respiri adânc și să-ți închipui că ești pe o plajă, cu zgomotul apei în urechi și senzația nisipului între degetele de la picioare“. Unul dintre doctori mi-a spus: „Vino-ți în fire și nu-ți mai fie așa de milă de tine. Sunt oameni aici, la urgențe, care trec prin lucruri mai rele ca tine.“ Și, când am zis că știam că trebuie să rabd durerea, dar voiam să se înmoaie un pic înainte să înceapă procedurile, că nici măcar nu-mi păsa prea mult de durere, ci de complicațiile psihiatrice, mi s-a spus că sunt „pueril“ și „necooperativ“. Când am spus că am un istoric de boală mintală, mi s-a

spus că, în acest caz, n-ar trebui să mă aștept să ia ceva în serios părerea mea despre aceste lucruri. „Sunt un profesionist cu experiență și sunt aici ca să te ajut“, a zis doctorița. Când am spus că sunt un pacient cu experiență și știu că ceea ce face ea e, de fapt, vătămător pentru mine, mi-a spus că n-am urmat facultatea de medicină și trebuie să fac ceea ce consideră ea că e potrivit.

Am repetat solicitarea de consultație psihiatrică, dar nu mi s-a oferit. Dosarele psihiatrice nu sunt disponibile la urgență, așa că nu exista nici o posibilitate de a mi se verifica plângerile, cu toate că spitalul în care mă aflam este unul dintre cele cu care sunt asociați toți medicii mei generaliști și psihiatra. Cred că politica de la urgență – în care a spune „am avut depresie psihotică gravă, exacerbată de durerea extremă“ este ca și cum ai spune „trebuie să am cu mine un ursuleț pufos înainte să-mi faceți suturi“ – este inacceptabilă. Manualul standard<sup>78</sup> despre practica în camera de urgențe din SUA nu se ocupă de aspectele psihotice ale bolilor somatice. Nimeni de la urgență nu era pregătit nici pe departe să se ocupe de complicații psihiatrice. Băteam la o ușă închisă.

Durerea se acumulează. Cinci ore de durere sunt de cel puțin șase ori mai dureroase decât o oră de durere. Am observat că trauma fizică se numără printre principalele declanșatoare ale traumei psihice, că vindecarea uneia în așa fel încât s-o produci pe cealaltă este un act de ineptie medicală. Firește, cu cât suferința era mai îndelungată, cu atât mă storcea mai mult de puteri; cu atât creștea supraexcitarea nervilor mei; cu atât situația devenea mai gravă. Sângele de sub piele se adunase, până ce umărul meu a părut să fie împrumutat de la un leopard. Eram năuc când a venit dilaudidul. Erau, într-adevăr, la urgență persoane cu vătămări acute mai grave decât a mea; de ce ar fi trebuit vreunul dintre noi să îndure fără rost durerea?

Vreme de trei zile de la calvarul de la urgență, am avut porniri sinuci-gașe acute cum nu mai avusesem de la primul meu episod grav; iar dacă n-aș fi fost supravegheat de rude și prieteni douăzeci și patru de ore din douăzeci și patru, aș fi atins niveluri de suferință fizică și psihică dincolo de

suportabilitate și aș fi căutat neîntârziată ușurare în felul cel mai necumpătat. Erau, iarăși, copacul și vița. Dacă vezi că iese din pământ un lăstar și recunoști în el lăstarul unei vițe sufocante, îl poți smulge din pământ cu degetul mare și arătătorul și totul va fi bine. Dacă aștepti până ce vița s-a prins zdravăn de copac, trebuie să ai ferăstraie și, poate, un topor și un hârleț ca să scapi de chestia aia și să-i scoți rădăcinile. E improbabil să scapi de viță fără să rupi câteva dintre crengile copacului. De obicei, sunt în stare să-mi controlez tendința de suicid, dar, așa cum le-am spus celor de la spital după ce s-a încheiat episodul, refuzul de a trata plângerile de domeniul psihiatric ale pacienților poate să facă dintr-o chestiune relativ fără importanță, cum este un umăr dislocat, o maladie fatală. Când cineva spune că suferă, cei de la urgență trebuie să reacționeze în mod corespunzător. Au loc în țara asta sinucideri din pricina conservatorismului unor medici asemenea celor de care am dat în acel cabinet de urgențe, care tratează intoleranța la durerea extremă (fizică și psihologică) ca pe o slăbiciune de caracter.

În săptămâna următoare, m-am năruit iar. Avusesem, în episoadele precedente, problema lacrimilor, dar niciodată așa ca acum. Plângeam tot timpul, ca o stalactită. Era incredibil de obositor să sintetizez toate lacrimile alea, atât de multe, încât fața mi se umpluse de crăpături. Părea că e nevoie de cel mai mare efort pentru a face lucruri simple. Îmi amintesc că am izbucnit în plâns pentru că una dintre tastele computerului s-a blocat o secundă. Totul mi se părea chinuitor de greu, și așa, bunăoară, ideea de ridica receptorul telefonului îmi părea ca ridicarea unei haltere de două sute de kilograme. Realitatea faptului că trebuia să-mi pun nu doar una, ci *două* șosete, și apoi *doi* pantofi mă copleșea, și voiam să mă întorc în pat. Cu toate că nu simțeam neliniștea acută care caracterizase episoadele precedente, a început să se arate și paranoia. Am început să mă tem ori de câte ori câinele meu ieșea din încăpere, că o face pentru că nu-i par interesant.

Exista o oroare suplimentară în căderea asta psihică. Cele două precedente se petrecuseră când nu luam medicamente. După a doua, am acceptat ideea că va trebui să iau permanent medicamente dacă vreau să evit alte episoade. Cu un preț psihic considerabil, îmi luasem zilnic pastilele timp de

patru ani. Acum mă pomeneam cu totul la pământ, în ciuda faptului că luam effexor, buSpar și wellbutrin. Ce putea să însemne asta? În vreme ce lucram la această carte, am întâlnit oameni care avuseseră unul sau două episoade, apoi au început să ia medicamente și se simțeau bine. Am întâlnit și oameni care au rezistat un an cu ajutorul unui medicament, au avut o cădere, au rezistat câteva luni cu ajutorul altui medicament – oameni care n-au reușit niciodată să-și plaseze depresia în siguranța timpului trecut. Crezusem că fac parte din prima categorie. Acum părea, dintr-odată, că mă aflu în a doua. Am văzut acele vieți în care sănătatea mintală nu era niciodată decât ocazională. Era posibil să fi depășit capacitatea de a fi ajutat de effexor – se întâmplă să nu mai reacționezi la aceste medicamente. Dacă era așa, era cumplită lumea în care intram. Îmi închipuiam că petrec un an cu un medicament, un an cu altul, până ce isprăveam toate opțiunile posibile.

Am acum proceduri stabilite pentru căderea psihică. Știu ce doctori să sun și ce să spun. Știu când e vremea să pun deoparte lamele de ras și să continuu să scot câinele la plimbare. Mi-am sunat apropiații și am spus deschis că sunt deprimat. Doi prieteni dragi, de curând căsătoriți, s-au mutat la mine și au stat două luni, ajutându-mă să trec de părțile dificile ale zilelor, vorbind până-mi treceau neliniștile și spaimetele, spunându-mi povești, având grijă să mănânc, îndulcind singurătatea – mi-au devenit suflute-pereche pe toată viața. Fratele meu a venit cu avionul din California și mi-a făcut surpriza să-l găsesc în prag tocmai când eram în cea mai proastă stare. Tata s-a pus pe dată la dispoziția mea. Iată ce știu că m-a salvat: să acționezi rapid; să ai un medic bun, pregătit să-i dai de știre; să-ți cunoști cu adevărat bine tiparele; să mănânci și să dormi după un program riguros, oricât de respingătoare ar fi sarcina asta; să alungi pe dată stresul; să faci exerciții fizice; să mobilizezi iubire.

Mi-am sunat agentul de îndată ce am putut și i-am spus că mi-e rău și o să încetez o vreme lucrul la această carte. Am spus că nu știu care va fi cursul dezastrului meu. „Închipuie-ți că ieri a dat peste mine o mașină”, am zis, „și că sunt la spital, cu ghips și greutate, așteptând rezultatele radiografiilor. Cine știe dacă voi mai putea lucra vreodată la tastatură!” Am luat xanax chiar și

când mă făcea să mă simt absent și amețit, pentru că știam că, dacă dau frâu liber agitației din plămâni și stomac, o să se agraveze și o să am probleme. Nu mi-am pierdut mințile, le-am explicat rudelor și prietenilor, dar cu siguranță mi le-am așezat aiurea. Mă simțeam ca Dresda în timpul războiului, ca un oraș care e distrus și nu se poate adăposti de bombe, care pur și simplu se năruiește, cu doar câteva rămășițe de aur sclipind în mijlocul molozului.

Plângând penibil chiar și în liftul de la spitalul în care își avea cabinetul psihofarmacologul meu, m-am dus să întreb dacă se poate face ceva. Spre surprinderea mea, psihofarmacologul nu vedea nici pe departe lucrurile în termenii dezastruoși în care le vedeam eu. A zis că n-o să întrerupă administrarea de effexor – „la tine, a dat multă vreme rezultate și nu-i nici un motiv să nu-l mai iei“. Mi-a dat zyprexa, un antipsihotic care are și efecte calmante. A mărit doza de effexor, pentru că – a zis – nu trebuie niciodată să renunți la produsul care ajută, în afară de cazul în care ești silit s-o faci. Effexorul dăduse rezultate înainte, și – cu un sprijin – poate că ar face-o din nou? A scăzut doza de wellbutrin, pentru că wellbutrinul stimulează, și în cazul agitației intense trebuia să fiu mai puțin stimulat. Am lăsat în pace buSparul. Psihofarmacologul mai punea câte ceva, mai scotea câte ceva, îmi studia reacțiile și autodescrierile și construia o versiune oarecum „adevărată“ despre mine, poate că exact asemenea celei vechi, poate că un pic diferită. Aveam de-acum multă experiență și citeam cu grijă prospectele produselor pe care le luam (deși nu citeam niciodată partea cu efectele secundare decât după ce luam produsul o vreme; cunoașterea efectelor secundare e mai mult sau mai puțin garanția că vei avea efecte secundare). Totul era însă doar o vagă știință a mirosurilor, aromelor și amestecurilor. Terapeutul meu m-a ajutat să supraviețuiesc experimentelor: era un campion al continuității și m-a liniștit, făcându-mă să cred că viitorul avea să fie cel puțin egal cu trecutul.

În seara de după prima doză de zyprexa, trebuia să țin o prelegere despre Virginia Woolf. O iubesc pe Virginia Woolf. Să țin o prelegere despre Virginia Woolf și să citesc cu glas tare pasaje din scrierile ei era pentru mine ca și cum aș fi ținut o prelegere despre ciocolată și aș fi mâncat pe tot parcursul ciocolată. Țineam prelegerea în casa unor prieteni, în fața unui grup amical,

alcătuit din vreo cincizeci dintre colegii lor. Era un soi de acțiune de caritate pentru o cauză în care credeam. În condiții obișnuite, ar fi fost tare distractiv și fără mare efort și aș fi putut să mă scald în lumina reflectoarelor – lucru care-mi place destul de mult când sunt binedispus. Ar fi fost de așteptat ca prelegerea să-mi agraveze problemele, dar, de fapt, eram grozav de speriat, așa că puțin îmi păsa de prelegere: era enervant să stau treaz, și nimic n-ar fi putut să înrăutățească lucrurile cu adevărat. Așa că am ajuns acolo și am făcut un pic de conversație politicoasă cât s-au băut cocktailurile, apoi m-am ridicat în picioare, cu notițele în mână, și m-am simțit calm, straniu de calm, de parcă nu făceam decât să zic și eu câte ceva la cină, și, într-un soi de ciudată ieșire din propriul trup, m-am uitat la mine cum țin, din memorie și de pe textul scris, o prelegere acceptabil de coerentă despre Virginia Woolf.

După prelegere, împreună cu un grup de prieteni și cu cei care organizaseră evenimentul, ne-am dus să cinăm la un restaurant din apropiere. Erau de față oameni destul de diferiți ca să fie nevoie de efortul de a păstra aparența politeții perfecte, care, în condiții obișnuite, ar fi fost o plăcere. Acum însă, părea că aerul din jur se încheagă, așa cum se încheagă lipiciul, căpătând o consistență ciudată, așa încât vocile celorlalți păreau că străpung aerul solid, iar zgomotul străpungerii îngreuna perceperea spuselor lor. Trebuia să înving aerul ca să-mi ridic furculița. Am comandat somon și am început să-mi dau seama că situația mea ciudată e vizibilă. Eram un pic rușinat, dar nu știam ce să fac. Aceste situații sunt jenante, oricât de mulți dintre cei pe care-i cunoști au luat prozac, oricât de puțin se presupune că ar fi deranjată lumea de depresie. Toți cei de la masă știau că scriu o carte cu acest subiect, iar cei mai mulți dintre ei îmi citiseră articolele. N-a fost de nici un folos. Am tot mormăit și m-am tot scuzat cât a durat masa – ca un diplomat în timpul Războiului Rece. „Regret că par oleacă neatent, dar știți... tocmai am avut iar un meci cu depresia“, aș fi putut zice, dar atunci toți s-ar fi simțit obligați să pună întrebări despre simptomele specifice și despre cauze și să încerce să mă îmbărbăteze, iar acele îmbărbătări ar fi agravat, de fapt, depresia. Sau: „Mă tem că nu pot urmări ce spui, pentru că iau în fiecare zi cinci miligrame de xanax, cu toate că, firește, nu sunt dependent, și tocmai am început să iau un

nou antipsihotic, care cred că are proprietăți sedative puternice. Îți place salata aceea?“ Pe de altă parte, simțeam că, dacă nu zic nimic, ceilalți o să observe cât de ciudat mă port.

Și apoi, am simțit că aerul devine atât de rigid și de sfărâmbicios, încât cuvintele veneau în chip de zgomote sacadate pe care nu le puteam însușii cum trebuie. Poate că ați asistat vreodată la o prelegere și v-ați dat seama că, pentru a urmări punctele principale, trebuie să vă concentrați atenția; însă mintea o ia un pic razna, și apoi, când vă întoarceți în prezent, nu puteți pricepe ce se spune. Lipsește logica. Așa era și cu mine, dar vorbind de fiecare propoziție în parte. Simțeam cum mă părăsește logica. Cineva spusese ceva despre China, dar nu prea știam ce. Mi s-a părut că altcineva pomenise de fildeș, dar nu știam dacă era aceeași persoană care vorbise despre China, cu toate că-mi aminteam de obiectele de fildeș pe care le-au făcut chinezii. Cineva mă întreba ceva despre un pește: poate că peștele meu? Dacă am comandat pește? Dacă-mi place să pescuiesc? Era ceva despre peștii chinezești? Am auzit pe cineva repetând o întrebare (am recunoscut tiparul frazei de puțin mai devreme), și apoi am simțit că mi se închid ochii și mi-am zis ușurel că nu-i politicos să adormi când îți pune cineva pentru a doua oară o întrebare. Trebuie să mă trezesc. Așa că mi-am ridicat capul din piept și am zâmbit în genul „n-am înțeles prea bine“. Am văzut fețe uluite privind la mine. „Ești bine?“ a întrebat cineva, și am zis: „S-ar putea să nu fiu“, și niște prieteni care erau acolo m-au prins de brațe și m-au dus afară.

„Ce rău îmi pare“, ziceam mereu, vag conștient că lăsasem toată lumea de la masă convinsă că probabil eram drogat și dorindu-mi să fi spus, pur și simplu, că sunt deprimat, îndopat cu medicamente și nesigur că o să fac față acelei seri. „Ce rău îmi pare“, și toți o țineau una și bună, că n-are de ce să-mi pară rău. Iar prietenii care mă salvaseră m-au dus acasă și m-au urcat în pat. Mi-am scos lentilele de contact și apoi am încercat să stau un pic la taclale, ca să mă liniștesc. „Ei, și ce mai faceți?“ am zis, dar, când prietenul a încercat să-mi răspundă, a început să dispară, ca motanul Cheshire,<sup>79</sup> și apoi mi-am pierdut cunoștința și am dormit, vreme de șaptesprezece ceasuri, un somn

greu și am visat un mare război. Dumnezeu, uitasem *intensit* te depresiei! Cât de adânc, cât de departe taie! Suntem determinați de seturi de norme care sunt dincolo de noi. Normele după care am fost crescut și pe care le-am stabilit pentru mine sunt destul de înalte pentru standardele lumii; dacă nu mă simt în stare să scriu cărți, simt că ceva nu-i în ordine cu mine. Normele unora sunt mult mai scăzute; ale altora sunt mult mai înalte. Dacă George W. Bush se trezește într-o zi simțind că nu poate fi conducătorul lumii libere, ceva nu-i în ordine cu el. Dar unii oameni simt că sunt bine atâta vreme cât se pot hrăni și trăiesc mai departe. Să te prăbușești la o cină este mult în afara zonei pe care o socotesc în ordine.

M-am trezit, simțindu-mă ceva mai puțin rău decât în ziua precedentă, cu toate că eram supărat că-mi pierdusem controlul. Ideea de a ieși din casă continua să pară șocant de grea, dar știam că mă pot duce la parter (cu toate că nu eram sigur că-mi doresc așa ceva). Am putut să trimit niște e-mailuri. Am vorbit încâlcit la telefon cu psihofarmacologul meu, care a propus să reduc la jumătate zyprexa și să reduc consumul de xanax. Sincer, nu mi-a venit să cred când, în acea după-amiază, simptomele au început să dispară. Până seara, eram aproape bine – ca un rac pagur,<sup>80</sup> care a crescut prea mare pentru cochilie și iese din ea, se târăște, vulnerabil, pe plajă și apoi găsește altă cochilie. Cu toate că mai aveam ceva drum de străbătut, mă bucuram să știu că-mi revin.

Așa că asta a fost a treia cădere psihică. A fost o revelație. Dacă prima și a doua au fost acute pe perioade de circa șase săptămâni și au durat, cu totul, cam opt luni fiecare, cea de-a treia, pe care o numesc „minicăderea” psihică, a fost acută timp de șase zile și a durat, cu totul, cam două luni. Am fost norocos să reacționez atât de bine la zyprexa, dar am constatat că și cercetarea pe care o făcusem pentru această carte, indiferent dacă avea să fie sau nu valoroasă pentru altcineva, îmi fusese extrem de utilă. Am fost trist, dintr-o serie de motive, timp de câteva luni: am fost într-un stres considerabil, făcând față lucrurilor, dar nu cu ușurință. Întrucât am învățat atât de multe despre depresie, am recunoscut de îndată punctul critic. Am găsit un



psihofarmacolog capabil să alcătuiască cu iscusință un cocktail de medicamente. Cred că, dacă aş fi luat medicamente înainte ca prima cădere psihică să mă târască până în adâncul genunii, aş fi fost în stare să aduc la ordine depresia înainte de a scăpa de sub control, şi poate chiar aş fi evitat căderile psihice reale. Dacă n-aş fi renunţat la medicamentele care m-au ajutat să ies cu bine din acea cădere psihică, poate că n-aş mai fi avut-o pe a doua. Pe când mă îndreptam spre a treia, eram hotărât să nu mai fac nicicând vreo altă greşeală stupidă.

Restabilirea după o boală mintală necesită întreţinere; cu toţii avem parte periodic de o traumă fizică sau psihologică şi sunt multe riscuri ca, dintre noi, cei cu vulnerabilitate accentuată să aibă momente de recidivă în faţa problemelor. O viaţă de relativă libertate se poate desfăşura cel mai bine dacă atenţia, însoţită de prudenţă şi pricepere, care se acordă medicaţiei este echilibrată de discuţii constante, care să sporească sagacitatea. Cele mai multe dintre persoanele cu depresie gravă au nevoie de o combinaţie de medicamente, uneori în doze netradiţionale. De asemenea, au nevoie să-şi înţeleagă eul instabil, la care îi poate ajuta un profesionist. Printre cei ale căror poveşti mi s-au părut dureros de tragice sunt cei mulţi care au avut depresie, au căutat sprijin şi li s-a avârlit un produs pe care l-au luat, adesea într-o doză greşită, care a ajutat pe jumătate în cazul unor simptome care ar fi putut să fie lecuite. Poate că tragedia cea mai mare este a celor care ştiu că primesc un tratament neadecvat, dar organizaţiile de întreţinere a sănătăţii (*health maintenance organizations* – HMO) şi companiile de asigurări fac cu neputinţă pentru ei altceva mai bun.

Există o veche istorioară care se obişnuia să fie spusă în familia mea, despre o familie săracă, un înţelept şi o capră. Familia cea săracă trăia în necazuri şi mizerie, nouă suflete clae peste grămadă în aceeaşi odaie, nimeni nu mânca pe săturate, erau îmbrăcaţi în zdrenţe şi-şi duceau viaţa într-o sărăcie lucie. În cele din urmă, într-o bună zi, capul familiei s-a dus la înţelept şi i-a zis: „Mare înţelept, suntem atât de săraci, că abia ne mai ducem zilele. Hărmălaia e cumplită, iar murdăria ne sufocă, şi e ucigător că nimeni n-are un ungher al său, şi niciodată nu ne ajunge mâncarea, şi începem să ne urâm

unul pe altul, și e de-a dreptul îngrozitor. Ce să facem?“ La care înțeleptul a răspuns simplu: „Trebuie să faceți rost de o capră și să trăiți cu capra în casă timp de o lună. După aceea, problemele tale o să se rezolve.“ Omul s-a uitat uimit la înțelept: „O capră? Să stăm cu o capră în casă?“ Dar înțeleptul a ținut-o pe-a lui, și, de vreme ce era un om cu foarte multă minte, omul a făcut cum i-a spus acesta. În luna care a urmat, viața din casa omului a fost de-a dreptul insuportabilă. Gălăgia era și mai mare; murdăria era și mai multă; nici nu mai putea fi vorba de vreun ungher în care să se retragă cineva; nu era nimic de mâncare, deoarece capra mânca totul; nici haine nu mai erau, căci capra mâncase și hainele tuturor. Animositatea din casă devenise explozivă. Când a trecut luna, omul s-a dus la înțelept cu-o falcă-n cer și una-n pământ: „Am trăit o lună cu o capră în colibă“, a zis. „A fost de groază. Cum ai putut să ne dai un sfat atât de vrednic de batjocură?“ Înțeleptul a dat din cap cu tâlc și a zis: „Acum, dă afară capra și o să vezi ce pașnică și minunată o să vă fie viața.“

Așa e și cu depresia. Dacă ești în stare să scapi de depresie, poți trăi într-o pace minunată cu problemele din viața reală cu care poate că trebuie să te confrunți și care, comparativ, par totdeauna minime. I-am telefonat unuia dintre oamenii pe care-i interviewam pentru această carte, și am început politicos conversația, întrebând cum se simte. „Păi“, a zis el, „mă doare spatele; mi-am scrântit o gleznă; copiii sunt furioși pe mine; plouă cu găleata; mi-a murit pisica; și sunt în pragul falimentului. Pe de altă parte, în prezent sunt asimptomatic pe plan psihologic, așa că așa zice că, una peste alta, lucrurile stau excelent.“ Cea de-a treia cădere psihică a fost pentru mine o adevărată capră; a venit în momentul în care eram nemulțumit de o serie de lucruri din viața mea, despre care știam, la nivel rațional, că sunt, în ultimă instanță, reparabile. Când am ieșit din ea, am simțit că am chef să dau o petrecere ca să sărbătoresc bucuria din viața mea încâlcită. Și m-am simțit surprinzător de pregătit, de fapt ciudat de fericit, să mă întorc la cartea aceasta, pe care o dădusem deoparte în cele două luni dinainte. Acestea fiind spuse, fusese o cădere psihică și s-a petrecut când luam medicamente, iar de atunci încoace nu m-am mai simțit niciodată în deplină siguranță. În ultimele etape

ale scrierii acestei cărți, am avut crize de teamă și singurătate. Nu erau din zona căderii psihice, dar uneori scriam o pagină și apoi trebuia să mă culc o jumătate de ceas ca să-mi revin după propriile cuvinte. Uneori, îmi dădeau lacrimile; alteori, deveneam neliniștit și stăteam o zi sau două în pat. Cred că aceste trăiri reflectau cu exactitate dificultatea acestei scrieri și o anumită nesiguranță paralizantă în privința propriei vieți, dar nu mă simt liber; nu sunt liber.

M-am descurcat destul de bine cu efectele secundare. Psihofarmacologul meu este expert în gestionarea acestor efecte. Medicamentele au avut efecte secundare pe plan sexual – libidoul ușor scăzut și problema generală a orgasmului mult întârziat. Acum câțiva ani, am început să iau și wellbutrin; a părut să-mi pună iar în funcțiune libidoul, cu toate că lucrurile n-au mai fost niciodată la înălțimea vechilor standarde. Psihofarmacologul mi-a dat și viagra, în cazul în care apare acel efect secundar, și de atunci înapoi a adăugat dexamfetamină, care se presupune că întărește impulsul sexual. Cred că o face, dar mă și agită. Corpul meu pare să treacă prin schimbări ce-mi depășesc capacitatea de observație, și ceea ce funcționează minunat într-o noapte poate da rateuri în noaptea următoare. Zyprexa seadează și, de cele mai multe ori, dorm prea mult, cam zece ore pe noapte, dar, pentru nopțile în care sunt asaltat de senzații și nu pot închide ochii, am la îndemână xanaxul.

Împărtășirea poveștilor despre căderile psihice creează o intimitate ciudată. Am comunicat cu Laura Anderson aproape zilnic, peste trei ani, iar, când am avut a treia cădere psihică, a fost extrem de atentă cu mine. A apărut din senin în viața mea și s-a înfiripat între noi o prietenie de o stranie și bruscă apropiere: în câteva luni de la prima ei scrisoare, mi se părea că o știu dintotdeauna și, cu toate că legătura dintre noi – mai ales prin e-mail, dar uneori prin scrisori sau ilustrate, foarte rar prin telefon și o dată față în față – a rămas separată de ansamblul vieții mele, eram atât de obișnuit cu ea, încât a devenit, foarte curând, dependentă. A luat forma unei povești de iubire, trecând prin descoperire, extaz, oboseală, renaștere, obișnuință și profunzime. Uneori,

Laura era „prea mult“ și „prea curând“, iar la începutul legăturii noastre mă revoltam uneori împotriva ei sau încercam să limitez contactul nostru – dar curând am ajuns să mă simt, în rarele zile în care nu aveam vești de la Laura, ca și cum aș fi ratat o masă sau o noapte de somn. Cu toate că Laura Anderson suferă de tulburare bipolară, episoadele ei de manie sunt mult mai puțin intense decât cele depresive și sunt mai ușor de controlat – o situație numită, din ce în ce mai des, „bipolaritate de tip doi“. Este una dintre numeroasele persoane în care, indiferent cât de bine sunt reglate medicațiile, tratamentele și comportamentele, depresia stă veșnic la pândă – în unele zile e scutită de ea, iar în alte zile nu, și nu poate face nimic ca s-o țină la distanță.

Mi-a trimis prima scrisoare în ianuarie 1998. Era o scrisoare plină de speranță. Citise în revistă articolul meu despre depresie și avea impresia că ne cunoaștem. Mi-a dat numărul de telefon de acasă și mi-a spus s-o sun oricând, la orice oră, ori de câte ori am chef, și a adăugat o listă cu albumele care au ajutat-o să treacă peste momentele grele și una dintre cărțile care credea că o să-mi placă, fiind pe lungimea mea de undă. Era în Austin, Texas, deoarece acolo trăia prietenul ei, dar se simțea cam izolată și plictisită. Fusesse prea deprimată ca să lucreze, cu toate că o interesa să lucreze pentru guvern și spera să găsească un post la sediul autorităților din Texas. Mi-a spus că a luat prozac, paxil, zoloft, wellbutrin, klonopin, buSpar, valiu, librium, ativan și, „firește, xanax“, iar acum lua câteva dintre ele, precum și depakote și ambien. Avea probleme cu psihiatrul care o avea în observație, „așa că – ia ghicește! – trecem la doctorul numărul patruzeci și nouă“. Era în scrisoarea ei ceva care m-a atras și i-am răspuns cât de cald am putut.

A doua oară am primit vești de la ea în februarie. „Depakote nu se arată la înălțime“, scria. „Sunt frustrată de pierderea memoriei, de tremurul mâinilor, de bâlbâială și de faptul că uit bricheta – când a fost, oricum, nevoie de patruzeci de minute ca să adun la un loc țigările și scrumiera. Sunt frustrată, pentru că aceste boli mi se par evident *multipolare* în multe situații – asta mă face să-mi doresc ca Lévi-Strauss să nu ne fi atras niciodată atenția asupra opoziției binare. *i i let* este cam tot ce pot obține cu prefixul ăsta. Sunt convinsă că există patruzeci de nuanțe diferite de negru, dar nu-mi

place să privesc asta pe o scală liniară – o văd mai degrabă ca pe un cerc și un ciclu în care roata se învâртеște prea repede, iar dorința de moarte poate intra prin orice spiță. M-am gândit să mă internez săptămâna asta, dar am fost acolo destul de mult ca să știu că n-o să mă lase cu un aparat de radio stereo, fie și cu căști, ori cu foarfece ca să fac felicitări de Sfântul Valentin, și că o să-mi fie dor de câinii mei, și o să-mi lipsească nespus, și o să fiu îngrozită fără Peter, prietenul meu, care mă iubește, cu tot vomitul, și furia, și neastâmpărul, și faptul că nu facem dragoste, și că ar trebui să dorm pe hol, lângă biroul asistentelor, ori să fiu încuiată într-o cameră și supravegheată să nu mă sinucid și așa mai departe... ei bine, nu, mulțumesc. Am încredere că medicamentele mă păstrează ecuatorială – între cei doi poli – și o să-mi fie bine.“

Când a venit primăvara, dispoziția i s-a îmbunătățit. În mai, a rămas gravidă și era încântată să aibă un copil. A aflat însă că depakote a fost asociat cu spina bifidă și cu o dezvoltare necorespunzătoare a creierului; a încercat să renunțe la medicament; și-a făcut griji că n-a renunțat destul de devreme; a început să se destabilizeze; și, curând, mi-a scris: „Iată-mă, după avort, într-o sumbră letargie. Presupun că revenirea la medicamente e raza mea de speranță. Încerc să nu mă înfurii sau să n-am resentimente pentru toate astea, dar uneori pare atât de nedrept. Aici, în Austin, e o zi cu vânticel, cu cer larg, albastru, și mă întreb de ce mă simt atât de golită. Vezi? Orice – chiar și o reacție obișnuită la un calvar jalnic – mă face să mă tem că s-ar putea să fiu la un pas de depresie. Dar sunt într-un soi de ceață tern-morocănoasă de valiu: mă doare capul și sunt stresată de atâta plâns.“

Peste zece zile, scria: „M-am stabilizat – poate că mergând un pic mai departe decât mi-ar plăcea, dar nu într-o direcție îngrijorătoare. Am schimbat doctorii și medicamentele – de la depakote la tegretol, cu un strop de zyprexa, ca să grăbească efectele tegretolului. Zyprexa mă încetinește de-a binelea. Efectele secundare fizice în cazul bolilor mintale par un adevărat afront! Cred că, după toate chestiile pe care le-am luat, mă calific acum pentru Depresie Avansată. Și totuși – am amnezia asta ciudată –, devine imposibil să-mi amintesc când este o oră așa cum trebuie, cât de cumplită e

depresia – îți croiești drum prin minute fără sfârșit. Sunt atât de obosită, sleită să tot încerc să-mi imaginez cum sunt când sunt «bine» – ce anume este normal sau acceptabil pentru mine.“

Peste câteva zile, scria: „Sfiala te împiedică să le oferi celorlalți acces prea profund la personalitatea ta – ca urmare, cei mai mulți dintre prietenii pe care mi i-am făcut în ultimii opt sau nouă ani sunt de suprafață. Asta mă face să mă simt tot mai însingurată, tot mai stupid. Am sunat-o bunăoară pe o prietenă foarte dragă (și foarte obositoare) din Virginia, care vrea să știe de ce nu mă duc s-o văd pe ea și pe bebelușul ei. Ce pot spune? Că mi-ar fi plăcut să fac această călătorie, dar îmi concentrez toate forțele pe încercarea de a nu ajunge la spitalul de boli mintale? E atât de umilitor – atât de degradant. Dacă aș ști că n-o să fiu prinsă, mi-ar plăcea să mint în privința asta – să inventez un cancer acceptabil, care tot apare și dispare, pe care oamenii l-ar putea înțelege – care să nu-i facă să se simtă speriați și stingheriți.“

Laura e obstrucționată permanent; fiecare parte a vieții ei se definește pe baza bolii. „Cât despre întâlniri: am nevoie ca persoanele cu care ies să fie în stare să-și poarte singure de grijă, căci pentru a avea grijă de mine e nevoie de multă energie și nu pot fi răspunzătoare de vreo ofuscare, cât de mică, a cuiva. Nu-i așa că-i groaznic să gândești așa despre dragoste? Mi-e greu să mă descurc și profesional – angajările de scurtă durată, golurile dintre ele. Cine are chef să asculte despre nădejdea pe care ți-o pui în noile medicamente? Cum poți cere să înțeleagă cineva? Înainte să am boala asta, eu însămi am avut un bun prieten care era depresiv. Ascultam tot ce-mi spunea, ca și cum am fi vorbit aceeași limbă, însă ceea ce am învățat de atunci încoace este că depresia vorbește – sau te învață – o limbă cu totul diferită.“

În lunile care au urmat, părea că se luptă cu ceva ce simțea că stă în culise. Între timp, ne-am apucat să ne cunoaștem unul pe altul. Am aflat că fusese molestată în adolescență și violată când avea douăzeci de ani și un pic, și că fiecare dintre aceste experiențe a lăsat urme adânci. S-a căsătorit la douăzeci și șase de ani și a avut prima depresie în anul următor. Soțul ei părea incapabil să facă față situației, iar ea făcea față bând prea mult. În toamnă, a cam luat-o razna și s-a dus la doctor; acesta i-a spus că nu-i decât

tionată și i-a prescris valiu. „Nebunia îmi învăluia mintea, dar trupul îmi era cuprins de o groaznică încetineală“, mi-a spus mai târziu. La petrecerea de Crăciun pe care a dat-o împreună cu soțul ei în luna următoare, s-a înfuriat și a aruncat în el cu pastă de păstrăv. S-a dus apoi la etaj și a înghițit restul de valiu. El a dus-o la urgență și le-a spus celor de acolo că nu știe ce să mai facă cu ea; a fost dusă într-un salon de boli mintale și a rămas acolo pe perioada sărbătorilor de Crăciun. Când s-a întors acasă, luând medicamente cu pumnul, „căsnicia era terminată. Am scos-o târâș-grăpiș anul următor, iar de Crăciunul ce a urmat ne-am dus la Paris, și m-am uitat la el peste bucatele aflate pe masă, și mi-am zis: «Nu-s mai fericită acum decât anul trecut, la spital.»“ L-a părăsit, și-a găsit destul de repede un nou partener și s-a mutat la Austin, ca să fie cu el. După aceea, depresia a fost un oaspete destul de frecvent, cel puțin o dată pe an.

În septembrie 1998, Laura mi-a scris ca să-mi povestească despre un scurt acces al acelei „îngrozitoare anxietăți letargice“. La jumătatea lui octombrie, începea să se piardă, și o știa. „Încă nu s-a instalat cu totul depresia, dar încetinesc un pic – vreau să zic că trebuie să mă concentrez, la din ce în ce mai multe niveluri, pe fiecare lucru pe care-l fac. Nu sunt total deprimată în acest moment, dar am intrat într-o criză.“ A început să ia wellbutrin. „Pur și simplu, urăsc senzația asta de distanțare de toate“, se plângea. Curând după aceea, a început să stea zile întregi în pat. Medicamentele își pierduseră iarăși eficiența. S-a rupt de oamenii din jur și s-a concentrat pe câinii săi. „Când depresia îmi slăbește dorințele obișnuite – nevoia de răs, de sex, de mâncare –, câinii îmi aduc singurele clipe de suflet.“

La începutul lui noiembrie, a protestat: „Acum, nu mai fac decât baie în cadă, căci apa care mă izbește din duș e prea greu de suportat dimineața și pare, zilele astea, un fel prea violent de a începe ziua. Să conduc mașina e un efort prea mare. Ca și mersul la bancomat, cumpărăturile – orice.“ A închiriat filmul *Vr jitorul din Oz* ca să se distreze, dar „părțile triste mă fac să plâng“. Și-a pierdut pofta de mâncare. „Am încercat azi un pic de ton, dar m-a făcut să vărs, așa că am mâncat un pic de orez când le-am făcut mâncare

câinilor.“ S-a plâns că până și mersul la doctor îi face rău. „E greu să-i spun sincer cum mă simt, pentru că nu vreau să-l dezamăgesc.“

Ne-am păstrat corespondența zilnică; când am întrebat-o pe Laura dacă nu-i este greu să mai scrie, a spus: „Să le acorzi atenție altora este calea cea mai simplă de a primi atenție *de la* alții. Este, de asemenea, cea mai simplă cale de a-ți păstra simțul proporțiilor în privința ta însuși. Am nevoie să-mi împărtășesc obsesia față de propriul eu. Sunt atât de conștientă de asta în clipa de față, încât mă crispez de câte ori ating tasta «I»<sup>81</sup>. (Aoleu! Aoleu!) Toată ziua, până acum, a fost strădania de a mă SILI să fac cele mai mărunte lucruri și încercarea de a evalua gravitatea situației mele – Sunt cu adevărat deprimată? Sunt doar leneșă? Neliniștea asta vine de la prea multă cafea, sau prea multe antidepresive? Procesul de autoevaluare însuși mă face să mă po-didească plânsul. Ceea ce-i conturbă pe toți e că nu pot FACE nimic ca să-i ajute pe ceilalți decât prin prezența lor. Mă bazez pe e-mail ca să rămân în toate mințile! Semnele de exclamare sunt mici minciuni.“

Mai târziu, în aceeași săptămână: „E zece dimineața și sunt deja co-pleșită de gândul la ziua de azi. Încerc, încerc. Mă învârt pe aici, gata să-mi dea lacrimile, cântând «Totul e-n regulă, totul e-n regulă» și respirând adânc. Scopul meu e să rămân în siguranță între autoanaliză și suicid. Mă simt acum de parcă-i secătuiesc de vlagă pe ceilalți, inclusiv pe tine. E tot ce pot să cer câtă vreme nu dau nimic. Cred totuși că, dacă mă-mbrac cu ceva care-mi place și-mi prind părul la spate și iau câinii cu mine, o să mă simt destul de sigură pe mine ca să mă duc la magazin să cumpăr niște suc de portocale.“

Înainte de Ziua Recunoștinței, a scris: „M-am uitat azi la poze vechi, și păreau că sunt instantanee din viața altcuiva. Ce șir de schimbări provoacă medicamentele!“ Curând însă, a reușit cel puțin să se dea jos din pat. „Azi, am avut câteva momente bune“, a scris la sfârșitul lunii. „Mai multe din astea, vă rog, de la oricine care are de dat. Am putut să merg printr-o mulțime și să nu mă simt stingherită.“ A doua zi, a avut o mică recidivă. „Îmi er mai bine și speram că începe ceva minunat, dar azi simt multă neliniște, de soiul «căderii pe spate», a «chingii strânse în capul pieptului». Dar mai am un



pic de speranță, și asta mă ajută.“ A doua zi, lucrurile au stat mai rău. „Starea mea de spirit continuă să fie sumbră: panică dimineața și neputință absolută către seară.“ A descris plimbarea în parc cu prietenul ei. „A cumpărat un catalog în care erau descrise toate plantele. La descrierea unui copac, scria: «TOATE PĂRȚILE, MORTAL TOXICE». M-am gândit că poate aș da de copacul ăla, să mestec o frunză sau două, să mă ghemuiesc sub o piatră și să dispar. Mi-e dor de Laura, căreia i-ar fi plăcut grozav, azi, să-și pună costumul de baie, să zacă la soare și să se uite la cerul albastru, albastru! A fost smulsă din mine de o vrăjitoare rea și înlocuită cu o față oribilă! Depresia îmi răpește fiecare dintre lucrurile care-mi place cu adevărat, realmente la mine (dintre care nu-s prea multe, de fapt). Sentimentul lipsei de speranță, al totalei disperări nu-i altceva decât o modalitate mai lentă de a muri. Încerc, între timp, să răzlesc prin aceste mari mase de urâciune. Îmi dau seama de ce li se spune «neplăcute»<sup>82</sup>.”

Peste o săptămână, era însă clar că se simte mai bine. Și apoi, deodată, la un magazin 7-Eleven, și-a ieșit din fire când cel de la teighea s-a ocupat de cumpărăturile altcuiva înaintea cumpărăturilor ei. Cu o furie complet necaracteristică ei, a zberlat: „ISUSE CRISTOASE! E un *m g zin*, sau o împuțită de tarabă cu hot-dog?“ și a ieșit fără apa gazoasă. „Nu-i decât un urcuș cu hopuri. M-am săturat până-n gât să vorbesc despre asta, să mă gândesc la asta.“ Când prietenul i-a spus că o iubește, a izbucnit în lacrimi. A doua zi, se simțea mai bine, a mâncat de două ori și și-a cumpărat o pereche de șosete. S-a dus în parc și, deodată, i-a venit chef să se dea în leagăn. „După ce petrecusem toată săptămâna trecută sub amenințarea senzației de cădere pe spate, era minunat să mă dau în leagăn. Te simți invers: o senzație de ușurime, un fel de șuierat, în mijlocul pieptului, ca atunci când treci de culmea unui deal cu mașina *t t t tre uie* de repede. E plăcut pur și simplu să faci ceva atât de simplu; am început să mă simt ceva mai mult eu însămi, și a revenit senzația că sunt ușoară și că mă simt deșteaptă și strălucitoare. N-am de gând să sper prea mult pentru mai mult timp, dar acea simplă senzație a lipsei grijilor abstracte, a lipsei poverii sau tristeții inexplicabile era atât de bogată,

și reală, și bună, încât, de data asta, n-am simțit nevoia să plâng. Știu că celelalte sentimente o să se-ntoarcă, dar cred că, în seara asta, am parte, de la Dumnezeu și de la leagăn, de o amânare, de o aducere aminte să sper și să fiu răbdătoare, o prevestire a unor lucruri bune care vor veni.“ În decembrie, a avut o reacție adversă la litiu; pielea i-a devenit insuportabil de uscată. Și-a redus doza și a început să ia neurontin. Părea că dă rezultate. „Întoarcerea la centru, *un* centru, cunoscut ca EU, mă face să mă simt bine și pare adevărată.“

În octombrie următor, ne-am întâlnit, în sfârșit. Stătea la mama ei în Waterford, Virginia, un vechi orașel frumos din apropiere de Washington, locul unde a crescut. Țineam de-acum atât de mult la ea, încât nu-mi venea să cred că nu ne întâlniserăm niciodată. M-am dus cu trenul și m-a așteptat la gară, însoțită de prietenul ei Walt, pe care-l vedeam tot pentru prima oară. Era suplă, blondă, frumoasă. Dar timpul petrecut cu familia stârnise prea multe amintiri, și nu se simțea prea bine. Era cumplit de neliniștită, atât de neliniștită, încât cu greu reușea să vorbească. Șoptind răgușit, și-a cerut scuze pentru starea în care era. Era limpede că face un efort enorm la fiecare mișcare. A spus că, în săptămâna aceea, a alunecat tot mai jos. Am întrebat dacă eu îi sporesc crisparea, și m-a asigurat că nu. Ne-am dus să prânzim la un restaurant, și a comandat scoici. Părea că nu e-n stare să le mănânce; îi tremurau rău mâinile și, cât a încercat să desfacă niște cochilii, s-a stropit toată cu sosul în care fuseseră aduse. Nu putea să și vorbească și să se și ocupe de scoici, așa că eu și cu Walt am stat de vorbă. El a descris declinul treptat al Laurei în timpul săptămânii, iar ea scotea mici sunete aprobatoare. Renunțase de-acum la scoici și-și concentrase toată atenția asupra unui pahar de vin alb. Eram de-a dreptul șocat; mă avertizase că lucrurile merg rău, dar nu eram pregătit pentru aerul ei de frivolitate.

L-am lăsat pe Walt undeva și apoi am condus eu mașina Laurei, pentru că ea tremura mult prea tare. Când ne-am întors acasă, mama ei s-a arătat îngrijorată. Laura și cu mine am avut o conversație care ba era, ba nu era coerentă; ea părea că vorbește de undeva, de departe. Și apoi, pe când ne uitam la niște fotografii, deodată s-a blocat. Nu mai văzusem niciodată așa ceva, și

nici nu-mi imaginasem. Îmi spunea cine sunt cei din fotografia și a început să repete. „Asta-i Geraldine“, a spus, și apoi s-a tras înapoi și a zis iar, arătând cu degetul: „Asta-i Geraldine“, și iar „Asta-i Geraldine“ și, de fiecare dată, pronunțarea silabelor dura mai mult. Fața îi era încremenită și părea că-i e greu să-și miște buzele. I-am chemat pe mama și pe fratele ei, Michael. Michael și-a pus mâinile pe umerii Laurei și a zis: „E-n ordine, Laura. E-n ordine.“ În cele din urmă, am izbutit s-o ducem la etaj; încă mai repeta „Asta-i Geraldine“. Mama ei i-a scos îmbrăcămintea pătată cu sos de scoici și a culcat-o pe pat, s-a așezat alături și a început să-i maseze mâna. Întâlnirea nu semăna nici pe departe cu ceea ce-mi închipuisem.

După cum a reieșit, unele dintre medicamentele ei au interacționat rău, ceea ce i-a provocat respectivul atac; ele fuseseră, de fapt, motivul pentru ciudata rigiditate de după-amiază, pentru pierderea vorbirii, hiperanxietate. La sfârșitul zilei, depășise deja ce a fost mai rău, dar „toată culoarea secătuisese din sufletul meu, întregul eu din eul pe care-l iubeam; eram doar un trupuşor de păpușă din ceea ce fusesem.“ Curând, a trecut la un regim nou. De-abia de Crăciun a început să se simtă din nou ea însăși; și apoi, în martie 2000, tocmai când lucrurile mergeau spre bine, a avut iar crize. „Sunt atât de speriată“, mi-a scris. „Și atât de umilă. E de-a dreptul jalnic când vestea cea mai bună pe care o poți împărtăși e că nu ai convulsii.“ Peste șase luni, crizele au revenit. „Nu pot continua să-mi tot ridic viața de pe jos“, mi-a spus. „Mă tem atât de tare de crize, că mă cuprinde neliniștea – azi, am plecat de acasă la muncă și am vomat pe mine în vreme ce conduceam mașina. A trebuit să mă întorc acasă să mă schimb, ca să mă pot duce la birou, așa că am întârziat, și le-am spus că am avut o criză, dar tot mi-au dat avertisment. Doctorul vrea să iau valiu, dar asta mă face să-mi pierd cunoștința. Asta e acum viața mea. Asta o să fie viața mea mereu, aceste bruște coborâri îngrozitoare în Iad. Cumplite amintiri. Pot oare răbda să trăiesc așa?“

Pot oare răbda să trăiesc așa cum trăiesc? Ei bine, poate răbda oricare dintre noi să trăiască având propriile probleme? În cele din urmă, cei mai

mulți dintre noi pot. Mergem mai departe. Vocile trecutului se întorc, ca voci ale morților, să ne țină isonul la schimbări și la trecerea anilor. Când sunt trist, îmi amintesc preamult și preabine: totdeauna mama, și cum eram eu când ședeam în bucătărie și vorbeam, de când aveam cinci ani și până la moartea ei, când aveam douăzeci și cinci; momentul acela de la Paris, pe la jumătatea anilor '80, cu prietena mamei, Sandy, care voia să-i ofere pălăria verde de soare Ioanei d'Arc, Sandy care a murit peste doi ani; unchiul meu Don și mătușa Betty, din partea bunicilor, și ciocolata din sertarul lor de sus; verii tatălui meu, Helen și Alan, mătușa mea Dorothy, și toți ceilalți care s-au dus. Aud vocile morților tot timpul. Noaptea e momentul în care oamenii aceștia și propriul meu trecut vin să mă viziteze, iar când mă trezesc și îmi dau seama că nu sunt în aceeași lume cu mine, simt acea stranie disperare, cumva dincolo de tristețea obișnuită și înrudită strâns, pentru o clipă, cu angoasa depresiei. Și totuși, chiar dacă mi-e dor de ei și de trecutul pe care l-au creat pentru mine și cu mine, calea către iubirea lor absentă este, o știu, să trăiesc, să rămân aici. E oare depresie atunci când mă gândesc că aș prefera să mă duc unde s-au dus ei, și să încetez strădania nebunească de a rămâne în viață? Ori e doar o parte a vieții să trăiești mai departe în toate felurile pe care nu le putem suporta?

Existența trecutului, realitatea trecerii timpului mi se par incredibil de grele. Mi-e casa plină de cărți pe care nu le pot citi, și de înregistrări pe care nu le pot asculta, și de fotografii la care nu mă pot uita, pentru că sunt prea strâns legate de trecut. Când întâlnesc prieteni din facultate, încerc să nu vorbesc prea mult despre facultate, deoarece am fost tare fericit atunci – nu neapărat mai fericit decât sunt acum, dar cu o fericire care era aparte și specifică, prin stările ei, și care nu se va mai întoarce niciodată. Acele zile de tinerească splendoare mușcă din mine. Mă izbesc tot timpul de ziduri de trecută plăcere, și pentru mine plăcerea trecută e mult mai greu de prelucrat lăuntric decât durerea trecută. Să te gândești la un moment cumplit care a trecut: bine, știu că stresul posttraumatic e o suferință acută, dar pentru mine traumele trecutului sunt, slavă Domnului, departe. Plăcerile trecutului sunt însă dure. Amintirea vremurilor bune petrecute cu oameni care nu mai sunt în

viață, sau care nu mai sunt cei care erau: aici îmi aflu cea mai mare durere din prezent. Nu mă faceți să-mi amintesc, le spun rămășițelor plăcerilor trecute. Depresia poate fi la fel de bine consecința faptului că ai avut parte de prea multe bucurii, ca și a faptului că ai avut parte de prea multe orori. Există și ceva care se poate numi stres postbucurie. Cea mai gravă dintre depresii se găsește într-un moment prezent care nu poate scăpa de trecutul pe care-l idealizează ori îl deplânge.

### Note

35. Povestea perioadei trăite alături de ruși apare în prima mea carte, *The Irony Tower*, și în articolele ulterioare din *The New York Times Magazine: Three Days in August*, apărut pe 29 septembrie 1991, *Artist of the Soviet Wreckage*, apărut pe 20 septembrie 1992 și *Young Russia's Defiant Decadence*, apărut pe 18 iulie 1993.

36. Formația rock era *Middle Russian Elevation*.

37. Citatul din Gerhard Richter se găsește în jurnalul său poetic, publicat sub titlul *The Daily Practice of Painting*, p. 122.

38. Articolul – *Defiantly Deaf* – pe care-l terminam când am avut criza de pietre la rinichi a fost publicat în *The New York Times Magazine*, pe 28 august 1994.

39. Ideea de coincidență a funcțiilor hipotalamică și corticală a fost menționată în numeroase ocazii și este explicată în *Peter Whybrow, A Mood Apart*, pp. 153–165.

40. Procentele se bazează, după părerea mea, pe date științifice complicate și încă nesigure și, prin urmare, prezintă discrepanțe mari. Cu toate acestea, am preluat aceste statistici – ce reflectă consensul general – din eseu lui Eric Frombonne *Depressive Disorders: Time Trends and Possible Explanatory Mechanisms*, publicat în *Psychosocial Disorders in Young People*, Michael Rutter și David J. Smith (coord.), p. 576.

41. Nu m-am ocupat pe larg de boala maniaco-depresivă; este un subiect care are dreptul la propriile cărți. Găsiți o examinare științifică a aspectelor specifice acestei boli la Fred Goodwin și Kay Jamison, *Manic-Depressive Illness*.

42. Observațiile făcute de Julia Kristeva sunt din *Black Sun*, p. 53.

43. Poezia lui Emily Dickinson, care se numără printre preferatele mele dintre toate poeziile din lume, se află în *The Complete Poems of Emily Dickinson*, pp. 128–129 (trad. rom. și postfață de Veronica Porumbacu, în *Emily Dickinson, Versuri*, Editura pentru Literatură Universală, București, 1969, pp. 84–85: „Simții o-Nmormântare-Creier / Și-n Dolii Oamenii jeleau / Și se-agitau – până ce Mîntea / Întreagă și-o pierdeau – / Și-odată așezați – o Slujbă / Ca Toba se porni – / Bătând – bătând – încât credeam / Că-ndată voi surzi – // Și-i auzeam cu un Sicriu / Prin Suflet cum îmi trec – / C-un scârțait de Tălpi de Plumb – / Și-n Hău – un dangăt – sec – // Văzduhul tot precum un Clopot / Și-Ureche îl simții – / Tăcerea –

eu – ciudate Specii / Naufragiate – aci – // Apoi – o Scândură în Minte / Se rupse – și-am căzut – / De Lumi lovindu-mă-n cădere – / Nimic n-am mai știut –“ – n.ed.).

44. Citatul din Daphne Merkin a apărut în *The New Yorker* din 8 ianuarie 2001, p. 37.

45. „Noaptea / Era târzie, zăpușeală: era / New York, în iulie. / Eram în odaia mea, pitită, / urând nevoia de a înghiți.“ (Poezia Elizabethei Prince n-a fost publicată.)

46. Citatul din Leonard Woolf se găsește în cartea sa *Beginning Again*, pp. 163–164.

47. Lista cu ceea ce se petrece în timpul depresiei este luat din prea multe surse ca să le înșir aici, precum și din nenumărate interviuri cu medici și alți specialiști. Găsiți descrieri minunate și frapante la Peter Whybrow, *A Mood Apart*, pp. 150–167. Numărul din aprilie 1999 al revistei *Psychology Today* oferă alt rezumat al aspectelor biologice ale depresiei. Rezumatul proceselor neurobiologice ale depresiei făcut de Charles Nemeroff în numărul din iunie 1998 al revistei *Scientific American* oferă, și el, o dezbateră mai detaliată, neacademică, a multe dintre problemele complexe ridicate aici.

48. Ideea că creșterea nivelurilor TRH ar putea fi un tratament folositor în cazurile de depresie, cel puțin temporar, este formulată în Fred Goodwin și Kay Jamison, *Manic-Depressive Illness*, p. 465.

49. Există, în prezent, multe lucrări care sprijină ideea că depresia se agravează pe parcursul vieții. Am discutat detaliat această chestiune cu Robert Post de la Institutul Național pentru Sănătate Mintală (NIMH) și John Greden de la Universitatea din Michigan.

50. Citatul din Kay Jamison este din *Night Falls Fast*, p. 198.

51. Ideea despre crizele din creierul animalelor provine, în mare măsură, din lucrările Suzannei Weiss și ale lui Robert Post. Găsiți informații despre fenomenul „activării“ și despre folosirea lui ca model pentru tulburările afective în articolul scris împreună de cei doi, *Kindling: Separate vs. shared mechanisms in affective disorders and epilepsy*, în *Neuropsychology* 38, nr. 3 (1998).

52. Informația despre lezionarea sistemelor monoaminice din creierul animalelor este preluată din Juan López et al., *Regulation of 5-HT Receptors and the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis: Implications for the Neurobiology of Suicide*, în *Annals of the New York Academy of Sciences* 836 (1997). Despre legătura dintre depresie, sistemul monoaminic și cortizol, v. Juan López et al., *Neural circuits mediating stress*, în *Biological Psychiatry* 46 (1999).

53. Această explicație a reacțiilor de stres în depresie se bazează pe lucrările elaborate de Juan López și Elizabeth Young de la Universitatea din Michigan și de Ken Kendler de la Medical College of Virginia, Richmond. Explicațiile despre depresie sunt multe ca stelele de pe cer, dar eu cred că modelul bazat pe stres al oamenilor de știință de la Michigan e deosebit de convingător.

54. În privința studiului care a folosit pe bază experimentală ketoconazolul, v. O.M. Wolkowitz et al., *Antiglucocorticoid treatment of depression: double-blind ketoconazole*, în *Biological Psychiatry* 45, nr. 8 (1999).

55. Studiile pe babuini au fost efectuate de Robert Sapolsky și mi-au fost descrise într-un interviu cu Elizabeth Young. Lucrarea despre controlorii de trafic aerian se găsește în

R.M. Rose et al., Endocrine activity in Air Traffic Controllers at Work. II. Biological, Psychological and Work Correlates, în *Psychoneuroendocrinology* 7 (1982).

**56.** Faptul că inima e slăbită după un infarct miocardic e de-acum stabilit. Totuși, gravitatea vătămării suferite de inimă depinde de mărimea zonei de țesut mort din inimă. În vreme ce datele arată că leziunile izolate nu înseamnă obligatoriu o rată mai mare de risc de recidivă decât la grupurile de control, afecțiunea coronariană difuză o face aproape totdeauna. În orice caz, trebuie să se acorde atenție stării în care se află inima oricui a suferit un atac de cord, și acea persoană trebuie să urmeze terapii de prevenire a recidivei. Îi mulțumesc dr. Joseph Hayes de la Cornell pentru sprijinul acordat în această chestiune.

**57.** Lucrările lui Juan López despre sistemele de stres la cobai se găsesc în Juan López et al., Regulation of 5-HT<sub>1A</sub> Receptor, Glucocorticoid and Mineralocorticoid Receptor in Rat and Human Hippocampus: Implications for the Neurobiology of Depression, în *Biological Psychiatry* 43 (1998). Lucrarea despre legătura dintre nivelurile cortizolului și mărirea glandelor suprarenale constatată după sinucidere este în Juan López et al., Regulation of 5-HT Receptors and the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis: Implications for the neurobiology of suicide, în *Annals of the New York Academy of Sciences* 836 (1997).

**58.** Lucrări despre efectele stresului continuu asupra creierului sunt raportate în numeroase articole, o importanță majoritate dintre ele fiind efectuate de Robert Sapolsky. Pentru informații despre reacția creierului la stres, v. Robert Sapolsky et al., Hippocampal damage associated with prolonged glucocorticoid exposure in primates, în *Journal of Neuroscience* 10, nr. 9 (1990). Pentru studii despre interacțiunea stres biologic-statut social, v. Robert Sapolsky, Stress in the Wild, în *Scientific American* 262, nr. 1 (1990), precum și Social subordination as a marker of hypercortisolism: Some unexpected subtleties, în *Annals of the New York Academy of Sciences* 771 (1995). Discuția lui Greden despre epidemiologia depresiei majore este în Barbara Burns et al., General Medical and Specialty Mental Health Service Use for Major Depression, în *International Journal of Psychiatry in Medicine* 30, nr. 2 (2000).

**59.** Literatura despre antidepresive se bazează, în principal, pe studii pe termen scurt și arată că antidepresivele încep să aibă efect după două până la patru săptămâni, ajungând la funcționarea optimă într-un interval de șase săptămâni. Propria experiență îmi sugerează cu tărie ideea că este nevoie de multe luni pentru a ajunge la rezultatele depline ale acestor medicamente.

**60.** Faptul că 80 la sută dintre pacienți reacționează la medicație – dar numai 50 la sută la o anumită medicație – este formulat de Mary Whooley și Gregory Simon în *Managing Depression in Medical Outpatients*, în *New England Journal of Medicine* 343, nr. 26 (2000).

**61.** Prietenul la care fac aluzie este Diéry Prudent, a cărui poveste e spusă în capitolul 5.

**62.** Cercetările lui George Brown despre relația dintre depresie și pierderea cuiva apropiat sunt publicate în mai multe reviste academice, câteva dintre ele fiind menționate în bibliografie. Pentru o prezentare deosebit de bună a acestor lucrări, recomand eseul său *Loss and Depressive Disorders*, publicat în B.P. Dohrenwend (coord.), *Adversity, Stress and Psychopathology*.

63. Această importantă idee a lui Kay Jamison este rezumată concludent într-un pasaj din cartea sa despre sinucidere, *Night Falls Fast*: „Disperarea absolută a depresiei sinucigașe este, prin natura sa, contagioasă, și îi face pe cei care ar vrea să ajute incapabili s-o facă“, p. 294.

64. Faptul că primul episod de depresie este foarte legat de schimbările din viață, iar episoadele ulterioare sunt mai puțin dependente de astfel de evenimente este o idee pe care a adoptat-o mai întâi Emil Kraepelin în *Manic-Depressive Insanity and Paranoia*. Această idee a fost studiată pe larg, iar rezultatele au fost foarte coerente. Unul dintre cele mai recente studii – Ken Kendler et al., *Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: An evaluation of the ‘kindling’ hypothesis*, în *American Journal of Psychiatry* 157, nr. 8 (2000) – trece în revistă literatura cu acest subiect și găsește în propriile cercetări „dovezi solide și coerente ale unei interacțiuni negative. Cu alte cuvinte, la fiecare nou episod depresiv asocierea dintre evenimentele stresante și instalarea depresiei majore este tot mai slabă“.

65. Observațiile Sfântului Toma d’Aquino despre teamă apar în *Summa theologiae* I-II, q. 25, a. 4, vol. 6, p. 187. O bună traducere în limba engleză este în *Summa Theologica: Complete English Edition in Five Volumes*, q. 25, a. 4, vol. 2, pp. 702–703. Le mulțumesc dr. John F. Wippel și dr. Kevin White de la Catholic University of America pentru ajutorul pe care mi l-au dat la localizarea, traducerea și interpretarea acestor pasaje.

66. Suprapunerea parțială dintre tulburările afective, alcoolism și genetică este extrem de complicată. Găsiți un rezumat excelent al pozițiilor, studiilor și concluziilor actuale în Frederick Goodwin și Kay Jamison, *Alcohol and Drug Abuse in Manic-Depressive Illness*, care începe la p. 210 din cartea lor *Manic-Depressive Illness*. De asemenea, recomand călduros cartea lui David McDowell și Henry Spitz, *Substance Abuse*, și cartea lui Marc Galanter și Herbert Kleber, *Textbook of Substance Abuse Treatment*.

67. Această statistică despre tulburarea anxioasă este luată din Stephen Hall, *Fear Itself*, în *New York Times Magazine*, 28 februarie 1999, p. 45.

68. Găsiți o discuție mai profundă despre relația dintre anxietate și somn în T.A. Mellman și T.W. Uhde, *Sleep and Panic and Generalized Anxiety Disorder*, în James Ballenger (coord.), *The Neurobiology of Panic Disorder*.

69. Citatul este din *The Bell Jar*, p. 3 (cf. trad. rom. de Alexandra Coliban-Petre, în Sylvia Plath, *Clopotul de sticlă, Polirom, [Iași,] 2003, p. 9 – n.ed.*).

70. „[...] Cu mirarea / și amarul celui iertat / pentru un păcat pe care nu l-a săvârșit, / m-am întors la căsnicie și prieteni, / la nalbele cele tivite cu roz; m-am întors / la masa-mi de lucru, la cărțile și scaunul meu“ (Jane Kenyon, *Having It Out with Melancholy*, în volumul *Constance*, p. 25).

71. Breakdown, „cădere psihică/nervoasă“, are și sensul de „avarie“ (n.tr.).

72. Personaj din serialul comic al CBS *The Munsters* (n.tr.).

73. Citatul din Daniil Harms în *Incidences*, p. 4.



**74.** Citatul din Artaud este luat din titlul unuia dintre desenele sale. cf. catalogul expoziției Antonin Artaud: Works on Paper organizate de Muzeul de Artă Modernă din New York în 1996.

**75.** The Great Gatsby, p. 66 (cf. trad. rom. de Mircea Ivănescu, în F. Scott Fitzgerald, Marele Gatsby, Editura Humanitas, București, 2013, p. 88 – n.ed.).

**76.** „Încercăm un nou leac, un nou amestec / de leacuri, și deodată / cad iarăși în viața mea // ca un chițoran luat pe sus de furtună / și lăsat să cadă la trei văi / și doi munți departe de casă. // Îmi pot afla calea înapoi. Știu / c-o să recunosc prăvălia / de unde cumpăram lapte și petrol. // Îmi amintesc casa și hambarul, / grebla, cămile și farfuriile albastre, / romanele rusești care mi-erău așa de dragi, / și cămașa de noapte de mătase neagră / pe care el a îndesat-o cândva / în vârful șosetei cu darurile mele de Crăciun“ (Jane Kenyon, Back, în volumul Constance, p. 32).

**77.** Joc de cuvinte intraductibil: breakthrough „noutate revoluționară“, breakdown „prăbușire“ sau „cădere psihică/nervoasă“, breakup „ruperea relației“ (n.tr.).

**78.** Manualul standard despre medicina de urgență se intitulează Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice, ed. a IV-a, trei volume, Peter Rosen et al. (coord.).

**79.** Motanul Cheshire, personaj de ficțiune din romanul Alice în Țara Minunilor al lui Lewis Carroll. Motanul era cunoscut pentru rânjetul său viclean. La un moment dat, motanul dispăre treptat, până când rămâne din el doar rânjetul, ceea ce o face pe Alice să remarce că a văzut de multe ori pisică fără rânjet, dar niciodată un rânjet fără pisică (n.ed.).

**80.** Crustaceu decapod marin (din familia Paguridae) cu abdomen moale, pe care și-l adăpostește într-o cochilie abandonată de gasteropode (n.tr.).

**81.** I „eu“ (lb. engl.) (n.tr.).

**82.** Joc de cuvinte intraductibil: (in the) meantime – „între timp“, mean (adj.) – „meschin“, „rău“ (n.tr.).

### III

## Tratamentele

Există două modalități principale de tratare a depresiei: terapiile conversaționale, care folosesc cuvintele, și intervențiile fizice, care includ îngrijirea farmacologică și terapia cu electroșocuri. Este greu să împaci abordarea psihosocială a depresiei cu cea psihofarmacologică, dar e necesar. E foarte periculos ca atât de mulți oameni să considere că e fie o situație, fie alta. Medicamentele și psihoterapia nu trebuie să se războiască pentru o populație restrânsă de depresivi; ele trebuie să fie terapii complementare, ce pot fi folosite împreună sau separat, în funcție de situația pacientului. Modelul biopsihosocial de terapie globală continuă să ne scape. Nu putem vorbi niciodată prea mult despre consecințele acestui fapt. E la modă printre psihiatri să-ți spună întâi cauza depresiei tale (nivelurile scăzute ale serotoninei sau traumele de la începutul vieții sunt cele mai populare) și apoi, de parcă ar exista vreo legătură logică, tratamentul; dar asta-i praf în ochi. „Nu cred că, dacă problema ta are cauze psihosociale, este nevoie de un tratament psihosocial“, a spus Ellen Frank de la Universitatea din Pittsburgh. Este izbitor faptul că pacienții care se vindecă de depresie prin psihoterapie prezintă aceleași modificări biologice – de exemplu, la electroencefalograma făcută în timpul somnului – precum cei tratați cu medicamente.

În vreme ce psihiatrii tradiționali privesc depresia ca pe o parte integrantă a persoanei care suferă de ea și încearcă să producă schimbări în

structura caracterului acelei persoane, psihofarmacologia, în forma ei cea mai pură, privește maladia ca pe un dezechilibru cu cauză externă, care poate fi corectat fără referire la restul unei personalități. Antropologul T.M. Luhrmann a scris recent despre pericolele generate de această separare din psihiatria occidentală: „Se presupune că psihiatrii privesc aceste abordări ca pe niște unelte diferite dintr-o trusă comună. Și totuși, ele sunt predate ca unelte diferite, bazate pe modele diferite și folosite în scopuri diferite.”<sup>83</sup> „Psihiatria”, spune William Normand, un psihanalist care prescrie medicamente când simte că sunt folositoare, „a trecut de la stadiul de lipsă a creierului la cel de lipsă a minții” – practicienii care odinioară neglijau creierul fiziologic în favoarea afectivității neglijează acum mintea omenească afectivă în favoarea proceselor chimice din creier. Conflictul dintre terapia psihodinamică și medicație este, în ultimă instanță, un conflict pe temeuri morale; tîndem în mod categoric să presupunem că, dacă problema reacționează la dialogul terapeutic, e o problemă pe care ar trebui să fii în stare s-o învingi prin simpla disciplină, în vreme ce o problemă care reacționează la ingerarea de substanțe chimice nu este din vina ta și nu necesită disciplină din partea ta. Este adevărat atît faptul că o depresie foarte ușoară este în întregime din vina celui care o suferă, cât și faptul că aproape toate depresiile pot fi ameliorate prin rigoare. Antidepresivele îi ajută pe cei care se ajută singuri. Dacă te forțezi prea tare, o să-ți înrăutățești starea, dar trebuie să te forțezi destul de mult dacă vrei cu adevărat să ieși la liman. Medicamentele și psihoterapia sunt unelte ce trebuie folosite așa cum este nevoie. Nu te învinui, dar nici nu fi prea îngăduitor cu tine. Melvin McGuinness, un psihiatru de la Johns Hopkins Hospital, vorbește despre „voință, afecte și cunoaștere” care funcționează în cicluri legate între ele, aproape ca bioritmurile. Emoțiile îți afectează voința și cunoașterea, dar nu preiau controlul asupra lor.

Terapiile bazate pe vorbire provin din psihanaliză, care, la rîndul ei, provine din dezvoltarea rituală a gândurilor primejdioase care a fost formalizată prima oară în confesionalul bisericesc. Psihanaliza este o formă de tratament în care se folosesc tehnici specifice de descoperire a traumelor de la

începutul vieții care au produs nevroză. De obicei, este nevoie de mult timp – standardul este de patru-cinci ore pe săptămână – și se concentrează pe aducerea la lumină a conținutului minții inconștiente. A devenit la modă să vorbim cu dispreț de Freud și de teoriile psihodinamice care ne vin de la el, dar, de fapt, modelul freudian, chiar dacă are scăderi, este excelent. El conține, după cum spune Luhrmann, „ideea de complexitate umană, de profunzime, o cerință exigentă de luptă împotriva propriilor refuzuri și respectul față de dificultatea vieții omenești“.<sup>84</sup> În vreme ce oamenii se ceartă între ei în legătură cu aspectele specifice ale operei lui Freud și-l învinuiesc de prejudiciile epocii sale, trec cu vederea adevărul fundamental din lucrările sale, marea lui modestie: faptul că adesea nu ne cunoaștem motivațiile din viață și suntem prizonierii lucrurilor pe care nu le putem înțelege. Putem identifica doar o mică parte a impulsurilor noastre, și o parte și mai mică ale altora. Dacă nu luăm decât asta de la Freud – și putem numi această forță motrice „subconștientul“ sau „dereglarea anumitor circuite cerebrale“ – și tot avem o bază pentru studierea bolii mintale.

Psihanaliza e bună să explice lucrurile, dar nu este o modalitate eficientă de schimbare a lor. Forța masivă a procesului psihanalitic pare să fie cheltuită inefficient dacă scopul pacientului este transformarea imediată a stării generale de spirit; când aud că psihaliza se folosește pentru a ameliora depresia, mă gândesc la cineva care stă în picioare pe un banc de nisip și trage cu mitraliera în valurile produse de maree. Însă terapiile psihodinamice care au izvorât din psihaliză joacă un rol crucial. Rareori poate fi vindecată fără o examinare atentă viața nesupusă analizei, iar lecția dată de psihaliză este că această examinare dezvăluie totdeauna ceva. Școlile de terapie conversațională care au cea mai mare actualitate sunt cele în care pacientul vorbește cu medicul despre sentimentele și trăirile sale actuale. Timp de mulți ani, vorbitul despre depresie a fost considerat cel mai bun tratament. Mai există însă un tratament. „Notează-ți“, scria Virginia Woolf în *The Years*, „și durerea trece“.<sup>85</sup> Acesta e procesul pe care se sprijină cea mai mare parte din psihoterapie. Rolul medicului este să asculte cu atenție, în vreme ce pacientul

intră în contact cu adevăratele sale motivații, astfel încât să înțeleagă de ce anume face ceea ce face. Cele mai multe terapii psihodinamice se bazează pe principiul că numirea unui lucru este cea mai bună metodă de a-l domina, iar cunoașterea sursei problemei este de folos pentru rezolvarea ei. Aceste terapii nu se limitează însă la cunoaștere; ele vin cu strategii de strunire a cunoașterii pentru a produce ameliorarea. Medicul poate, de asemenea, să dea răspunsuri nepărtinitoare, care să-i ofere pacientului destule idei pentru a-și modifica purtarea, îmbunătățindu-și astfel calitatea vieții. Depresia e adesea provocată de izolare. Un bun terapeut poate ajuta o persoană depresivă să creeze contacte cu cei din jur și să formeze structuri de sprijin care să atenueze gravitatea depresiei.

Există persoane cu picioarele bine înfipite în pământ, pentru care o astfel de înțelegere a afectelor nu are sens. „Cui îi pasă de motive și origini?“ întreabă Donald Klein de la Universitatea Columbia, unul dintre psihofarmacologii de frunte. „Nimeni nu l-a eliminat pe Freud, pentru că nimeni nu are vreo teorie cât de cât mai bună decât tot conflictul ăla interiorizat. Problema este că nu-l putem trata; filozofarea despre locul de unde vine n-a avut până acum nici un strop de folos terapeutic.“

E adevărat că medicamentele ne-au eliberat, dar ar trebui să ne pese tuturor de originea bolii. Steven Hyman, directorul Institutului Național pentru Sănătate Mintală (NIMH), spune: „În cazul bolii coronariene, nu scriem pur și simplu o rețetă de medicamente. Le cerem, de asemenea, bolnavilor să-și limiteze colesterolul și le dăm un program de exerciții fizice și sfaturi despre dietă și, poate, despre gestionarea stresului. Procesul combinatoriu nu există doar în cazul bolilor mintale. Dezbaterea «medicamente *versus* psihoterapie» este ridicolă. Amândouă sunt chestiuni empirice. Prejudecata mea filozofică este că cele două ar trebui să funcționeze bine împreună, deoarece medicamentele fac oamenii mai deschiși la psihoterapie, ajută la inițierea unei spirale ascendente.“ Ellen Frank a efectuat câteva studii care arată că psihoterapia nu e nici pe departe la fel de eficientă ca medicamentele la scoaterea cuiva din depresie, însă terapia are efectul de a apăra de recurență. Cu toate că sunt complicate, datele din acest domeniu sugerează că

medicamentele și psihoterapia, în combinație, dau rezultate mai bune decât fiecare dintre ele separat.<sup>86</sup> „E strategia de tratare pentru prevenirea următorului episod de depresie“, spune ea. „Nu mi-e limpede cât loc va avea viziunea integrată în viitorul îngrijirii medicale, iar acest lucru e înspăimântător.“

Martin Keller, de la Facultatea de Psihologie a Universității Brown, care lucrează cu o echipă pluriuniversitară, a descoperit, într-un studiu recent despre depresivi, că mai puțin de jumătate dintre ei au avut o ameliorare semnificativă doar cu medicamente; că mai puțin de jumătate dintre ei au avut o ameliorare semnificativă cu analiza cognitivă comportamentală; și că peste 80 la sută dintre ei au avut o ameliorare semnificativă după ce au fost tratați prin ambele. Argumentele pentru combinare sunt irefutabile. Exasperat, Robert Klitzman de la Universitatea Columbia zice: „Prozacul n-ar trebui să *previn* înțelegerea; ar trebui *s-o f u puțin*“

Iar Luhrmann scrie: „Medicii cred că au fost pregătiți să vadă și să înțeleagă o suferință grotescă, însă tot ce li se îngăduie este să le înmâneze prizonierilor ei o acadea biomedicală și apoi să le întoarcă spatele.“

Dacă o trăire reală ți-a declanșat căderea în depresie, simți o mare dorință omenească s-o înțelegi chiar și după ce ți-a trecut; limitarea trăirii, care se realizează cu ajutorul pilulelor chimice, nu este echivalentă cu tratarea. Atât problema, cât și datele ei necesită, de obicei, atenție urgentă. Poate că vor fi tratați mai mulți oameni în epoca noastră favorabilă medicamentelor; sănătatea publică generală ar putea să crească. E însă cât se poate de periculos să așezi mai în spate terapia conversațională. Psihoterapia îți îngăduie să înțelegi noul eu la care ai ajuns cu ajutorul medicamentelor și să accepți pierderea eului produsă în timpul unei căderi psihice. Trebuie să renaști după un episod grav, și trebuie să înveți comportamentele care te pot apăra de recidivă. Trebuie să-ți duci viața altfel decât înainte. „E atât de greu, în orice condiții, să-ți reglezi viața, somnul, regimul alimentar, exercițiile fizice“, comentează Norman Rosenthal de la Institutul Național pentru Sănătate Mintală (NIMH). „Gândeți-vă ce greu e când ești depresiv! Ai nevoie de psihoterapeut ca de un fel de antrenor, care să te facă să nu renunți. Depresia

este o boală, nu o opțiune în viață, și trebuie să fii ajutat să ieși din ea.“ „Medicamentele tratează depresia“, mi-a spus psihoterapeuta mea. „Eu îi tratez pe depresivi.“ Ce anume te liniștește? Ce anume îți exacerbează simptomele? Nu există vreo diferență, din punct de vedere chimic, între depresia declanșată de moartea unei rude și depresia provocată de ruperea unei relații amoroase de două săptămâni. Cu toate că pare mai puțin funcțional să ai reacții extreme în prima situație decât în a doua, trăirea clinică este aproape identică. După cum a spus Sylvia Simpson, medic la Johns Hopkins: „Dacă arată a depresie, trateaz-o ca depresie.“

Când am început să derapez spre a doua cădere psihică, terminasem psihanaliza și nu mai aveam terapeut. Toată lumea îmi spusese ferm că trebuie să-mi găsesc altul. Găsirea unui nou terapeut atunci când te simți bine și ești comunicativ e o sarcină apăsătoare și groaznică, dar o faci atunci când ești în ghearele unei depresii majore e inacceptabil. E important să cauți un bun terapeut. Am încercat unsprezece în șase săptămâni. În fiecare dintre cei unsprezece, am repetat litania suferințelor mele, până ce a ajuns să pară că recit monologul din piesa altcuiva. Unii dintre terapeuții potențiali păreau înțelepți. Unii dintre ei erau zurlii. O femeie își acoperise toată mobila cu folie alimentară transparentă ca s-o protejeze de câinii ei, care nu se mai oprreau din lătrat; îmi tot oferea bucățele de *gefilte fish*<sup>87</sup> care arătau mucegăite și pe care le mânca dintr-o cutie de plastic; am renunțat la ea când unul dintre câini mi-a urinat pe pantof. Un bărbat mi-a dat o adresă greșită pentru cabinetul lui („A, am avut acolo un cabinet!“), iar altul mi-a spus că n-am nici o problemă reală și că ar trebui să mă luminez un pic. Au mai fost și femeia care mi-a spus că nu crede în emoții, și bărbatul care părea că nu crede în nimic altceva. Au mai fost cognitivistul, freudianul care și-a ros unghiile cât a durat ședința, jungianul și autodidactul. Un bărbat mă tot întrerupea ca să-mi spună că sunt *into me* ca el. Câțiva păreau pur și simplu că nu pricep când încercam să le explic cine sunt. Multă vreme, presupusesem că prietenii mei bine adaptați probabil că se duc la terapeuți buni. Ceea ce am descoperit e că mulți oameni bine adaptați care au relații sincere cu soțul sau soția

stabilesc relații lunatice cu medicii lor căpiați, de dragul – nu putem presupune altceva – echilibrului. „Încercăm să facem studii despre medicamente comparativ cu psihoterapia“, spune Steven Hyman. „Am făcut oare studii sincronice despre terapeuți străluciți în comparație cu cei lipsiți de talent? Suntem de-a dreptul Lewis și Clark<sup>88</sup> în zona asta.“

În cele din urmă, am făcut o alegere de care sunt încă foarte mulțumit – cineva a cărui minte părea ascuțită și în care am văzut scânteii de reală umanitate. L-am ales pentru că părea inteligent și loial. Dată fiind experiența mea cu psihanalista care a întrerupt analiza și m-a împiedicat să iau medicamente atunci când aveam nevoie disperată de ele, am fost prudent la început, și mi-au trebuit trei ani întregi ca să am încredere în el. A fost neclintit în perioadele de zbucium și criză. A fost amuzant în perioadele bune; pun mare preț pe simțul umorului la toți cei cu care petrec atât de mult timp. A colaborat bine cu psihofarmacologul meu. În cele din urmă, m-a convins că știe ce face și că vrea să ajute. A meritat să încerc mai întâi alți zece. Nu te duce la un terapeut care nu-ți place. Oamenii care nu-ți plac, oricât de pricepuți ar fi, nu te pot ajuta. Dacă socotești că ești mai deștept decât doctorul tău, probabil că ai dreptate: o diplomă de psihiatrie sau de psihologie nu e o garanție a geniului. Fii cum nu se poate mai grijuliu când alegi un psihiatru. Este uluitor cât de mulți oameni – care preferă să se ducă cu mașina douăzeci de minute în plus ca să ajungă la curățătoria chimică preferată și care se plâng directorului supermarketului când nu mai găsesc marca lor preferată de conserve de roșii – par să aleagă un psihiatru de parcă ar fi un furnizor de servicii generale. Nu uita: îți pui, de fapt, mintea în mâinile acestei persoane. Nu uita și că trebuie să-i spui psihiatrului ceea ce nu-i poți arăta. „E mult mai greu“, mi-a scris Laura Anderson, „să te încrezi într-un om când problema e atât de nebuloasă încât nu-ți poți da seama dacă te-a înțeles sau nu; e mai greu și pentru el.“ Am devenit incredibil de reținut în privința psihiatrilor, chiar și când mă aflu pe de-a-ntregul în bezna suferinței. Stau drept și nu plâng. Vorbesc despre mine cu ironie și trântesc câte-o mostră de umor macabru, străduindu-mă din răspuțeri să-i farmec pe cei care mă tratează, oameni care,



de fapt, nu doresc să fie fermecați. Mă-ntreb uneori dacă psihiatrții mei mă cred când le spun cum mă simt, pentru că pot să-mi aud eu însumi detașarea din voce. Îmi închipui cât de mult trebuie să deplângă ei acest înveliș social gros prin care sentimentele mele reale răzbat atât de puțin. Îmi doresc adesea să-mi pot revărsa pe deplin emoțiile în cabinetul psihiatrului. Niciodată n-am reușit să definesc drept intim spațiul terapiei. Felul în care-i pot vorbi fratelui meu, bunăoară, nu se regăsește în felul meu de a vorbi cu doctorii. Presupun că trebuie să fie prea riscant. Doar din când în când, rafinat, câte o sclipire a realității mele face asta, în esență, mai bine decât o descriere.

Unul dintre felurile de a judeca un psihiatru e să observi cât de bine pare să te judece. Arta examinării inițiale rezidă în punerea întrebărilor potrivite. N-am participat la interviuri psihiatrice confidențiale, între patru ochi, dar am luat parte la un mare număr de internări în spital și am fost uimit de varietatea modalităților de abordare a pacienților cu depresie. Cei mai mulți dintre psihiatrții buni pe care i-am întâlnit au început prin a lăsa pacientul să-și spună povestea, după care au trecut dinamic la interviuri foarte rigurose structurate, în care căutau anumite informații. Capacitatea lor de a dirija bine un astfel de interviu se numără printre cele mai importante competențe ale unui medic. Sylvia Simpson, medic la Johns Hopkins, a stabilit în primele zece minute ale unui interviu că o pacientă care se interna la scurtă vreme după o încercare de suicid avea tulburare bipolară. Psihiatrul femeii, care o tratase timp de cinci ani, nu stabilise acest fapt absolut esențial și-i prescrisese antidepresive fără stabilizatori ai stării de spirit – regim despre care se știe că este nepotrivit pentru pacienții bipolari, cărora le provoacă adesea stări agitate contradictorii. Apoi, când am întrebat-o despre asta pe Sylvia Simpson, a spus: „A fost nevoie de ani de muncă asiduă ca să se ajungă la întrebările din acele interviuri.“ Mai târziu, am participat la interviuri cu persoane care rămăseseră de curând fără adăpost, realizate de Henry McCurtiss, șeful Secției de psihiatrie de la Harlem Hospital. Petrecea cel puțin zece minute din fiecare interviu de douăzeci de minute ascultând relatările incredibil de detaliate despre locuință ale pacienților. Când l-am întrebat, în cele din urmă, de ce urmărește cu atâta sârguință problema asta, a spus: „Cei care au trăit multă vreme într-un loc

sunt din motive circumstanțiale temporar fără adăpost, dar sunt capabili să ducă o viață ordonată și au nevoie, în primul rând, de o intervenție socială. Cei care s-au tot mutat, ori care au fost de mai multe ori fără adăpost, ori nu-și pot aminti unde locuiau au probabil o problemă gravă care stă la baza acestor situații și au nevoie, în primul rând, de o intervenție psihiatrică.“ Sunt norocos că am o asigurare bună, care-mi plătește vizitele săptămânale la terapeut și pe cele lunare la psihofarmacolog. Cele mai multe organizații de întreținere a sănătății (HMO) preferă medicamentele, care sunt, comparativ, mai ieftine. Nu le plac terapiile conversaționale și internările în spital, care durează mult și costă mult.

Cele două feluri de terapie conversațională care au palmaresul cel mai bun în tratarea depresiei sunt terapia cognitiv-comportamentală (*cognitive-behavioral therapy* – CBT)<sup>89</sup> și terapia interpersonală (*interpersonal therapy* – IPT). Terapia cognitiv-comportamentală este o formă de psihoterapie dinamică – bazată pe reacțiile afective și mentale la evenimente externe, în prezent și în copilărie – care este concentrată strict pe obiective. Sistemul a fost creat de Aaron Beck de la Universitatea din Pennsylvania și se folosește acum pe întregul teritoriu al SUA și în cea mai mare parte a Europei Occidentale. Beck afirmă că gândurile noastre despre noi sunt adesea distructive și că, dacă mintea e silită să gândească în anumite feluri, putem cu adevărat să ne modificăm realitatea – este un program pe care unul dintre colaboratorii săi l-a numit „optimism învățat”.<sup>90</sup> El crede că depresia e consecința logicii false și că, prin corectarea gândirii negative, putem ajunge la o stare mai bună a sănătății mintale. Terapia cognitiv-comportamentală ne învață obiectivitatea.

Terapeutul începe prin a ajuta pacientul să facă o listă a „datelor de istorie personală“, șirul de dificultăți care l-a dus în situația în care se află. Terapeutul face apoi schema reacțiilor la aceste dificultăți și încearcă să identifice tiparele caracteristice ale reacțiilor exagerate. Pacientul află de ce anumite evenimente îi par atât de deprimante și încearcă să se elibereze de reacțiile

inadecvate. Această parte macroscopică a terapiei cognitiv-comportamentale este urmată de cea microscopică, în care pacientul învață să-și neutralizeze „gândurile automate“. Sentimentele nu sunt reacții directe față de lume: ceea ce se petrece în lume ne înrăurește cogniția, iar cogniția, la rândul ei, înrăurește afectivitatea. Dacă pacientul poate modifica facultatea de cunoaștere, atunci poate modifica stările de spirit concomitente. O pacientă poate, de pildă, să învețe să privească absorbirea în activitate a soțului ei ca pe o reacție rezonabilă la exigențele muncii pe care o face, nu ca pe o respingere. Ea ar putea atunci să vadă cum propriile gânduri automate (că nu-i bună de nimic) se transformă în emoție negativă (autoreproș) și să identifice felul în care această emoție duce la depresie. După ce ciclul este întrerupt, pacienta poate începe să dobândească un anumit grad de autocontrol. Pacienta învață să facă distincție între ceea ce se întâmplă în realitate și ideile ei despre ceea ce se întâmplă.

Terapia cognitiv-comportamentală funcționează conform unor reguli specifice. Terapeutul dă multe teme pentru acasă: trebuie să se facă liste cu trăiri pozitive și liste cu trăiri negative, iar uneori ele sunt transformate în grafice. Terapeutul prezintă un program de lucru pentru fiecare ședință, continuă în mod structurat și încheie cu rezumatul realizărilor. Din conversația terapeutului, sunt excluse în mod expres faptele și sfaturile. Sunt identificate momentele plăcute din ziua pacientului, iar pacientul este inițiat în arta de a include în viața sa plăcerea afectivă. Pacientul trebuie să devină atent la facultatea sa de cunoaștere, ca să se poată opri când se îndreaptă către un tipar negativ și să-și îndrepte procesarea către un sistem mai puțin vătămător. Toată această activitate are modele concretizate în exerciții. Terapia cognitiv-comportamentală ne învață arta conștientizării eului.

N-am făcut niciodată terapie cognitiv-comportamentală, dar am învățat de la ea unele lecții. Dacă într-o conversație simți că te umflă râsul, te poți uneori abține să râzi, silindu-ți mintea să se concentreze pe ceva trist. Dacă ești într-o situație în care se așteaptă de la tine senzații sexuale pe care de fapt nu le ai, îți poți proiecta mintea într-o lume a fanteziei foarte îndepărtată de realitatea pe care o trăiești, iar acțiunile tale și ale trupului tău se pot

desfășura mai degrabă în cadrul aceluia artificiu decât în realitatea prezentă. Aceasta e strategia care stă la baza terapiei cognitive. Dacă te trezești gândind că nimeni nu te poate iubi vreodată și că viața n-are nici un sens, îți rezonezi mintea și te silești să te gândești la o amintire, oricât de restrânsă, a unei perioade mai bune. E greu să lupți cu propria conștiință, pentru că n-ai în această luptă altă armă decât conștiința însăși. Trebuie doar să ai gânduri frumoase, gânduri frumoase, minunate – iar ele vor submina durerea. Gândește-te la ceea ce nu-ți vine să te gândești. Poate să fie, într-un fel, fals și amăgitor, dar dă rezultate. Alungă din minte persoanele asociate cu pierderea pe care ai suferit-o: trebuie să le interzici intrarea în conștiința ta. Mama care te-a părăsit, iubitul crud, șeful nesuferit, prietenul necredincios – înclue-i pe dinafară. Asta ajută. Știu care gânduri și preocupări mă pot răpune și sunt prudent cu ele. Mă gândesc bunăoară la persoanele pe care le-am iubit cândva, și le simt dureros absența fizică, și știu că trebuie să mă îndepărtez de acele gânduri și preocupări și încerc să nu invoc prea multe imagini ale unei fericiri care a existat între noi și care, sub forma sa materială, s-a terminat demult. Când sunt în pat, așteptând să adorm, e mai bine să iau un somnifer decât să-mi las mintea să zburde liber la subiecte triste. Asemenea unui schizofrenic căruia i s-a spus să nu asculte vocile din capul său, întotdeauna resping aceste imagini.

Am cunoscut cândva o supraviețuitoare a Holocaustului, o femeie care a stat peste un an la Dachau și care și-a văzut întreaga familie murind în lagăr. Am întrebat-o cum a rezistat și a zis că a înțeles de la bun început că, dacă se lasă dusă de gândul la ce se întâmplă, o să-și piardă mințile și o să moară. „Am hotărât“, mi-a spus, „să nu mă gândesc la altceva decât la părul meu, și tot timpul cât am stat în locul acela nu m-am gândit la altceva. Mă gândeam la momentul în care o să-l pot spăla. Mă gândeam să încerc să-l pieptăn cu degetele. Mă gândeam cum să mă port cu gardienii ca să mă asigur că n-o să fiu rasă în cap. Îmi petreceam ore întregi luptând cu păduchii care mișunau peste tot în lagăr. Asta a dat minții mele puțința de a se focaliza pe ceva asupra căruia aveam un pic de control și-mi ocupa mintea, așa încât am putut să mă izolez de realitatea lucrurilor care se petreceau cu mine, iar asta m-a

scos la liman.“ Iată cum poate fi dus la extrem, în împrejurări extreme, principiul terapiei cognitiv-comportamentale. Dacă-ți poți sili gândurile în anumite tipare, asta te poate salva.

Când Janet Benshoof a venit acasă la mine pentru prima oară, m-a uluit. Era o avocată strălucită, fusese un personaj de frunte în lupta pentru dreptul la avort. Din toate punctele de vedere, este o persoană impresionantă, citită, elocventă, atrăgătoare, amuzantă și nepretențioasă. Pune întrebări cu ochiul exersat al cuiva care ghicește rapid adevărul. Cu totală stăpânire de sine, vorbește despre depresii care au dus-o neverosimil de jos. „Realizările mele sunt balenele dintr-un corset care-mi permite să stau în picioare; fără ele, aș fi doar un morman pe podea“, a spus. „În cea mai mare parte a timpului, nu știu pe cine sau ce sprijină ele, dar știu că sunt singura mea apărare.“ A lucrat mult pe plan comportamental cu un terapeut care s-a ocupat de fobiile ei. „Păi, una rea de tot era zborul“, spune ea. „Așa că el m-a dus în avioane și m-a supravegheat. Eram sigură că o să dau peste cineva pe care să nu-l mai fi văzut din liceu și că o să fiu cu grăsanul ăsta cu cămașa plesnind pe la cusături și o să trebuiască să zic: «E terapeutul meu comportamental și tocmai exersăm luând avionul.» Dar trebuie să spun că a funcționat. Mi-am parcurs exact gândurile, minut cu minut, și le-am schimbat. Acum, nu mai am atacuri de panică în avioane.“

Terapia cognitiv-comportamentală e folosită pe larg în prezent și pare să aibă un efect semnificativ asupra depresiei. Se pare că rezultate extrem de bune dă și terapia interpersonală,<sup>91</sup> regim de tratament formulat de Gerald Klerman, de la Cornell, și soția sa, Myrna Weissman, de la Columbia. Terapia interpersonală se concentrează pe realitatea nemijlocită a vieții de zi cu zi. În loc să creeze o schemă generală pentru întreaga istorie personală, ea repară lucrurile în prezent. Nu este vorba să transformi pacientul într-o persoană mai profundă, ci de a învăța pacientul cum să profite la maximum de cel care este. Este o terapie pe termen scurt, cu hotare și limite clare. Ea presupune că mulți oameni care sunt depresivi au avut drept declanșator sau consecințe ale depresiei lor factori de stres exteriori și că aceștia pot fi eliminați

prin intermediul unei interacțiuni prudente cu ceilalți. Tratamentul are două faze. În prima, pacientul este învățat să-și considere depresia drept afecțiune externă și este informat despre răspândirea tulburării. Simptomele sale sunt puse în ordine și li se dă o denumire. El preia rolul de bolnav și identifică un proces de însănătoșire. Pacientul alcătuieste liste cu toate relațiile sale curente și, împreună cu terapeutul, definește ce anume obține de la fiecare și ce-și dorește de la fiecare. Terapeutul colaborează cu pacientul la descoperirea celor mai bune strategii pentru obținerea a ceea ce este trebuincios în viața lui. Problemele sunt ordonate în patru categorii: suferință; diferențele legate de roluri în relațiile cu prietenii apropiați și cu rudele (de pildă, ce dai și ce aștepti în schimb); stările de tranziție stresantă din viața personală sau profesională (de exemplu, divorțul sau pierderea locului de muncă); și izolare. Terapeutul și pacientul stabilesc apoi câteva obiective ce pot fi atinse și hotărăsc cât de mult timp le vor dedica. Terapia interpersonală prezintă viața noastră în termeni exacti, clari.

Este important să nu-ți reprimi cu totul sentimentele când ești depresiv. Este la fel de important să eviți discuțiile violente sau expresiile ofensatoare. Trebuie să te ferești de comportamentul dăunător pe plan afectiv. Oamenii iartă, dar e mai bine să nu învolburezi lucrurile până în punctul în care să fie nevoie de iertare. Când ești depresiv, ai nevoie de iubirea celorlalți, și totuși depresia dă naștere unor acțiuni care distrug acea iubire. Persoanele depresive înfig adesea ace în propriile plute gonflabile. Minte conștientă poate să intervină. Nu ești lipsit de ajutor. La foarte puțin timp după ce am scăpat de a treia depresie, am cinat cu tata, și el a spus ceva care m-a supărat, și iată că m-am auzit pițigăindu-mi vocea și spunând lucruri dure, și am fost foarte alarmat. Puteam vedea cum tata se crispează. Am respirat adânc și, după o pauză plină de înțeles, am spus: „Îmi pare rău. Am promis să nu țip la tine și să nu te manipulez în privința acestor lucruri, și-mi pare rău că am făcut-o.“ Asta sună cam artificial, dar capacitatea de a interveni în mod conștient contează, de fapt, enorm. Un prieten arțăgos mi-a spus odată: „La două sute de dolari ora, ai zice că psihiatrul meu ar putea să se ducă să-mi schimbe familia și să mă lase pe mine în pace.“ Din nefericire, nu așa merge treaba.

Cu toate că terapia cognitiv-comportamentală și terapia interpersonală au multe calități specifice, nici o terapie nu e mai bună decât cel care o practică. Terapeutul tău contează mai mult decât alegerea sistemului terapeutic. Cineva cu care ai un contact profund probabil că te poate ajuta mult doar discutând cu tine într-un mediu informal; cineva cu care nu ai un contact bun nu te va ajuta cu adevărat, indiferent cât de sofisticată i-ar fi tehnica ori cât de numeroase i-ar fi diplomele. Lucrurile-cheie sunt inteligența și intuiția: forma în care este comunicată această intuiție și tipul de intuiție folosit sunt cu adevărat pe planul doi. Într-un studiu important efectuat în 1979, câțiva cercetători demonstrează că orice formă de terapie poate fi eficientă dacă sunt îndeplinite anumite criterii: terapeutul să acționeze cu bună-credință; pacientul să fie sigur că terapeutul cunoaște tehnica; pacientului să-i placă terapeutul și să-l respecte; și terapeutul să aibă capacitatea de a crea relații bazate pe înțelegere. Acești experimenter au ales profesori de limba engleză care aveau calitatea de înțelegere umană și au constatat că, în medie, profesorii de limba engleză au reușit să-și ajute pacienții la fel de mult ca terapeuții profesioniști. [92](#)

„Mintea nu poate să existe fără creier, dar mintea poate să influențeze creierul. Este o problemă pragmatică și metafizică, a cărei biologie nu o cunoaștem“, spune Elliot Valenstein, profesor emerit de psihologie și neuroștiință de la Universitatea din Michigan. Planul trăirilor poate fi folosit pentru a înrâuri planul fizic. Așa cum spune James Ballenger de la Universitatea de Medicină din Carolina de Sud: „Psihoterapia modifică biologia. Terapia comportamentală modifică biologia creierului – probabil că în același fel în care o fac medicamentele.“ Unele terapii cognitive care sunt eficiente în cazul anxietății scad nivelul metabolismului cerebral, în vreme ce, asemenea imaginii în oglindă, terapiile farmaceutice scad nivelul anxietății. Acesta e principiul medicamentelor antidepresive, care, prin modificarea nivelurilor anumitor substanțe din creier, schimbă felul în care se simte și acționează pacientul.

Cele mai multe dintre lucrurile care se petrec în creier în timpul unei căderi psihice continuă să fie inaccesibile manipulării din exterior. Cercetarea vizând terapii clinice pentru depresie s-a concentrat intens pe neurotransmițătorii care o înrăușesc, în cea mai mare parte deoarece suntem în stare să influențăm neurotransmițătorii.<sup>93</sup> Dat fiind că oamenii de știință știu că scăderea nivelurilor anumitor neurotransmițători poate să provoace depresie, ei acționează pe baza presupunerii că sporirea nivelurilor acelor neurotransmițători poate să ușureze depresia – și, într-adevăr, medicamentele care cresc nivelurile acelor neurotransmițători sunt, în multe cazuri, antidepresive eficiente. Este încurajator să socotim că înțelegem relația dintre neurotransmițători și starea de spirit, dar n-o înțelegem. Pare să fie un mecanism indirect. Persoanele care au o grămadă de neurotransmițători topăind prin creier nu sunt mai fericite decât persoanele cu puțini neurotransmițători. Mai întâi de toate, persoanele depresive nu au, în general, niveluri scăzute de neurotransmițători. O cantitate suplimentară de serotonină în creier nu face nici un bine pe loc; dacă pui oamenii să înghită mai mult triptofan (se găsește în mai multe alimente, printre care se numără carnea de curcan, bananele și curmalele), care crește nivelurile serotoninei, nu le este de ajutor pe loc, cu toate că există dovezi că reducerea triptofanului din dietă poate să agraveze depresia.<sup>94</sup> Popularea concentrare actuală pe serotonină este, în cel mai bun caz, naivă. După cum a spus destul de sec Steven Hyman, directorul Institutului Național pentru Sănătate Mintală: „E prea multă ciorbă de serotonină și insuficientă neuroștiință modernă. Încă n-am ajuns să organizăm pe aici Sărbătoarea Serotoninei.“ În condiții obișnuite, serotonină este eliberată de neuroni, apoi reabsorbită și iar eliberată. Inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS) blochează procesul de recaptare, crescând astfel nivelul serotoninei care circulă liber în creier. Serotonină este una dintre liniile directe ale naturii în dezvoltarea speciilor: poate fi găsită la plante, la animalele inferioare și la oameni. Pare să aibă mai multe funcții, care diferă de la o specie la alta. La oameni, este unul dintre cele câteva mecanisme care controlează contracția și dilatarea vaselor de sânge. Ajută la formarea crustelor, provocând



închegarea necesară pentru oprirea sângerării. Este implicată în reacțiile inflamatorii. Influențează, de asemenea, digestia. Este implicată nemijlocit în reglarea somnului, în depresie, agresivitate și sinucidere.<sup>95</sup>

Antidepresivele au nevoie de mult timp pentru a produce modificări palpabile. Pacientul depresiv simte un rezultat real al modificării nivelurilor neurotransmițătorilor abia după un interval de două până la șase săptămâni. Aceasta sugerează că ameliorarea include părți ale creierului care reacționează la nivelurile modificate ale neurotransmițătorilor. Circulă multe teorii, nici una definitivă. Cea mai în vogă până foarte de curând a fost cea a receptorilor.<sup>96</sup> Creierul are câțiva receptori pentru fiecare neurotransmițător. Când există o cantitate mai mare din transmițător, creierul are nevoie de mai puțini receptori, deoarece transmițătorul îi inundă pe toți cei existenți. Când există o cantitate mai mică din transmițător, creierul are nevoie de mai mulți receptori, ca să absoarbă orice strop de neurotransmițător disponibil. Așadar, creșterea cantității de neurotransmițători ar face să scadă numărul de receptori și ar permite celulelor care au acționat ca receptori să se respecializeze și să preia alte funcții. Cercetări recente arată însă că receptorilor nu le trebuie mult ca să se respecializeze; de fapt, se pot modifica la o jumătate de oră de la o schimbare a nivelurilor neurotransmițătorilor. Prin urmare, teoria receptorilor nu explică decalajul temporal experimentat cu antidepresivele. Și totuși, mulți cercetători nu renunță la ideea că un gen de modificare treptată din structura creierului explică reacția întârziată la antidepresive. Efectul medicamentelor este probabil indirect.<sup>97</sup> Creierul omenesc este uluitor de plastic. După o traumă, celulele se pot respecializa și schimba; ele pot să „învețe“ funcții cu totul noi. Când crești nivelurile serotoninei și faci ca unii receptori de serotonină să-și închidă prăvălia, se întâmplă alte lucruri în altă parte a creierului, iar acele lucruri ulterioare trebuie să corecteze dezechilibrul care te-a făcut inițial să te simți rău. Mecanismele sunt însă complet necunoscute. „Există o acțiune nemijlocită a medicamentelor, care duce la cine știe ce cutie neagră despre care n-avem nici o idee, care duce la vindecare“, spune Allan Frazer, decanul Facultății de Psihofarmacologie a

Universității din Texas, de la San Antonio. „Obții același tip de rezultate din creșterea serotoninei ca și din creșterea norepinefrinei. Oare duc la două cutii negre diferite? Duc la aceeași cutie neagră? Oare un lucru duce la altul, care duce la cutia neagră?”

„E ca și cum ai pune un grăunte de nisip într-o stridie“, spune Steven Hyman despre administrarea de antidepresive, „iar acesta se transformă în perlă. Prin *d pt rile* la neurotransmițătorii modificați, se produce efectul terapeutic, lent, pe parcursul multor săptămâni.“ Elliot Valenstein de la Universitatea din Michigan adaugă: „Antidepresivele sunt specifice din punct de vedere farmacologic, dar nu și comportamental. Chimia produselor este din ce în ce mai specifică, dar numai Dumnezeu știe ce se întâmplă cu adevărat în creier.“ William Porter, care a condus partea psihofarmacologică de la Institutul Național pentru Sănătate Mintală (NIMH) în anii '70 și '80, iar acum s-a dus la Eli Lilly să lucreze la noi medicamente, explică aceasta astfel: „Există mai multe mecanisme care produc efecte antidepresive; medicamente cu spectre foarte diferite ale activității biochimice au, de fapt, efecte foarte asemănătoare. Ele converg în moduri la care nu te-ai fi așteptat niciodată. Poți avea cam aceleași efecte antidepresive prin sistemele serotoninei sau norepinefrinei, iar, la unele persoane, prin dopamină. Nu e simplu; e ca un sistem climatic. Faci ceva undeva care schimbă viteza vântului sau umiditatea și obții un tip de vreme complet diferit, dar nici cel mai bun meteorolog nu poate fi sigur care anume schimbare va înrâuri în ce fel ce anume.“ Contează oare că majoritatea antidepresivelor suprimă somnul paradoxal,<sup>98</sup> ori este un efect secundar irelevant? Este oare important că antidepresivele scad, în general, temperatura cerebrală care, în depresie, tinde să crească noaptea? A devenit limpede că toți neurotransmițătorii interacționează și fiecare îi influențează pe ceilalți.

Modelele animale sunt imperfecte, dar din studiile pe animale se pot obține informații folositoare.<sup>99</sup> Maimuțele despărțite de mamă de mici devin, când cresc, psihotice; creierul lor devine diferit din punct de vedere fiziologic, iar ele dezvoltă niveluri de serotonină mult mai slabe decât maimuțele

crescute de mamele lor. La o gamă întreagă de animale, despărțirile de mamă repetate produc niveluri excesive de cortizol.<sup>100</sup> Prozacul inversează aceste efecte. Dacă masculul dominant într-o colonie de marsupiale<sup>101</sup> e pus în alt grup, în care nu este dominant, apar simptome ca pierderea în greutate, diminuarea performanțelor sexuale, perturbarea somnului și toate celelalte simptome caracteristice ale depresiei majore. Creșterea nivelului serotoninei determină dispariția completă a acestor simptome. Animalele cu niveluri scăzute de serotonină tind să brutalizeze alte animale, își asumă riscuri inutile și absurde și sar la bătaie fără motiv.<sup>102</sup> Modelele animale ale relației dintre factorii externi și nivelurile de serotonină sunt extrem de instructive. Masculul care urcă în structura de dominare a grupului său de egali va prezenta niveluri mai înalte de serotonină când ajunge la un grad mai înalt<sup>103</sup> – iar nivelul înalt al serotoninei este asociat cu tendințe mai scăzute de agresivitate sau de suicid. Dacă acești masculi sunt izolați, așa încât nu pot avea un statut într-un grup, nivelul serotoninei le scade până la 50 la sută. Dacă li se administrează inhibitori selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS), devin mai puțin agresivi și mai puțin înclinați spre activitate suicidară.<sup>104</sup>

În prezent, sunt disponibile patru clase de medicamente antidepresive. Cele mai populare sunt inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS), care cresc nivelurile de serotonină din creier. Prozac, luvox, paxil, zoloft și celexa sunt ISRS. Mai există și două feluri mai vechi de antidepresive. Triciclicele, numite după structura lor chimică, înrâuresc serotonina și dopamina. Elavil, anafranil, norpramin, tofranil și pamelor sunt triciclice. Inhibitorii de monoaminooxidază (IMAO) inhibă descompunerea serotoninei, dopaminei și norepinefrinei. Nardil și parnate sunt inhibitori de monoaminooxidază. Altă categorie – antidepresivele atipice – include medicamente care acționează asupra mai multor sisteme de neurotransmițători. Asendin, wellbutrin, serzonă și effexor sunt antidepresive atipice.

Alegerea medicamentelor care trebuie folosite se bazează, de obicei – cel puțin inițial –, pe efectele secundare.<sup>105</sup> Sperăm că se va găsi, în cele din urmă, o cale de a testa reactivitatea la anumite medicamente, dar deocamdată suntem complet incapabili s-o facem. „Există puține baze științifice pentru a alege un anumit antidepressiv pentru un anumit pacient, cu câteva excepții”, spune Richard A. Friedman de la Payne-Whitney Hospital, Cornell. „Reacția anterioară la un anumit medicament este un bun factor de predicție a reacției viitoare la acel medicament. Iar dacă ai un subtip aparte de depresie, depresie atipică, în care mănânci prea mult și dormi prea mult, îți este mai folositor un inhibitor de monoaminooxidază decât un triciclic, cu toate că cei mai mulți medici folosesc oricum medicamentele mai noi în cazul acestor pacienți. În afară de asta, alegi ca primă linie de acțiune un medicament ce pare să aibă puține efecte secundare. Poți hotărî să folosești un medicament mai activant, ca wellbutrin, la o persoană foarte retrasă, sau un medicament deactivant la cineva agitat – dar, mai mult de atât, nu e decât tatonare la fiecare pacient. Prospectele îți spun că un medicament are, mai frecvent decât altul, anumite efecte secundare, dar, din experiența mea clinică, știu că nu sunt diferențe prea mari de la un medicament la altul în cadrul aceleiași clase în privința nivelurilor generale ale efectului secundar. Diferențele dintre reacții, la nivel individual, pot fi însă foarte pronunțate.” Marea popularitate actuală a inhibitorilor selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS) – revoluția prozacului – nu se datorează eficienței superioare, ci faptului că sunt puține efecte secundare și că există siguranță în utilizare. E aproape imposibil să te sinucizi cu aceste medicamente, și acesta e un considerent important în tratarea persoanelor depresive, care ar putea, când își revin, să devină distructive. „Prozacul este un medicament foarte clement”, spune un om de știință de la Eli Lilly. Efectele secundare reduse înseamnă nu numai că oamenii vor accepta mai ușor să ia medicamentul, ci și că se vor împăca mai bine cu regimul lor. Este asemenea principiului după care, dacă pasta de dinți are gust bun, poate că spălatul pe dinți va dura mai mult.

Unii oameni au stomacul deranjat de inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS), și au existat din când în când raportări de dureri de cap, senzație de tensiune nervoasă, insomnie sau somnolență. Principalul lor efect secundar e însă subminarea sexualității. „Când iau prozac“, mi-a spus Brian D'Amato, un prieten depresiv, „ar putea să se arate lângă patul meu Jennifer Lopez îmbrăcată în sarong,<sup>106</sup> și aș întreba-o dacă vrea să mă ajute la îndosariat.“ Triciclicele și inhibitorii de monoaminooxidază au, și ele, efecte secundare negative pe plan sexual; dat fiind că aceste medicamente, cu toate că au dominat piața până către sfârșitul anilor '80, tind să fie folosite doar la depresiile mai grave, pe lângă care efectele secundare pe plan sexual par ne semnificative, faptul că ele reduc plăcerea erotică n-a fost discutat atât de mult și atât de amplu ca în cazul ISRS. În studiile din vremea în care a fost lansat prozacul, puțini pacienți au raportat că el are efecte sexuale negative. În studiile ulterioare, când pacienții au fost întrebați anume de problemele sexuale, un număr copleșitor dintre ei au raportat dificultăți. Anita Clayton, de la Universitatea din Virginia, împarte trăirea sexuală în patru faze: dorință, preludiu, orgasm și postludiu. Antidepresivele le afectează pe toate patru.<sup>107</sup> Dorința este compromisă de scăderea libidoului. Preludiul este redus de inhibarea excitației sexuale, reducerea senzațiilor genitale, impotență sau lipsa lubrifierii vaginale. Orgasmul este întârziat; unele persoane devin complet anorgasmice. Aceste efecte pot să nu apară în mod regulat, ceea ce creează confuzie: într-o zi totul merge bine, iar a doua zi apare impotența paralizantă, și n-ai de unde să știi cum o să fie până nu ești implicat în actul însuși. Postludiul este, desigur, destul de subminat când n-a existat dorință, ori preludiu, ori orgasm.

Efectele secundare sexuale sunt adesea date deoparte, ca ne semnificative, în comparație cu o depresie majoră, și, conform acestui standard, chiar sunt ne semnificative. Cu toate acestea, sunt inacceptabile. Un pacient pe care l-am intervievat a spus că n-a putut avea deloc orgasm și a descris procesul complicat de renunțare la medicamente suficient timp cât să-și poată fecunda soția. „Dacă știam ce consecințe cumplite poate să aibă renunțarea la

medicamente“, a zis, „m-aș fi ferit de ea. O, cât de bine a fost să-mi recapăt, pentru câteva zile, eul sexual! Mă întreb dacă o să mai am vreodată orgasm cu soția mea.“ Când îți revii prima oară după un episod de depresie, când ai alte lucruri în cap, deficiența sexuală nu e atât de supărătoare, dar, după aceea, ideea de a scăpa de durerea insuportabilă cu prețul plăcerii erotice – păi sigur că mi s-a părut o afacere proastă. Este, de asemenea, o motivație pentru nerespectarea tratamentului, care este, probabil, cea mai mare problemă la tratarea depresiei. Mai puțin de 25 la sută dintre pacienții care iau antidepresive continuă tratamentul timp de șase luni, și o mare parte dintre cei care-l întrerup o fac din cauza efectelor secundare legate de relațiile sexuale și de somn. [108](#)

După ce se instalează efectele sexuale, urmează anxietatea sexuală, așa încât întâlnirile erotice pot să devină momente perturbante de eșec; la persoanele afectate de această problemă, poate să apară o aversiune psihologică față de interacțiunea sexuală, care agravează simptomele. Cei mai mulți dintre bărbații care au problema impotenței suferă de depresie; dispariția impotenței poate fi suficientă pentru ieșirea din depresie. Este deopotrivă important și dificil, după cum a observat Clayton, să scoți la iveală problemele sexuale caracteristice psihologiei implicite care poate că a făcut ca o persoană să devină depresivă; problemele sexuale ce rezultă din depresie (99 la sută dintre persoanele cu depresie majoră raportează disfuncții sexuale); și problemele sexuale care sunt rezultatul terapiei cu antidepresive. Clayton subliniază nevoia de examinare neintruzivă, dar riguroasă, a pacienților, căutând problemele sexuale.

Despre multe substanțe se spune că ajută la contracararea efectelor secundare sexuale ale antidepresivelor: [109](#) antagoniștii serotoninici, ca ciproheptadină și granisetron; antagoniștii alfa-2, ca yohimbina și trazodon; agonii colinergici, ca betanecol; medicamentele care întăresc dopamina, ca bupropion, amantadină și bromocriptină; agonii autoreceptori, ca buspiron și pindolol; stimulantele, ca amfetamină, metilfenidat și efedrină; și extractele de plante ca gingko biloba și L-arginină. Mici pauze – de obicei, cam trei zile

– de medicamente dau câteodată rezultate pozitive. Uneori, schimbarea medicamentelor ajută la îmbunătățirea libidoului. Nici una dintre acestea nu s-a dovedit că funcționează nemaipomenit de bine; dar au cu adevărat un oarecare efect, diferit de la o persoană la alta. O femeie a cărei poveste apare în această carte a avut o experiență alarmantă când i s-a prescris o combinație din aceste medicamente, printre care și dexedrina: a avut un libidou atât de pronunțat, încât îi era fizic greu să participe la ședințele obișnuite de la birou. Lucrurile au ajuns atât de departe, încât, contrar comportamentului ei firesc, făcea sex cu străini în lift. „Puteam avea trei orgasme între etajul opt și paisprezece“, mi-a spus. „Nu mai purtam lenjerie intimă, pentru că era prea greu s-o dau jos. Tipii credeau că fac ceva uimitor – era destul de jenant pentru mine, dar simt că am ajutat cu adevărat câteva egouri masculine. Dar nu se mai putea așa. Sunt, în esență, o femeie<sup>110</sup> foarte refulată. Nu mai sunt așa de tânără. Nu mi se potriveau deloc toate astea.“ Câteva mici ajustări au adus-o înapoi, la un nivel controlabil al excitației sexuale. Din păcate, aceleași medicamente, folosite la altă pacientă pe care o cunosc, n-au avut nici un efect: „N-aș fi putut să am orgasm nici dacă aș fi fost blocată în lift timp de patru ore cu Montgomery Clift“, mi-a spus cu tristețe.

Injectiile cu testosteron, administrate pentru a crește nivelul testosteronului liber din corp, pot fi întru câtva de folos, dar sunt greu de administrat și de controlat, iar efectele lor nu sunt cu totul clare. Cea mai strălucitoare rază de speranță este viagra. Datorită efectelor ei fiziologice și fizice, pare să afecteze trei dintre fazele menționate de Clayton; singurul neajuns este că nu stimulează libidoul. În faza a doua, poate să ajute la recăpătarea încrederii în capacitatea de interacțiune sexuală, și asta ajută la destindere, lucru care, la rândul său, ajută libidoul. Să sperăm că stimulatorii de dopamină la care se lucrează în prezent se pot ocupa de asta, dat fiind că dopamina pare să fie puternic implicată în libidou. Luată în mod regulat, viagra restabilește și erecțiile nocturne,<sup>111</sup> care adesea sunt suprimate de către antidepresive. Acest lucru poate avea un efect pozitiv asupra libidoului. S-a propus ca bărbații care iau antidepresive să ia viagra în fiecare seară,<sup>112</sup> ca agent

terapeutic, chiar dacă nu au contact sexual de fiecare dată. Într-adevăr, ea poate fi un antidepresiv rapid și eficient; nivelul înalt al funcției sexuale îmbunătățește starea de spirit mai bine ca aproape orice altceva. Cercetările efectuate atât de Andrew Nierenberg de la Harvard, cât și de Julia Warnock de la Universitatea din Oklahoma<sup>113</sup> arată că viagra, chiar dacă încă nu este aprobată oficial pentru femei, pare să aibă efecte bune asupra impulsului lor sexual și poate facilita orgasmul. Aceasta se datorează parțial faptului că ajută clitorisul să se mărească, prin aflulul de sânge. Terapiile bazate pe hormoni dau, și ele, rezultate bune la femeile cu disfuncții sexuale. Menținerea estrogenului la nivel ridicat îmbunătățește starea de spirit, iar scăderile bruște ale nivelului de estrogen pot fi devastatoare. Scăderea cu 80 la sută a estrogenului care apare la femei la menopauză are efecte puternice asupra stării de spirit. La femeile cu nivel scăzut de estrogen, apar tot soiul de probleme, iar Julia Warnock subliniază că nivelurile de estrogen trebuie normalizate înainte ca viagra să poată ajuta în vreun fel. Cu toate că este important ca la femei să nu crească prea mult nivelul testosteronului – pentru că altfel le crește păr pe corp și devin agresive –, testosteronul este un hormon necesar libidoului feminin și trebuie să fie menținut, și el, la niveluri adecvate.

Antidepresivele triciclice acționează asupra câtorva sisteme de neurotransmițători, printre care acetilcolina, serotonina, norepinefrina și dopamina. Triciclicele sunt deosebit de utile în depresia majoră sau psihotică. Inhibarea acetilcolinei are câteva efecte secundare neplăcute, printre care se numără uscarea gurii și a ochilor și constipația. Triciclicele pot să fie, de asemenea, ușor sedative. Folosirea triciclicelor la persoane cu tulburare bipolară poate precipita mania, astfel încât trebuie să se procedeze cu multă atenție la prescrierea lor. Inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS) și bupropionul pot, și ei, să declanșeze mania, dar sunt mai puține riscuri s-o facă.

Inhibitorii de monoaminoxidază sunt deosebit de utili când depresia are simptome fizice acute, cum sunt durerea, scăderea energiei și perturbarea somnului. Aceste medicamente blochează enzima care descompune adrenalina și serotonina, crescând astfel nivelul acestor substanțe. Inhibitorii de



monoaminoxidază sunt medicamente excelente, dar au multe efecte secundare. Pacienții care le iau trebuie să evite o serie de alimente cu care au interacțiuni perturbante. De asemenea, pot afecta funcțiile corpului. Unui pacient căruia i-am luat interviu inhibitorii de monoaminoxidază i-au provocat retenție urinară completă: „Era nevoie să ajung pe la spital ori de câte ori trebuia să urinez, ceea ce nu era deloc convenabil.“

Antidepresivele atipice exact asta sunt: atipice. Fiecare își are modul original de funcționare. Effexorul stimulează atât serotonina, cât și norepinefrina. Wellbutrinul acționează asupra dopaminei și norepinefrinei. Asendinul și serzona acționează asupra tuturor sistemelor. E la modă, în acest moment, să încerci așa-zisele medicamente „pure“, care au efecte foarte specifice. Medicamentele „pure“ nu sunt neapărat mai eficiente decât cele „impure“; specificitatea poate fi legată, într-o anumită măsură, de controlarea efectelor secundare, dar, s-ar zice, cu cât îți faci de lucru cu mai multe chestii prin creierul omului, cu atât mai eficient pare să fie tratamentul pentru depresie. Medicamentele „pure“ sunt create de companiile farmaceutice, care sunt entuziasmate de eliminarea contrafacerii chimice; dar aceste medicamente nu se disting prea mult pentru scopuri terapeutice.

Efectele antidepresivelor sunt imprezvizibile și nu pot fi menținute totdeauna.<sup>114</sup> Totuși, Richard A. Friedman spune: „Nu cred că eșecul total se petrece atât de des cât se pretinde. Cred că poate fi nevoie de ajustarea dozelor, că medicamentele ar putea avea nevoie de o amortizare. Psihofarmacologia necesită multă migăleală. Și multe dintre cele care eșuează cu adevărat o fac din cauză că și-au pierdut reacția placebo, care tinde să fie de scurtă durată.“ Nu-i mai puțin adevărat că, la mulți pacienți, medicamentele nu aduc decât o ameliorare temporară. Sarah Gold, care are un istoric de depresie întins pe întreaga viață de adult, și-a revenit complet cu wellbutrin – timp de un an. A obținut iar efectul, pentru puțin timp, cu effexor, dar și acesta s-a pierdut în răstimp de optsprezece luni. „Oamenii au observat. Locuiam în aceeași casă cu câteva persoane, iar una dintre ele mi-a spus că am aura neagră și nu poate suporta să stea în casă când eram sus, în camera

mea, cu ușa închisă.“ Sarah Gold a trecut la o combinație de litiu, zoloft și ativan; acum ia anafranet, celexa, risperdal și ativan și este „mai puțin energetică, se simte mai puțin în siguranță, dar se poate descurca“. Poate că nici una dintre medicații n-a putut să-i dea cea vindecare permanentă de care au parte unii, iar pentru cineva care va trebui să ia permanent medicamente este foarte demoralizant să treacă de la o soluție a problemei la următoarea.

Câteva medicamente, cum este buSpar, care acționează asupra anumitor nervi sensibili la serotonină, sunt folosite pentru controlarea pe termen lung a anxietății. Există și medicamente cu acțiune rapidă, benzodiazepinele <sup>115</sup> – categorie în care intră klonopin, ativan, valiu și xanax. Halcion și restoril, prescrise pentru insomnie, sunt, și ele, benzodiazepine. Aceste medicamente pot fi luate la nevoie și reduc pe loc anxietatea. Teama de dependență a dus însă la o crasă subutilizare a benzodiazepinelor. Ele sunt medicamente minunate dacă sunt folosite pe termen scurt și pot face viața suportabilă în perioadele de anxietate acută. Am cunoscut oameni care erau torturați de angoasa psihică și ale căror chinuri ar fi putut fi ușurate dacă medicii lor ar fi fost mai îngăduitori la prescrierea benzodiazepinelor, și n-o să uit niciodată ce mi-a spus primul meu psihofarmacolog: „Dacă devii dependent, te scoatem noi din dependență. Până atunci, hai să-ți alinăm suferința.“ La cei mai mulți dintre cei care iau benzodiazepine apar toleranța și dependența, ceea ce înseamnă că nu pot renunța brusc la ele; dar nu trebuie să ia doze din ce în ce mai mari pentru a obține foloase terapeutice. „La aceste medicamente“, spune Friedman, „dependența este o problemă mai ales la persoanele cu istoric de abuz de substanțe toxice. Riscul de dependență al benzodiazepinelor este mult supraestimat.“

În cazul meu, xanaxul a determinat dispariția spaimei, asemenea magicianului care face să dispară iepurele. În vreme ce antidepresivele pe care le luam înainte erau lente ca zorile ce-și revărsau puțin câte puțin lumina peste trupul meu, îngăduindu-i să revină în universul lumii știute, xanaxul mi-a oferit nemijlocit o extraordinară eliberare de anxietate – „un deget care astupă fisura unui dig în momentul crucial“, după cum spune James Ballenger,

expert în anxietate. În cazul persoanelor care nu sunt înclinate spre abuzuri, benzodiazepinele salvează vieți. „Ceea ce știe publicul larg“, spune Balenger, „e, în mare parte, incorect. Sedarea este un efect secundar; folosirea medicamentelor ca somnifere e un abuz. Folosirea lor împotriva anxietății nu e așa. Renunțarea rapidă la ele dă unele simptome, dar așa se întâmplă cu multe, multe medicamente.“ Cu toate că benzodiazepinele pot să ajute în cazul anxietății, ele singure nu reduc depresia. Pot să afecteze pe termen scurt memoria. Pe termen lung, pot să aibă calități antidepresive, dar folosirea constantă pe termen lung trebuie atent supravegheată.

De la acea primă vizită la primul psihofarmacolog, acum șapte ani, am intrat în jocul medicamentelor. De dragul sănătății mele mintale, am luat, în diferite combinații și diferite doze, zoloft, paxil, navan, effexor, wellbutrin, serzonă, buSpar, zyprexa, dextedrină, xanax, valiu, ambien și viagra. Sunt norocos; reacționez bine la medicamentele din clasa cu care am început. Cu toate acestea, pot da mărturie despre iadul tatonărilor. Experimentarea diferitelor medicamente te face să te simți ca o țintă pentru săgeți. „În zilele noastre, depresia e vindecabilă“, mi s-a spus. „Iei antidepresive așa cum iau alții aspirină pentru durerea de cap.“ Nu-i adevărat. În zilele noastre, depresia este tratabilă; iei antidepresive așa cum faci radiații pentru cancer. Uneori fac minuni, dar nici una dintre ele nu e ușoară, iar rezultatele sunt inconsecvente.

Până acum, n-am fost internat în spital, dar știu că s-ar putea să am cândva nevoie să fac asta. Într-un spital, primești de obicei medicamente și/sau electroșocuri. O parte din ceea ce poate duce la vindecare este internarea însăși, atenția acordată de personal, sistemele care te apără de propriile impulsuri distructive sau sinucigașe. Internarea nu trebuie să fie ultimul lucru la care să recurgă cei disperăți. Este o resursă ca oricare alta și trebuie exploata-tă când e necesar, dacă îți-o permite asigurarea medicală.

Cercetătorii caută tratamentele noi în patru direcții. Prima direcție este trecerea cât mai mult posibil la terapiile preventive; cu cât depistezi mai repede problemele mintale de orice fel, cu atât o scoți mai bine la capăt. A doua este creșterea specificității medicamentelor. Creierul are cel puțin cincisprezece receptori diferiți ai serotoninei. Dovezile sugerează că efectele

antidepresivelor depind de numai câteva dintre aceste situații, și multe dintre efectele secundare supărătoare ale inhibitorilor selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS) probabil că se leagă de celelalte. A treia este găsirea de medicamente mai rapide. A patra este creșterea specificității legate de simptom mai degrabă decât de poziția biologică, astfel încât să se poată elimina experimentarea pentru alegerea medicamentului. Dacă descoperim bunăoară repere care să îngăduie identificarea subtipurilor genetice de depresie, am putea găsi tratamente adecvate acestor subtipuri. „Medicamentele existente“, spune William Potter, care a lucrat la Institutul Național pentru Sănătate Mintală (NIMH), „acționează în mod prea indirect ca să le putem controla vreodată prea bine.“ Așadar, acest fel de specificitate probabil că va rămâne nedefinit. Tulburările stării de spirit nu implică un singur semnal, de la o singură genă, ci multe gene, fiecare aducând un mic spor al riscului – care este declanșat de condiții externe, creând o vulnerabilitate însumată.

Cel mai eficient tratament fizic pentru depresie este cel mai puțin „pur“ și specific dintre toate. Antidepresivele sunt eficiente în circa 50 la sută din cazuri, poate un pic mai mult; electroșocurile par să aibă un impact semnificativ între 75 și 90 la sută din cazuri. Aproximativ jumătate dintre cei cărora electroșocurile le-au ameliorat starea încă se simt bine la un an după tratament, deși alții necesită repetarea ședințelor de electroșocuri sau electroșocuri de întreținere, efectuate regulat. Electroșocurile acționează rapid. Mulți pacienți se simt substanțial mai bine în decurs de câteva zile de la o ședință de electroșocuri – avantaj izbitor în contrast cu procesul îndelungat, lent, al reacției la medicamente. Electroșocurile sunt deosebit de adecvate în cazul celor cu tendințe suicidare majore – pacienții care se rănesc singuri în mod repetat și a căror situație este, prin urmare, cât se poate de urgentă –, datorită acțiunii lor rapide și ratei ridicate de reacție, și sunt folosite la femeile însărcinate, la bolnavi și la bătrâni, deoarece nu au efectele secundare sistemice ale interacțiunii medicamentelor pe care le produc majoritatea tratamentelor medicamentoase. [116](#)

După obișnuitele analize de sânge, electrocardiogramă, adesea o radiografie pulmonară și unele verificări legate de anestezie, pacientul considerat potrivit pentru electroșocuri semnează un formular de acord, care este prezentat și familiei sale. În seara dinaintea tratamentului, pacientul nu mănâncă nimic și i se pune perfuzie. Dimineața, este dus în sala de electroșocuri. După racordarea la monitoare, asistenții medicali îi aplică gel pe tâmpile și apoi i se pun electrozii, fie pentru terapie unilaterală cu electroșocuri, doar în partea nondominantă a creierului – care e strategia preferată pentru început, de obicei emisfera dreaptă –, fie pentru terapie bilaterală cu electroșocuri. Terapia unilaterală cu electroșocuri are mai puține efecte secundare,<sup>117</sup> iar cercetări recente arată că terapia unilaterală cu electroșocuri în doză mare este la fel de eficientă ca tratamentul biemisferic. Medicul care o administrează alege, de asemenea, între stimulul reprezentat de unde sinusoidale, care dă o stimulare mai prelungită, și stimulul reprezentat de unde nesinusoidale cu pulsație rapidă, care induce crize cu mai puține efecte secundare. Se administrează intravenos un anestezic general, care adoarme complet pacientul timp de circa zece minute, precum și un relaxant muscular pentru a preveni spasmele fizice (singura mișcare în timpul tratamentului este o ușoară agitare a degetelor de la picioare – spre deosebire de electroșocurile din anii '50, când pacienții se smuceau și se răneau). Pacientul este conectat la un electroencefalograf (EEG) și un electrocardiograf (EKG), astfel încât are loc permanent scanarea creierului și a inimii. Apoi, un șoc de o secundă provoacă o criză în zona temporală și în vertex, care durează, de obicei, circa treizeci de secunde – suficient ca să modifice procesele chimice cerebrale, nu suficient ca să prăjească materia cenușie. Șocul este, de obicei, de două sute de jouli, echivalent cu cel dintr-un bec de o sută de wați; cea mai mare parte din curent este absorbită de țesutul moale și de craniu, iar în creier ajunge doar o mică parte. După zece-cincisprezece minute, pacientul își revine în salonul de recuperare. Cei mai mulți dintre cei care primesc electroșocuri fac zece-douăsprezece tratamente într-un interval de circa șase săptămâni. Electroșocurile sunt administrate din ce în ce mai mult în regim ambulatoriu.<sup>118</sup>

Scriitoarea Martha Manning și-a descris depresia și terapia cu electroșocuri într-o carte surprinzător de frumoasă și de amuzantă, numită *Under currents*. Acum, e stabilizată pe wellbutrin, un pic de litiu, un pic de depakote, klonopin și zoloft – „E ca și cum aș avea în mână Rainbow Coalition<sup>119</sup> când mă uit la toate astea“, glumește ea. „Sunt o lucrare științifică fără termen de predare.“ A avut o experiență intensă și prelungită cu electroșocuri în faza cea mai gravă a depresiei. S-a dus la spital pentru tratament în ziua în care a căutat adresa unui magazin de arme, ca să se sinucidă. „Nu voiam să mor pentru că mă uram; voiam să mor pentru că mă iubeam destul de mult ca să vreau să se isprăvească această suferință. În fiecare zi, mă rezemam de ușa băii fiicei mele și o ascultam cântând – avea unsprezece ani și totdeauna cânta sub duș –, și aceasta era o invitație să mai aștept o zi până s-o fac. Pur și simplu, nu reușeam să-mi pese destul, dar am înțeles brusc că, dacă fac rost de un pistol și-l folosesc, o să pun capăt cântecului celui copil. Aveam s-o fac să amuțească. Și, în ziua aceea, m-am înscris la electroșocuri. Era ca și cum i-aș fi spus, în cele din urmă, «unchiule» celui care m-a trântit la pământ. Am făcut tratamentul câteva săptămâni – după fiecare rundă, mă trezeam mahmură, cerând o cola dietetică, știind că o să fie o zi de felul celor cu tylenol.“

Electroșocurile au, într-adevăr, ca rezultat perturbarea memoriei pe termen scurt și pot să afecteze memoria pe termen lung. De obicei, perturbările sunt temporare, dar unii pacienți au rămas cu un deficit permanent de memorie. O femeie pe care am cunoscut-o, avocat pledant, s-a trezit după electroșocuri că nu-și mai amintește deloc de facultate. Nu-și putea aminti nimic din ceea ce a învățat, nici unde anume a învățat, nici pe cine a cunoscut în timpul studiilor. Acest lucru este extrem și se întâmplă rar – dar se întâmplă. Electroșocurile au fost asociate, conform unui studiu, și cu decesul unui pacient la zece mii, de obicei din cauza problemelor cardiace de după tratament. Nu este cu totul limpede dacă acele decese coincid cu electroșocurile sau sunt cauzate de ele.<sup>120</sup> Tensiunea sangvină crește în mod semnificativ în timpul electroșocurilor. Electroșocurile nu par să provoace vătămări fiziologice; de

fapt, Richard Abrams, autorul unei cărți fundamentale despre electroșocuri, descrie un pacient care a primit peste 1.250 de electroșocuri bilaterale și al cărui creier, când a decedat, la optzeci și nouă de ani, era în stare perfectă. „Pur și simplu, nu există dovezi – și, teoretic, nici un risc – ca electroșocurile, așa cum sunt administrate actualmente, să fie capabile să producă vătămări ale creierului“, <sup>121</sup> scrie el. Multe dintre efectele secundare pe termen scurt – inclusiv amețeala și greața – vin de la anestezia care se folosește la electroșocuri, nu de la electroșocurile înseși.

Electroșocurile continuă să fie tratamentul cel mai stigmatizat. „Te simți ca Frankenstein acolo, pe masă“, spune Martha Manning. „Și lumea nu vrea să audă de ele; nimeni nu-ți aduce sufertașe cu mâncare când ești internat pentru electroșocuri. Te izolează cu-adevărat de familie.“ Poate fi traumatizant, la nivel conceptual, și pentru pacient. „Știu că dă rezultate“, spune cineva care lucrează în domeniul sănătății mintale. „Am văzut cu ochii mei că dă rezultate. Dar gândul de a pierde amintiri prețioase cu copiii și cu familia – știi, n-am părinți și n-am soț. Cine *g* se *te* pentru tine acele amintiri? Cine-ți spune despre ele? Cine o să-și amintească rețeta aia specială de plăcintă pe care am făcut-o noi acum cincisprezece ani? Mi-ar spori depresia dacă aș fi mai lipsită de visuri. Amintirile sunt cele care mă ajută să străbat zilele, gândurile la iubirea din trecut.“

Pe de altă parte, electroșocurile pot fi uimitor de eficiente. „Înainte eram conștientă de fiecare înghițitură de apă, că e un efort prea mare“, spune Martha Manning. „Apoi, mi-am zis, oare oamenii normali se simt așa tot timpul? E ca și cum nu ți-ar fi picat fisa întreaga ta viață la o glumă strașnică.“ Și efectele sunt, de obicei, rapide. „Simptomele vegetative au pierit; apoi mi-am simțit corpul mai ușor; apoi *hi r* am vrut un sendviș Big Mac“, spune ea. „M-am simțit, o vreme, ca și cum fusesem lovită de un camion, dar asta era, în comparație, mai puțin rău.“ Martha Manning este extraordinară. Mulți oameni care fac terapie cu electroșocuri se împotrivesc ideii că este utilă, mai ales dacă s-au ales cu deficite trecătoare ale memoriei, sau dacă refacerea propriei vieți a fost treptată. Două cunoștințe ale mele au făcut electroșocuri

la începutul anului 2000. Amândouă atinseseră nivelul cel mai de jos – nu erau în stare să se scoale din pat ori să se îmbrace, erau veșnic sleite de puteri, extrem de negative în privința vieții, neinteresate de mâncare, incapabile de muncă și cu dese impulsuri sinucigașe. Au făcut electroșocuri la distanță de câteva luni una față de alta. Prima a suferit, după tratamente, o pierdere a memoriei evidentă și gravă – fusese inginer, iar acum nu-și putea aminti cum funcționează un circuit. Cea de-a doua a rămas la fel de mohorâtă cum fusese, deoarece încă se confrunta cu probleme reale din viața ei. Memoria inginerului a început să revină la suprafață după vreo trei luni, și, până la sfârșitul anului, se scula din pat, ieșea în lume, își reluase lucrul și funcționa bine. A spus că a fost „probabil o coincidență”. A doua a făcut a doua serie a tratamentului, deși susținea că prima serie nu-i fusese de nici un folos. După a doua serie, personalitatea a început să-i revină, și, până în toamnă, nu numai că avea o slujbă, ci și un nou apartament și un prieten. A continuat să spună că electroșocurile fuseseră mai degrabă supărătoare decât utile, până ce i-am sugerat, în cele din urmă, că ceea ce electroșocurile îi șterseseră din memorie era cum fusese ea înainte de tratament. Când a apărut cartea Marthei Manning, locurile în care ea făcea lecturi au fost pichetate de oameni care se împotriveau „controlului electronic al minții”<sup>122</sup>. Au fost date legi împotriva electroșocurilor în multe state din SUA; metodologia de tratament face obiectul abuzurilor și nu e potrivită tuturor, și, cu siguranță, nu trebuie folosită fără a ține seama de nimic sau fără consimțământul total al pacientului – dar poate fi un lucru miraculos.

De ce dau rezultate electroșocurile? Nu știm. Se pare că au asupra dopaminei un efect puternic de întărire și stimulează, de asemenea, toți ceilalți neurotransmițători. După cum poate să influențeze și metabolismul din cortexul frontal. Electricitatea de înaltă frecvență pare să ridice nivelul metabolic; electricitatea de joasă frecvență poate să scadă nivelul metabolic. Nu e, desigur, limpede dacă depresia este unul dintre numeroasele simptome ale hipometabolismului, depresia agitată un simptom al hipermetabolismului, sau dacă ambele tipuri de depresie și aceste alterări ale metabolismului sunt



funcții ale altei modificări din creier. Electroșocurile coboară temporar bariera hematoencefalică. Efectele electroșocurilor nu se limitează la cortexul frontal; chiar și funcțiile trunchiului cerebral sunt afectate temporar de sarcina electrică.

Am hotărât să nu renunț la medicamente. Nu sunt sigur că sunt dependent, dar depind de ele: fără medicamente, aș risca apariția simptomelor de boală. E o linie subțire. Am pus pe mine kilograme care nu mă avantajează. Mă pomenesc cu urticarii ciudate, fără motiv vizibil. Transpir mai mult. Memoria mea, care n-a fost niciodată strălucită, este puțin perturbată: uit adesea ce spun – în mijlocul unei fraze. Am de multe ori dureri de cap. Din când în când, am crampe musculare. Impulsurile sexuale vin și pleacă, iar funcția mea sexuală e inconsecventă: un orgasm este, în prezent, o ocazie specială. Nu e starea ideală, dar pare să fi înălțat un zid real între mine și depresie. Ultimii doi ani sunt, fără discuție, cei mai buni dintr-un deceniu. Încetșor, o să-mi revin cu totul. Când, nu demult, mi-au murit doi prieteni, amândoi în accidente stranii, am fost cumplit de trist, dar n-am simțit că-mi alunec din mâini, și să simt doar jalea a fost aproape o satisfacție (știi că sună groaznic, dar, într-un fel egoist, e adevărat).

Problema funcțiilor pe care le slujește depresia în lumea în care trăim nu este chiar aceeași cu problema funcțiilor pe care le au antidepresivele. James Ballenger, expert în anxietate, spune: „Suntem cu douăzeci și cinci de centimetri mai înalți decât eram înainte de al Doilea Război Mondial și mult mai sănătoși, și trăim mai mult. Nimeni nu se plânge de această schimbare. Când îndeapărtezi o infirmitate, oamenii caută și găsesc mai multe, și bune, și rele.“ Și acesta, cred, e cu adevărat răspunsul la întrebarea pe care mi-a pus-o aproape fiecare persoană menționată în cartea de față. „Medicamentele astea nu-ți întunecă viața?“ Nu. Ceea ce fac este să-ți îngăduie să ai durerea în locuri mai importante, mai bune, din motive mai profunde.

„Ai douăsprezece miliarde de neuroni“, spune Robert Post, șeful Departamentului Psihiatric al Institutului Național pentru Sănătate Mintală.

„Fiecare are între o mie și zece mii de sinapse, și toate se schimbă în mare viteză. Să le faci pe toate să funcționeze atât de bine, încât oamenii să fie nespūs de fericiți tot timpul – mai avem cale lungă, lungă, până acolo.“ James Ballenger zice: „Nu am impresia că nivelul suferinței din univers a scăzut prea mult, cu *to te* îmbunătățirile noastre, și nu cred c-o să ajungem prea curând la un nivel tolerabil. Controlul minții nu trebuie să ne preocupe în prezent.“

*Norm* *l* este un cuvânt care-i obsedează pe depresivi. Depresia e oare normală? Am citit în studii despre grupuri de persoane normale și depresive; despre medicamente care ar putea „să normalizeze“ depresia; despre grupuri de simptome „normale“ și „atipice“. Una dintre persoanele pe care le-am întâlnit în cursul acestei cercetări mi-a spus: „La început, când au apărut aceste simptome, am crezut că-nnebunesc. A fost o mare ușurare să descopăr că era doar o depresie clinică și că acest lucru era, în esență, normal.“ Era, desigur, în esență, calea normală către nebunie; depresia este o boală mintală, și, când ești în ghearele ei, ești sărit de pe fix, țcănit, îți filează o lampă, ai pitici pe creier.

La un cocktail, la Londra, am întâlnit o cunoștință și i-am spus, în treacăt, că scriu cartea asta. „Am avut o depresie cumplită“, a spus ea. Am întrebat-o ce a făcut ca să-și revină. „Nu mi-a plăcut ideea să iau medicamente“, a zis. „Mi-am dat seama că problema mea era legată de stres. Așa că am hotărât să elimin din viața mea toate motivele de stres.“ A numărat pe degete: „Am renunțat la serviciu. M-am despărțit de prietenul meu și nu mi-am mai căutat altul. Am renunțat la colocatarul meu și acum locuiesc singură. Nu mă mai duc la petreceri care țin până târziu. M-am mutat într-o locuință mai mică. Am renunțat la majoritatea prietenilor. Am renunțat, în mare măsură, la machiaj și la îmbrăcăminte.“ Mă uitam la ea. Îngrozit. „Sună rău, dar sunt mult mai fericită acum și mult mai puțin speriată decât înainte.“ Părea tare mândră de ea. „Și am făcut-o fără medicamente.“

Cineva care era în grupul nostru a prins-o de braț. „E o sminteală totală. E cel mai smintit lucru pe care l-am auzit vreodată. Trebuie să fii smintită să faci așa ceva vieții tale“, i-a spus. E sminteală să eviți comportamentele care

te scot din minți? Ori e sminteală să iei medicamente ca să poți duce în continuare o viață care te scoate din minți? Aș putea să-mi restrâng viața și să fac mai puține lucruri, să călătoresc mai puțin, să cunosc mai puțină lume și să evit să scriu cărți despre depresie – și poate că, dacă aș face aceste schimbări, n-aș mai avea nevoie de medicamente. Aș putea să-mi trăiesc viața între granițele lucrurilor pe care le pot tolera. Nu este lucrul pentru care am optat în primul rând, dar e, cu siguranță, o opțiune rezonabilă. A trăi cu depresia e ca și cum ai încerca să-ți ții echilibrul când dansezi cu o capră – ești perfect sănătos la cap dacă preferi un partener cu mai mult simț al echilibrului. Și totuși, viața pe care am dus-o, plină de aventuri și complexitate, îmi dă atâta satisfacție, încât n-aș putea suporta să renunț la ea. Aș detesta asta mai mult ca aproape orice altceva. Aș lua mai degrabă de trei ori mai multe pilule ca acum decât să-mi înjumătățesc cercul de prieteni. Unabomber<sup>123</sup> – ale cărui tehnici de comunicare a susceptibilității sale luddite erau dezastruoase, dar ale cărui intuiții legate de primejdiile tehnologiei erau corecte – scria în manifestul său: „Închipuiți-vă o societate care le impune oamenilor condiții care-i fac cumplit de nefericiți, apoi le dă medicamentele care să le alunge nefericirea. O chestie științifico-fantastică? Se întâmplă deja [...]. De fapt, antidepresivele sunt o modalitate de modificare a stării interne a unui individ astfel, încât să-l facă să suporte condițiile sociale pe care altfel le-ar socoti insuportabile.“<sup>124</sup>

Când am văzut prima oară depresia clinică, n-am recunoscut-o; de fapt, nici măcar n-am observat-o. Era în vara de după primul an de facultate, și câțiva dintre noi eram într-o casă în care familia mea își petrece vara. Buna mea prietenă Maggie Robbins era și ea acolo, fermecătoarea Maggie, întotdeauna scânteind de energie. Maggie avusese în primăvară o cădere psihotico-maniacă și fusese internată două săptămâni. Acum părea că și-a revenit. Nu mai spunea aiureli despre găsirea de informații secrete în pivnița bibliotecii și că trebuia să se urce clandestin într-un tren către Ottawa, așa că am presupus cu toții că e sănătoasă la cap: tăcerile ei îndelungate la acel

sfârșit de săptămână estival păreau chibzuite și adânci, ca și cum ar fi învățat să-și cântărească valoarea cuvintelor. Era ciudat că nu-și adusese un costum de baie – de-abia după câțiva ani mi-a spus că simțise că nu suportă să fie atât de goală, și vulnerabilă, și fără apărare, cum ar fi fost fără toate hainele pe ea. Noi, cu toții, ne bălăceam jucăuși, zvăpăiați și imaturi. Maggie ședea pe trambulină, într-o rochie de bumbac cu mâneci lungi, și se uita la veselia aceea și-și trăgea genunchii la piept. Eram acolo șapte, și bătea soarele, și numai mama a spus (adresându-mi-se doar mie) că Maggie pare extrem de retrasă. Habar n-aveam ce eforturi făcea Maggie, nici cea mai mică idee n-aveam despre ce se silea să rabde. N-am remarcat cearcănele întunecate pe care trebuie să le fi avut sub ochi, cele pe care am învățat de atunci încoace să le caut. Îmi amintesc că o necăjeam cu toții că nu înoată, că pierde distracția, până ce, în cele din urmă, s-a ridicat în picioare pe trambulină și a plonjat, cu rochie cu tot. Îmi amintesc de hainele grele care s-au lipit de ea în vreme ce a înotat o lungime de piscină, după care s-a îndreptat îngreunată, udă din cap până-n picioare, către casă ca să-și ia îmbrăcăminte uscată, iar apa picura în iarbă. De-abia după câteva ore am găsit-o înăuntru, dormind din nou. Ne-preamâncând la cină, mi-am zis că nu-i place biftecul, ori că are grijă să nu se îngrașe. Destul de ciudat, îmi amintesc că a fost un sfârșit de săptămână fericit, și am fost șocat când Maggie mi-a povestit că ce trăise ea e boală.

După cincisprezece ani, Maggie a suferit cea mai gravă depresie pe care am văzut-o vreodată. Cu o nepricepere uluitoare, medicul ei i-a spus că, după cincisprezece ani în care s-a simțit bine, ar putea încerca să renunțe la litiu, ca și cum s-ar fi produs vindecarea, iar tulburarea bipolară gravă i-ar fi fost eliminată din corp. Ea și-a redus treptat doza. S-a simțit minunat. A slăbit, și mâinile în sfârșit nu-i mai tremurau, și a regăsit ceva din vechea energie de tip Maggy, energia pe care o avea când mi-a spus prima oară că scopul vieții ei e să fie cea mai renumită actriță din lume. Apoi, a început să se simtă inexplicabil de minunat tot timpul. Am întrebat-o cu toții dacă n-o îngrijorează faptul că devine un piculeț necugetată, dar ne-a asigurat că nu s-a simțit de ani de zile așa bine. Asta ar fi trebuit să ne spună tot ce trebuia să știm: să te simți atât de bine nu-i lucru bun. Nu-i era prea bine. Nu-i era bine deloc. În

răstimp de trei luni, a ajuns la concluzia că Dumnezeu o călăuzește și are misiunea să salveze lumea. Un prieten a pus piciorul în prag și, când n-a putut să dea de psihiatrul ei, a găsit altul, care a făcut-o să ia din nou medicamente. În lunile care au urmat, ea s-a prăbușit în depresie. În toamna următoare, s-a înscris la cursuri postuniversitare. „Cursurile postuniversitare mi-au dat o mulțime de lucruri; în primul rând, mi-au dat timpul și spațiul și alocațiile ca să am încă două episoade de depresie“, glumea ea. În semestrul al doilea a avut o ușoară hipomanie, apoi a avut o depresie moderată; iar la sfârșitul celui de-al patrulea semestru mania totală i-a urcat ca săgeata, iar apoi a plonjat într-o depresie atât de adâncă, încât părea fără margini. Mi-o amintesc pe Maggie în mansarda unui prieten, încolăcită strâns pe canapea, crispându-se de parcă îi vâra cineva așchii de bambus pe sub unghii. Nu știam ce să facem. Părea că nu mai poate vorbi deloc; când am reușit, în cele din urmă, să scoatem de la ea câteva cuvinte, de-abia se înțelegeau. Din fericire, părinții ei învățaseră, în decursul anilor, totul despre tulburarea bipolară, și în seara aceea am ajutat-o să se mute la ei acasă. De atunci, nici unul dintre noi n-a mai văzut-o timp de două luni, căci stătea acolo, într-un colț, și nu se clintea zile întregi. Eu trecusem prin depresie și voiam s-o ajut, dar nu putea vorbi la telefon și nu voia vizitatori, iar părinții ei știau destul ca s-o lase să tacă în voie. Mă simțisem în contact mai apropiat cu morții. „N-o să mai trec *ni iod t* prin asta“, a spus ea. „Știu că aș face *tot* ce ar trebui să fac ca să evit asta, știu că *refuz* categoric.“

Acum, Maggie e bine, cu depakote, și litiu, și wellbutrin și, cu toate că are la îndemână xanax, n-a avut nevoie de el de multă vreme. A terminat cu klonopinul și paxilul pe care le lua la început. O să ia medicamente permanente. „Aveam nevoie să-mi dezvolt modestia de a spune: «O, poate că unii dintre oamenii care au hotărât să ia medicamente sunt ca mine, și aveau de gând ca niciodată, absolut niciodată în viața lor să nu ia medicamente, indiferent din ce motiv. Și apoi au luat, și asta i-a ajutat.»“ Scrie și creează lucrări de artă; are un serviciu în timpul zilei, ca redactor la o revistă. Nu vrea o slujbă mai importantă în timpul zilei. Vrea siguranță, și asigurare de sănătate, și un loc în care nu trebuie să fie strălucitoare tot timpul. Când cade

pe gânduri – sau se înfurie –, scrie poezii despre un alter ego pe care și l-a creat pentru sine și pe care l-a numit Suzy. Unele dintre poeziile ei sunt despre cum e să fii maniac. Altele, sunt despre cum e să fii depresiv:

Cineva stă în baie,  
privind țintă în ochii lui Suzy.  
Cineva care arată ca niște voci  
pe care Suzy nu le recunoaște.  
Cineva care trăiește în oglindă,  
Un chip umflat, care plânge, și plânge.

Țeasta lui Suzy e ticsită și zvâcnește.  
Dinții lui Suzy se clatină.  
Mâinile lui Suzy sunt încete și tremură,  
acoperind paharul cu spumă.  
Suzy a învățat într-o vară nodurile.  
Suzy nu știe să înnoade.

Suzy simte un vâl cum se ridică.  
Suzy aude un vâl cum se sfâșie.  
Apoi, adevărul zace, prins în ace, în fața ei –  
gol și zbatându-se, stârnit, sfârșit.  
Ghearele foamei sunt tot ce e sigur,  
Tot ce ne e dat când venim pe lume.

„Când aveam opt ani“, mi-a spus, „am hotărât că sunt Maggie. Îmi amintesc că am făcut asta la școală, pe coridor, zicând: «Știi, eu sunt Maggie. Și pur și simplu o să fiu întotdeauna eu. Asta sunt eu, acuma, cea care o să fiu. Am fost altfel, deoarece nici măcar nu-mi pot aminti o parte din viața mea, dar de acum încolo o să fiu pur și simplu eu.» Și așa a fost. Și acela a

fost simțul identității mele. Sunt aceeași persoană. Pot să privesc înapoi și să zic: «O, Doamne, nu pot să cred c-am făcut tâmpenia aia la șaptesprezece ani.» Dar eu am făcut-o. N-am nici o discontinuitate în mine.“

A avea un simț neschimbat al eului, cu tot prejudiciul pricinuit de boala maniaco-depresivă, dovedește o mare putere. Maggie a ajuns în stadii în care voia să fie eliberată de acest eu consecvent. În acea depresie cutremurătoare, aproape catatonică, spune ea, „zăceam în pat, cântând iar și iar «Unde s-a dus toate florile»,<sup>125</sup> ca să-mi țin mintea ocupată. Îmi dau seama acum că aș fi putut să iau alte medicamente, sau aș fi putut să rog pe cineva să doarmă în camera mea, dar îmi era prea rău ca să mă gândesc la asta. N-aș putea spune ce mă speria atât de mult, dar mi se părea că o să explodez de agitație. Mă duceam mai jos și tot mai jos. Noi tot schimbam medicamentele, iar eu tot mai jos mă duceam. Îi credeam pe doctorii mei; întotdeauna am fost de acord cu ideea că, în cele din urmă, o să revin la normal. Dar nu puteam să aștept; nu puteam trece nici măcar peste următorul minut. Cântam, ca să acopăr lucrurile pe care mi le spunea mintea mea, și anume: «Ești – nici măcar nu meriți să trăiești. Nu valorezi nimic. N-o să fii niciodată ceva. Ești nimeni.» Și atunci, am început să mă gândesc serios să mă omor. Îmi mai trecuse prin cap și înainte, dar acum chiar o plănuiam. Aveam aproape mereu imaginea înmormântării mele. Pe vremea când stăteam cu părinții, am avut această imagine completă a mea ducându-mă pe acoperiș și apoi trecând de margine, într-o cămașă de noapte. Era o alarmă la ușa către acoperiș, și eu aș fi declanșat-o, dar n-avea importanță; aveam să trec de margine înainte să poată ajunge cineva acolo. Nu puteam risca să ratez. Am ales cămașa de noapte pe care aveam s-o port. După care, a apărut o rămășiță a respectului meu față de mine și mi-a amintit cât de mulți oameni ar fi triști dacă aș face asta, și n-am putut suporta responsabilitatea de a provoca atâtea ore de tristețe pe cap de om. A trebuit să recunosc față de mine agresiunea pe care sinuciderea le-ar produce-o celorlalți.

Cred că am reprimat o mare parte din amintirea aceasta. Nu pot ajunge la ea; e imposibil să-mi amintesc, deoarece n-are sens. Dar îmi pot aminti

anumite părți din apartament, și cât de rău m-am simțit acolo. Și-mi pot aminti faza care a urmat, când mă gândeam tot timpul la bani. Așipeam, și mă trezeam îngrijorată; nu puteam scăpa de asta. Nu era prea rațional – în vremea aceea, nu aveam probleme financiare. Mă gândeam: «Și dacă n-o să am prea mulți bani peste zece ani?» Nu există nici o relație între frica și neliniștea din viața mea normală și soiul acela de frică sau neliniște pe care-l simțeam în acel moment. Are cu totul altă calitate, nu doar cantitate. O, au fost vremuri cumplite. În cele din urmă, am avut judecata cea bună de a schimba doctorii. Și atunci, am primit xanax. Luam o jumătate de miligram, sau cam așa ceva, și mă simțeam ca și cum podul palmei unui uriaș mi s-ar fi proptit în șold, iar restul mâinii mi-ar fi apăsat coastele, cu degetele pe umărul meu. Mâna aceea mă înfunda în pat cu vreo cinci centimetri. Și apoi adormeam, în cele din urmă. Eram îngrozită să nu ajung dependentă, dar doctorul m-a asigurat că nu – nu luam nici pe departe destul pentru asta – și a spus că, și dacă aș fi ajuns, avea să mă scoată din dependență când voi fi în stare să-mi gestionez mai bine viața. Așa că mi-am zis: «Bine, n-o să mă gândesc la asta; pur și simplu, o s-o fac».

În depresie, nu crezi că ai pus pe tine un vâl cenușiu și te uiți la lume prin ceața unei stări de spirit proaste. Crezi că un vâl a fost luat, vâlul fericii, și acum vezi cu adevărat. Încerci să fixezi adevărul și să-l demonțezi, și crezi că adevărul e un lucru bătut în cuie, însă adevărul e un lucru viu și aleargă de colo-colo. Poți exorciza demonii schizofrenicilor care simt că e în ei ceva străin. Dar e mult mai greu cu persoanele depresive, pentru că noi credem că vedem adevărul. Însă adevărul minte. Mă uit la mine și-mi zic: «Sunt divorțată», și pare că-i cel mai cumplit lucru. În vreme ce aș putea să gândesc: «Sunt divorțată!» și să mă simt grozav și liberă. O singură remarcă mi-a fost cu adevărat folositoare prin toate astea. O prietenă a spus: «N-o să fie întotdeauna așa. Încearcă să-ți amintești pur și simplu asta. E așa în acest moment, dar n-o să fie totdeauna așa». Celălalt lucru pe care l-a spus, care mi-a fost și el de ajutor, a fost: «Depresia e cea care vorbește. Vorbește prin tine.»“



Medicamentele și celelalte terapii sunt cele mai accesibile tratamente pentru depresie, însă mai este un sistem care a ajutat mulți oameni să facă față bolii – și acela este credința. Conștiința umană poate fi socotită ca înscrisă între laturile unui triunghi: latura teologică, cea psihologică și cea biologică. Este enorm de greu să scrii despre credință, deoarece conține deopotrivă ceea ce este de negândit și ceea ce este de nedescris. În plus, credința din lumea modernă tinde să fie foarte personală. Cu toate acestea, credința religioasă este una dintre principalele modalități prin care oamenii se acomodează cu depresia. De obicei, nu-i poate scoate din depresie; de fapt, chiar și cei mai credincioși constată că, în punctul cel mai de jos al depresiei, credința le slăbește sau le piere. Totuși, ea poate să apere de boală și-i poate ajuta pe oameni să supraviețuiască perioadelor depresive. Oferă motive de a trăi. O mare parte a religiei ne dă posibilitatea de a considera suferința drept un lucru de laudă. Ne oferă – în neajutorarea noastră – demnitate și scop. Multe dintre țelurile terapiei cognitive și analitice sunt atinse prin sistemele de credință care stau la baza principalelor religii ale lumii – reorientarea energiei în afara eului, descoperirea respectului de sine, răbdarea, amploarea înțelegerii. Credința e un dar imens. Oferă multe avantaje ale unor raporturi lăuntrice, fără a fi condiționată de bunul plac al unei persoane, chiar dacă, după cum bine știm, Dumnezeu însuși e renumit pentru capriciile Sale. Există o divinitate care conferă o primă formă – brută – finalităților noastre, orice formă le-am da noi. Nădejdea e o mare forță profilactică, iar credința, în esența ei, oferă speranță.

Supraviețuiești depresiei printr-o credință în viață la fel de abstractă ca orice sistem de credință religioasă. Depresia este cel mai cinic lucru din lume, dar este și originea unui gen de credință. S-o suferi și să ieși la liman ca tine însuși înseamnă să descoperi că ceea ce n-ai avut curajul să speri se prea poate să se fi dovedit adevărat. Discursul credinței, la fel cu cel al iubirii romantice, are dezavantajul că poartă în el potențialul dezamăgirii: depresia înseamnă pentru mulți oameni acea încercare de a fi izgonit de Dumnezeu sau părăsit de El, și multe dintre persoanele care au fost depresive spun că nu pot crede într-un Dumnezeu care-i lovește pe cei din turma Sa cu atâta cruzime,

atât de inutil. La majoritatea credincioșilor însă, această supărare față de Dumnezeu dispare odată cu depresia. Dacă etalonul tău e credința, te întorci la el, așa cum te întorci la orice altă normă. Sistemele religioase oficiale sunt exterioare felului în care am fost crescut și experienței mele, dar mi-e greu să evit impresia de intervenție exterioară care ne caracterizează prăbușirea și ridicarea. E un lucru simțit prea profund ca să fie un act lipsit de dumnezeire.

Știința opune rezistență aprofundării atente a relației dintre religie și sănătatea mintală, în principal din motive metodologice. „Când ajungi la lucruri ca meditația sau rugăciunea, care este standardul de comparație adecvată pentru un test «dublu legat la ochi»?“ întreabă Steven Hyman, directorul Institutului Național pentru Sănătate Mintală. „Rugăciunile către Dumnezeul cel fals? Este problema fundamentală la testarea valorii terapeutice a rugăciunii.“ Preotul este, pe lângă orice altceva, chipul mai acceptabil al unui terapeut. Într-adevăr, Tristan Rhodes, un preot pe care-l cunosc, a spus că a tratat timp de câțiva ani o femeie cu depresie de tip psihotic care refuza psihoterapia, dar venea la spovedanie în fiecare săptămână. I-a spus poveștile ei; apoi, el a discutat informațiile esențiale cu un prieten psihiatru; după care i-a spus femeii părerile împărtășite de psihiatru. Ea a primit în termenii cei mai expliți sprijinul psihiatric al contextului religios.

În cazul lui Maggie Robbins, credința și boala au coincis. A devenit membră a Bisericii Anglicane – în unele momente, chiar foarte evlavioasă. Se duce mereu la biserică: în cele mai multe dintre zilele de lucru, la slujba de seară, uneori, duminica, la două slujbe (una pentru împărtășanie și alta doar ca să asculte), la un curs de studiere a Bibliei în zilele de luni, iar în restul timpului la diverse activități în parohie. Face parte din colectivul de redacție al revistei parohiale, a predat la școala de duminică și a pictat decorurile pentru concursul de frumusețe organizat de Crăciun. Spune: „Știi, Fénelon a scris: «Coboară-mă ori înalță-mă; ador toate scopurile Tale.» Chietismul poate fi erezie, dar acea idee este unul dintre principiile de bază ale credinței mele. Nu-i nevoie să înțelegi ce se întâmplă. Înainte, gândeam că trebuie să pricepem ceva din viață, chiar dacă e lipsită de sens. Nu e lipsită de sens. Depresia te face să crezi anumite lucruri: că n-ai nici o valoare și că ar

trebuie să fii mort. Cum poți reacționa la asta altfel decât crezând în altceva?“ Acestea fiind spuse, în fazele cele mai rele ale depresiei religia n-a ajutat-o cine știe cât pe Maggie Robbins. „Când mi-a fost ceva mai bine, mi-am amintit: «O, da, religia – de ce n-am folosit asta ca să mă ajute?» Dar nu m-a putut ajuta când eram cel mai jos.“ Nimic n-a putut. Rugăciunea de seară o liniștește și o ajută să țină în frâu haosul depresiei. „E o structură atât de puternică“, spune ea. „Te ridici și spui aceleași rugăciuni în fiecare seară. Cineva a stabilit ce să-i spui lui Dumnezeu și alți oameni o spun împreună cu tine. Așez aceste ritualuri ca să-mi conțină trăirea. Liturgia e ca scândurelele unei cutii; textele din Biblie, și în special din Psaltire, sunt considerate o cutie extrem de bună ca să pui în ea trăirile. Mersul la biserică înseamnă o mulțime de practici legate de atenție care te fac să avansezi spiritual.“ În unele feluri, acest lucru pare pragmatic: nu e vorba de credință, ci de planificare, și asta se poate obține la fel de bine într-un curs de gimnastică aerobică. Maggie recunoaște că asta e parțial adevărat, dar neagă ruptura dintre partea spirituală și cea utilitară. „Sunt sigură că se poate obține aceeași profunzime cu ajutorul altor religii și cu ajutorul altor lucruri decât religia. Creștinismul e doar unul dintre modele. E doar un model, și, când stau de vorbă despre experiențele mele religioase cu terapeutul sau despre experiențele de terapie cu îndrumătorul meu spiritual, acele modele se dovedesc foarte asemănătoare. Îndrumătorul meu spiritual mi-a spus de curând că Duhul Sfânt îmi folosește tot timpul inconștientul! În terapie, învăț să zidesc egoului hotare; la biserică, învăț să renunț la ele și să devin una cu universul, sau cel puțin o parte din trupul lui Cristos. Învăț să le tot zidesc și să renunț la ele, până ce ajung s-o pot face așa“ – și pocnește din degete.

„Conform învățăturii creștine, nu ți se îngăduie să-ți iei viața, căci viața ta nu-ți aparține. Ești administratorul vieții și trupului tău, dar ele nu sunt ale tale, ca să le poți distruge. Nu ajungi să te războiești cu toate dinăuntrul tău; crezi că te războiești cu celelalte personaje, cu Isus Cristos, și cu Dumnezeu Tatăl, și cu Sfântul Duh. Biserica este un exoschelet pentru cei al căror endoschelet a fost măcinat de boala mintală. Te torni în el și te adaptezi formei lui. Îți crește o coloană vertebrală în el. Individualismul, această rupere a

noastră de orice altceva, a discreditat viața modernă. Biserica spune că trebuie să acționăm mai întâi în comunitățile noastre, apoi ca membri ai trupului lui Cristos, apoi ca membri ai omenirii. Nu-i deloc potrivit cu America secolului al XXI-lea, dar e extrem de important. Preiau de la Einstein ideea că oamenii acționează sub influența unei «iluzii optice» că fiecare dintre ei e separat de ceilalți, de restul lumii materiale și de univers – când, de fapt, suntem cu toții părți din univers legate între ele. Pentru mine, creștinismul înseamnă să studiez din ce este alcătuită iubirea adevărată, iubirea folositoare – și ce anume înseamnă atenția. Creștinismul – așa cred oamenii – se împotrivesc plăcerii, și uneori chiar o face; cu toate că e foarte, foarte deschis spre bucurie. Țintești la bucuria ce nu dispare niciodată, indiferent de felul de durere prin care treci. Continui însă, desigur, să treci prin acea durere. L-am întrebat pe preotul meu când am vrut să mă omor: «Care-i scopul suferinței?» și a zis: «Detest frazele care au în ele cuvintele *suferință* și *s op*. Suferința e doar suferință. Cred însă că în asta Dumnezeu e cu tine, cu toate că măndoiesc că-l poți simți.» Am întrebat cum aș putea să pun așa ceva în mâinile lui Dumnezeu, și a zis: «Nu există ‘pun’, Maggie. Asta este exact acolo unde este.»“

Altă prietenă, poeta Betsy de Lotbinière, s-a luptat și ea – dinăuntru depresiei – cu credința, și a folosit credința drept principalul mijlocitor al vindecării. În partea cea mai rea a depresiei, spune ea, „îmi urăsc greșelile, desigur, și, pe măsură ce pierd toleranța, pierd generozitatea și urăsc lumea și greșelile celor din jurul meu și ajung să-mi vină să urlu din pricină că sunt stropi și pete și frunze căzute, amenzi pentru parcare și oameni care întârzie ori nu te sună după ce tu i-ai sunat. Nimic din astea nu-i bun. Curând, copiii o să se pună pe plâns și, dacă nu-i bag în seamă, o să ajungă să fie foarte tăcuți și ascultători, ceea ce e mai rău, pentru că lacrimile sunt acum înăuntru. Teama e în ochii lor, și ei pleacă tăcuți. Nu le mai aud durerile tainice, care sunt atât de ușor de alinat când lucrurile merg bine. Mă urăsc când sunt așa. Depresia mă trage tot mai jos.“

A crescut într-o casă de catolici și s-a căsătorit cu un bărbat catolic foarte evlavios. Chiar dacă nu se duce la biserică cu regularitatea cu care se duce el,

s-a întors către Dumnezeu și către rugăciune când a simțit că realitatea îi alunecă din mâini, când a văzut cum disperarea îi distruge bucuria pe care i-o dădeau copiii săi și bucuria lor de a trăi. Dar n-a rămas complet în catolicism – de fapt, a încercat programele în doispzezece pași, meditația budistă, pășitul pe cărbuni aprinși, vizitarea de temple hinduse, studierea Cabalei și cam tot ce părea spiritual. „Când spui o rugăciune într-un moment de neliniște, de căutări prea mari – poate fi ca și cum ai apăsa pe un buton și deschizi parașuta, ca să nu te izbești cu toată puterea de un zid din cărămizi ori să cazi cu atâta greutate și iuțea, încât să ți se sfărâme toate oasele trupului afectiv“, mi-a scris când eram eu însumi într-o perioadă grea. „Rugăciunea poate să-ți fie frână. Sau, dacă ți-e credința destul de mare, rugăciunea îți poate fi accelerator, amplificator pentru trimiterea în univers a unui mesaj despre direcția în care ai vrea să te duci. Cele mai multe religii din lume implică o formă de oprire și de acces spre ființa interioară – așa încât există îngenunchere, și există poziția lotusului, și există culcarea pe podea. Ele folosesc și mișcarea pentru a elimina cotidianul și pentru a ne reconecta la ideile mai mari despre Ființă – așa încât există muzică și ritual. Ai nevoie de amândouă aceste lucruri ca să ieși din depresie. Oamenii care au un anumit grad de credință încă înainte de a ajunge în devastatoarele tenebre ale Abisului au o cale de ieșire de acolo. Găsirea, în tenebre, a echilibrului – iată cheia. Aici poate fi de ajutor religia. Conducătorii religioși știu să le ofere oamenilor – în vreme ce aceștia parcurg cărările bătătorite spre ieșirea din întuneric – o oarecare stabilitate. Dacă înveți să găsești acest echilibru în afara ta, poate că vei izbuti să-l obții și lăuntric. Atunci ești din nou liber.“

Cei mai mulți oameni nu pot să iasă dintr-o depresie cu adevărat gravă doar prin luptă; o depresie cu adevărat gravă trebuie să fie tratată – sau trebuie să treacă. Dar, în vreme ce ești tratat sau aștepti ca ea să treacă, trebuie să continui lupta. A lua medicamente ca parte a luptei înseamnă să lupți aprig; iar a refuza să le iei ar fi la fel de ridicol de suicidar cum ar fi să intri într-un război modern călare. Nu e o slăbiciune să iei medicamente; nu

înseamnă că nu poți să te descurci cu viața personală; e dovadă de curaj. Și nu e slăbiciune nici să cauți ajutor la un terapeut înțelept. Credința în Dumnezeu și orice formă de credință în sine sunt minunate. Trebuie să iei cu tine terapiile, de orice fel, în luptă. Nu poți aștepta să fii vindecat. „Truda trebuie să fie tratamentul, nu compasiunea – truda e singurul tratament radical pentru tristețea ce a prins rădăcini“, a scris Charlotte Brontë; nu este *întregul* tratament, dar continuă să fie singurul. Fericirea însăși poate fi o mare trudă.

Și totuși, știm cu toții că acea trudă de una singură nu poate aduce bucurie. Charlotte Brontë a scris, de asemenea, în *Villette*: „Nici o farsă din lumea asta nu-mi sună așa de găunos ca atunci când ți se spune să *ultivi* fericirea. Ce înseamnă sfatul ăsta? Fericirea nu-i un cartof, pe care să-l pui în pământ și să-i pui bălegar. Fericirea e un nimb ce-și trimite strălucirea în jos, peste noi, din Ceruri. E o rouă divină pe care sufletul, în unele dintre diminețile sale de vară, o simte picurând peste el din florile veșnic înflorite și poamele de aur ale Raiului. «Cultivă fericirea!» I-am spus scurt doctorului:

«Cultivați *dumne vo str* fericirea? Cum vă descurcați?»<sup>126</sup> Norocul joacă un rol semnificativ, aducând asupra noastră, ca din întâmplare, acea rouă a fericirii. Unii oameni reacționează bine la un tratament, alții la altul. Unii își revin spontan, după un scurt efort. Alții, care nu tolerează medicamentele, pot, de fapt, să obțină mult prin terapii conversaționale; alții, care au pierdut mii de ore cu psihanaliza, se simt mai bine în clipa în care iau o pilulă. Unii reușesc să iasă dintr-un episod cu ajutorul unui tratament și apoi cad în alt episod, care necesită un tratament diferit. Unii oameni au depresie refractară, care nu trece, indiferent ce fac. Unii oameni au efecte secundare îngrozitoare de la orice formă de tratament, iar altora nu le-au provocat nici cea mai mică neplăcere terapii care sună oribil. Poate că va veni o vreme în care să putem analiza creierul și toate funcțiile lui, când vom putea să explicăm nu numai originile depresiei, ci și motivele tuturor acestor diferențe. Nu-o aștept cu sufletul la gură. Pe moment, trebuie să acceptăm faptul că soarta ne-a făcut, pe unii dintre noi, foarte vulnerabili la depresie, și că, de fapt, creierul unora dintre cei care au o astfel de vulnerabilitate reacționează la tratamente,

iar creierul altora nu reacționează la tratamente. Aceia dintre noi care putem ajunge să ne simțim substanțial mai bine în orice fel trebuie să ne socotim, indiferent cât de sinistre au fost depresiile noastre, printre cei norocoși. Mai mult, trebuie să fim îngăduitori cu cei pentru care nu poate exista vindecare. Flexibilitatea este un dar frecvent, dar nu universal, și nici un secret din cartea aceasta ori de altundeva nu-i poate ajuta pe cei mai puțin norocoși dintre toți.

### Note

83. Citatul din T.M. Luhrmann este din remarcabila sa carte *Of Two Minds*, p. 7.

84. Citatul din Luhrmann: *ibid.*, p. 290.

85. Citatul din *The Years* se găsește la p. 378 (cf. trad. rom. de Frida Papadache, în Virginia Woolf, *Anii*, RAO International Publishing Company, București, 1995, p. 317).

86. Russ Newman, directorul executiv pentru practica profesională de la American Psychological Association, scrie într-o scrisoare adresată redactorului revistei *U.S. News & World Report*, 26 aprilie 1999: „Cercetarea a arătat limpede că în multe cazuri de depresie tratamentul preferat este într-adevăr «tratamentul bazat pe alegere\*»: o combinație de psihoterapie și medicamente“, p. 8. Într-un studiu recent s-au obținut rezultate asemănătoare. V. Martin Keller et al., A comparison of nefazodone, the cognitive-behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression, în *New England Journal of Medicine* 342, nr. 20 (2000). Pentru un rezumat al acestor studii în presa populară, v. Erica Goode, *Chronic-Depression Study Backs the Pairing of Therapy and Drugs*, în *New York Times*, 18 mai 2000. Ellen Frank a efectuat câteva studii de comparare a terapiilor conversaționale și medicamentoase la diferite categorii de populație. În studiul său geriatric, intitulat *Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression*, în *Journal of the American Medical Association* 281, nr. 1 (1999), se trage concluzia: „Tratamentul combinat care folosește ambele [strategii de tratare] pare să fie strategia clinică optimă pentru prevenirea recidivei.“ Studiile inițiale din acest domeniu, cum ar fi Gerald Klerman et al., *Treatment of depression by drugs and psychotherapy*, în *American Journal of Psychiatry* 131 (1974) și Myrna Weissman și Eugene Paykel, *The Depressed Woman: A Study of Social Relationships*, arată și ele eficiența sporită a terapiei combinate.

\* În text, joc de cuvinte: treatment of choice înseamnă 1) „tratament preferat“; 2) „tratament bazat pe alegere“ (n.tr.).

87. Fel de mâncare tradițional al evreilor așkenazi (idiș *Gefilte Fisch* < germ. *Gefüllter Fisch*) (n.tr.).

88.\* Meriwether Lewis și William Clark, pionieri americani care au condus prima expediție transcontinentală (1804–1806) (n.tr.).

**89.** Descrierea elementară a metodologiei utilizate de terapia cognitiv-comportamentală se găsește în lucrarea de referință a lui Beck, Depression. Dintre publicațiile mai recente, v. în special Mark Williams, *The Psychological Treatment of Depression*, ed. a II-a.

**90.** Expresia „optimism învățat“ provine de la Martin Seligman și e titlul cărții sale din 1990.

**91.** Metodologia fundamentală a terapiei interpersonale e descrisă amănunțit în Myrna Weissman, John Markowitz și Gerald Klerman, *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*.

**92.** Studiul referitor la profesori ca terapeuți este al lui Hans Strupp și Suzanne Hadley, Specific vs. nonspecific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome, în *Archives of General Psychiatry* 36, nr. 10 (1979). Ei scriu: „Rezultatele acestei investigații au fost coerente și directe. La pacienții care au făcut psihoterapie cu profesori de liceu, s-a înregistrat, în medie, o îmbunătățire la fel de mare din punct de vedere cantitativ ca la pacienții tratați de psihoterapeuți profesioniști cu multă experiență“, p. 1134.

**93.** Afirmațiile mele despre nivelurile neurotransmițătorilor la persoanele depresive au fost culese din cărți, articole și interviuri prea numeroase ca să fie menționate. Multe dintre aceste idei sunt însă lămurite în cartea lui Peter Whybrow, *A Mood Apart*.

**94.** O discuție privind legătura dintre triptofan și depresie o găsim în T. Delgado et al., Serotonin function and the mechanism of antidepressant action: Reversal of antidepressant by rapid depletion of plasma tryptophan, în *Archives of General Psychiatry* 47 (1990) și K. Smith et al., Relapse of Depression after Rapid Depletion of Tryptophan, în *Lancet* 348 (1997).

**95.** O examinare excelentă și subtilă a sintezei și funcționării serotoninei o găsim în Peter Whybrow, *A Mood Apart*, pp. 224–227.

**96.** Teoria receptorilor este explicată pe deplin în excepționala carte a lui David Healey, *The Antidepressant Era*, pp. 161–163, 173–177.

**97.** Noțiunea de funcție indirectă a medicamentelor care afectează neurotransmițătorii și problema homeostazei sunt discutate în mod incitant în Peter Whybrow, *A Mood Apart*, pp. 150–167.

**98.** Efectele produse de inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS) asupra somnului paradoxal sunt descrise în lucrarea „Sleep and Depression“, prezentată de Michael Thase pe 14 mai 2000 la APA 2000 – conferința anuală a American Psychiatric Association –, care a avut loc la Chicago. Efectele ISRS asupra temperaturii cerebrale fac parte din procesele chimice mai ample ale depresiei. A fost observat faptul că adesea în depresie temperatura corpului, mai ales noaptea, este mai mare. Totuși, această creștere este doar relativă; în depresie, temperatura corpului pur și simplu scade mai puțin noaptea decât ar face-o în mod normal. Această temperatură nocturnă mai mare este însoțită de alte semne ale supraexcitării, cum este insomnia. Faptul că antidepresivele reduc această temperatură mai ridicată este, probabil, bun – o normalizare, să zicem. Unele dintre aceste puncte sunt discutate într-un capitol critic, intitulat *Biological Processes in Depression: An Updated Review and*



Integration, scris de Michael Thase și Robert Howland, din *The Handbook of Depression*, E. Edward Beckham și William Leber (coord.), pp. 213–279.

**99.** Cele mai multe dintre informațiile privind studiile efectuate pe animale, despărțirea de mamă, agresivitate și alterarea proceselor neurobiologice provin din seminarul *Suicide Research Workshop*, sponsorizat de Institutul Național pentru Sănătate Mintală (NIMH), care a avut loc pe 14–15 noiembrie 1996. Însă o mare parte dintre ele au fost publicate în general în acest domeniu. Recomand în mod deosebit Gary Kraemer et al., *Rearing experience and biogenic amine activity in infant rhesus monkeys*, în *Biological Psychiatry* 40, nr. 5 (1996), ca introducere asupra subiectului.

**100.** S-au elaborat multe lucrări pe tema legăturii dintre despărțirea de mamă și cortizol. V. Gayle Byrne și Stephen Suomi, *Social Separation in Infant Cebus Apella: Patterns of Behavioral and Cortizol Response*, în *International Journal of Developmental Neuroscience* 17, nr. 3 (1999), și David Lyons et al., *Separation Induced Changes in Squirrel Monkey Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Physiology Resemble Aspects of Hypercortisolism in Humans*, în *Psychoneuroendocrinology* 24 (1999). Faptul că antidepresivele pot să amelioreze această afecțiune este explicat în Pavel Hrdina et al., *Pharmacological Modification of Experimental Depression in Infant Macaques*, în *Psychopharmacology* 64 (1979).

**101.** Lucrarea despre maimuțele vervet dominante este a lui Michael Raleigh et al., *Social and Environmental Influences on Blood Serotonin Concentrations in Monkeys*, în *Archives of General Psychiatry* 41 (1984). Faptul că ridicarea nivelului serotoninei ameliorează aceste probleme este discutat de Michael Raleigh și Michael McGuire, *Bidirectional Relationships between Tryptophan and Social Behavior in Vervet Monkeys*, în *Advances in Experimental Medicine and Biology* 294 (1991), și Michael Raleigh et al., *Serotonergic Mechanisms Promote Dominance Acquisition in Adult Male Vervet Monkeys*, în *Brain Research* 559 (1991).

**102.** Lucrarea despre legătura dintre asumarea de riscuri, agresivitate și serotonină se găsește în P.T. Mehlman et al., *Low CSF 5-HIAA Concentrations and Severe Aggression and Impaired Impulse Control in Nonhuman Primates*, în *American Journal of Psychiatry* 151 (1994).

**103.** Lucrarea despre legătura dintre ierarhia maimuțelor și serotonină este trecută în revistă în Michael McGuire și Alfonso Troisi, *Darwinian Psychiatry*, pp. 93–94 și 172–174.

**104.** Dovezi ale faptului că inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS) pot să răstoarne tiparele de agresivitate se găsesc în C. Sanchez et al., *The role of serotonergic mechanisms in inhibition of isolation-induced aggression in male mice*, în *Psychopharmacology* 110, nr. 1–2 (1993).

**105.** Există unele controverse în privința frecvenței efectelor secundare a multe dintre ISRS, în special prozac. Cei mai mulți dintre medici consideră că frecvența multora dintre efectele secundare, în special reducerea impulsului sexual și anorgasmia, a fost subestimată radical de companiile farmaceutice la testările inițiale.

**106.** Îmbrăcămintea malaieză de forma unei fuste lungi și strâmte, purtată de bărbați și de femei (n.ed.).

**107.** Informația oferită de Anita Clayton este extrasă din lucrarea sa „Epidemiology, Classification, and Assessment of Sexual Dysfunction“, prezentată pe 13 mai la APA 2000, Chicago.

**108.** Statistica despre întreruperea antidepresivelor după șase luni provine din lucrarea dr. H. George Nurnberg, „Management of Antidepressant-Associated Sexual Dysfunction“, prezentată pe 13 mai la APA 2000, Chicago.

**109.** Pentru această listă de medicamente prosexuale: ibid.

**110.** În original: WASP (White Anglo-Saxon Protestant „protestantă anglo-saxonă de rasă albă“) (n.tr.).

**111.** Pentru efectul viarei asupra erecției nocturne: ibid.

**112.** Pentru ideea de a lua Viagra zilnic: ibid.

**113.** Dr. Andrew Nierenberg și-a prezentat cercetarea în „Prevalence and Assessment of Antidepressant-Associated Dysfunction“; dr. Julia Warnock și-a prezentat cercetarea în „Hormonal Aspects of Sexual Dysfunction in Women: Improvement with Hormone Replacement Therapy“. Ambele lucrări au fost prezentate pe 13 mai la APA 2000, Chicago.

**114.** Trebuie foarte multă grijă când se prescriu orice fel de antidepresive unor persoane care suferă de boala maniaco-depresivă. În general, persoanele cu boala maniaco-depresivă trebuie să ia odată cu antidepresivele un stabilizator de dispoziție – litiu sau alt anticonvulsiv.

**115.** Îi mulțumesc dr. David McDowell de la Universitatea Columbia pentru discuția privind problema dependenței de benzodiazepină.

**116.** Cifrele legate de eficiența electroșocurilor diferă: Peter Whybrow, în A Mood Apart, citează o rată de 85-90 la sută, p. 216; Francis Mondimore, în cartea sa Depression: The Mood Disease, estimează o rată mai mare, de peste 90 la sută, p. 65. Cifrele pe care le-am dat reflectă o medie aproximativă a multe rate ale eficienței care au fost publicate.

**117.** Faptul că terapia unilaterală dreaptă cu electroșocuri este mai puțin perturbantă decât terapia bilaterală cu electroșocuri și este la fel de eficientă este raportat în Harold Sackein et al., A Prospective, Randomized, Double-Blind Comparison of Bilateral and Right Unilateral Electroconvulsive Therapy at Different Stimulus Intensities, în Archives of General Psychiatry 57, nr. 5 (2000). Ei raportează că terapia unilaterală dreaptă cu electroșocuri, când este aplicată la 500 la sută din pragul atacului, este la fel de eficientă ca terapia bilaterală cu electroșocuri, dar provoacă mai puțin de o șesime din efectele secundare cognitive ale terapiei bilaterale cu electroșocuri.

**118.** Pentru o discuție generală privind metodele terapiei cu electroșocuri, vezi Francis Mondimore, Depression: The Mood Disease, și Elliot Valenstein, Great and Desperate Cures.

**119.** Numele unei coaliții politice americane foarte eterogene, de la sfârșitul anilor '60 și începutul anilor '70 (n.ed.).

**120.** Statistica deceselor provocate de complicații ale electroșocurilor e preluată din Stacey Pamela Patton, Electrogirl, în Washington Post, 19 septembrie 1999.

**121.** Citatul din Richard Abrams este din cartea sa Electroconvulsive Therapy, p. 75.

**122.** Martha Manning mi-a povestit de aceste pichete, organizate de grupuri de oameni care distribuiau fluturași împotriva „controlului electronic al minții“. O astfel de acțiune de

opoziție a avut loc la un eveniment sponsorizat de o librărie particulară din Northampton, Massachusetts, dar desfășurat la biblioteca de la Smith College.

[123](#). Theodore John Kaczynski (cunoscut și sub numele de Unabomber), cetățean american, matematician și critic social neoluddist, a dus, între 1978 și 1995, o campanie de atentate cu bombe artisanale trimise prin poștă (n.tr.).

[124](#). Pasajul din Unabomber, Ted Kaczynski, este preluat din manifestele sale. Precizez că-i admir perspicacitatea și-i condamn metodele.

[125](#). Where Have All the Flowers Gone, cântec folk compus de Pete Seeger (n.tr.).

[126](#). Cuvintele lui Charlotte Brontë apar în Juliet Barker, The Brontës, p. 559. Îi mulțumesc artistei Elaine Reicheck pentru că mi-a atras atenția asupra acestui pasaj.

## IV

### Alternativele

„Dacă pentru o boală sunt prescrise multe leacuri“, scria Anton Pavlovici Cehov, „poți fi sigur că boala n-are leac.“<sup>127</sup> Multe remedii sunt prescrise pentru depresie – pe lângă măsurile standard, un număr stupefiant de alternative. Unele dintre ele sunt minunate și pot fi extrem de folositoare, cele mai multe dintre ele în mod selectiv. Altele sunt cu totul ridicole: împăratul are o întregă garderobă nouă în toată chestia asta. Minuni anecdotice sunt pe toate drumurile, și oamenii le povestesc cu exaltarea neofitului. Puține dintre aceste tratamente alternative sunt foarte vătămătoare, cu excepția, poate, a cărțuliei de buzunar; singura primejdie reală apare când remediile din basme sunt folosite în locul celor eficiente. Cantitatea considerabilă de terapii alternative reflectă un optimism persistent în fața problemei insolubile a suferinței afective.

În urma publicării materialelor anterioare despre depresie, am primit sute de scrisori de la oameni din nouă țări și din majoritatea celor cincizeci de state federale, care, lucru emoționant, au vrut să-mi facă cunoscute tratamente alternative. O femeie din Michigan scria că, după ani întregi de încercare a tuturor medicamentelor, a găsit, în cele din urmă, soluția adevărată, care era „să fac din fire textile tot soiul de lucruri“. Când i-am răspuns, întrebând ce anume face cu firele, mi-a trimis o fotografie admirabilă, cu vreo optzeci de ursuleți identici, în toate culorile curcubeului, făcuți de ea, și o carte publicată

în regie proprie despre metode foarte la îndemână de a împleni. O femeie din Montana se plângea: „Poate că ar trebui să știi că toate efectele pe care le descrii vin de la otrăvirea cronică. Uită-te-n jur. Ți-au dat cu insecticid prin casă, cu erbicid în fața casei? Casa în care stai are cumva pardoseala făcută cu plăci aglomerate? Până ce scriitorii ca William Styron și ca tine nu se uită în jur după astfel de riscuri și nu le-ndepărtează, n-am răbdare cu voi și cu poveștile voastre despre depresie.“ Nu-mi iau îngăduința să vorbesc în numele lui William Styron, ale cărui podele s-ar putea să fie îmbibate cu Agent Orange,<sup>128</sup> dar eu pot spune cu mâna pe inimă că în casa mea, ale cărei măruntaie mi-au fost dezvăluite într-un deceniu de dezastre produse de țevi și de fire electrice, nu există decât podele de lemn pe cadru de lemn. Al-tul dintre cititorii mei credea că sufăr de intoxicație cu mercur de la plombe (dar n-am nici o plombă). Altcineva mi-a trimis o scrisoare anonimă din Albuquerque, zicând că am conținut scăzut de zahăr în sânge. Altcineva s-a oferit să mă ajute să găsesc un profesor dacă vreau să iau lecții de step. Cineva din Massachusetts voia să-mi spună totul despre biofeedback. Un bărbat din München a întrebat dacă n-aș vrea ca el să-mi înlocuiască acidul ribonucleic, ofertă pe care am refuzat-o politicos. Scrisoarea preferată a venit de la o femeie din Tucson, care scria simplu: „Te-ai gândit vreodată să pleci din Manhattan?“

Lăsând la o parte situația mea (și a lui William Styron), efectele otrăvirii cu formaldehidă pot fi, de fapt, similare cu simptomele bolii depresive. La fel și în cazul neurotoxicității cauzate de intoxicarea cu mercur de la plombele din amalgam. Nivelul scăzut al zahărului din sânge este legat de starea de spirit depresivă. Nu pot da mărturie despre potențialul terapeutic al lecțiilor de step, dar activitatea fizică ordonată de orice fel poate îmbunătăți starea de spirit. Chiar și activitatea manuală repetitivă, liniștitoare, de creare a unor obiecte din fire poate, probabil, în condiții adecvate, să aibă un scop folositor. Plecarea din Manhattan cu siguranță mi-ar reduce nivelul de stres. Știu din experiență că nimeni, oricât de dus cu sorcova ar părea să fie când te uiți la el, nu-i cu totul sărit de pe fix. Mulți oameni obțin rezultate uimitor de bune

cu proiecte care par aiureli. Seth Roberts, de la Facultatea de Psihologie a Universității din California, Berkeley, a emis teoria că o parte din depresie e legată de faptul că te trezești singur și că existența unui cap vorbitor la care să te uiți o oră când îți începi ziua poate fi de folos. Pacienții lui au videocasete cu genul de talk-show în care se folosește o singură cameră de televiziune, astfel încât capul de pe ecran rămâne cam de mărimea reală. Se uită la ele în prima oră după trezire, și un număr convingător dintre ei se simt, ca prin minune, mult mai bine. „N-am știut niciodată că televizorul îmi poate fi cel mai bun prieten“, mi-a spus unul dintre pacienții lui. Alinarea singurătății, fie și în această formă de surrogat, poate avea un efect cât se poate de remontanț.

Am fost binecuvântat cu o serie de contacte cu un bărbat pe care m-am obișnuit să-l numesc „misticul incompetent“. Misticul incompetent mi-a scris despre terapiile energetice pe care le practică, și, după multă corespondență, l-am invitat acasă la mine, să-mi arate ce face. Era extrem de agreabil și, evident, plin de bune intenții, iar, după câteva minute de discuție, ne-am apucat de treabă. M-a pus să-mi unesc degetul mare și mijlociul de la mâna stângă, alcătuiind un O, și apoi să fac un O asemănător și cu mâna dreaptă. Apoi, m-a pus să unesc cele două O-uri. După care m-a spus să recit o serie de fraze, pretinzând că, atunci când spun adevărul, degetele mele vor rezista încercării lui de a le despărți, dar că, atunci când mint, degetele vor fi mai slabe. Onorații mei cititori poate că-și închipuie stinghereala pe care o simțeam, așezat în livingul meu și zicând „Mă urăsc“, în vreme ce un bărbat sincer, într-un costum bleu, trăgea de mâinile mele. Pentru a descrie procedurile care au urmat acestui set de exerciții, ar fi nevoie de pagini întregi, însă momentul culminant a fost când a început să mă descânte și, pe la jumătate, a uitat ce trebuie să spună. „Stai o clipă“, a zis, și și-a răscolit toată servieta până ce a găsit. „Vrei să fii fericit. O să fii fericit.“ Mi-am zis că oricine care nu-i în stare să-și amintească cele două fraze e un mare nătărău, și, cu oarece trudă, l-am dat pe misticul incompetent afară din casa mea. De atunci încolo, am aflat de la pacienți experiențele lor mai fericite cu terapia energetică, și trebuie să admit că unele chiar le inversează „polaritatea corporală“ și ajung la o iubire de sine extatică prin intermediul practicii inspirate de aceste

metodologii. Eu rămân totuși foarte sceptic – cu toate că nu pot pune la îndoială faptul că unii șarlatani sunt mai înzestrați în prezentările lor decât a fost al meu.

Întrucât depresia este o maladie ciclică și, fără nici un tratament, intră temporar în faze de vindecare, orice activitate susținută, nefolositoare ori folositoare, poate fi creditată cu vindecarea ei, în cele din urmă. Sunt absolut convins că în domeniul depresiei nu poate fi vorba de vreun placebo. Dacă ai cancer și încerci un tratament neobișnuit, după care crezi că ți-e mai bine, s-ar putea să te înșeli. Dacă ai depresie și încerci un tratament neobișnuit și crezi că ți-e mai bine, atunci ți-e mai bine. Depresia e o maladie a proceselor de gândire și a afectelor, și dacă ceva îți schimbă procesele de gândire și afectele în direcția corectă, asta se numește vindecare. Sincer, cred că tratamentul cel mai bun pentru depresie este credința, care este, în sine, cu mult mai importantă decât lucrul în care crezi. Dacă crezi cu adevărat că-ți poți ameliora depresia stând în cap și scuipând bănuți timp de o oră în fiecare după-amiază, probabil că această activitate incomodă o să-ți facă un bine imens.

Exercițiile fizice și dieta joacă un rol important în evoluția maladiilor afective, iar eu cred că se poate obține un control considerabil prin intermediul unor regimuri de întreținere fizică și de alimentație bine gândite.<sup>129</sup> Includ, printre cele mai serioase tratamente alternative, stimularea magnetică transcraniană repetitivă (*repetitive transcranial magnetic stimulation* – rTMS); folosirea *light box*-urilor pentru persoanele cu tulburare afectivă legată de anotimp (*seasonal affective disorder* – SAD); desensibilizarea și reprocesarea prin mișcări oculare (*eye movement desensitization and reprocessing* – EMDR); tratamentele prin masaj; cursurile de supraviețuire; hipnoza; terapia prin privarea de somn; sunătoarea; S-adenosilmetionina sau SAME; homeopatia; fitoterapia chineză; terapiile de grup; grupurile de sprijin; psihochirurgia. Doar o carte nesfârșită ar putea să discute fiecare tratament care a dat vreodată un rezultat rezonabil.

„Exercițiile fizice sunt primul pas pentru toți pacienții mei“, spune Richard A. Friedman de la Payne-Whitney. „Ridică moralul tuturor.“ Urăsc exercițiile fizice, dar, de cum izbutesc să mă urnesc din pat, fac un pic de gimnastică suedeză; sau, dacă pot, mă duc la o sală de sport. Când ieșeam din depresie, nu conta cu adevărat ce făceam; StairMasters și benzile de alergare erau cele mai ușoare. Era ca și cum mișcarea ajuta la eliminarea depresiei din sângele meu, ca și cum mă ajuta să fiu mai curat. „E foarte limpede“, spune James Watson, șeful Cold Spring Harbor Laboratory și unul dintre descoperitorii ADN-ului. „Exercițiile fizice produc endorfine. Endorfinele sunt morfină endogenă, și te fac să te simți bine dacă ești în stare normală. Te fac să te simți mai bine dacă te simți îngrozitor. Trebuie să pui în mișcare endorfinele astea – la urma urmei, ele sunt în amonte de neurotransmițători, așa încât exercițiile fizice au și rolul de a-ți crește nivelul neurotransmițătorilor.“ În plus, depresia îți face corpul greoi și moleșit; iar faptul că ești greoi și moleșit agravează depresia. Dacă îți faci corpul, cât de mult îți stă în putere, să funcționeze, mintea o să-l urmeze. O ședință serioasă de exerciții fizice este aproape cel mai dezgustător lucru la care mă pot gândi când sunt deprimat, și nu-i deloc distractiv s-o fac, dar apoi mă simt de o mie de ori mai bine. Mișcarea alină și anxietatea: energia nervoasă e consumată de exercițiile pentru abdomen, și asta ajută la controlarea spaimei iraționale.

Ești ceea ce mănânci; simți ceea ce ești. Nu poți face o depresie să treacă doar prin alegerea alimentelor adecvate; dar e sigur că poți să-ți provoci o depresie dacă nu mănânci ceea ce trebuie și poți, într-o anumită măsură, să te protejezi de recidive prin supravegherea atentă a dietei.<sup>130</sup> Se pare că zahărul și carbohidratele cresc absorbția de triptofan în creier, lucru care, la rândul său, crește nivelul serotoninei. Vitamina B6, care se găsește în cerealele complete și în crustacee, este importantă pentru sinteza serotoninei; nivelurile scăzute de B6 pot grăbi depresia. Nivelul scăzut al colesterolului a fost legat de simptomele depresive. Încă nu există studii despre aceasta, dar o dietă cu mult homar și spumă de ciocolată poate face mult pentru îmbunătățirea stării de spirit. „Accentul pus de secolul al XX-lea pe dieta sănătoasă din punct de



vedere fizic“, spune Watson, „probabil că ne-a dus la una nesănătoasă din punct de vedere psihologic.“ Sinteza dopaminei se bazează și pe vitaminele B, în special B12 (care se găsește în pește și în produsele lactate) și pe acidul folic (din ficatul de vițel și broccoli), precum și pe magneziu (din cod, macrou și germeii de grâu). Persoanele depresive au adesea un nivel scăzut de zinc (care se găsește în stridii, andive, sparanghel, curcan și ridichi), de vitamina B3 (din ouă, drojdie de bere și carne de pui) și de crom; și aceste trei au fost folosite la tratarea depresiei. Nivelurile scăzute de zinc au fost asociate deosebit de strâns cu depresia post-partum, dat fiind că la sfârșitul sarcinii toate rezervele de zinc trec de la mamă la făt. Consumul sporit de zinc poate să îmbunătățească starea de spirit. O teorie care circulă este că la persoanele din zona Mediteranei sunt mai puține cazuri de depresie datorită cantității de ulei de pește – bogat în complexul B – consumate, care le crește nivelul de acizi grași omega-3. Dovezile despre efectele benefice ale acizilor grași omega-3 asupra dispoziției sunt cele mai puternice dintre toate.<sup>131</sup>

Dacă aceste alimente pot fi eficiente la prevenirea depresiei, altele pot provoca depresia. „Mulți europeni au alergii la grâu, iar mulți americani au alergii la porumb“, explică Vicki Edgson, autoarea cărții *The Food* o - *tor*. Alergiile la anumite alimente pot provoca depresie. „Aceste substanțe obișnuite devin toxine cerebrale care precipită tot soiul de afecțiuni mintale.“ La mulți oameni, apar simptome depresive ca parte a unui sindrom de epuizare suprarenală, consecință a consumului necontrolat de zaharuri și carbohidrați. „Dacă ai un nivel al glicemiei permanent fluctuant, cu maxime și minime pe tot parcursul zilei, și rezolvi temporar problema prin dulciuri și hrană nesănătoasă, aceasta duce la probleme cu somnul. Scade nu numai capacitatea de a face față problemelor de zi cu zi, ci și răbdarea față de ceilalți. Persoanele cu acest sindrom sunt obosite tot timpul; își pierd impulsul sexual; au dureri peste tot. Stresul pe care îl suferă sistemul lor este dezastruos.“ La unele persoane, apare maladia celiacă (enteropatia glutenică), care provoacă incapacitatea generală de a te simți bine. „Persoanele depresive se amăgesc singure că unicul lucru care dă energie e cafeaua“, spune Vicki Edgson, „dar,

de fapt, ea sugerează energia și stimulează reacțiile de anxietate.“ Și alcoolul, desigur, vămuiește din greu trupul. „Uneori“, spune Vicki Edgson, „depresia este felul corpului tău de a-ți spune să nu mai abuzezi de el; este dovada că lucrurile merg rău.“

Robert Post de la Institutul Național pentru Sănătate Mintală (NIMH) a lucrat cu stimularea magnetică transcraniană repetitivă (rTMS), în care se folosește magnetismul pentru a crea o stimulare metabolică foarte asemănătoare cu cea produsă de electroșocuri, dar la niveluri mai scăzute. Tehnologia modernă permite concentrarea magnetismului pe o țintă, pentru a oferi un stimul intens în anumite zone ale creierului. În vreme ce curentul electric trebuie să fie de intensitate destul de mare ca să treacă prin scalp și craniu până la creier, fluxurile magnetice răzbat cu ușurință. Așadar, electroșocurile provoacă un șoc în creier, iar stimularea magnetică transcraniană repetitivă (rTMS) nu. Post propune ipoteza că, odată cu dezvoltarea imaginerii cerebrale, s-ar putea, în cele din urmă, să se depisteze zonele din creier care sunt depresive, iar stimularea magnetică să fie îndreptată către ele, făcând ca tratamentul să se adapteze formei specifice a bolii. De asemenea, stimularea magnetică transcraniană repetitivă oferă posibilitatea unei enorme specificități; stimularea magnetică poate fi dirijată cu precizie. „Cândva“, spune Post, „o să putem folosi tehnologia pentru a ne pune pe cap o cască, asemenea uscătoarelor de păr de tip vechi. Ea o să ne scaneze creierul și o să aleagă zonele cu metabolism redus, iar apoi va concentra stimularea pe acele zone. După o jumătate de oră, plecăm cu creierul reechilibrat.“<sup>132</sup>

\*

Norman Rosenthal a descoperit tulburarea afectivă legată de anotimp (*seasonal affective disorder* – SAD)<sup>133</sup> când s-a mutat, din Africa de Sud, în SUA și a început să aibă perioade de depresie hibernală. Multor oameni li se schimbă starea de spirit în funcție de anotimp și au crize repetate

de depresie în timpul iernii; schimbările anotimpurilor – ceea ce un pacient a numit „focul încrucișat dintre vară și iarnă“ – sunt perioade dificile pentru oricine. Tulburarea afectivă legată de anotimp este diferită de simplul fapt că nu-ți plac zilele friguroase. Rosenthal susține că oamenii au fost făcuți să reacționeze la schimbarea anotimpurilor, lucru pe care lumina artificială și constrângerile artificiale ale vieții moderne nu-l permit. Când zilele se scurtează, mulți oameni se retrag în ei și „a le cere să funcționeze în ciuda propriei închideri biologice este o formulă pentru depresie. Cum s-ar simți un urs care hibernează dacă l-ai pune să intre în arenă, să stea pe etichete din spate și să joace cât e iarna de lungă?“ Experiențele au arătat că tulburarea afectivă legată de anotimp este influențată de lumină, care sporește secreția de melatonină și, astfel, înrăurește sistemele neurotransmițătorilor. Lumina stimulează hipotalamusul, în care își au baza multe dintre sistemele – somnul, hrănirea, temperatura, impulsul sexual – pe care le dereglează depresia. Lumina influențează, de asemenea, sinteza serotoninei din retină. O zi însorită oferă cam de trei sute de ori mai multă lumină decât media interiorului unei case.<sup>134</sup> Terapia prescrisă în general pentru cei care suferă de tulburare afectivă legată de anotimp e folosirea unui *light ox*, care proiectează asupra ta o lumină cât se poate de puternică. Pe mine, aceste *light ox*-uri mă cam amețesc și am senzația că, pentru ochii mei, nu sunt bune, dar cunosc oameni cărora le plac. Unii poartă viziere pentru lumină, sau *light ox*-uri care se așază pe cap. S-a dovedit că un *light ox*, care este mult mai luminos decât lumina normală de interior, sporește nivelul de serotonină din creier. „Vezi cum cei care suferă de tulburare afectivă legată de anotimp încep să se simtă rău toamna“, spune Rosenthal. „E ca și cum ai privi frunzele care cad din copaci. Și apoi am început să-i tratăm prin expunere la lumină intensă, și e ca și cum ai vedea lalelele răsărind.“

Desensibilizarea și reprocesarea prin mișcări oculare (*eye movement desensitization and reprorocessing* – EMDR) este o terapie apărută în 1987,<sup>135</sup> pentru tratarea tulburării de stres posttraumatic. Tehnica e cam

emfatică. Terapeutul își mișcă mâna, cu diferite viteze, într-un câmp aflat între partea dreaptă periferică și cea stângă periferică a vederii tale, stimulând astfel un ochi și apoi pe celălalt. În una dintre variantele acestei tehnici, ai căști cu diferite sunete care stimulează întâi o ureche, apoi pe cealaltă; sau, a treia posibilitate, ții în fiecare mână câte un mic vibrator, și ele pulsează alternativ. În vreme ce se petrece asta, treci printr-un proces psihodinamic de rememorare a traumei și de retrăire a ei, iar la sfârșitul ședinței ești eliberat de ea. Chiar dacă multe terapii – de pildă, psihanaliza – au teorii minunate și rezultate limitate, terapia desensibilizării și reprocesării prin mișcările oculare conține teorii stupide, dar are rezultate excelente. Cei care practică terapia presupun că funcționează prin alternarea rapidă a stimulării emisferei stângi și drepte, ajutând astfel la transferarea amintirilor dintr-un centru de stocare cerebral în altul. Asta pare improbabil. Și totuși, ceva legat de oscilația stimulării din cadrul desensibilizării și reprocesării prin mișcările oculare are un efect spectaculos.

Terapia desensibilizării și reprocesării prin mișcări oculare e folosită din ce în ce mai mult în cazul depresiei. Dat fiind că tehnica folosește reminiscențe ale traumelor, e prescrisă mai degrabă pentru tratarea depresiei bazate pe traume decât pentru depresia mai generalizată. Am încercat toate soiurile de tehnici în cadrul cercetării pentru această carte, inclusiv desensibilizarea și reprocesarea prin mișcări oculare. Am fost convins că e un sistem ingenios, dar nesemnificativ, și am fost foarte surprins de rezultate. Mi se spusese că tehnica „accelerează procesarea“, dar asta nu m-a pregătit pentru intensitatea experienței. Mi-am pus căștile și am încercat să mă gândesc la amintiri. Am fost inundat de imagini incredibil de intense din copilărie, lucruri pe care nici măcar nu știam că le am în creier. Am reușit să fac asocieri imediat: mintea mi-a devenit mai rapidă ca oricând. A fost o experiență electrizantă, și terapeutul cu care lucram, specializat în terapia desensibilizării și reprocesării prin mișcări oculare, m-a ghidat cu eficiență către tot felul de situații dificile din copilărie, pe care le uitasem. Nu sunt sigur că terapia desensibilizării și reprocesării prin mișcări oculare are prea mare efect nemijlocit asupra unei

depresii care nu e declanșată de o singură traumă, dar a fost atât de stimulant și atât de interesant, încât am făcut o serie de douăzeci de ședințe.

David Grand, un terapeut psihanalist care folosește acum, la toți pacienții săi, terapia desensibilizării și reprocesării prin mișcări oculare, a spus: „Terapia desensibilizării și reprocesării prin mișcări oculare poate să ajute o persoană să facă în șase-douăsprezece luni ce n-ar putea fi făcut în cinci ani de tratament obișnuit. Nu fac o comparație abstractă: compar munca mea când folosesc terapia desensibilizării și reprocesării prin mișcări oculare cu munca mea fără această terapie. Activarea ocolește egoul și activează profund, rapid și direct. Terapia desensibilizării și reprocesării prin mișcări oculare nu este o abordare asemenea abordării cognitive sau psihanalitice; ea este o unealtă. Nu poți fi un terapeut universal în desensibilizare și reprocesare prin mișcări oculare. Trebuie să fii mai întâi un bun terapeut, și apoi să găsești calea de a integra terapia desensibilizării și reprocesării prin mișcări oculare. Ciudățenia ei e un dezavantaj, însă o fac de opt ani și n-aș mai putea să mă întorc la terapia fără desensibilizare și reprocesare prin mișcări oculare, știind ce știu acum. Ar însemna un regres, întoarcerea la o formă primitivă.“ Întotdeauna am ieșit din cabinetul terapeutului meu specialist în desensibilizare și reprocesare prin mișcări oculare topăind (în sensul bun); iar lucrurile pe care le-am aflat au rămas în mine și mi-au îmbogățit mintea conștientă. E un proces puternic. Îl recomand.

În octombrie 1999, m-am dus la Sedona, Arizona, pentru patru zile de terapie prin masaj de tip New Age, într-un moment în care mă confruntam cu mult stres.<sup>136</sup> În general, sunt destul de cinic în privința tratamentelor de tip New Age, și am privit-o pe „analista“ care avea să facă prima mea ședință de tratament cu oarece suspiciune când și-a așezat cristalele în partea cealaltă a camerei și mi-a povestit ce visase. Nu sunt convins că liniștea lăuntrică profundă e un rezultat automat al faptului că ai fost stropit cu niște uleiuri din locuri sacre, precum Chaco Canyon și Tibet, și nu știu dacă șiragul de mărgelă din cuarț roz așezat asemenea unui rozariu peste ochii mei chiar mă conecta

cu chakrele, și nici nu cred că psalmodierile în sanscrită care umpleau încăperea însciau virtuți antidepresive în meridianele mele. Acestea fiind spuse, patru zile în care s-au ocupat de mine femei frumoase într-un centru de tratament luxos mi-au făcut mult bine, și am plecat cu multă pace în mine. Tratamentul final – masaj cranio-sacral – a părut să aibă efecte deosebit de benefice: a coborât asupra mea o oarecare seninătate, care a durat câteva zile.

Cred că masajul extensiv și complex, ce redeșteaptă trupul pe care depresia l-a izolat de minte, poate fi o parte de succes a terapiei. Nu cred că experiența mea din Sedona ar fi putut face ceva pentru o persoană aflată într-o depresie majoră, dar, ca tehnică de reglare, a fost de-a dreptul grozavă. Teoreticianul Roger Callahan susține combinația dintre kineziologia aplicată și medicina tradițională chineză. Callahan afirmă că schimbările din noi se petrec mai întâi pe bază celulară, apoi chimică, apoi neurofiziologică și apoi cognitivă.<sup>137</sup> Am lucrat, spune el, invers, când am tratat întâi partea cognitivă și apoi pe cea neurofiziologică; el începe cu realitățile mistice ale reacțiilor musculare. Are mulți adepți. Cu toate că practicile lor mi se par îndoielnice, ideea de a începe cu partea fizică pare foarte inteligentă. Depresia este o afecțiune trupească, iar partea fizică ajută.

În cel de-al Doilea Război Mondial, mulți soldați britanici au fost siliți să plutească multă vreme pe Atlantic, după ce navele lor suferiseră atacuri care le-au scos din funcție. Soldații care au avut cea mai mare rată de supraviețuire n-au fost cei mai tineri și mai capabili, ci cei cu mai multă experiență, care adesea aveau o rezistență sufletească care le depășea limitele trupesti. Pedagogul Kurt Hahn a remarcat că această rezistență trebuie învățată, și a fondat Outward Bound, care este acum o mare confederație de asociații împrăștiate pe tot globul.<sup>138</sup> Prin intermediul unor contacte structurate cu natura sălbatică, Outward Bound încearcă să îndeplinească obiectivele lui Hahn: „Privesc ca sarcină supremă a educației asigurarea supraviețuirii acestor calități: curiozitate întreprinzătoare; spirit de neînfrânt; tenacitate în

urmărirea scopurilor; disponibilitate pentru sacrificiu de sine rezonabil; și, mai presus de toate, compasiune.“[139](#)

În vara anului 2000, am făcut o expediție împreună cu Hurricane Island School din Outward Bound. N-aș fi putut face cursul Outward Bound când eram în depresie, dar a-l face când nu eram deprimat a părut să întărească lucrurile din mine care se împotrivesc depresiei. Cursul e riguros și, uneori, destul de greu de suportat, dar și plăcut, și m-a făcut cu adevărat să simt că viața îmi este legată de procesele organice ale lumii largi. E un sentiment de siguranță extrem de reconfortant să-ți asumi locului în vâltoarea eternității. Ne-am dus cu caiacul pe mare, și zilele ne erau pline de eforturi fizice. Într-o zi tipică, ne sculam pe la patru dimineața, alergam un kilometru și jumătate, mă duceam la o platformă aflată la nouă metri deasupra mării și săream, de pe ea, în apa rece din Maine. Apoi, ne întorceam în tabără și ne împachetam proviziile în caiace, după care căram caiacele – bărci de două persoane, cu lungimea de vreo șapte metri – până la mare. Vâsleam vreo opt kilometri împotriva fluxului (cu puțin peste doi kilometri și jumătate pe oră), până ce ajungeam într-un loc în care ne puteam opri pentru micul dejun, și ne întindeam oasele, și găteam, și mâncam acolo. Apoi, ne urcam iar în bărci, mai vâsleam opt kilometri și ajungeam la popasul de noapte. Prânzeam, după care făceam, sub supraveghere, exerciții de salvare: ne răsturnam bărcile și ne eliberam, sub apă, din chingile care ne țineau înăuntru, întorceam la loc caiacele și urcam iar în ele. Eram apoi duși, fiecare, în locuri diferite, în care petreceam noaptea cu un sac de dormit, o sticlă de apă, o prelată și o bucată de sfoară. Din fericire, soarele a strălucit în timpul expediției mele; am fi respectat programul chiar dacă venea lapovița peste noi. Instructorii erau remarcabili, oameni ai pământului, care păreau supraviețuitori absoluți, cât se poate de puternici, și uneori chiar înțelepți. Prin contactul nostru strâns cu sălbăticia și prin intervențiile lor pline de grijă, am câștigat o frântură din imensa lor pricepere.

Îmi doream uneori să nu mă fi dus acolo și simțeam că semnul definitiv al smintelii mele era faptul că am consimțit să-mi las viața despuiată în felul

ăsta de răsfățurile ei. Simțeam însă, de asemenea, că eram din nou în contact cu ceva profund. Îți dă un sentiment de reușită faptul că trăiești în universul naturii nesupus ameliorării, chiar dacă o faci într-un caiac din fibră de sticlă. Ritmul vâslirii ajută, ca și lumina, iar valurile par să ritmeze sângele care se duce spre inimă, și tristețea dispare. Outward Bound mi-a amintit în multe feluri de psihanaliză: era un proces de autodezvăluire care te scotea din propriile limite. Prin aceasta, îndeplinea intenția fondatorului. „Fără descoperirea de sine“, scria Hahn, extinzând o idee a lui Nietzsche, „o persoană poate să aibă totuși încredere în sine, dar este o încredere în sine construită pe ignoranță și care se topește în fața marilor poveri. Descoperirea de sine e produsul final al unei mari înfruntări din care am ieșit învingători, când mintea comandă trupului să facă ceea ce pare imposibil, când tăria și curajul sunt împinse până la limite extraordinare de dragul a ceva din afara sinelui – un principiu, o sarcină grea, altă viață omenească.“ Cu alte cuvinte, între atacurile depresiei trebuie să faci lucruri care să creeze flexibilitate, astfel încât să poți supraviețui disperării când te izbește iar – cam așa cum facem zilnic exerciții fizice, pentru a ne menține corpul în formă. Nu sugerez să faceți Outward Bound în loc de terapie, însă, ca supliment al terapiei, poate fi puternic; și este, în totalitate, de o frumusețe care te umple de mulțumire. Depresia îți taie rădăcinile. Cu toate că poate da senzația că ai plumb în tine, depresia dă și senzația de balon cu heliu, pentru că nimic nu te leagă de pământ. Outward Bound a fost calea mea către rădăcinile naturii, și faptul că am făcut ceea ce am făcut mi-a dat, în cele din urmă, sentimentul de mândrie și siguranță.

Hipnoza este, asemenea desensibilizării și reprocesării prin mișcări oculare, un instrument ce poate fi folosit la tratare, nu un tratament în sine. E posibil ca, prin hipnoză, pacientul să fie dus înapoi, la experiențele de la începutul vieții și să fie ajutat să le retrăiască într-un fel care să aducă o rezolvare. În cartea sa despre folosirea hipnozei în cazul depresiei, Michael Yapko<sup>140</sup> scrie că hipnoza dă cele mai bune rezultate când sursa depresiei pare să fie felul în care am înțeles o trăire, și poate fi schimbat cu alt fel de a o înțelege,



care ne face să ne simțim mai bine. Hipnoza e folosită și la crearea în mintea pacientului a imaginii unui viitor care poate fi luminos, a cărui așteptare poate să-l scoată din suferința prezentă, făcând astfel posibil acel viitor luminos. Hipnoza efectuată cu succes e folosită cel puțin la spargerea tiparelor negative ale gândirii și comportamentului.

Unul dintre simptomele principale ale depresiei este perturbarea tiparului somnului;<sup>141</sup> persoanele cu adevărat depresive pot să nu aibă deloc somn profund și pot să piardă mult timp în pat fără măcar să se odihnească. Ai oare un somn neadecvat doar din pricina depresiei, sau te scufunzi în depresie parțial din cauza somnului neadecvat? „Suferința, care duce la depresie, îți perturbă somnul într-un fel; îndrăgostirea, care duce la depresie, îți perturbă somnul în alt fel“, arată Thomas Wehr, de la Institutul Național pentru Sănătate Mintală (NIMH). Chiar și oamenii care nu suferă de depresie li s-a întâmplat să se trezească prea devreme, cu un sinistru sentiment de groază; de fapt, acea stare cumplită de disperare, care, de obicei, trece repede, poate fi cea mai apropiată de depresie pe care o trăiesc oamenii sănătoși. Aproape toți oamenii care suferă de depresie se simt mai rău dimineața și le e mai bine pe măsură ce trece ziua. Așadar, Thomas Wehr a făcut o serie de experimente care arată că poți reduce unele simptome ale depresiei prin intermediul privării de somn controlate. Nu este un sistem practic pe termen lung, dar le poate fi util celor care așteaptă să-și facă efectul antidepressivelor. „Prin faptul că nu lași pe cineva să doarmă, extinzi ameliorarea din timpul zilei. Chiar dacă persoanele depresive caută uitarea adusă de somn, în somn se menține și se intensifică depresia. Ce soi de sucub ne vizitează noaptea și provoacă acea transformare?“ întreabă Wehr.

F. Scott Fitzgerald scrie în *The Crack-Up*: „La trei dimineața, un pachet de care ai uitat are aceeași importanță ca o condamnare la moarte, și tratamentul nu dă roade – iar în adevărata noapte adâncă a sufletului e întotdeauna trei dimineața, zi după zi.“<sup>142</sup> Acel demon de la trei noaptea m-a vizitat pe mine.

Când sunt cel mai deprimat, e drept că simt o ușurare în timpul zilei, și, cu toate că forțele mi se epuizează cu ușurință, orele foarte târzii din noapte sunt perioada mea funcțională – într-adevăr, dacă ar fi să-mi aleg stările de spirit, mi-aș trăi viața la miezul nopții. Au fost puține cercetări în acest domeniu, deoarece e nonbrevetabil, dar unele studii arată că mecanismele sunt complicate și depind de perioada în care dormi, de faza somnului în care te afli când se produce trezirea și de o serie de alți factori tehnici. Somnul este principalul determinant al tiparelor circadiene ale corpului, iar modificarea somnului perturbă programarea neurotransmițătorilor și secrețiilor endocrine. Dar, cu toate că putem identifica o mare parte din ceea ce se petrece în timpul somnului și putem observa abolirea sensibilității pe care o creează somnul, încă nu putem să trasăm corelații directe. Hormonul care acționează tiroida scade în timpul somnului; asta provoacă oare abolirea sensibilității? Norepinefrina și serotonina scad; acetilcolina crește. Unii consideră că privarea de somn crește nivelul dopaminei; o serie de experimente sugerează că vibrațiile pleoapelor provoacă eliberarea de dopamină și că, prin urmare, o perioadă lungă în care ochii sunt închiși reduce dopamina.

E limpede că nu poți lipsi cu totul de somn pe cineva, dar poți împiedica oamenii să treacă prin faza târzie de somn paradoxal (cu mișcări rapide ale globului ocular), trezindu-i când începe, și aceasta poate fi o modalitate excelentă de a ține depresia în frâu. Am încercat-o eu însumi și dă rezultate. Un pui de somn, lucru după care tânjesc în perioadele de depresie, e contraproductiv și poate să strice toate lucrurile bune, dobândite cât ești treaz. Profesorul M. Berger de la Universitatea din Freiburg a practicat așa-numita avansare a fazei de somn, în care oamenii sunt puși să se culce la cinci după-amiază și sunt treziți înainte de miezul nopții. Aceasta poate să aibă un efect benefic, cu toate că nimeni nu pare să priceapă de ce. „Tratamentele astea sună cam aiurea“, recunoaște Thomas Wehr. „Dar zău, dacă-i spui cuiva «Aș vrea să-ți pun niște sârme pe cap, și să bag electricitate prin creierul tău, și să provoc o criză, căci cred că asta te-ar putea ajuta în privința depresiei», și dacă acela n-ar fi un tratament practicat pe larg și bine stabilit, ar putea fi greu să-l aplici.“

Michael Thase, de la Universitatea din Pittsburgh, a observat că mulți oameni depresivi și-au redus substanțial orele de somn, iar insomnia din perioadele de depresie este un factor de predicție a tendinței de suicid. Chiar și în cazul celor care pot să doarmă, calitatea somnului este mult alterată în timpul depresiei. Somnul persoanelor depresive tinde să aibă eficiență redusă; nu intră niciodată – sau intră rareori – în somnul profund, asociat cu senzația că ești proaspăt și te-ai odihnit bine. Pot să aibă multe episoade scurte de somn paradoxal, nu episoadele mai rare și mai prelungite, tipice unei persoane sănătoase. Întrucât somnul paradoxal poate fi descris drept o mică trezire, această repetare a somnului paradoxal este mai degrabă epuizantă decât odihnitoare. Cele mai multe dintre antidepresive reduc somnul paradoxal, cu toate că asta nu înseamnă neapărat îmbunătățirea calității generale a somnului. E greu de știut dacă aceasta face sau nu parte din mecanismul lor de acțiune. Thase a observat că depresivii cu somn normal pot reacționa mai bine la psihoterapie, iar cei cu somn anormal tind să aibă nevoie de medicamente.

Cu toate că somnul din timpul depresiei te duce și mai jos, deficitul cronic de somn poate fi declanșatorul depresiei. De la apariția televiziunii, media de somn pe noapte a scăzut cu două ore. Oare depresia mai mare, la nivelul întregii societăți, este parțial rezultatul reducerii somnului? Desigur, avem aici o problemă fundamentală: nu numai că nu știm prea multe despre depresie, dar nu știm care e rostul somnului. Toate celelalte sisteme corporale pot fi acționate în feluri ce par să fie productive. Expunerea la frig poate avea efecte asemănătoare cu privarea de somn. Renii ce stau nemișcați în nesfârșita noapte a iernii nordice sunt – înainte de a începe să se miște, din nou, primăvara – într-o stare de „resemnare arctică”,<sup>143</sup> și asta poate să semene foarte mult cu depresia omenească. Frigul poate să producă, cel puțin în cazul unor animale, o încetinire generală.

Sunătoarea este o plantă interesantă, ce înflorește în jurul zilei Nașterii Sfântului Ioan Botezătorul (24 iunie). Utilitatea ei ca medicament a fost stabilită cel puțin din vremea lui Pliniu cel Bătrân, în veacul I d.Hr., care o

consuma pentru probleme ale vezicii urinare. În secolul al XIII-lea, se socotea că-l alungă pe Necuratul. În SUA, în prezent, sunătoarea se vinde sub formă de extract, praf, ceai, tinctură și ca ingredient în orice, de la băuturi revigorante până la suplimentele alimentare. E în mare vogă în nordul Europei. Întrucât nu există stimulente financiare pentru cercetarea substanțelor care apar natural și care nu sunt brevetate, s-au făcut relativ puține studii controlate despre sunătoare, cu toate că, în acest moment, se fac unele cercetări sponsorizate de guvern. E sigur că sunătoarea pare să dea rezultate, reducând atât anxietatea, cât și depresia. Ceea ce nu este clar e modul în care acționează; de fapt, nu e clar nici măcar care dintre numeroasele substanțe biologic active din plantă este cea care acționează. Substanța despre care se știe cel mai mult este hypericum, ce reprezintă, de obicei, cam 0,3 la sută dintr-un anumit extract al medicamentului. Hypericum se pare că poate să inhibe recaptarea tuturor celor trei neurotransmițători. Se spune că scade producerea de interleukină-6, o proteină implicată în reacția imunitară, a cărei prezență în exces îi face, în general, pe oameni să se simtă rău. [144](#)

Andrew Weil, [145](#) un guru al medicinei naturiste, susține că extractele din plante sunt eficiente, deoarece acționează asupra mai multor sisteme; părerea lui este că mulți agenți puternici care acționează coordonat sunt mai buni decât moleculele ultraspecializate, cu toate că felul în care se ajută, de fapt, acești agenți între ei – dacă o fac – e doar o simplă presupunere. El laudă lipsa de puritate a remediilor bazate pe plante, felul în care ele acționează în mai multe feluri asupra mai multor sisteme ale corpului. Teoriile lui au o bază științifică retrânsă, dar au un anumit farmec conceptual. Cei mai mulți dintre oamenii care aleg să ia sunătoare nu o iau pentru lipsa ei de puritate terapeutică. Au ales-o, mai degrabă, datorită concepției sentimentale că e mai bine să înghiți o plantă decât o substanță de sinteză. Strategia de marketing a sunătoarei exploatează această prejudecată. Într-o reclamă care a fost afișată o vreme în metrourile londoneze, o femeie blondă, cu o expresie de extaz pe chip, era identificată drept „Kira, fata soarelui“, a cărei bună dispoziție era întreținută de „frunzele uscate cu grijă“ și „radioasele flori

galbene“ ale sunătoarei. Implicația acestei reclame ridicole – ca și cum uscarea cu grijă și galbenul florilor ar avea ceva a face cu eficiența tratamentului – reflectă abordarea sentimentală care a făcut din sunătoare un remediu atât de popular.<sup>146</sup> Nu prea e „natural“ să consumi o anumită cantitate de sunătoare în mod regulat. Faptul că Dumnezeu a pus într-o plantă o anumită configurație a moleculelor și a lăsat altă configurație a moleculelor să fie creată de știința omenească nu înseamnă neapărat că este de preferat primul aranjament, și nu al doilea. Nu există nimic prea atractiv în bolile „naturale“, cum este pneumonia, în substanțele „naturale“, cum este arsenicul, sau în fenomenele „naturale“, cum e stricarea dinților. Nu trebuie să uităm că multe substanțe care sunt în natură sunt extrem de toxice.

Am observat că unii oameni au reacții adverse la inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS). Merită să notăm că sunătoarea, chiar dacă crește în voie pe pajiști, nu e mai nevinovată. Substanțele naturale se vând în moduri insuficient controlate, așa încât nu poți fi convins că există aceeași cantitate de ingredient activ de la o pilulă la alta, și e sigur că pot să aibă interacțiuni periculoase cu alte medicamente.<sup>147</sup> Sunătoarea poate bunăoară să scadă (printre altele) eficiența contraceptivelor orale, a medicamentelor pe bază de statine ce reduc colesterolul, a betablocațelor, blocanților canalelor de calciu, în cazul hipertensiunii și maladiilor coronariene, precum și a inhibitorilor de protează în cazul infectării cu HIV.<sup>148</sup> Păreră mea personală este că nu-i nici o problemă cu sunătoarea, dar nici ceva nemaipomenit de bun. Este mai puțin reglementată, mai puțin studiată și mai fragilă decât moleculele sintetice, și tinde să fie luată într-un mod mai puțin consecvent decât prozacul.

În căutarea avidă a remediilor „naturale“, cercetătorii au scos la iveală altă substanță curativă, numită S-adenosilmetionină sau, pe scurt, SAME.<sup>149</sup> În vreme ce sunătoarea a fost un panaceu psihologic în nordul Europei, SAME a fost cel mai popular tratament în sudul Europei, cu răspândire

deosebit de mare în Italia. Asemenea sunătoarei, este nereglementată, fiind disponibilă în magazinele alimentare sub forma unei pastiluțe albe. SAME nu provine dintr-o floare „radioasă“, ca sunătoarea, ci se află în corpul omenesc. Nivelul de SAME al unei persoane variază în funcție de vârstă și sex. SAME se găsește în tot corpul și stă la baza multor funcții chimice. Cu toate că persoanele depresive nu au nivel scăzut de SAME, studiile despre eficiența substanței ca antidepressiv au fost încurajatoare. SAME depășește în mod constant substanțele placebo în privința reducerii simptomelor depresive și pare să fie cel puțin la fel de eficientă ca antidepressivele triciclice cu care a fost comparată. Multe dintre studiile despre acest medicament n-au fost însă bine concepute, iar rezultatele lor pot să nu fie pe deplin fiabile. SAME n-are o listă lungă de efecte secundare, dar poate să declanșeze mania<sup>150</sup> la pacienții cu tulburarea bipolară. Nimeni nu pare să aibă vreo idee concretă despre modul în care acționează SAME. Poate fi implicată în metabolismul neurotransmițătorilor; folosirea pe termen lung a S-adenosilmetioninei la animale le crește nivelul neurotransmițătorilor din creier.<sup>151</sup> Pare să sporească, mai ales, dopamina și serotonina. Un neajuns al SAME poate fi legat de slaba metilare,<sup>152</sup> care supune, în general, corpul la stres. La persoanele vârstnice, există tendința de a avea niveluri de SAME diminuate, iar unii cercetători au emis ipoteza că această deficiență se leagă de funcționarea redusă a creierului care îmbătrânește. Au fost propuse multe explicații ale aparentei eficiențe a SAME, fără să existe, practic, dovezi în sprijinul vreuneia dintre ele.

Homeopatia e folosită uneori pentru atenuarea depresiei: practicienii administrează doze mici din diverse substanțe care, în doze mari, le-ar putea da oamenilor sănătoși simptome depresive. Multe forme de medicină neoccidentală pot fi folositoare împotriva depresiei. O femeie care s-a luptat toată viața cu depresia și pe care antidepressivele n-au ajutat-o cine știe cât a descoperit, la șaiszeci de ani, că *qigong*, un sistem chinez de respirație și exerciții fizice, a reușit să rezolve cu totul problema. Acupunctura, care câștigă

din ce în ce mai mulți adepți în Occident – americanii cheltuiesc acum pe ea anual 500 de milioane de dolari –, [153](#) a avut, de asemenea, efecte uimitoare asupra unor oameni. Institutul Național pentru Sănătate (NIH) recunoaște că acupunctura poate modifica reacțiile chimice din creier. Plantele medicinale chinezești par să fie mai puțin fiabile, dar la unii oameni s-au produs mari schimbări la nivelul stării de conștiință prin folosirea de remedii bazate pe plante.

Mulți oameni care folosesc terapii alternative le-au încercat pe cele convenționale. Unii preferă terapiile alternative, alții încearcă să suplimenteze tratamentele convenționale. Unii sunt atrași din punct de vedere conceptual de modalități de vindecare mai puțin intruzive decât medicamentele sau electroșocurile. Evitarea terapiilor conversaționale pare, în cel mai bun caz, naivitate, dar găsirea de variante ale terapiilor conversaționale sau folosirea terapiilor conversaționale împreună cu forme netradiționale de tratament poate fi mai bună pentru unii oameni decât apelarea la un farmacolog și ingerarea de compuși despre care știm periculos de puțin.

Dintre cunoștințele mele cele mai vizibile în lumea homeopatiei, pe Claudia Weaver o stimez enorm. Claudia Weaver este efectiv ea însăși. Unii oameni se schimbă în funcție de situație și devin reflexii ale celor cu care vorbesc, dar Claudia Weaver are un amestec special de franchețe și excentricitate fără egal. Acest lucru poate să te descumpănească, dar are în el și ceva extrem de convingător. Cu Claudia Weaver, știi totdeauna cum stai – nu că n-ai fi politicoasă, pentru că, de fapt, are maniere impecabile, dar n-are de gând să-și deghizeze eul real. De fapt, îți azvârle în față personalitatea sa ca pe-o mânășă: poți să te arăți la înălțimea provocării și s-o plăci, și o să fie încântată, sau poți să hotărăști că e cam prea greu, în care caz ești liber să-ți vezi frumușel de drumul tău. Pe măsură ce ajungi s-o cunoști, mintea ei idiosincronică ți se pare fermecătoare. Cu loialitatea sa prudentă și integritatea fără margini, e o persoană cu foarte mult simț moral. „Am, cu siguranță, excentricitățile mele, și tocmai am ajuns să fiu mândră de ele“, spune ea, „pentru că

nu pricepeam cum aş putea trăi fără ele. Întotdeauna am fost foarte aparte şi sigură pe mine.“

Când am cunoscut-o pe Claudia Weaver, se apropia de treizeci de ani şi folosea, ca parte a unui tratament al întregului corp, remedii homeopatice pentru controlarea alergiilor, problemelor digestive, eczemei şi a altor probleme de sănătate pe care le avea. În acelaşi timp, lua medicamente şi-şi modificase regimul alimentar. Avea mereu la ea vreo treizeci şi şase de flacoane cu diferite substanţe care aveau diverse efecte, sub formă de tablete (mai avea acasă vreo cincizeci), câteva uleiuri şi un ceai ayurvedic. Lua toate acestea conform unui program de o uluitoare complexitate: în unele cazuri, înghiţea tabletele întregi, pe altele le pisa şi le dizolva, iar pe anumite porţiuni îşi dădea cu unguente. Cu şase luni înainte, renunţase, o dată pentru totdeauna, la toate medicamentele pe a căror nădejde se lăsase, cu intermitenţe, de la vârsta de şaisprezece ani; avusese probleme cu drogurile şi era gata să încerce altceva. Aşa cum s-a întâmplat în alte momente, în care nu mai luase medicamente, a avut, pentru o vreme, o stare de bine, după care a început să lunece la vale. O scurtă cură de sunătoare n-a dat rezultate. Remediile homeopatice au oprit-o în pragul dezastrului şi au părut să fie destul de eficiente.

Homeopatul ei, [154](#) pe care nu-l văzuse niciodată, locuia în Santa Fe, unde îl tratase, cu rezultate excelente, pe un prieten al ei. Îl suna, în fiecare zi sau la două zile, ca să discute cu el felul în care se simţea, iar el îi punea diferite întrebări – de exemplu: „Ai limba încărcată?“ sau „Simţi că ai scurgeri din urechi?“ – pe baza cărora îi prescria remedii, de obicei vreo şase pilule pe zi. Corpul, susţine el, e ca o orchestră, iar remediile sunt ca nişte diapazoane. Claudia e pasionată de ritualuri, şi cred că, într-un fel, a convins-o însăşi complexitatea regimului ei. Îi plăceau toate sticlulele alea, şi consultaţiile, şi formula de lucru. Îi plăceau curele cu elemente – sulf, aur, arsenic – şi compuşii mai neobişnuiţi – beladonă, nux vomica, cerneală de sepie. Concentrarea pe tratament îi abătea atenţia de la boală. Homeopatul ei putea, de obicei, să se ocupe de o situaţie acută, chiar dacă nu putea să modifice curba de bază a stărilor de spirit bune şi proaste.



Claudia a avut viața plină de intuiții și disciplină legate de depresiile sale. „Mi-e tare greu să-mi amintesc lucruri pozitive când sunt deprimată. Tot învârt prin minte lucrurile negative pe care mi le-au făcut ceilalți, pentru care am memorie de elefant, și momentele în care am fost nedreptățită sau rușinată sau stingherită – și ele se umflă și devin mai rele decât au fost în realitate, sunt sigură. Și, odată ce mă gândesc la unul dintre aceste lucruri, îmi vin în minte zece, și asta duce la încă douăzeci. Într-un grup de spiritualitate alternativă din care fac parte, mi s-a cerut să scriu lucrurile negative care mi-au obstrucționat viața, și am umplut douăzeci de pagini; apoi, mi s-a cerut să scriu lucrurile pozitive. N-am fost în stare să mă gândesc la nici un lucru pozitiv pe care să-l pot scrie despre mine. De asemenea, sunt fascinată de subiectele întunecate, de Auschwitz sau prăbușirea unui avion, și nu mă pot împiedica să mă imaginez murind în astfel de situații. Homeopatul meu reușește, de obicei, să-și dea seama ce trebuie să-mi prescrie ca să alunge teama obsesivă de dezastre.

Am multă experiență în privința mea. Luna viitoare, împlinesc douăzeci și nouă de ani de experiență în privința mea. Și știi că-ți pot oferi azi o poveste liniară, iar mâine poate fi altă poveste liniară. Realitatea mea se schimbă odată cu stările de spirit. Într-o zi, îți pot spune ce cumplită e depresia mea și cum m-a chinuit toată viața; și apoi, dacă a doua zi pare să fie mai bine controlată, pot zice că totul e foarte bine. Încerc să mă gândesc la vremuri fericite. Încerc să fac lucruri care să mă împiedice de la introspecție, care duce rapid la depresie. Când sunt deprimată, mă simt rușinată de orice e legat de mine. Nu pot adopta ideea că probabil toți ceilalți sunt și ei ființe omenesti și trec prin diferite stări afective. Am vise umiltoare; nici măcar în somn nu pot să scap de sentimentul oribil, apăsător că sunt oprimată și că viața e lipsită de speranță. Speranța e primul lucru care dispare.“

Claudia Weaver se simțea oprimată de rigiditatea părinților săi: „Ceea ce voiau pentru mine era să fiu fericită așa cum socoteau ei asta.“ Încă din copilărie, „mă simțeam intens într-o lume a mea. Simțeam că sunt diferită, aparte. Mă simțeam mică, și fără importanță, și pierdută în gândurile mele, și aproape inconștientă de prezența altor oameni. Dacă eram în curtea din spate,

mă învârteam pe acolo fără să văd nimic.“ Familia ei era „absolut impasibilă“ față de chestia asta. În clasa a treia, ea a început să se retragă fizic. „Nu puteam suferi să fiu atinsă, sau îmbrățișată, sau sărutată, nici măcar de cei din familie. La școală, mă simțeam tot timpul obosită. Îmi amintesc că profesorii îmi ziceau: «Claudia, ridică-ți capul de pe pupitru.» Și nimeni nu se gândea la asta. Îmi amintesc că m-am dus la o lecție de gimnastică și am adormit pe calorifer. Uram școala și nu simțeam că aș avea prieteni. Orice spuneau ceilalți mă putea răni, și mă rănea. Îmi amintesc că, prin clasa a șasea sau a șaptea, umblam pe coridoare și nu mă interesa nimeni și nu simțeam că mi-ar păsa de ceva. Simt multă amărăciune față de copilăria mea, cu toate că, în acea vreme, eram ciudat de mândră de faptul că sunt altfel decât restul lumii. Depresia? Era mereu acolo; atâta doar că a trebuit să treacă o vreme până să i se spună pe nume. Am avut o familie foarte iubitoare, dar niciodată nu le-a dat prin cap – lor, ca și celor mai mulți dintre părinții din acea generație – că odrasla lor ar putea să aibă o tulburare de dispoziție.“

Singura ei plăcere adevărată a fost călăria, pentru care avea destul talent. Părinții i-au cumpărat un ponei. „Călăria mi-a dăruit încredere în mine, mi-a dăruit fericire, mi-a dat o fereastră de speranță – pe care nu le-am avut nicăieri altundeva. Eram bună la asta și eram recunoscută ca bună și-mi iubeam poneiul. Eram o echipă și ne știam unul pe celălalt ca parteneri. Părea să știe că am nevoie de el. Asta m-a scos din suferință.“

În clasa a zecea, s-a dus la internat și, după un conflict legat de stil cu instructorul de călărie de acolo, a renunțat la acest sport. Le-a spus părinților să vândă poneiul; nu avea energia să-l călărească. Primul trimestru la internat a fost perioada examinării a ceea ce ea numește, acum, „întrebările spirituale: De ce sunt aici, de fapt? Care e rostul meu?“ Colega de cameră, căreia i-a pus unele dintre aceste întrebări, a dat fuga să le spună celor din conducerea școlii, repetând fragmente de conversație scoase din context. Conducerea a hotărât: Claudia are tendințe sinucigașe. A trimis-o urgent acasă. „Eram cât se poate de jenată. Îmi era tare rușine de asta. Și, pur și simplu, nu simțeam că aș mai vrea să fiu parte din ceva. Mi-a fost tare greu să mă descurc cu asta. Indiferent dacă alții au uitat sau nu repede, eu n-am putut.“

Mai târziu, în același an, foarte tulburată, a început să se cresteze – suferind de ceea ce ea numește „anorexie alternativă cu totul neatrăgătoare“. Manevra ei era să facă o incizie și să n-o lase să sângereze, după care să desfacă părțile ca să sângereze. Inciziile erau atât de subțiri, încât nu lăseau cicatrice. Cunoștea patru-cinci fete de la școală care-și făceau tăieturi, „ceea ce pare să fie un număr semnificativ pe linia de bătaie“. Practicarea de tăieturi a continuat, din când în când; la facultate, s-a incizat periodic, iar aproape de vârsta de treizeci de ani și-a crestat mici bucăți din mâna stângă și din abdomen. „Nu e o chestie de genul strigăt de ajutor“, spune ea. „Simți durerea asta la nivel de emoție și vrei să te îndepărtezi de ea. Și-ți cad ochii pe un cuțit și-ți zici: «Măi să fie, cuțitul ăsta pare bine ascuțit, și e foarte neted, și mă-ntreb cum ar fi dacă l-aș apăsa aici...» Devii fascinată de cuțit.“ Colega ei de cameră a văzut tăieturile și iar a pârât-o. „Și ei au zis că asta e *f r* *îndoi l* impuls sinucigaș, iar *st* m-a dat peste cap. Îmi clănțaneau dinții, eram tare agitată.“ Iar a fost trimisă acasă, cu indicația să se ducă la psihiatru. Psihiatrul la care s-a dus i-a spus că e cât se poate de normală și n-are nimic, și că cei de la școală și colega de cameră sunt nebuni. „El și-a dat seama că nu încercam să mă sinucid, ci să văd cât pot întinde coarda și cine sunt și încotro mă-ndrept.“ Peste câteva zile, s-a întors la cursuri, dar de-acum nu se mai simțea în siguranță și i-au apărut simptomele unei depresii acute. „Eram din ce în ce mai obosită și dormeam din ce în ce mai mult și făceam din ce în ce mai puține lucruri și voiam din ce în ce mai mult să fiu singură – eram extrem de nefericită. Și nu simțeam că aș putea s-o spun cuiva.“

Curând, va dormi câte paisprezece ore pe zi. „Mă trezeam în toiul nopții și mă duceam în baie să învăț, chestie care le părea tuturor extrem de ciudată. Băteau la ușă și întrebau ce fac acolo. Ziceam: «Pur și simplu, învăț.» Întrebau: «De ce înveți acolo?» Și ziceam: «Pentru că așa am chef.» Și atunci ziceau: «De ce nu te-ai dus în camera comună?» Dacă m-aș fi dus acolo, s-ar fi putut însă să trebuiască să interacționez cu cineva. Și ăsta era lucrul de care mă feream.“ Până la sfârșitul anului, aproape că nu mai mânca hrană obișnuită. „Mâncam șapte sau nouă tablete de ciocolată pe zi, pentru că atâta era

destul, ca să nu trebuiască să mă duc niciodată la cantină. Dacă m-aș fi dus la cantină, oamenii ar fi zis: «Ce mai faci?», și asta era ultima întrebare la care aș fi vrut să răspund. Îmi vedeam de învățat și am terminat anul, deoarece eram mai invizibilă dacă mă arătam; dacă aș fi stat în pat, școala mi-ar fi chemat părinții și ar fi trebuit să explic, și nu puteam face față vizibilității, vulnerabilității acesteia. Nici măcar nu mă gândeam să-mi sun părinții și să le spun că vreau să mă duc acasă; mă gândeam că sunt prinsă în capcană acolo. E ca și cum aș fi fost învăluită în ceață și nu vedeam mai departe de un metru și jumătate – chiar și mama era la doi metri. Îmi era tare rușine că sunt depresivă și simțeam că toată lumea are de spus despre mine doar lucruri groaznice. Știi că-mi era jenă să mă duc la baie chiar și când eram singură? Vreau să spun că, desigur, într-un loc public mi-ar fi fost foarte greu. Dar, chiar și singură, pur și simplu nu puteam să mă descurc cu mine. Nu simțeam că merit să fiu o ființă omenească, nici măcar în acel act anume. Mi se părea că cineva ar putea să știe că fac asta și-mi era rușine. Era incredibil de dureros.“

Vara care a urmat clasei a zecea a fost grea. I-a apărut o eczemă legată de starea de tensiune nervoasă, care a continuat s-o chinuiască. „Să fiu în preajma oamenilor era cel mai epuizant lucru pe care mi-l pot închipui. Chiar și doar să vorbesc cu cineva. Evitam lumea. De cele mai multe ori, zăceam în pat și voiam ca jaluzelele să fie închise. Pe atunci, lumina îmi făcea rău.“ Pe măsura ce vara avansa, a început, în cele din urmă, să ia medicamente, imipramină. Cei din jurul ei au observat o îmbunătățire constantă și, „până la sfârșitul verii, am adunat destulă energie ca să mă duc într-o zi cu mama la New York, la cumpărături, și să ne întoarcem acasă. A fost cel mai interesant și mai dinamic lucru pe care l-am făcut în acea vară.“ De asemenea, s-a creat o legătură între ea și terapeut, care avea să-i rămână prieten apropiat.

În toamnă, s-a mutat la altă școală. Noua școală i-a dat o cameră de o persoană, ceea ce i-a priit. Îi plăcea lumea de acolo, iar medicamentele i-au stimulat spiritul. Simțea că, în timpul verii, familia sa începuse, în sfârșit, să-i considere stările de spirit o problemă reală, și asta o ajuta mult. S-a pus cu

burta pe carte și a avut multe activități din afara programei. În ultimul an, a fost numită șefa clasei și a fost admisă la Princeton.

La Princeton, a aplicat multe dintre strategiile de rezolvare a problemelor care aveau s-o însoțească tot restul vieții. Cu toate că era foarte rezervată, i s-a părut greu să fie singură, și, pentru a găsi o soluție la izolarea din timpul nopții, a avut șase prieteni care o duceau pe rând la culcare. Rămâneau adesea să doarmă la ea – nu era încă activă sexual, iar prietenii respectau aceste limite. Erau acolo doar pentru companie. „Să dorm cu cineva și acel simțământ de cuibărire în brațele cuiva, de intimitate, au ajuns să fie pentru mine un antidepresiv important. Pentru acea strângere în brațe aș fi renunțat la relațiile sexuale. Aș fi renunțat la mâncare. Aș fi renunțat la mersul la film. Aș fi renunțat la muncă. Vreau să zic că aș fi renunțat la orice – în afară de somn și de mersul la baie – ca să fiu în ambianța sigură a cuibăririi în brațele cuiva. Mă întreb dacă nu cumva stimulează reacții chimice în creier – ca să fiu sinceră.“ I-a trebuit o vreme până să treacă la pasul următor al intimității fizice. „Eram totdeauna stingherită de trupul meu gol; nu cred că am încercat vreodată un costum de baie fără să fiu traumatizată de el. Nu eram persoana cu care era cel mai ușor din lume să faci sex. Oamenii și-au pierdut o grămadă de timp încercând să mă convingă că sexul e un lucru bun. Nu gândeam că este cu adevărat așa. Ani întregi n-am crezut c-ar fi bun pentru mine. Ca la 7UP – n-am băut niciodată, n-o să beau niciodată. În cele din urmă însă, m-am dat pe brazdă.“

În iarna din primul an de facultate, a renunțat o vreme la medicamente. „Imipramina pe care o luasem mereu și-a arătat efectele secundare tocmai în momentul nepotrivit. Tocmai când a trebuit să vorbesc în fața sălii de curs plină de lume, gura mi s-a uscat atât de tare, că nu mi-am putut mișca limba.“ S-a demoralizat rapid. „Iar nu mai puteam să ies ca să mănânc“, explică ea, „așa că un prieten îmi pregătea în fiecare seară cina și mă hrănea. A făcut asta timp de opt săptămâni. Și totdeauna asta se petrecea în camera lui, ca să nu trebuiască să mănânc în fața altora.“

„Există mereu dorința să continui fără medicamente, și, când ți s-a pus pata pe asta, nu-ți dai seama cât de rău stau lucrurile.“ În cele din urmă,

prietenii au convins-o să revină la medicamente. În acea vară, a făcut ski nautic, iar un delfin a venit să înoate alături de ea. „A fost lucrul cel mai apropiat de Dumnezeu pe care l-am trăit vreodată. Era ca atunci când îți zici că ai pe cineva lângă tine.“ S-a simțit atât de bine, încât iar a renunțat la medicamente.

Le-a reluat peste șase luni.

La sfârșitul anului al treilea, a început să ia prozac, care a mers bine, în afară de faptul că i-a blocat unele părți ale eului. A trăit așa vreo opt ani. „Iau medicamente o vreme, și apoi nu le mai iau, pentru că încep să cred că sunt bine și n-am nevoie cu adevărat de ele. Chiar așa. Iar apoi nu le mai iau și sunt bine, bine, bine, după care se întâmplă o serie de lucruri și iar încep să mă simt înfrântă. De parcă aș duce prea multă greutate. Și apoi, se întâmplă vreo două lucruri mărunte – știi, nu mare lucru, să-mi cadă bunăoară capacul tubului de pastă de dinți prin scurgerea chiuvetei, însă faptul că a căzut e picătura ce umple paharul și e mai supărător decât fusese faptul că mi-a murit bunica. Îmi trebuie o vreme ca să văd încotro mă îndrept; e totdeauna în jos, în sus, în jos, în sus, în jos, în sus, și e greu să-ți dai seama când josurile sunt mai în jos decât sunt susurile în sus.“ Când un impediment temporar a împiedicat-o să se ducă la o petrecere dată de o mireasă înaintea nunții – „N-am putut să ies din apartament și să iau autobuzul ca să ajung acolo“ –, a simțit că pur și simplu nu poate să telefoneze. S-a întors la prozac.

În cele din urmă, a renunțat la medicamente, ca-și să poată reactiva senzațiile sexuale, și a trecut la remediile homeopatice, pe care le lua când am cunoscut-o eu. Câtăva vreme, remediile homeopatice păreau că dau rezultate; i se pare că sunt eficiente pentru menținerea ei în stare stabilă, dar, când împrejurările au condus-o la o nouă depresie, n-au putut s-o ajute să iasă din ea. Au fost câteva momente grele, dar a rămas fidelă homeopatiei pe durata lungii ierni. Când, o dată pe lună, intra în panică la gândul că-i revine depresia, își dădea seama că e doar sindromul premenstrual. „Totdeauna sunt atât de fericită când începe sângerarea; și-mi zic: «O! Păi, asta era!»“ Cu toate că lipsa medicamentelor n-a provocat vreo regresie gravă, i-a fost mai greu cu lucrurile mai dificile. Programul general de tratament părea să fie

nepotrivit cu afecțiunile ei fizice, mai ales cu cele de natură nervoasă; la un moment dat, eczema s-a agravat atât de mult, încât îi sângerau sânii prin bluză.

Cam în acea vreme, a renunțat la terapiile conversaționale și a început să scrie ceea ce Julia Cameron numește „paginile de dimineață”: douăzeci de minute de exerciții de scriere în fluxul matinal al conștiinței. Ea spune că o ajută să-și limpezească viața: se fac de-acum trei ani de când n-a sărit nici o zi. Ține, de asemenea, pe peretele dormitorului o listă cu lucruri pe care să le facă în clipa în care începe să se simtă abătută sau plictisită – o listă care începe cu: „Citește cinci poezii pentru copii. Fă un colaj. Uită-te la fotografii. Mănâncă un pic de ciocolată.”

La câteva luni după ce a început să scrie paginile de dimineață, l-a întâlnit pe bărbatul care-i este acum soț. „Mi-am dat seama că sunt mult mai fericită când am pe cineva care lucrează în camera de alături. Compania e foarte importantă pentru mine; e foarte importantă pentru stabilitatea mea afectivă. Am nevoie de încurajare. Am nevoie de mici amintiri și de atenție. Pot fi, într-o relație imperfectă, mult mai bine decât când sunt singură.” Logodnicul ei a acceptat faptul că a fost depresivă. „Știe că trebuie să fie echilibrat și gata să mă ajute când mă întorc acasă, de pildă, după ce am vorbit cu tine despre depresia mea”, mi-a spus. „Știe că trebuie să fie gata tot timpul, în cazul în care am o recidivă. Când e în preajma mea, sunt mult mai împăcată cu mine și mult mai capabilă să acționez.” De fapt, s-a simțit atât de bine după ce l-a cunoscut, încât a hotărât să renunțe la regimul homeopatic pe care-l urma. Și-a petrecut anul într-o stare de mulțumire, plănuiind împreună cu el ceremonia de celebrare a căsătoriei.

A fost o nuntă frumoasă, vara, plănuită cu aceeași meticulozitate ca un program terapeutic homeopatic. Claudia arăta minunat, și a fost una dintre acele ocazii în care simți suvoiuul de afecțiune din partea numeroșilor prieteni care s-au adunat. Toți cei care o cunoșteam pe Claudia ne bucuram mult pentru ea: găsisse iubirea; își depășise necazurile de-o viață; și strălucea. Familia Claudiei locuiește acum la Paris, dar au păstrat casa în care a crescut Claudia, o casă din secolul al XVII-lea, dintr-un oraș prosper din Connecticut. Ne-am

adunat acolo dimineața, pentru o ceremonie a intențiilor, la care mireasa și mirele au invocat cele patru puncte cardinale și cele patru vânturi. A urmat prânzul, în casa unor prieteni care locuiau peste drum. Nunta a avut loc într-o grădină frumoasă, la patru după-amiază, după care am băut cocktail; Claudia și soțul ei au deschis o cutie cu fluturi, care au ieșit și au pâlpâit magic în jurul nostru. Seara, a fost o cină elegantă pentru o sută patruzeci de oaspeți. Am stat așezat lângă preot, care susținea că n-a mai oficiat la o cununie atât de atent orchestrată; ceremonia, pe care Claudia a scris-o împreună cu soțul ei, aușese îndrumări amănunțite „de proporțiile unui spectacol de operă“, a spus el. Totul era minunat. Cartonașele cu locurile noastre la masă erau pe hârtie confecționată manual, imprimate cu o matriță din lemn, asemenea hârtiei și matriței cu care erau tipărite meniurile și programul. Imaginile fuseseră desenate anume pentru această ocazie. Tortul l-a făcut cu adevărat mirele cu mâna lui, o treabă cu patru etaje.

Schimbarea, chiar și schimbarea pozitivă, e stresantă; iar căsătoria este una dintre cele mai mari schimbări pe care le poți face. Problemele care începuseră înainte de cununie s-au agravat curând după aceea. Claudia credea că problema o are soțul ei; a trecut destul de mult până ca ea să admită că situația sa ar putea fi simptomatică. „De fapt, el își făcea mai multe griji decât mine în privința mea și a viitorului meu. Toată lumea își amintește că eram fericită în ziua nunții. Arăt fericită în poze. Am parcurs întreaga zi, gândindu-mă: se pare că sunt îndrăgostită, trebuie să sunt cu adevărat îndrăgostită dacă fac asta. Și mă simțeam ca un miel dus la tăiere. În noaptea nunții, am fost pur și simplu epuizată. Iar luna noastră de miere a fost de-a dreptul un dezastru. N-am găsit nimic plăcut să-i spun în toată călătoria. Nu voiam să fiu cu el; nu voiam să mă uit la el. Am încercat să facem dragoste, și am avut dureri, și pur și simplu n-a mers. Vedeam cât e de îndrăgostit. Și eu îmi ziceam: nu pot să cred. Crezusem că o să fie altfel. Și mă simțeam îngrozitor la gândul că i-am distrus viața și i-am frânt inima.“

Spre sfârșitul lui septembrie, a revenit la regimul homeopatic. A fost stabilizator, dar n-a putut s-o scoată din ceea ce devenise o depresie cu adevărat acută. „Eram la lucru“, își amintește ea, „și deodată simțeam că sunt pe cale



să am o cădere psihică și să plâng. Eram atât de îngrijorată că s-ar putea să mă port neprofesional, încât de-abia reușeam să-mi fac treaba. Trebuia să mă-nvoiesc, și să zic că mă doare capul, și să plec acasă. Uram totul; îmi uram viața. Voiam divorțul sau anularea căsătoriei. Simțeam că n-am prieteni; simțeam că n-am viitor. Făcusem greșeala asta cumplită. Îmi ziceam: «Doamne, ce-o să vorbim tot restul vieții noastre? O să trebuiască să cinăm împreună, și ce-o să spunem? Eu nu mai am nimic de spus.» Și el, desigur, simțea că e vina lui, și se ura din răspuțeri, și nu voia să se radă sau să se ducă la lucru, nu voia nimic. Nu mă purtam frumos cu el, o știu. Făcea tot ce-i stătea în puteri și nu știa ce să mai facă. Nimic din ce ar fi putut face n-ar fi fost bine pentru mine, orice ar fi fost. Dar n-am văzut asta atunci. Îi spuneam să plece, că vreau să fiu singură; iar ceea ce aș fi vrut cu adevărat era ca el să insiste să stea cu mine. «Ce contează cu adevărat pentru mine?» mă întrebam. «Nu știu.» «Ce m-ar face fericită?» «Nu știu.» «Ei bine, ce anume vreau?» «Pur și simplu, nu știu.» Și asta m-a speriat de-a binelea. N-aveam nici o idee. Nu exista nici un lucru pe care să-l aștept cu nerăbdare. Polarizam toate astea asupra lui. Știam că mă port oribil cu el – am știut-o și-atunci, și totuși n-am fost în stare s-o isprăvesc.“ În octombrie, a luat prânzul cu o prietenă, care i-a spus că are „acea strălucire a căsniciei fericite“, iar ea a izbucnit în plâns.

A fost cea mai rea perioadă a ei de la liceu încoace. În cele din urmă, în noiembrie, prietenii au convins-o să revină la medicina occidentală. Psihiatrul ei i-a spus că a fost nebună să insiste atâta cu tratamentele homeopatice, și i-a dat patruzeci și opt de ore să-și curețe organismul înainte de a începe să ia celexa. „Diferența s-a văzut pe loc. Încă mai aveam momente și gânduri depresive, și-mi blochează impulsul sexual, așa că simt că trebuie să mă străduiesc mult să fac asta, de dragul soțului meu – nu-i doar interesul față de sex care dispare, ci sunt și probleme fizice, așa încât nu pot nici măcar să mă umezesc! Poate că am vreo doi la sută interes în momentul ovulației, așa că asta-i perioada de vârf a lunii. Dar totul e mult mai bine. Soțul meu e tare agreabil; spune: «Nu m-am însurat cu tine pentru sex, nu contează.» Cred că se simte pur și simplu ușurat că nu mai sunt monstrul care am fost de la nuntă

încoace. Viețile noastre par să se restabilizeze. Pot să văd la el calitățile pe care le voiam – a revenit siguranța afectivă. Cuibărirea e prezentă din nou. Am multe nevoi, iar acum el mi le împlinește, și-i place și lui cuibărirea. M-a făcut să mă simt ca un om bun. Și sunt fericită să fiu iar cu el. Mă iubește, și asta e o mare comoară. Relația noastră e acum minunată cel puțin optzeci la sută.

Mă simt într-o stare nițel artificială. Când luam cu zece miligrame mai puțin medicament, momentele depresive își făceau din nou apariția, și erau foarte neliniștitoare și perturbante și cu adevărat dureroase și greu de ieșit din ele – cu toate că am putut să ies, și am făcut-o. Și simt că am în continuare nevoie de asta, ca să rămân în stare bună. Nu mă simt stabilă. Nu am aceeași senzație de plutire lină pe care am avut-o pe când plănuiam nunta. Dacă m-aș simți într-o siguranță rezonabilă, aș renunța la medicamente; dar nu mă simt cu adevărat în siguranță. Mi-e din ce în ce mai greu să trag o linie între mine cea depresivă și mine cea nedepresivă. Cred că am în mine o tendință depresivă chiar mai puternică decât depresiile reale. Depresia nu e scopul suprem al vieții mele. Știi, n-am de gând să zac în pat tot restul vieții și să sufăr. Oamenii care au succes, în ciuda depresiei, fac trei lucruri. În primul rând, caută să înțeleagă ce se întâmplă. Apoi, acceptă faptul că este o situație permanentă. După care trebuie să-și depășească, într-un fel sau altul, experiența și să crească din ea și să se așeze în lumea oamenilor reali. După ce ai realizat înțelegerea și creșterea, îți dai seama că poți interacționa cu lumea și-ți poți trăi viața și-ți poți vedea de muncă. Nu te mai simți atât de paralizat – și ce simțământ de triumf te încearcă! O persoană depresivă care e în stare să renunțe la preocuparea exclusivă față de propriile probleme nu e atât de insuportabilă ca una care nu-i în stare. La început, când mi-am dat seama că o să-mi petrec toată viața în hora stărilor de spirit, mi-a picat tare prost. Dar acum simt că *nu* sunt neajutorată. Aceasta a devenit principala țintă a vieții mele: cum să evoluez din asta? Poate că mă doare acum, dar cum pot să învăț din ea?“ Claudia Weaver își înclină capul într-o parte. „Am înțeles asta. Sunt norocoasă.“ Spiritul ei iscoditor, în aceeași măsură cu orice tratament

experimental, a fost ceea ce i-a îngăduit să iasă din lupta cu viața mai mult sau mai puțin nevătămată, în ciuda tuturor greutăților pe care le-a înfruntat.

Dintre terapiile de grup pe care le-am studiat, cea care-mi pare cea mai subtilă, din care înveți cel mai mult, care a adus oamenii cel mai aproape de soluție a fost cea bazată pe activitatea lui Bert Hellinger,<sup>155</sup> din Germania. Hellinger, fost pastor, cândva misionar printre zuluși, are mulți adepți devotați ai activității sale de tip *Gest It*. Unul dintre discipolii lui Hellinger, Reinhard Lier, s-a dus în SUA în 1998 și a efectuat un tratament intensiv, la care am participat și eu, scepticismul meu înnăscut făcând loc respectului față de acel proces, pe măsură ce mă angrenam tot mai mult în el. Tratamentul lui Lier a avut un anumit efect asupra mea, și am văzut că a avut un efect enorm asupra altora din grup. Asemenea desensibilizării și reprocesării prin mișcarea ochilor (EMDR), activitatea de tip Hellinger are, probabil, cea mai mare eficiență la persoanele care au a face cu traume; pentru scopurile lui Lier însă, elementul traumatic poate fi un fapt esențial – de pildă, „mama mă urăște” –, și nu un eveniment unic, limitat de timp.

Vreo douăzeci dintre noi ne-am adunat și am stabilit adevărul pe baza unor exerciții elementare. Apoi, fiecăruia dintre noi i s-a cerut să construiască o poveste despre lucrul care a fost cel mai dureros din viața sa. Ne-am împărtășit poveștile în forma de bază și am fost puși să alegem persoane din grup care să reprezinte celelalte personaje din poveștile noastre. Apoi, Reinhard Lier a creat un fel de dans complicat, folosind acele persoane ca pe niște repere fizice, i-a așezat unii în fața altora, făcând subiectul să se miște în jur și spunând din nou povestea, așa încât să se îndrepte către o rezolvare mai bună. A numit aceste formațiuni „constelații de familii“. Eu am ales să iau moartea mamei ca origine a depresiei mele. Cineva juca rolul mamei mele, altcineva pe al tatălui meu, altcineva pe al fratelui meu. Lier zicea că îi vrea acolo și pe bunici, cel pe care l-am cunoscut și cei trei pe care nu i-am cunoscut. Pe când ne muta de colo-colo, mi-a cerut să vorbesc direct cu aceste personaje. „Ce i-ai spune tatălui mamei tale, care a murit când mama ta era încă

destul de tânără?” a întrebat. Din toată activitatea mea legată de depresie, acesta a fost, poate, tratamentul cel mai apropiat de un conducător charismatic. Lier a reușit să declanșeze multă forță în fiecare dintre noi, și, după douăzeci de minute petrecute cu coregrafia lui și cu rostirea unor lucruri, m-am simțit ca și cum vorbeam iar cu mama, și i-am spus niște lucruri pe care le gândeam sau le simțeam. Apoi, vraja s-a rupt și eram într-o sală de seminar dintr-un centru de conferințe din New Jersey – dar, în ziua aceea, am plecat cu un sentiment de împăcare, ca și cum ceva s-ar fi rezolvat. Poate că a fost doar faptul că le-am adresat cuvinte acelor forțe cu care nu vorbesc niciodată, bunicii dispăruți și mama mea pierdută, dar am fost emoționat de proces și m-am gândit că are ceva sacrosanct în el. Nu vindeca depresia, dar putea aduce, într-o anumită măsură, pacea.

Cel mai captivant din grupul nostru a fost un bărbat de origine germană, care a descoperit că părinții săi lucraseră într-un lagăr de concentrare. Incapabil să proceseze această oroare, a intrat într-o depresie majoră. În timpul discursurilor către diferiții membri ai familiei, care erau amplasați de Reinhard Lier mai aproape și mai departe de el, bărbatul a plâns fără încetare. „Aceasta e mama ta“, a spus Lier la un moment dat. „A făcut lucruri îngrozitoare. Dar, de asemenea, te-a iubit și te-a protejat când erai copil. Spune-i că te-a trădat, și apoi spune-i că o s-o iubești totdeauna. Nu încerca s-o ierți.“ Suna forțat, dar era, de fapt, puternic într-un mod agreabil.

E greu de vorbit despre depresie în timpul depresiei, chiar și cu prietenii, așa că ideea de grupuri de sprijin pentru depresie pare împotriva logicii. Și totuși, aceste grupuri au proliferat pe măsură ce cazurile de depresie au fost identificate mai pe larg și pe măsură ce fondurile pentru terapie s-au redus. Nu m-am dus la grupuri de sprijin în timpul depresiei mele – din snobism, apatie, ignoranță și dorința de intimitate –, dar am început să mă duc când lucram la această carte. Există sute de organizații – în cea mai mare parte, spitale – care conduc grupuri de sprijin pe tot teritoriul SUA și în întreaga lume. Depression and Related Affective Disorders Association (DRADA), la Johns Hopkins, conduce șaiszeci și două de grupuri de sprijin diferite, a creat un sistem de perechi de confidenți și publică un buletin informativ deosebit

de bun, numit *Smooth S iling*. Grupurile de Sprijin pentru Tulburări de Personalitate (MDSG), cu sediul la New York, reprezintă cea mai mare organizație de sprijin din SUA, care conduce săptămânal paisprezece grupuri de sprijin și servește anual circa șapte mii de participanți; MDSG sponsorizează zece conferințe pe an, la fiecare dintre ele participând circa o sută cincizeci de persoane. Publică un buletin informativ trimestrial, trimis la circa șase mii de persoane. Întâlnirile MDSG de desfășoară în diferite locuri; eu m-am dus mai mult la cele de la Beth Israel Hospital din New York, la șapte și jumătate în fiecare seară de vineri, când cei mai mulți dintre oamenii depresivi nu au întâlniri romantice. Ca să intri, plătești 4 dolari în numerar și ți se dă o etichetă autocolantă pe care scrie doar prenumele, pe care o porți la întâlnirile cu circa o duzină de participanți și un mediator. Mai întâi, fiecare se prezintă și spune ce așteaptă de la întâlnire. După care începe o discuție mai generală. Oamenii își spun povestea și-și oferă unul altuia sfaturi, uneori joacă jocuri de *one-downsm nship*<sup>156</sup>. Ședințele durează două ore. Sunt cumplite, înrobitoare, sfâșietoare, pline de oameni care nu reacționează la tratamente, abandonați, care au avut multe episoade grave. Aceste grupuri încearcă să compenseze caracterul din ce în ce mai impersonal al sistemelor medicale; mulți dintre ei au distrus, cu boala lor, relații și și-au pierdut rude și prieteni.

Într-o întâlnire tipică, am intrat într-o încăpere inundată de lumină fluorescentă și am găsit zece persoane care așteptau să-și spună povestea. Depresivii nu dau mare atenție hainelor, și adesea consideră că, pentru a face baie, se cheltuiește prea multă energie. Mulți dintre oamenii aceștia arată la fel de jalnic cum se simt. M-am dus în șapte zile de vineri. Ultima dată când am fost acolo, John a vorbit primul, pentru că-i plăcea să vorbească și se descurca destul de bine, venise aproape în fiecare săptămână de zece ani încoace și știa cum merge treaba. John își păstrase serviciul, n-a lipsit nici o zi de la muncă. Nu voia să ia medicamente, dar experimenta cu plante și vitamine. Credea că o să reușească. Dana era prea deprimată în seara aceea ca să vorbească. S-a ghemuit cu bărbia pe genunchi și a promis că o să încerce să vorbească mai târziu. Anne nu fusese la MDSG de o bucată de vreme.

Avusese o perioadă rea: luase effexor pentru depresie și a ajutat-o mult. Apoi, când i s-a mărit doza, a devenit paranoică, a „luat-o razna“. Credea că e urmărită de Mafia și se baricada în apartament. În cele din urmă, a fost internată și i s-au dat „toate medicamentele, absolut toate“, după care, când nici unul nu i-a fost de folos, a primit electroșocuri. Nu-și amintea prea multe din acea perioadă; electroșocurile îi șterseseră o mulțime de amintiri. Fusese cadru de conducere. Acum, își câștiga pâinea hrănind pisicile oamenilor. În ziua aceea, pierduse doi clienți, iar renunțarea la serviciile ei era greu de suportat. Ca și umilința. Așa că a hotărât să se ducă în seara aceea acolo. Ochii i s-au umplut de lacrimi. „Sunteți cu toții atât de drăguți, ascultându-vă unul pe altul“, a spus. „Acolo, afară, nimeni nu ascultă.“ Am încercat s-o ajutăm. „Am avut atâția prieteni. Au dispărut acum cu toții. Dar mă descurc. Mersul pe jos dintr-o parte-n alta ca să hrănesc pisicile e bun, mă face să mă mișc continuu, mersul pe jos ajută.“

Jaime a fost silit să demisioneze din postul său de la o „agenție guvernamentală“, pentru că lipsise prea multe zile. Avusese concediu medical trei ani. Dintre oamenii pe care-i mai știa, mulți nu puteau să înțeleagă. El pretindea că încă mai are acel post și nu răspundea la telefon în timpul zilei. Părea să se simtă bine în seara aceea, mai bine decât îl văzusem vreodată. „Dacă n-aș putea să păstrez aparențele“, a zis, „m-aș omorî. Asta e ceea ce mă ține pe linia de plutire.“ Venea la rând Howie. Șezuse acolo toată seara, strângând la piept o pufoaică mare. Howie venea adesea și vorbea rareori. Se uita prin încăpere. Avea patruzeci de ani și nu avusese niciodată un serviciu cu normă întreagă. Cu două săptămâni înainte, anunțase că e pe cale să-și ia unul, să-și schimbe veniturile, să fie ca o persoană normală. Lua niște medicamente bune, care păreau să-l ajute. Ce-ar fi fost însă dacă nu mai aveau efect? Putea primi iar venitul suplimentar de securitate (*supplement ry se urity income* – SSI) pentru dizabilitate, cei 85 de dolari pe lună? I-am spus cu toții s-o facă, să încerce serviciul, dar în seara aceea ne-a spus că renunțase; era prea înspăimântător pentru el. Anne l-a întrebat dacă stările lui de spirit sunt constante, dacă evenimentele exterioare au vreun efect, dacă se simțea altfel când își lua concediu. Howie a întors către ea o privire goală. „N-am avut

niciodată concediu“, a zis. Toată lumea se uita în continuare la el. Și-a târșăit un pic picioarele pe podea. „Îmi pare rău. Vreau să spun, presupun că n-am avut niciodată ceva din care să-mi iau concediu.“

Polly a spus: „Aud lumea vorbind de cicluri, despre intrare și ieșire din stările de spirit, și mă simt cu adevărat invidioasă. Mie nu mi s-a-ntâmpat niciodată. Așa am fost întotdeauna; am fost un copil posomorât, nefericit, neliniștit. A mai rămas vreo speranță pentru mine?“ Lua nardil și a observat că clonidina în microdoze o salva de transpirația intensă de care suferea. Inițial, luase litiu, dar a făcut-o să se îngrașe cu peste șapte kilograme pe lună, așa că n-a mai luat. Cineva s-a gândit că ea ar trebui să ia depakote, care poate fi de folos împreună cu nardil. Restricționarea mâncării la luarea de nardil era o adevărată belea. Jaime a spus că paxilul l-a făcut să se simtă și mai rău. Mags a zis că luase paxil, dar n-a dat rezultate. Mags părea că vorbește prin ceață. „Nu pot lua o hotărâre“, a zis. „Nu pot lua nici o hotărâre.“ Mags era atât de apatică, încât odată nu s-a sculat din pat câteva săptămâni la rând. Terapeutul ei aproape că a silit-o să participe la acest grup. „Înainte de medicamente, eram acea persoană nevrotică, jalnică, cu gânduri de suicid“, a zis. „Acum, pur și simplu nu mă mai sinchiesc de nimic.“ S-a uitat în jur, de parcă noi am fi fost comitetul de triere de la poarta raiului. „Cum e mai bine? Care persoană ar trebui să fiu?“ John a dat din cap. „Asta-i problema, că leacul e mai rău ca boala“, a zis. Și apoi, a venit rândul lui Cheryl. Și-a rotit privirea, dar era clar că nu-l vedea pe nici unul dintre noi. Soțul ei o adusese aici, sperând ca asta s-o ajute, și aștepta afară. „Mă simt“, a spus cu vocea plată, ca un casetofon vechi mergând cu viteză mai mică, „de parcă am murit acum câteva săptămâni, dar corpul meu încă n-a descoperit asta.“

Această adunare tristă, cu dureri împărțășite, era unica ieșire din izolare a mulți dintre cei de acolo. Îmi amintesc din cele mai rele momente ale mele chipurile acelea nerăbdătoare, întrebătoare, ori pe tata zicând: „Te simți mai bine?“ și cât de dezamăgit mă simțeam când trebuia să zic: „Nu, nu prea.“ Unii dintre prieteni au fost fantastici, dar cu ceilalți m-am simțit obligat să mă port cu tact. Și glumeț. „Mi-ar plăcea să vin, dar tocmai am o cădere nervoasă, chiar acum, n-am putea s-o lăsăm pe altă dată?“ E ușor să ții

secrete dacă ești sincer pe un ton ironic. Acea stare de spirit fundamentală din grupul de sprijin – azi mi-e mintea acasă, și ție ți-e? – spunea mai mult decât cărți întregi, și, aproape fără voie, am început să mă destind. Sunt atât de multe lucruri ce nu pot fi spuse în timpul depresiei, care pot fi doar intuite de cei care știu. „Dacă aș fi în cârje, nu mi s-ar cere să dansez“, a spus o femeie despre eforturile necontenite ale familiei sale de a o face să iasă din casă și să se distreze. E atât de multă durere în lume, iar cei mai mulți dintre acești oameni își păstrează taina, târându-se de-a lungul unor vieți chinuitoare în scaune cu rotile, puși în invizibile corsete de ghips. Ne mențineam reciproc pe linia de plutire prin ceea ce spuneam. Într-o seară, Sue, chinuită, cu lacrimile curgându-i prin rimelul gros, a spus: „Trebuie să știi dacă vreunul dintre voi s-a simțit așa și a ieșit la lumină. Să-mi spună cineva asta, am bătut tot drumul până aici ca să aud asta: e oare adevărat? Vă rog să-mi spuneți că e.“ În altă seară, cineva a spus: „Mă doare așa de tare sufletul; pur și simplu, am nevoie să fiu în contact cu alți oameni.“

La grupul de sprijin pentru tulburări de personalitate, sunt îndeplinite și scopuri practice, în special pentru cei care nu sunt răsfățați de prieteni, familie și nu au o asigurare de sănătate excelentă. Nu vrei să știe patronul tău, sau viitorul patron; ce poți spune fără să minți? Din nefericire, participanții cu care am avut a face păreau, de cele mai multe ori, să-și ofere unii altora un sprijin excelent și o consiliere groaznică. Dacă ți-ai scrântit glezna, alții cu glezna scrântită pot fi în stare să-ți dea indicații utile, dar dacă ai o maladie mintală n-ar trebui să te bazezi pe persoane cu maladie mintală ca să-ți spună ce să faci. M-am folosit de cunoștințele mele obținute din cărți, scandalizat de proasta consiliere de care avuseseră parte mulți dintre acești oameni, dar era greu să capăt multă autoritate. Christian era, evident, bipolar, fără medicamente, și devenea maniac; sunt sigur că o să aibă o fază sinucigașă înainte de apariția acestei cărți. Natasha n-ar fi trebuit să *se gândească* să renunțe atât de curând la paxil. Claudia trecuse prin ceea ce păreau să fie electroșocuri prost administrate și excesive, și apoi prescrierea unei cantități prea mari de medicamente o transformase în zombi; Jaime ar fi putut, cu electroșocuri, să fie în stare să-și păstreze serviciul adevărat, dar nu știa nimic despre felul



în care funcționează în realitate electroșocurile, iar ceea ce avea de spus Claudia n-a avut darul să-l liniștească.

Odată, cineva vorbea despre încercarea de a le explica prietenilor ce se întâmplă. Un bărbat care venea de mult la grupul de sprijin pentru tulburări de personalitate, Stephen, a întrebat grupul: „Aveți prieteni în afară de cei de aici?“ Doar unul dintre ei și cu mine am spus că avem. Stephen a spus: „Încerc să mă împrietenesc, dar nu știu cum. Am fost prea mult timp retras în mine. Am luat prozac, și a dat rezultate un an, și apoi n-a mai mers. Cred că m-am descurcat mai bine în acel an, dar nu mai știu cum se face.“ S-a uitat la mine ciudat. Era trist, și blând, și inteligent – dar era dus. „Cum întâlnești alți oameni, în afară de cei de aici?“ Și, înainte să pot răspunde, a adăugat: „Și, după ce i-ai întâlnit, despre ce vorbești?“

Asemenea tuturor bolilor, depresia este o mare egalizatoare, dar n-am întâlnit pe nimeni depresiv care să semene mai puțin cu un posibil candidat la depresie ca Frank Rusakoff, de douăzeci și nouă de ani, amabil, politicos, deschis și chipeș, genul de persoană ce pare cu totul normală, în afară de faptul că suferă de o depresie groaznică. „Vrei să intri în capul meu?“ a scris odată. „Ești bine-venit. Nu e întocmai ceea ce te așteptai? Nu e întocmai ceea ce mă așteptam nici eu.“<sup>157</sup> Cam la un an după terminarea facultății, Frank Rusakoff era la un film când prima depresie a pus stăpânire pe el. În cei șapte ani care au urmat, a fost internat în spital de treizeci de ori.

Primul episod a venit din senin: „Pe drum spre casă de la un film, mi-am dat seama că o să intru cu mașina într-un copac. Simțeam ca și cum o greutate îmi apăsa în jos piciorul drept, ca și cum cineva mă trăgea de mâini. Mi-am dat seama că n-am să pot ajunge acasă, pentru că în direcția aceea erau prea mulți copaci, și era din ce în ce mai greu să mă împotrivesc, așa că m-am dus la spital.“ În anii care au urmat, Frank a luat, pe rând, toate medicamentele ca la carte, dar n-a rezolvat nimic. „La spital, am încercat cu ad-evărat să mă strâng singur de gât.“ În cele din urmă, a făcut electroșocuri. L-au ajutat, dar l-au și smintit un pic. „Aveam halucinații, am atacat alt pacient,

a trebuit să fiu ținut la izolare o vreme“, își amintește. Timp de cinci ani după aceea, Frank a făcut electroșocuri suplimentare (câte o ședință, nu o serie) ori de câte ori îl lovea iar depresia, de obicei cam o dată la șase săptămâni. I s-a prescris o combinație de litiu, wellbutrin, ativan, doxepin, cytomel și synthroid. „Electroșocurile dau rezultate, dar le urăsc. Sunt complet sigure, și le-aș recomanda altora, dar ți se bagă în cap electricitate, și asta e înspăimântător. Urăsc problemele legate de memorie. Îmi dă dureri de cap. Totdeauna mă tem că cei de acolo o să facă o greșeală și n-o să mă mai trezesc. Țin un jurnal ca să-mi pot aminti ce s-a petrecut; altfel n-aș avea habar.“

Fiecare are în minte propria ierarhie a tratamentelor, dar chirurgia este, pentru toți, ultima soluție. Lobotomiile, efectuate prima oară la începutul secolului al XX-lea, au devenit populare în anii '30 și, mai ales, după cel de-al Doilea Război Mondial. Veteranilor care se întorceau cu șocuri provocate de obuze sau cu nevroză li se făceau, de obicei, operații stângace, în care le era extirpat lobul frontal (sau alte secțiuni ale creierului). În epoca de glorie a lobotomiilor, în SUA se făceau anual circa cinci mii, provocând anual două sute cincizeci-cinci sute de decese. Psihochirurgia trăiește în această umbră. „E trist“ – spune Elliot Valenstein, care a scris o istorie a psihochirurgiei – „că oamenii încă mai leagă aceste operații de controlul minții și fug de ele.“ În California, unde electroșocurile au fost o vreme ilegale, psihochirurgia este încă ilegală. „Cifrele legate de psihochirurgie sunt semnificative“, spune Valenstein. „Circa 70 la sută din persoanele-țintă – persoane la care n-a dat rezultat nimic altceva – au cel puțin o reacție; cam 30 la sută dintre aceștia prezintă o ameliorare cu adevărat însemnată. Această procedură se aplică doar persoanelor cu boli psihice grave și durabile, care nu au reacționat la medicamente și la electroșocuri, la care n-a dat rezultate nimic din ceea ce li s-a aplicat, care rămân bolnave sau cu dizabilități grave: cazurile cele mai refractare. Este lucrul la care se recurge în ultimă instanță. Nu folosim decât cele mai blânde proceduri, și uneori trebuie s-o facem de două-trei ori, dar preferăm aceasta modelului european, care este să faci imediat o operație mai grea. Am constatat că la cingulotomie nu apar modificări permanente ale memoriei sau ale funcției cognitive ori ale funcției intelectuale.“

Când l-am cunoscut pe Frank, tocmai făcuse o cingulotomie. În acea procedură, scalpul este amorțit local, iar chirurgul face un mic orificiu în partea anterioară a craniului. Apoi, aplică un electrod direct pe creier, pentru a distruge zone tisulare de opt pe optsprezece milimetri. Procedura se efectuează sub anestezie locală cu sedare, folosind un cadru stereotactic. Acest gen de operație se face, în prezent, doar în câteva locuri, în frunte cu Massachusetts General Hospital din Boston, unde Frank a fost pacientul lui Reese Cosgrove, cel mai mare psihochirurg din SUA.

Nu e ușor să intri în procedura cingulotomiei; trebuie să fii examinat de o comisie de triere și să treci printr-un baraj interminabil de teste și întrebări. Trecerea în revistă dinaintea operației durează cel puțin douăsprezece luni. Mass General, cel mai activ centru, nu efectuează decât cincisprezece-douăzeci pe an. Ca și în cazul antidepresivelor, operația are, de obicei, efect întârziat, arătându-și foloasele adesea după șase-opt săptămâni, așa încât probabil că foloasele nu vin de la eliminarea anumitor celule, ci de la rolul pe care-l joacă eliminarea acelor celule în funcționarea altor celule. „Nu cunoaștem patopsihologia; nu cunoaștem mecanismele care fac ca asta să dea rezultate“, spune Cosgrove.

„Îmi pun speranțe în cingulotomie“, mi-a spus Frank când ne-am întâlnit. Mi-a descris procedura cu un pic de detașare. „Am auzit burghiul intrându-mi în țeastă, ca atunci când ești la dentist. Au făcut două găuri, ca să poată arde leziunile din creierul meu. Anestezistul spusese că, dacă vreau o doză mai mare de medicamente, mi le poate da, și zăceam acolo și ascultam cum mi se deschide țeasta, așa că am zis: «Asta mă cam înfioară; mă poți ajuta să mă cufund un pic mai mult?» Sper că o să dea rezultate; dacă nu, am un plan, avusesem un plan cum să termin cu toate astea, pentru că pur și simplu nu pot continua așa.“

După câteva luni, se simțea ceva mai bine și încerca să-și restructureze viața. „Viitorul mi se pare foarte înnegurat în momentul ăsta. Aș vrea să scriu, dar încrederea în mine e tare scăzută. Nu știi ce fel de lucruri aș putea să scriu. Bănuiesc că a fi deprimat tot timpul era, de fapt, un spațiu destul de sigur în care să te afli. N-aveam grijile din lumea reală pe care le are oricine,

pentru că știam că pur și simplu nu pot funcționa destul de bine ca să am grijă de mine. Ce fac acum? Încerc să pun capăt obiceiurilor din anii de depresie, asta fac pe moment împreună cu doctorul meu.“

Operația lui Frank, în combinație cu zyprexa, a avut succes. În anul următor, a avut câteva momente rele, dar n-a fost internat niciodată. În acest timp, mi-a scris despre progresul făcut și a povestit că a putut să stea treaz o noapte întregă la nunta unui prieten. „Înainte“ – scria el – „n-am putut face asta, din cauza temerii că mi-ar putea afecta starea de spirit precară.“ A fost acceptat într-un program de licență la Johns Hopkins, ca să învețe jurnalism pentru domeniul științelor. S-a hotărât cu mult entuziasm să se ducă. Avea o prietenă cu care, pe moment, era fericit. „Sunt cam mirat când cineva vrea să se complice cu problemele evidente cu care am a face, dar sunt de-a dreptul încântat să am parte atât de companie, cât și de o poveste de dragoste. Prietena mea e ceva pe care merită să-l aștepți cu nerăbdare.“

Și-a redactat cu succes lucrarea de licență și și-a găsit de lucru la o firmă de internet care-și începea activitatea. Mi-a scris la începutul anului 2000 despre Crăciun. „Tata mi-a făcut două cadouri: primul e un stativ automat pentru CD-uri de la The Sharper Image – nu-i deloc necesar și e cu totul extravagant, dar tata știa că-o să mă stimuleze. Am deschis cutia aia enormă și am văzut ceva ce nu-mi trebuia deloc și am știut că tata sărbătorea faptul că trăiesc pe cont propriu, că am o slujbă ce pare să-mi placă și că-mi pot plăti singur facturile. Celălalt cadou a fost o fotografie a bunicii mele care s-a sinucis. Când am deschis cadoul, am izbucnit în plâns. Era frumoasă. E prinsă din profil, privind în jos. Tata a zis că poza e probabil de la începutul anilor '30: e alb-negru, iar el i-a dat o nuanță mată, albăstruie și a pus-o într-o ramă de argint. Mama s-a apropiat de fotoliu și a întrebat dacă plâng din cauza tuturor rudelor pe care nu le-am cunoscut, iar eu am zis: «A avut aceeași boală ca mine.» Acum plâng – nu pentru că aș fi prea trist –, ci pur și simplu că sunt copleșit. Poate că e faptul că m-aș fi putut sinucide, dar n-am făcut-o, căci toți cei din jurul meu m-au convins să merg mai departe – și am făcut operația. Sunt viu și recunoscător părinților mei și câtorva doctori. Trăim la momentul potrivit, chiar dacă nu pare totdeauna așa.“

Oamenii vin din toată partea de vest a Africii, unii chiar de mai departe, pentru ceremoniile mistice *ndeup* pentru boli mintale, practicate de cei din etnia lebou (iar unii din etnia serer) din Senegal. M-am dus în Africa să cercetez. Directorul principalului spital de boli mintale din Dakar, dr. Dou-dou Saar, care practică psihiatrie în stil occidental, a spus că e convins că toți pacienții săi au apelat la tratamente tradiționale. „Uneori, se jenează să-mi spună despre aceste activități“, a zis. „Cred însă că vindecarea tradițională și cea modernă, deși e bine să rămână separate, trebuie să coexiste; dacă aș avea eu însumi o problemă, iar medicina occidentală nu m-ar vindeca, aș apela la cea tradițională.“ Chiar și în spitalul lui prevalează obiceiurile senegaleze. Pentru a se interna acolo, bolnavul trebuie să vină cu un membru al familiei pe post de îngrijitor, care să stea cu el în spital; îngrijitorului i se dau instrucțiuni și învață câteva principii psihiatrice de bază, ca să poată asigura continuitatea sănătății mintale a persoanei tratate. Spitalul e destul de rudimentar – rezervele costă 9 dolari pe zi, camerele semiprivatizate costă 5 dolari, iar saloanele mai mari, cu șiruri de paturi, costă 1,75 dolari. Întregul loc duhnește, iar cei care au fost declarați periculoși sunt închiși în spatele unor uși de fier; îi auzi tot timpul văitându-se și bubuind în uși. Dar e acolo o grădină frumoasă, în care internații cultivă legume, iar prezența numeroșilor îngrijitori ameliorează într-o anumită măsură atmosfera de ciudățenie înfricoșătoare care face ca multe spitale occidentale să arate atât de sinistru.

*Ndeup* este un ritual animist care, probabil, este mai vechi decât voodoo. <sup>158</sup> Senegalul este o țară musulmană, însă genul de islamism local trece cu vederea aceste practici străvechi, care au loc în același timp în public și oarecum în secret; poți face un *ndeup* și o să se adune toată lumea în jurul tău, dar nu prea vorbești despre asta. Mama unui prieten al prietenei unui prieten care s-a mutat la Dakar acum câțiva ani cunoștea un vindecător care ar fi putut conduce ceremonia, și prin această legătură complicată am aranjat să beneficiaz de un *ndeup*. Spre sfârșitul unei după-amiezi de sâmbătă, am luat un taxi, împreună cu niște prieteni senegalezi, care ne-a dus din Dakar până în localitatea Rufisque, pe ulițe și printre șandramale, adunându-i pe cei care

voiau să participe, până ce am ajuns, în cele din urmă, la casa lui Mareme Diouf, bătrâna care avea să officieze ceremonia. Bunica lui Mareme Diouf officiasse *ndeup* în acest loc și o învățase pe Mareme; bunica lui Mareme învățase de la bunica sa, iar Mareme zicea că istoria familiei și lanțul acesta mergeau așa până la începutul vremurilor. Mareme Diouf ne-a ieșit în întâmpinare desculță, cu turban și cu un caftan lung, cu un imprimeu destul de fioros – imagini de ochi – și împodobit cu dantelă verde ca mazărea. Ne-a dus în spatele colibeii sale, unde, sub ramurile întinse ale unui baobab, erau vreo douăzeci de vase mari de lut și tot atâția stâlpi falici de lemn. Ne-a explicat că spiritele pe care le scotea din oameni erau puse în pământul de dedesubt și că le hrănea prin acele vase, care erau umplute cu apă și rădăcini. Dacă oamenii care trecuseră prin *ndeup* aveau vreun necaz, veneau să se scalde în acea apă sau s-o bea.

După ce am văzut toate astea, am urmat-o într-o odaie mică și cam întunecoasă. S-a discutat mult despre ce trebuia făcut, și ea a spus că totul depindea de ce vor spiritele. Mi-a luat mâna și a cercetat-o cu atenție, de parcă ar fi fost scris ceva pe ea. Apoi, mi-a suflat peste mână, m-a pus să mi-o așez pe frunte și a început să-mi examineze tactil țeasta. M-a întrebat cum dorm și dacă nu cumva am dureri de cap, apoi a declarat că o să îmbunăm spiritele cu o găină albă, un cocoș tânăr de culoare roșie și un berbec alb. Apoi, a început tocmeala pentru plata ritualului *ndeup*; am scăzut prețul (până la vreo sută cincizeci de dolari), acceptând să cumpărăm noi ingredientele de care avea nevoie: șapte kilograme de mei, cinci kilograme de zahăr, un kilogram de nuci de cola, o tărtăcuță, șapte metri de pânză albă, două vase mari, o rogojină roșie, un coș de separare a grăunțelor de pleavă, o bătă grea, cele două galinacee și berbecul. Mi-a spus că unele dintre spiritele mele (în Senegal, ai spirite peste tot, unele care-ți sunt necesare, unele neutre, unele vătămătoare – cam ca microbii) sunt invidioase pe relațiile sexuale pe care le am cu partenerii mei de viață și că acesta e motivul depresiei de care sufăr. „Trebuie să facem un sacrificiu“ – a declarat ea – „ca să le îmblânzim, și apoi o să stea cumiști, iar tu n-o să mai suferi de această agravare a depresiei. Vei fi pe

deplin stăpân pe dorințele tale și o să dormi liniștit, fără nici un coșmar, iar spaima cea rea o să dispară.“

Am făcut al doilea drum până la Rufisque în zorii zilei de luni. Chiar lângă oraș, am văzut un păstor și ne-am oprit să cumpărăm un berbec. Ne-am trudit un pic să-l băgăm în portbagajul taxiului, unde a scos sunete jalnice și s-a ușurat din belșug; am mai mers zece minute și iar am intrat în labirintul de ulițe de pe întinsul așezării Rufisque. Am lăsat berbecul la Mareme și ne-am dus la piață, să luăm celelalte lucruri, pe care una dintre prietenele mele și le-a îngrămădit pe cap, ca turnul din Pisa; ne-am întors apoi cu o căruță trasă de cai la casa lui Mareme Diouf.

Mi s-a spus să mă desculț, și apoi am fost dus în locul unde erau vasele. Fusese așternut nisip curat și se adunaseră cinci femei, toate cu caftane largi, coliere uriașe din agat și centuri făcute din săculețe de pânză, ca niște cârnați (îndesate cu obiecte simbolice și rugăciuni). Una, care avea spre optzeci de ani, purta o pereche de ochelari de soare enormi, de genul Jackie Onassis. M-au pus să șed pe o rogojină, cu picioarele întinse drept înaintea și palmele întoarse în sus pentru ghicit. Femeile au luat de mai multe ori mei și l-au turnat în coșul de separare a grăunțelor de pleavă, apoi au mai pus acolo o serie de obiecte cu puteri șamanice – bețe scurte și groase, un corn de ceva, o gheară, o punguță legată cu multă sfoară, o chestie rotundă din pânză roșie care avea cusute pe ea ghiocuri și un smoc de păr de cal. Apoi, au pus peste mine o pânză albă și mi-au pus coșul de șase ori pe cap, de șase ori pe fiecare braț și tot așa peste tot corpul. Mi s-au dat bețele să le țin și apoi să le las din mână, iar femeile au vorbit între ele și s-au sfătuit în privința felului în care căzuseră bețele. Am făcut asta de șase ori cu mâinile și apoi de șase ori cu picioarele. Câțiva vulturi au venit și s-au așezat în baobabul de deasupra noastră; se pare că asta era de bun augur. Femeile mi-au scos apoi cămașa și mi-au pus la gât un șirag de agate. Mi-au frecat pieptul și spatele cu mei. Mi-au spus să mă ridic în picioare, să-mi scot blugii și să-mi pun o pânză în jurul șalelor, după care mi-au frecat cu mei brațele și picioarele. În cele din urmă, au adunat meiul care căzuse peste tot împrejur, l-au pus într-o bucată de ziar și mi-au spus că trebuie să dorm cu el sub pernă o noapte, iar a doua zi să-l dau unui

cerșetor care aude bine și nu are nici o diformitate. Întrucât Africa este un continent al incongruențelor, în tot acest timp de la radio s-a auzit tema din *Ch riots of Fire* 159

Atunci, au apărut cinci toboșari și au început să bată în tobele *t m*. Vreo duzină de oameni stăteau deja pe-acolo, iar când s-a auzit sunetul tobelor au început să se adune din ce în ce mai mulți, până ce s-au strâns vreo două sute, toți veniți pentru *ndeup*. S-au adunat în cerc în jurul unei rogojini de pe iarbă. Berbecului i se legaseră picioarele și zăcea pe o parte, părând destul de uimit de evenimente. Mi s-a spus că trebuie să mă culc la spatele lui și să-l țin strâns, așa cum dormi cu cineva în pat în poziția lingurii. Au pus pe mine un cearșaf și apoi vreo două duzini de pături, așa încât eu și berbecul (pe care mi se spusese să-l țin de coarne) am ajuns în beznă și într-o căldură înăbușitoare. Una dintre pături, pe care am văzut-o după aceea, avea brodate pe ea cuvintele *Je t' ime*. Tobele au răsunat tot mai tare, ritmurile erau din ce în ce mai implacabile, și auzeam vocile celor cinci femei care cântau. Din când în când, aparent la sfârșitul unui cântec, tobele se opreau; începea apoi o voce, tobele i se alăturau, se adăugau și celelalte patru voci, sporite, uneori, de vocile sutelor de privitori din jur. În toată această vreme, femeile dansau în jurul meu într-un cerc strâns, eu țineam în brațe berbecul, și ne loveam peste tot cu ceea ce am descoperit mai târziu că era cocoșelul cel roșu. De-abia mai răsuflam, mirosul berbecului era puternic (se ușurase iarăși în micul nostru culcuș), pământul se zguduia de mișcarea mulțimii, și abia mai puteam să țin berbecul, care se zvârcolea din ce în ce mai disperat.

În cele din urmă, păturile au fost luate, am fost ridicat în picioare și dus să dansez în ritmul din ce în ce mai accelerat al tobelor. Dansul îl conducea Mareme, și toată lumea bătea din palme, în vreme ce eu imitam cum bate ea pământul cu picioarele și cum lovește cu putere aerul spre toboșari. Fiecare dintre celelalte femei a pășit pe rând în față, iar eu a trebuit să le imit, după care diferite femei au venit pe rând din mulțime și a trebuit să dansez și cu ele. Eram amețit. Mareme a întins brațele către mine și aproape că m-am prăbușit între ele. O femeie a devenit brusc posedată și a dansat isteric,



topăind de parcă pământul ar fi fost în flăcări, și apoi s-a prăbușit complet. Am aflat mai târziu că avusese *ndeup* cu un an înainte. Când mi-am pierdut cu totul suflarea, tobele au încetat brusc, și mi s-a spus să-mi scot lenjeria intimă, rămânând doar cu pânza din jurul șalelor. Berbecul era culcat pe jos, și a trebuit să pășesc peste el de șapte ori de la dreapta la stânga și apoi de șapte ori de la stânga la dreapta, după care, pe când stăteam cu un picior de fiecare parte a lui, unul dintre cei care bătuseră toba a venit și a pus un lighean de metal sub capul berbecului și i-a tăiat beregata. A șters o parte a cuțitului pe fruntea mea, iar cealaltă parte pe ceafă. Sângele curgea, și curând a umplut jumătate din vas. Mi s-a spus să-mi scald mâinile în sânge și să sparg cheagurile când încep să se formeze. Încă amețit, am făcut cum mi s-a spus, iar bărbatul a decapitat cocoșul și i-a amestecat sângele cu cel al berbecului.

Am părăsit apoi mulțimea și ne-am apropiat de vase, în locul în care fusesem mai devreme în acea dimineață. Acolo, femeile m-au mânjit cu sânge; trebuia să fie pus pe fiecare centimetru al trupului meu; mi l-au pus în păr, și pe față, și pe organele genitale, și pe tălpi. M-au mânjit cu totul. Era cald, striveam bucățile de sânge pe jumătate închegate, iar senzația era deosebit de plăcută. După ce am fost acoperit de sânge, una dintre ele a zis că e amiază și mi-a oferit o coca-cola, pe care am luat-o bucuros. M-a lăsat să-mi spăl o parte din sângele de pe mână și de pe gură, ca să pot bea. Altcineva mi-a adus un pic de pâine. Cineva cu ceas la mână a spus că ne putem odihni până la ora trei. Brusc, procedurile au devenit mai puțin solemne, iar una dintre femei a încercat să mă învețe cântecele pe care le cântaseră în jurul meu dimineața, pe când zăceam sub pături. Pânza din jurul șalelor era udă leoarcă, iar muștele începuseră să se așeze peste tot pe mine, atrase de mirosul sângelui. Între timp, berbecul fusese atârnat de baobab, iar unul dintre bărbați îl jupuia și-l tranșa. Alt bărbat a luat un cuțit lung și a săpat încet trei orificii perfect circulare, fiecare adânc de vreo jumătate de metru, aproape de vasele cu apă de la ritualurile *ndeup* dinainte. Eu stăteam acolo, încercând să-mi feresc ochii și urechile de muște. În cele din urmă, când găurile au fost gata și s-a făcut ora trei, mi s-a spus să șed din nou, iar femeile mi-au legat brațele și pieptul cu intestinele berbecului. Mi s-a spus să înfig adânc, în

fiecare gaură, câte șapte bețe, la fiecare dintre ele spunând o rugăciune sau punându-mi o dorință. Apoi, am împărțit capul berbecului în trei părți și am pus câte una în fiecare gaură; au adăugat ierburi și o bucățică din fiecare parte a animalului, apoi bucățele din cocoș. Mareme și cu mine am pus pe rând, în fiecare gaură, câte șapte turte din mei și zahăr. Apoi, ea a scos șapte pungi cu diferite prafuri făcute din frunze și scoarță de copac și a presărat câte puțin din fiecare în toate găurile pe rând. Apoi, am împărțit și am turnat restul sângelui; am fost dezlegat, intestinele au fost puse în gropi; iar Mareme a pus frunze proaspete peste toate și, împreună cu bărbatul (care tot încerca s-o ciupească de fund), a umplut gropile; după care, a trebuit să bat peste fiecare cu piciorul drept de câte trei ori. Am repetat apoi aceste cuvinte către spiritele mele: „Lăsați-mă; dați-mi pace; și lăsați-mă să fac lucrarea vieții mele. N-o să vă uit niciodată.“ Ceva din această incantație mi se părea deosebit de atrăgător. „N-o să vă uit niciodată“ – ca și cum trebuia să te îngrijești de mândria spiritelor, ca și cum voiai să le pice bine faptul că ai pus să fie exorcizate.

Una dintre femei a uns cu sânge un vas de lut, așezat peste locul pe care tocmai îl umplusem. O bătă a fost înfiptă în pământ și un amestec de mei, lapte și apă a fost turnat peste toate vasele puse cu gura în jos de la ceremoniile dinainte și pe vârful bătelor falice. Vasul nostru a fost umplut cu apă în care au fost amestecate diferite prafuri din plante. Sângele de pe mine se uscuse deja și era ca și cum aș fi fost acoperit de o crustă enormă, pielea îmi era strânsă. Mi s-a spus că e vremea să fiu spălat. Râzând cu gura până la urechi, femeile au început să cojească sângele de pe mine. M-am ridicat în picioare, iar ele au luat apă în gură și m-au stropit cu ea, și astfel, cu multă frecare, sângele s-a șters. În cele din urmă, a trebuit să beau cam o jumătate de litru de apă plină de prafurile pe care le folosise Mareme mai devreme. Când am fost curat de-a binelea și cu o pânză curată în jurul șalelor, tobele au început să răpăie din nou și mulțimea s-a întors. De data asta, dansul era de sărbătoare. „Ai scăpat de spiritele tale, te-au părăsit“, mi-a spus una dintre femei. Mi-a dat o sticlă cu apă amestecată cu praf de frunze și mi-a spus să mă scald în această poțiune vindecătoare dacă mă mai deranjează spiritele din

nou. Toboșarii, puși pe glumă, au iuțit ritmul, și am făcut o întrecere cu unul dintre ei, care bătea din ce în ce mai agresiv, în vreme ce eu săream din ce în ce mai sus – și apoi a recunoscut că am fost la înălțime. Apoi, toată lumea a primit câteva turte și o bucată din berbec (am luat cu noi un picior, să-l prăjim în seara aceea), și Mareme mi-a spus că sunt liber. Trecuse de ora șase. Mulțimea ne-a urmărit taxiul atât cât a fost cu puțință, apoi a rămas pe loc, fluturând mâinile, și ne-am întors acasă cu sentimentul euforic că făcusem ceva sărbătoresc.

Ritualul *ndeup* m-a impresionat mai tare decât numeroase forme de terapie de grup practicate în prezent în SUA. Te înarmează cu o modalitate de reflecție despre suferința depresiei – ca lucru exterior persoanei afectate și separat de ea. Zdruncină organismul, ceea ce e sigur că poate să determine supraturarea proceselor chimice cerebrale – un soi de electroșocuri fără punere în priză. Permite o experiență intimă a comunității. Înseamnă un contact fizic strâns cu alții. Dă ideea de moarte și, în același timp, afirmă că tu însuți ești viu, și cald, și pulsezi. Îl silește pe cel afectat la multă mișcare fizică. Oferă confortul unei anumite proceduri la care să recurgi în cazul recidivei. Și e plin de o energie tonifiantă – un tur de forță absolut al mișcării și sunetului. În sfârșit, este un ritual, iar efectul oricărui ritual – să fii mânjit cu sângele unui berbec și al unui cocoș, ori să-i spui unui specialist ce a făcut mama când erai mic – nu trebuie să fie subestimat. Amestecul de mister și specificitate are totdeauna o forță enormă.

Cum să alegi dintre cele o mie de terapii ale depresiei? Care este modalitatea optimă de tratare a depresiei? Și cum poți combina aceste tratamente neconvenționale cu unele mai tradiționale? „Vă pot spune răspunsul care era corect în 1985“, zice Dorothy Arnsten, practiciană a terapiei interpersonale, care a studiat nenumărate sisteme de tratament. „Vă pot spune răspunsul care era corect în 1992; vă pot spune răspunsul care era corect în 1997, și vi-l pot spune pe cel care e corect în acest moment. Dar are vreun rost să fac asta? Nu vi-l pot spune pe cel care va fi corect în 2004, dar vă pot spune că va fi cu

siguranță altul decât cel care e corect în acest moment.“ Psihiatria e supusă curentelor la fel de mult ca orice altă știință, și revelația dintr-un an devine sminteala din anul următor.

E greu de știut cu precizie ce e în viitor. Nu am făcut decât puține progrese în cunoașterea depresiei, dar, în același timp, am făcut progrese enorme în tratarea depresiei. E greu de spus dacă tratamentul poate să continue să devanseze intuiția, dat fiind că acest soi de dezvoltare depinde în mare măsură de noroc; și va fi nevoie de mult timp până ce cunoașterea va prinde din urmă ceea ce putem deja să facem. Dintre medicamentele aflate acum în ultimele faze ale testării, cel mai promițător este reboxetina,<sup>160</sup> un inhibitor selectiv de recaptare a norepinefrinei. Norepinefrina, care e stimulată de anti-depresivele triciclice, este implicată în depresie alături de serotonină și dopamină, și pare probabil ca un stimulator al norepinefrinei să funcționeze bine și cu inhibitori selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS) și poate cu wellbutrinul, o combinație care ar viza toți neurotransmițătorii. Primele studii arată că reboxetina este un produs bun pentru creșterea energiei pacienților și îmbunătățirea funcționării lor sociale, cu toate că pare să provoace și uscarea gurii, constipație, insomnie, accentuarea transpirației și accelerarea bățăilor inimii. Reboxetina e produsă de Pharmacia and Upjohn. Între timp, Merck a lucrat la produse care vizează altă substanță din creier, substanța P,<sup>161</sup> care este implicată în reacția de durere și despre care ei cred că e implicată în depresie. Prima substanță, pantagonist, pe care au creat-o nu pare să aibă prea mult succes la tratarea depresiei, dar investighează altele.

Oamenii de știință care lucrează la Proiectul anatomiei moleculei creierului ( *r in Mole ule n tomy Proje t* – BMAP) încearcă să afle care gene sunt implicate în dezvoltarea și funcționarea creierului. De asemenea, încearcă să afle când sunt active aceste gene. Manipularea genetică va fi mult ușurată de BMAP. „M-am hotărât pe ce să pariez“, spune Steven Hyman de la Institutul Național pentru Sănătate Mintală (NIMH). „Un pariu e pe gene. Cred că după ce o să avem câteva gene implicate în reglarea stării de spirit sau a bolii, dintr-odată o să zicem: «Ei bine, pe ce trasee sunt ele? Oare

aceste trasee ne pot spune ce se petrece în creier? Ținte terapeutice? Când anume pe parcursul dezvoltării sunt active aceste gene? Unde se află ele în creier? Care-i diferența de funcționare a creierului între această versiune care creează vulnerabilitatea la boală și cea versiune care n-o creează? Care sunt genele care construiesc această parte a creierului și când anume o fac? Să ne închipuim că descoperim că un anumit subnucleu din corpul amigdaloid este implicat în mod esențial în controlul afectului negativ, ceea ce este foarte probabil. Ce-ar fi să avem în fața noastră fiecare genă care acționează în acea structură pe tot parcursul dezvoltării? Ei bine, atunci avem o trusă de unelte pentru investigare. Nu există nici o genă a stării de spirit. Asta-i un fel de stenografie. Fiecare genă care este implicată într-o boală probabil că are multe alte funcții în corp sau în creier. Creierul este un procesor partajat.»“

Dacă genomul uman este alcătuit din circa treizeci de mii de gene<sup>162</sup> – și acest număr pare să tot crească, pe măsură ce descoperim din ce în ce mai multe dintre ele – și fiecare dintre ele are cam zece varietăți obișnuite importante, asta ne dă  $10^{30.000}$  de candidate la vulnerabilitatea genetică umană la toate bolile. Cât de lungă e oare calea de la identificarea unor gene până la încercarea de a afla ce se întâmplă cu aceste gene în diferite combinații, în faze diferite, față de tipuri diferite de stimuli ambientali? Avem nevoie de forța brută a cifrelor ca să verificăm toate posibilitățile de combinare. Apoi avem nevoie să vedem cum acționează în diferite circumstanțe externe. Oricât de rapide ar fi calculatoarele noastre, aceste informații sunt încă la distanță de o eternitate. Dintre toate bolile, depresia trebuie să fie aproape în fruntea listei cu cele supradeterminate: nu sunt genetician, dar pot să pariez că există cel puțin câteva sute de gene care ar putea duce la apariția tulburărilor depresive. Felul în care declanșează aceste gene depresia depinde de felul în care interacționează cu stimulii externi și între ele. Bănuiesc că cele mai multe dintre aceste gene au și funcții utile, iar simpla lor eliminare ar avea efecte vătămătoare semnificative. Informațiile genetice ne-ar putea ajuta să controlăm anumite tipuri de depresie, însă șansele ca într-un viitor apropiat să

putem elimina depresia prin manipulare genetică sunt, cred, mai subțiri decât gheața subțire.

## Note

**127.** Citatul din Cehov figurează ca motto al poeziei lui Jane Kenion „Having It Out with Melancholy“, apărut în volumul Constance, p. 21, de unde l-am preluat.

**128.** Agent Orange sau Herbicide Orange (HO) este unul dintre erbicidurile și defoliantele utilizate de armata americană în Războiul din Vietnam, între 1961 și 1971 (n.tr.).

**129.** Există multe studii despre legătura dintre exercițiile fizice și depresie: unul dintre cele mai riguroase este J.A. Blumenthal et al., Effects of exercise training on older patients with major depression, în Archives of Internal Medicine 159 (1999).

**130.** O discuție extrem de accesibilă despre rolul regimului alimentar în combaterea depresiei se găsește în Vicki Edgson și Ian Marber, The Food Doctor, pp. 62–65.

**131.** Relația pe care o au uleiul de pește și acizii grași omega-3 cu simptomele depresiei e descrisă de J.R. Calabrese et al., Fish Oils and Bipolar Disorders, în Archives of General Psychiatry 56, nr. 5 (1999).

**132.** TMS și rTMS au fost afectate simultan de rate scăzute ale eficienței și rate înalte ale recidivei depresiei. Găsiți o prezentare generală a procesului, teoriei și metodei TMS în Eric Hollander, TMS, în CNS Spectrums 2, nr. 1 (1997). Pentru informații mai academice și orientate spre cercetare, v. W.J. Triggs et al., Effects of left frontal transcranial magnetic stimulation on depressed mood, cognition, and corticomotor threshold, în Biological Psychiatry 45, nr. 11 (1999), și Alvaro Pascual-Leone et al., „Rapid-rate transcranial magnetic stimulation of left dorsolateral prefrontal cortex in drug-resistant depression“, Lancet 348 (1996).

**133.** Norman Rosenthal și-a prezentat ideile despre tulburarea afectivă legată de anotimp în cartea sa Winter Blues.

**134.** Cifrele despre nivelurile luminii artificiale și naturale pot fi deduse din Michael J. Norden, Beyond Prozac: Brain Toxic Lifestyles, Natural Antidotes and New Generation Antidepressants, p. 36. Calculele s-au bazat pe 300 de luși pentru lumina din casă, 10.000 de luși pentru noile cutii cu lumină și 100.000 de luși pentru o zi însoțită.

**135.** Literatura despre desensibilizare și reprocesare prin mișcări oculare (EMDR) e rară, dar cea mai bună carte cu acest subiect în legătură cu depresia este Philip Manfield (coord.), Extending EMDR.

**136.** Tratamentul meu din Sedona a fost la Enchantment Resort.

**137.** Ideile interesante ale lui Callahan apar, rezumate, în Fred Gallo, Energy Psychology. Găsiți prezentarea pe care o face Callahan tehnicilor sale în cazurile de traumă în Roger J. Callahan și Joanne Callahan, Stop the Nightmare of Trauma: Thought Field Therapy. Nu sunt convins că lucrările lui au o reală semnificație clinică, cu toate că modurile lui de gândire le sunt folosite de cei care aplică terapii mai convenționale.

**138.** Outward Bound (OB) este o organizație internațională independentă, nonprofit, de educație în aer liber, cu aproximativ patruzeci de școli în întreaga lume și 200.000 de participanți pe an. Programele OB își propun să favorizeze dezvoltarea personală și competențele sociale ale participanților, cu ajutorul unor expediții dificile în aer liber (n.ed.).

**139.** Pasajul din Kurt Hahn este din Readings from the Hurricane Island Outward Bound School, p. 71, o minunată culegere de povestiri publicată de Hurricane Island Outward Bound și vândută în magazinul lor, School Locker.

**140.** Michael Yapko a scris o monografie impresionantă și utilă despre hipnoză și tulburările de dispoziție, numită Hypnosis and the Treatment of Depressions.

**141.** Pentru teoriile privind legătura dintre somn și depresie, v. lucrările lui Michael Thase de la Universitatea din Pittsburgh și ale lui David Dingle de la Universitatea din Pennsylvania. Și Thomas Wehr, de la Institutul Național pentru Sănătate Mintală (NIMH), este expert în acest domeniu. Descrierea fazelor de somn modificate provine din mai multe surse, atât tipărite, cât și orale. V. Thomas Wehr, Phase Advance of the Circadian Sleep-Wake Cycle as an Antidepressant, în Science 206 (1979); Reply to Healy, D., Waterhouse, J.M.: The circadian system and affective disorders: Clocks or rhythms, în Chronobiology International 7 (1990); „Improvement of Depression and Triggering of Mania by Sleep Deprivation“, Journal of the American Medical Association 267, nr. 4 (1992); precum și M. Berger et al., „Sleep deprivation combined with consecutive sleep phase advance as fast-acting therapy in depression“, American Journal of Psychiatry 154, nr. 6 (1997). Informații suplimentare despre acest subiect găsiți și în capitolul critic intitulat „Biological Processes in Depression: An Updated Review and Integration“, scris de Michael Thase și Robert Howland, din The Handbook of Depression, E. Edward Beckham și William Leber (coord.), pp. 213–279.

**142.** Citatul din F. Scott Fitzgerald este din The Crack-Up, p. 75. Îi mulțumesc veșnic vigilentei Caudia Swan pentru că mi-a sugerat acest pasaj.

**143.** Despre resemnarea arctică, v. materialul prezentat de A.S. Blix în Symposium on Living in the Cold, André Malan și Bernard Canguilhem (coord).

**144.** Există o mulțime de lucrări despre sunătoare, cele mai multe repetitive, câteva în căutare de senzațional și multe dintre ele siropoase. M-am inspirat aici din cartea lui Norman Rosenthal St. John's Wort. Informația despre legătura dintre hypericum și interleukină-6 a fost luată din site-ul creat de Center for Complementary and Alternative Medicine al National Institute of Health, [www.nccam.nih.gov/nccam/fcp/factsheet/stjohns\\_wort/stjohnswort.htm](http://www.nccam.nih.gov/nccam/fcp/factsheet/stjohns_wort/stjohnswort.htm).

**145.** Consider că textele lui Andrew Weil sunt cumplit de plictisitoare și nu pot să recomand nici unul dintre ele. Părerile lui despre acest subiect sunt rezumate concludent în Jonathan Zuess, The Natural Prozac Program, pp. 66–67.

**146.** Dr. Thomas Brown de la Universitatea Tulane a obiectat că sunătoarea este „recomandată de mulți, oarecum illogic, ca naturală și, prin urmare, lipsită de riscuri“. V. Thomas Brown, Acute St. John's Wort Toxicity, în American Journal of Emergency Medicine 18, nr. 2 (2000). Asemenea celorlalte antidepressive, planta a declanșat episoade de manie acută. V. Andrew Nierenberg et al., Mania Associated with St. John's Wort, în Biological

Psychiatry 46 (1999). Există dovezi că în doze mari planta poate să provoace sensibilitatea pielii la vaci și oi. Vedeti O.S. Araya și E.J. Ford, An investigation of the type of photosensitization caused by the ingestion of St. John's Wort (*Hypericum perforatum*) by calves, în *Journal of Comprehensive Pathology* 91, nr. 1 (1981).

**147.** Găsiți informații despre interacțiunea dintre sunătoare și medicamente pe site-ul Institutului Național pentru Sănătate Mintală (NIMH), la [www.nimh.nih.gov/events/stjohnswort.cfm](http://www.nimh.nih.gov/events/stjohnswort.cfm). De asemenea, un articol recent a trecut în revistă datele actuale despre acest subiect: A. Fugh-Bergman, Herb-drug interactions, în *Lancet* 355, nr. 9198 (2000).

**148.** Lista medicamentelor a căror eficiență e redusă când sunt luate în același timp cu sunătoarea este din *Consumer Reports – Emotional “asprin”?*, decembrie 2000, pp. 60–63.

**149.** Găsiți studii controlate despre S-adenosilmetionină (SAME) ca antidepresiv în G.M. Bressa, S-adenosyl-l-methionine (SAME) as antidepressant: Meta-analysis of clinical studies, în *Acta Neurologica Scandinavica* 89, supl. 154 (199).

**150.** Tendința SAME de a precipita mania e descrisă în *Consumer Reports – Emotional “asprin”?*, decembrie 2000, pp. 60–63.

**151.** Informația despre SAME și nivelurile neurotransmițătorilor la animale se găsește în Richard Brown et al., *Stop Depression Now*, pp. 74–75.

**152.** Existența unei legături între SAME și metilare este propusă de Joseph Lipinski et al., *Open Trial of S-adenosylmethionine for Treatment of Depression*, în *American Journal of Psychiatry* 143, nr. 3 (1984).

**153.** Cifra care arată cât cheltuiesc anual americanii pe acupunctură se găsește pe site-ul creat de Centrul pentru Medicina Complementară și Alternativă al Institutului Național pentru Sănătate, [www.nccam.nih.gov/nccam/fcp/factsheet/acupuncture/acupuncture.htm](http://www.nccam.nih.gov/nccam/fcp/factsheet/acupuncture/acupuncture.htm).

**154.** Tratamentele homeopatice ale Claudiei Weaver au fost prescrise și administrate de Pami Singh.

**155.** Cartea bogată și originală a lui Hellinger este *Love's Hidden Symmetry*. Reinhard Lier conduce Centrul de Terapie Linderhof din Bavaria, unde își desfășoară cea mai mare parte din activitate. Vizita lui Reinhard Lier în America a fost organizată de Regine Ohlsen.

**156.** „Competiții” sistematice și conștiente de „intimidare creativă”. One-downmanship/one-upmanship este un joc de cuvinte care înseamnă concurență între vecini sau prieteni, în care fiecare încearcă totdeauna să fie one up („cel mai bun”, „în avantaj”). Termenul one-upmanship a fost creat de Stephen Potter, în admirabila sa carte *The Theory and Practice of Gamesmanship (or the Art of Winning Games without Actually Cheating)*, 1947 (n.ed.).

**157.** Citatele din textele lui Frank Rusakoff sunt preluate din manuscrise nepublicate.

**158.** Găsiți o discuție despre tradiția vrăjitoriei la senegalezi în William Simmons, *Eye of the Night*.

**159.** *Chariots of Fire*, film englezesc, 1981 (n.tr.).

**160.** Reboxetina a trecut până acum toate testele și așteaptă aprobarea de la Departamentul pentru Alimente și Medicamente (Food and Drug Administration – FDA). Într-un scrisoare electronică recentă, Farmacia scrie: „În ceea ce privește reboxetina, nu am primit aprobarea de la FDA și nu putem estima data la care va fi disponibil acest medicament. Din



scrisoarea de aprobare primită de Pharmacia de la FDA pe 23 februarie 2000, reiese că trebuie să se efectueze testări clinice suplimentare în SUA înainte ca produsul să fie aprobat.“ Pentru informații suplimentare, recomand site-ul companiei Pharmacia, [www.2pnu.com](http://www.2pnu.com).

[161](#). Găsiți mai multe despre substanța P pe site-ul companiei Merck, [www.dupontmerck.com](http://www.dupontmerck.com). O prezentare a substanței P ca antidepresiv oferă David Nutt, „Substance-P antagonists: A new treatment for depression“, *Lancet* 352 (1998).

[162](#). Cifra de „circa treizeci de mii“ am luat-o dintr-o lucrare publicată în *Science* pe 16 februarie 2001, care spunea, în parte: „Analiza secvenței genomului a arătat 26.588 de transcripte ale codificării proteinice pentru care există dovezi solide și încă 12.000 de gene derivate prin calcule bazate pe analogie cu cobai sau alte dovezi slab documentate.“ Îți mulțumesc lui Edward R. Winstead pentru că mi-a atras atenția asupra acestui articol. Îți mulțumesc lui Polly Shulman pentru consilierea în privința sensului matematic al celor zece variații ale fiecăreia dintre cele treizeci de mii de gene.

## V

### Categoriile de populație

Nu există doi oameni care să aibă aceeași depresie. Asemenea fulgilor de zăpadă, depresiile sunt totdeauna unice, fiecare bazată pe aceleași principii esențiale, dar fiecare mândrindu-se cu o formă complexă imposibil de reprodus. Cu toate acestea, profesioniștilor le place să grupeze depresiile: bipolară în opoziție cu unipolară; acută în opoziție cu ușoară; bazată pe traumă în opoziție cu endogenă; scurtă în opoziție cu depresie de lungă durată – lista poate să continue așa, și a continuat, la nesfârșit, un proces care are o utilitate dezamăgitor de limitată în diagnosticare și tratament. Este ceva de învățat din trăsăturile speciale ale depresiei specifice sexelor și ale depresiei specifice vârstei, precum și din determinanții culturali ai afectelor. Acestea ridică o problemă fundamentală: calitățile distinctive ale acestor depresii sunt oare determinate de diferențele biologice dintre bărbați și femei, dintre cei foarte tineri și cei foarte bătrâni, dintre asiatici și europeni, dintre homosexuali și heterosexuali – sau sunt determinate de diferențe sociologice, de tipare de așteptări pe care le impunem oamenilor în funcție de categoria de persoane pe care o reprezintă? Răspunsul este că, în fiecare caz, sunt adevărate ambele variante. Problema monolitică a depresiei nu poate fi rezolvată printr-un răspuns monolitic; depresiile sunt contextuale și trebuie interpretate în contextul în care apar.

Din diferite motive atribuite reacțiilor chimice și condițiilor externe, se pare că suferă de depresie aproximativ de două ori mai multe femei decât bărbați.<sup>163</sup> Deosebirea nu există la copiii depresivi, ci apare în timpul pubertății.<sup>164</sup> Femeile suferă mai multe forme caracteristice de depresie – post-partum, premenstruală și menopauzală –, precum și de toate formele de depresie pe care le au bărbații. E limpede că procentele fluctuante ale estrogenului și progesteronului au efect asupra stărilor de spirit, mai ales când interacționează cu sistemele hormonale hipotalamic și pituitar, dar acestea nu sunt efecte previzibile sau consecvente.<sup>165</sup> Scăderea bruscă a nivelului de estrogen provoacă simptome de depresie, iar nivelurile înalte dau o stare de bine. Înainte de menstruație, unele femei au un disconfort fizic, iar unele, din cauza balonării, se văd mai puțin atrăgătoare; fiecare dintre aceste trăiri declanșează o stare de spirit proastă. La femeile însărcinate sau care tocmai au născut, chiar dacă au o probabilitate de sinucidere<sup>166</sup> mai mică decât la toate celelalte, probabilitatea de a suferi de depresie este mai mare decât la toate celelalte. Depresia majoră post-partum afectează una din zece femei care procrează.<sup>167</sup> Aceste noi mame tind să plângă ușor și sunt adesea neliniștite, iritabile și neinteresate de pruncii lor – poate că, parțial, din cauză că nașterea secătuiește rezervele de estrogen, care au nevoie de timp ca să se refacă. De obicei, simptomele dispar în decurs de câteva săptămâni. O versiune mai ușoară a sindromului apare, probabil, la o treime dintre noile mame.<sup>168</sup> Nașterea e o experiență dificilă, epuizantă, iar o parte din ceea ce este clasificat acum ca depresie post-partum este, de fapt, ușoara cădere psihică de după orice efort extraordinar. La femei, există probabilitatea ca nivelurile depresiei să fie mai scăzute în preajma menopauzei, ceea ce sugerează cu forță prezența unui factor hormonal în depresia femeilor – perioada celei mai acute depresii feminine este în anii de fecunditate. S-a propus ipoteza că modificările nivelurilor hormonale ar putea afecta neurotransmițătorii, dar n-a fost localizat vreun mecanism al acestei acțiuni. Mai izbitor decât concentrarea populară, dar vagă, pe hormoni este faptul că bărbații sintetizează serotonina

cu circa 50 la sută mai rapid decât femeile, ceea ce ar putea să le dea bărbaților mai multă flexibilitate. Refacerea mai lentă a rezervelor de serotonină la femei s-ar putea să le dea tendința de prelungire a depresiei.<sup>169</sup>

Biologia singură nu explică rata înaltă a depresiei feminine. Există diferențe biologice între depresia bărbaților și cea a femeilor; există diferențe sociale evidente între pozițiile de forță ale bărbaților și femeilor. O parte din motivul pentru care femeile ajung mai des decât bărbații să fie depresive este că ele sunt mai des lipsite de drepturi de reprezentare.<sup>170</sup> Sare în ochi faptul că riscurile de depresie post-partum în condiții de stres intens sunt deosebit de mari; iar femeile ai căror soți își asumă responsabilități semnificative în privința aspectelor fundamentale ale îngrijirii copilului au niveluri scăzute de depresie postnatală. Feministele care se ocupă de depresie înclină către teoriile sociologice, nu biologice; nu le place implicația că trupul femeii este cumva mai șubred decât al bărbatului. Susan Nolen-Hoeksema, una dintre autoarele americane de frunte din domeniul depresiei la femei, spune: „E periculos să insinuezi, optând pentru o etichetă, că un aspect al biologiei reproductive feminine este un element esențial al bolii psihiatrice.”<sup>171</sup> Acest gen de gândire a dat un program politic unei mari părți din activitatea sociologică legată de depresiile feminine. Deși este un program admirabil, exprimarea lui nu e totdeauna în conformitate cu experiența, biologia sau statisticile. De fapt, multe abordări teoretice ale depresiei feminine exacerbează tulburările celor pe care încearcă să le ajute. Suprapunerea parțială dintre manipularea realității științifice de către unele teorii feministe, în scopul atingerii unor obiective politice, și insensibilitatea celor mai multe teorii medicale față de realitatea socială au făcut din problema legăturii dintre sex și depresie un nod gordian.

Un studiu recent a arătat că în campusurile facultăților americane ratele depresiei feminine și masculine sunt egale.<sup>172</sup> Unii feminiști pesimiști au sugerat că femeile înclinate către depresie nu se duc la facultate. Alți feminiști, mai optimiști, au sugerat că, în timpul studiilor universitare, femeile sunt

mai aproape de egalitatea deplină cu bărbații decât în aproape orice alt context social. Eu aş adăuga, în amestecul ăsta, ideea că bărbații care frecventează facultatea sunt, probabil, mai deschiși spre identificarea propriei boli decât sunt bărbații mai puțin educați sau mai în vârstă. Rata depresiei la femei față de bărbați nu variază în societățile occidentale; rămâne constantă: de doi la unu.<sup>173</sup> Lumea e dominată de bărbați, și asta face să le fie mai greu femeilor. Femeile sunt mai puțin capabile fizic să se apere. Există o probabilitate mai mare să fie sărace. Există o probabilitate mai mare să fie victime ale abuzurilor. Există o probabilitate mai mică să beneficieze de educație. Există o probabilitate mai mare să sufere în mod regulat umiliri. Există o probabilitate mai mare să-și piardă poziția socială din cauza semnelor vizibile de îmbătrânire. Există o probabilitate mai mare să fie subordonate soților lor. Unii feminști spun că la femei depresia apare pentru că nu au destule sfere independente în care să se afirme și sunt totdeauna împărțite între munca lor și casă.<sup>174</sup> Faptul că fiecare dintre aceste situații e stresantă coincide cu descoperirea că la femeile măritate casnice și la femeile măritate care au serviciu există cam aceeași rată de depresie – care este mult mai mare decât la bărbații însurați care au serviciu.<sup>175</sup> Este interesant de notat că, pe ansamblul culturilor, la femei sunt mai mari procentele nu numai de depresie, ci și de atacuri de panică și tulburări de alimentație, în vreme ce la bărbați sunt mai mari ratele de incidență ale autismului, ale sindromului deficitului de atenție și hiperactivitate (ADHD) și ale alcoolismului.

Psihologul englez George Brown este unul dintre experții care domină partea sociologică a psihologiei.<sup>176</sup> El a lansat ipoteza că depresia feminină este legată de relația lor față de copii, teorie sprijinită de alți universitari. Dacă se dă deoparte depresia declanșată de grija legată de copii, rata depresiei la bărbați și la femei pare să devină egală; iar în cuplurile în care rolurile legate de sex sunt definite cu mai puțină rigiditate, ratele de depresie la bărbați și la femei tind să se apropie – „Diferențele legate de sex ale ratelor depresiei sunt, într-o măsură considerabilă, consecința diferențelor rolurilor“,

conchide Brown. Myrna Weissman de la Columbia a propus ipoteza că la femei deosebita sensibilitate la pierderea cuiva are sens evoluționist, dat fiind că aceasta le-ar motiva pe parcursul sarcinii și creșterii copiilor.<sup>177</sup>

De asemenea, multe femei depresive au suferit abuzuri semnificative în copilărie. Fetitele riscă în măsură mult mai mare să sufere abuzuri sexuale decât băieții, iar victimele abuzurilor riscă în măsură mult mai mare decât ceilalți oameni să fie depresive.<sup>178</sup> La aceste femei, există, de asemenea, o probabilitate mai mare de a suferi de anorexie – maladie care, în ultimii ani, a fost legată de depresie.<sup>179</sup> Malnutriția provoacă multe dintre simptomele depresiei, așa încât poate că simptomele depresive ale femeilor anorexice sunt consecința altor simptome; dar multe femei care au avut anorexie descriu simptome ce persistă și după ce au ajuns din nou la greutatea normală. Și în acest caz, se dovedește că în provocarea atât a obsesiei penibile a autocontrolului, prezentă în anorexie, cât și a senzației de neajutorare ce caracterizează depresia sunt implicate constructe sociale. Dezgustul de sine poate să-i determine pe oameni să se atenueze cât mai mult cu putință, până aproape de dispariție. Unele întrebări-cheie pot fi decisive pentru diagnosticarea unei probleme distincte a depresiei. E adesea util să-i întrebi pe anorexici dacă dorm rău chiar și când nu se gândesc la hrană sau la mâncat.

Bolile mintale au fost multă vreme definite de bărbați. În 1905, Sigmund Freud a pretins că pacienta sa Dora<sup>180</sup> suferă de isterie când aceasta a respins avansurile neavenite ale unui bărbat care avea de trei ori vârsta ei. Acest fel de ascundere e mai puțin obișnuit în zilele noastre decât era chiar și acum cincizeci de ani. Cu toate acestea, femeile sunt adesea socotite depresive dacă nu dau dovadă de vitalitatea la care se așteaptă sau pe care o cer soții lor, și la care femeile s-au învățat să se aștepte sau pe care o cer de la ele însele. Acest principiu e totuși înșelător: s-a argumentat și că bărbații tratează insuficient depresia feminină din cauză că retragerea în sine e confundată cu pasivitatea feminină. Femeile care încearcă să se conformeze idealurilor feminității ar putea să se r te depresive – din conformism; sau ar putea s devin

depressive drept consecință a faptului că nu pot să trăiască în cadrul definiției abrutizante a feminității.<sup>181</sup> Femeile care se plâng de depresia post-partum pot, în unele cazuri, să-și exprime doar consternarea și dezamăgirea că nu sunt în stare să simtă genul acela de superemoție pe care filmele și televiziunea populară le-au descris drept esența noii maternități. Pentru că li s-a spus prea des că iubirea maternă este „organică” (prin care ele înțeleg „fără eforturi”), devin depressive de ambivalența ce însoțește adesea îngrijirea pruncului.

Criticul feminist Dana Crowley Jack a sistematizat aceste idei, socotindu-le componente ale pierderii personalității sau ale pierderii egoului. „Deoarece aceste femei nu reușesc să se audă vorbindu-le partenerilor lor, sunt incapabile să-și mențină convingerile și sentimentele personale și alunecă, în schimb, în îndoiala de sine în privința legitimității trăirilor lor personale.”<sup>182</sup> Teoria susținută de Dana Crowley Jack este că femeile care nu pot să comunice eficient cu partenerul lor (de cele mai multe ori, sugerează ea, din cauză că partenerul nu vrea să audă) se refugiază în tăcere. De fapt, vorbesc din ce în ce mai puțin și-și subminează propriile afirmații cu expresii ca „nu știu” sau „nu mai sunt sigură”. Ca să împiedice ruperea de-a binelea a căsniciilor sau relațiilor lor vătămate, aceste femei încearcă să se conformeze unui ideal de feminitate în care spun ceea ce cred că ar vrea să audă partenerul lor – și astfel devin false chiar și în interacțiunile intime, dizolvându-se pur și simplu ca oameni. Dana Crowley Jack afirmă că „femeile își asumă o negare de sine masivă, ca parte a căutării intimității”. De fapt, relațiile care au succes sunt, de obicei, parteneriate în care puterea poate să treacă de la bărbat la femeie și înapoi, pentru a se adapta la diferitele împrejurări în care se află ei împreună și separat. E adevărat totuși că, în multe cazuri, femeile au mai puțini bani sau mai puțin control financiar și că, în relațiile defectuoase, femeile acceptă abuzul și bătaia mai ușor decât le acceptă bărbații. Acesta e încă unul dintre aparent nesfârșitele desfășurări ale scenariului „oul sau găina” ale depresiei: femeile depressive sunt mai puțin capabile să se apere de abuz și, prin urmare, sunt supuse în mai mare măsură abuzului,

devenind mai depressive, ca repercusiune a abuzului, care le face și mai puțin capabile să se apere.

Dana Crowley Jack crede că sistemul de putere masculină disprețuiește depresia feminină. Într-unul dintre momentele sale de exces, ea descrie căsătoria însăși astfel: „Cel mai persistent dintre miturile care închid femeile în temniță.“ Iar în altă parte scrie că femeile sunt „ținte ușoare pentru depresie, o depresie legată de patriarhat și văduvită de natura sa organică, mitică și, în consecință, de proprietățile ei vindecătoare“. Acest refren își află ecoul în alte scrieri feministe radicale despre depresia feminină. Alt critic, Jill Astbury, sugerează, în trecerea în revistă a acestui subiect, că noțiunea noastră privitoare la depresia feminină este în întregime o construcție masculină: „Chestiunea înclinației spre depresie a femeilor conține o presupunere rareori lămurită. Are a face cu socotirea procentelor feminine ale depresiei drept patologice, prea înalte și reprezentând o problemă. Singurul punct de vedere din care e cu puțință o astfel de viziune este acela în care se prezumă că procentele masculine ale depresiei constituie norma, sunt în sine complet neproblematic și oferă singurul punct de pornire rezonabil din care poate fi măsurată patologia la femei. Răspândirea abordării androcentrice poate fi evaluată dacă, în loc să întrebăm de problema depresiei femeilor, socotim drept problematice, înșelătoare și necesitând clarificare procentele depresiei la bărbați. De ce, s-ar putea întreba – dar, de obicei, nu se întreabă –, procentele la bărbați sunt atât de anormal de scăzute? Oare testosteronul interferează cu dezvoltarea deplină a calității umane și a sensibilității afective?“<sup>183</sup> și tot așa. Argumentele recurente aduse de oameni de știință eminenți în domeniu, de obicei în cărți publicate de mari edituri universitare (Dana Crowley Jack publică la Harvard University Press; Jill Astbury la Oxford), par să se concentreze pe demonizarea de către societate a depresiei feminine, ca și cum cealaltă depresie ar fi ea însăși inofensivă. Eu aș spune că, dacă nu trăiești o suferință personală din cauza simptomelor pe care le ai, nu ai depresie. Dacă ai acea suferință personală, este rezonabil și, poate, generos din partea autorităților să investească în găsirea de soluții pentru suferința ta. Întrucât ratele



mari de depresie la femei nu reflectă o predispoziție genetică pe care să fim în stare în prezent să o localizăm, putem spune cu oarecare siguranță că ratele depresiei la femei ar putea să fie reduse în mod semnificativ într-o societate mai echitabilă. Între timp totuși, în general femeile depresive sunt cele care-și socotesc depresia drept anormală și vor să facă ceva în privința ei. Există tendința ca soților abuzivi – ca opresori patriarhali ce sunt – să le placă femeile depresive și să nu privească depresia feminină drept simptomatică: femeile emancipate sunt cele care au mai multe șanse să-și recunoască, să numească și să-și trateze depresia. Ideea că femeile sunt depresive din cauza conspirației patriarhale are oarecare validitate; ideea că le facem pe femei să se simtă prost în privința depresiei lor ca parte a conspirației patriarhale ignoră propriile afirmații ale femeilor despre experiența depresiei.

Literatura face mare caz de calitățile distinctive ale depresiei feminine și spune foarte puțin despre calitățile distinctive ale depresiei masculine. Mulți bărbați depresivi nu sunt diagnosticați din cauză că tind să înfrunte sentimentele depresiei nu prin retragerea în tăcerea descurajării, ci prin retragerea în zgomotul violenței, abuzului de substanțe toxice sau excesul de muncă. De două ori mai multe femei raportează depresia, dar la bărbați riscul de sinucidere e de patru ori mai mare decât la femei.<sup>184</sup> La celibatari, divorțați sau văduvi, rata depresiei este mult mai mare decât la cei căsătoriți.<sup>185</sup> Bărbați depresivi pot să prezinte ceea ce se numește eufemistic „iritabilitate“ – le caută pricină străinilor, își bat soțiile, iau droguri și împușcă oameni. Scriitorul Andrew Sullivan a scris de curând că injecțiile cu testosteron pe care le-a făcut ca parte a tratamentului împotriva HIV i-au intensificat tendința spre violență. Într-o serie de interviuri cu soți care-și bat soțiile, am găsit descrieri consecutive de simptome ale depresiei organice. „Mă duc acasă și mă simt sleit de puteri tot timpul“ – a spus un bărbat – „și acolo e femeia aia care-mi pune toate afurisitele alea de întrebări, iar zgomotul lor începe să-mi bubue pur și simplu în cap, ca niște ciocane. Nu pot mânca așa, nu pot dormi așa, numai că ea e acolo tot timpul. Nu vreau să-i fac rău, dar trebuie să fac

ceva. Înnebunesc, pricepi?“ Altcineva a spus că, atunci când își vede nevasta, se simte „așa de lipsit de valoare pe pământul ăsta, că n-aș mai fi în stare să fac nimic dacă n-aș trage un pumn ori ceva de genul ăsta“.

Lovirea soției este, evident, o reacție nepotrivită la sentimentele de depresie, dar adesea sindroamele sunt strâns legate între ele. Pare probabil ca multe alte comportamente agresive, vătămătoare să fie manifestări ale depresiei masculine. În majoritatea societăților occidentale, recunoașterea slăbiciunii e considerată feminină. Aceasta are un efect negativ asupra bărbaților, împiedicându-i să plângă, făcându-i să simtă rușine în fața spaimei și anxietății iraționale. Cel care socotește că lovirea nevestei e singura cale ca el să existe în lume e clar că a acceptat ideea că durerea afectivă e totdeauna o chemare la acțiune și că emoția fără acțiune îl neagă ca bărbat. E păcat că mulți bărbați care – în sensul cel mai larg – se poartă urât nu primesc tratament antidepresiv. Dacă femeile își agravează depresia din cauză că nu sunt atât de fericite cât cred ele că ar trebui să fie, bărbații își agravează depresia din cauză că nu sunt atât de curajoși cât cred ei că ar trebui să fie. În cele mai multe cazuri, abuzul e o formă a lașității, iar în unele cazuri lașitatea e un simptom rezonabil al depresiei. Ar trebui să recunosc: cândva mi-a fost frică de un cotlet de miel, și e un sentiment foarte umilitor.

De la prima depresie, am avut câteva episoade de violență, și m-am întrebant dacă aceste episoade, care nu aveau precedent în viața mea, erau legate de depresie, făceau parte din perioada de după ea sau trebuia cumva să fie asociate cu antidepresivele pe care le luasem. Rareori am lovit în copilărie pe cineva, în afară de fratele meu, iar ultima dată când am făcut-o aveam vreo doisprezece ani. Și iată că, într-o zi, pe la vreo treizeci de ani, m-a cuprins o mânie atât de irațională, încât am început să plănuiesc în minte crime; în cele din urmă, mi-am descărcat furia, spărgând sticlele de la o serie de fotografii cu mine, care atârnau pe perete în casa unei prietene, lăsând pe podea cioburile și ciocanul. După un an, am rupt relațiile cu un bărbat la care ținusem foarte mult și de care mă simțeam trădat într-un mod profund și crud. Eram deja puțin deprimat, și am simțit că turbez. M-am repezit la el cu o ferocitate pe care n-o mai simțisem niciodată, l-am izbit de perete și l-am

pocnit de câteva ori, spărgându-i falca și nasul. A fost internat după aceea din cauza hemoragiei. N-am să uit niciodată senzația pe care am avut-o văzându-i fața care i se zdrobea sub loviturile mele. Știu că, imediat după ce l-am pocnit, l-am apucat de gât o clipă, și a fost nevoie de o intervenție puternică a super-egoului meu, ca să mă împiedice să-l sugrum. Când lumea și-a manifestat oroarea față de atacul meu, am spus aproape ceea ce mi-a spus cel care-și bătea soția: m-am simțit de parcă dispăream, iar undeva, adânc, în cea mai primitivă parte a creierului meu, am încercat sentimentul că violența e singura cale prin care aș putea să-mi păstrez în lume eul propriu și mintea. M-a mâhnit ceea ce făcusem; și totuși, chiar dacă o parte din mine regretă suferința prietenului meu, altă parte din mine nu-și reproșează cele întâmplate, deoarece cred sincer că mi-aș fi ieșit iremediabil din minți dacă n-aș fi făcut-o – o viziune pe care acest prieten, care-mi este încă apropiat, a ajuns de atunci s-o accepte. Violența lui emoțională și violența mea fizică au ajuns la un ciudat echilibru. O parte din teama paralizantă și neajutorarea de care sufeream în acea vreme a fost eliminată de actul de sălbăticie. Nu accept comportamentul celor care-și bat soția și, cu siguranță, nu sprijin ceea ce fac ei. Angajarea în acte violente nu este o modalitate bună pentru tratarea depresiei. Este, cu toate acestea, eficientă. Negarea forței curative înnăscute a violenței ar fi o greșeală teribilă. M-am întors acasă în seara aceea plin de sânge – al meu și al lui – și cu un sentiment atât de oroare, cât și de euforie. Am simțit o ușurare enormă.

N-am lovit niciodată o femeie, dar la vreo opt luni după episodul cu ruperea fălcii am zbierat la una dintre cele mai apropiate prietene și am umilit-o cumplit, în public, din cauză că voia să schimbe planificarea unei cine. Învășasem că depresia poate cu ușurință să erupă sub forma furiei. Dat fiind că am ieșit din zona cea mai adâncă a depresiei, îmi controlez aceste impulsuri. Sunt în stare de multă furie, care, de obicei, e legată de anumite evenimente, iar reacția mea la acele evenimente este, de regulă, proporțională cu ele. În genere, nu e fizică. În mod obișnuit, e mai chibzuită și mai puțin impulsivă. Atacurile mele au fost simptomatice. Aceasta nu mă absolvă de

răspunderea pentru violență, dar ajută la înțelegerea ei. Nu recomand un astfel de comportament.

Nici una dintre femeile cu care m-am întâlnit n-a descris aceste sentimente în acest fel; mulți bărbați depresivi pe care i-am cunoscut au avut impulsuri de distrugere asemănătoare. Mulți au fost în stare să evite să acționeze pe baza lor; mulți alții au acționat pe baza lor, iar rezultatul a fost că s-au simțit eliberați de teroarea irațională. Nu cred că depresia femeilor e altfel decât cea a bărbaților, dar cred că femeile sunt diferite de bărbați și că modurile lor de înfruntare a depresiei sunt adesea diferite și ele. Feministele care vor să evite patologizarea femininului și bărbații care cred că-și pot nega starea afectivă caută cu lumânarea necazurile. E interesant că bărbații evrei, care sunt o categorie de persoane foarte puțin înclinată spre violență, au o rată mult mai mare a depresiei decât bărbații neevrei – de fapt, studiile arată că ei au cam aceeași rată a depresiei ca femeile evreice.<sup>186</sup> Așadar, sexul joacă un rol complicat nu numai în privința persoanelor care sunt depresive, ci și în felul în care se manifestă depresia și, în consecință, în felul în care poate fi stăpânită.

Mamele depresive nu sunt, de obicei, mame prea bune, chiar dacă persoanele depresive care funcționează bine pot uneori să-și mascheze maladia și să-și îndeplinească rolul parental. Cu toate că unele mame depresive se supără din orice pe copiii lor și, în consecință, se poartă inconsecvent, multe mame depresive pur și simplu nu reacționează la copiii lor: sunt lipsite de afecțiune și retrase în sine. Tind să nu stabilească un control, sau reguli, sau limite clare. Au de oferit puțină iubire sau îngrijire. Se simt neajutate în fața cererilor copiilor lor. Au un comportament neordonat; se înfurie fără vreun motiv aparent, iar apoi, cu vinovăție paroxistică, își manifestă afecțiunea în mod extravagant, pe motive la fel de nelămurite. Nu pot ajuta un copil să-și regleze propriile probleme. Reacțiile lor față de copii nu sunt legate de ceea ce fac copiii sau de manifestări ale unor trebuințe. Copiii lor sunt plângăcioși, furioși și agresivi.<sup>187</sup> Acești copii sunt adesea incapabili ei înșiși de

comportamente empatic; uneori însă, sunt prea înclinați către comportamente empatic și se simt răspunzători pentru toată suferința din lume. Mai ales la fetițe există probabilitatea excesului de empatie, care le face pe ele să sufere; dat fiind că nu văd vreo îmbunătățire a stării de spirit a mamelor, își pierd ele însele capacitatea de flexibilitate a stărilor sufletești.

Primele manifestări ale depresiei la vârsta copilăriei, prezente chiar și la prunci de trei luni,<sup>188</sup> apar, în principal, la copiii mamelor depresive. Aceștia nu zâmbesc și au tendința să-și întoarcă fața de la ceilalți oameni, inclusiv de la părinți; pot să fie mai în largul lor când nu se uită la nimeni decât când își privesc mama depresivă.<sup>189</sup> Diagrama undelor cerebrale la acești copii e caracteristică; dacă depresia mamelor e tratată cu succes, diagrama undelor cerebrale a copiilor se poate îmbunătăți.<sup>190</sup> La copiii mai mari însă, dificultățile de adaptare s-ar putea să nu dispară așa ușor; copiii de vârstă școlară cu mamă depresivă sunt grav neadaptati la un an după ce au dispărut simptomele de depresie ale mamei. Copiii cu părinți care au fost depresivi au un dezavantaj semnificativ. Cu cât este mai gravă depresia mamei, cu atât mai gravă va fi, probabil, depresia copilului, cu toate că unii copii par să preia depresia maternă mai dramatic și mai empatic decât alții. În general, copiii cu mamă depresivă nu numai că reflectă, dar și amplifică starea mamei. Chiar și la zece ani de la evaluarea inițială, acești copii suferă de perturbări sociale semnificative și au un risc întreit de depresie și un risc încincit de tulburări legate de panică și de dependență de alcool.<sup>191</sup>

Pentru a îmbunătăți sănătatea mintală a copiilor, e mai important uneori să o tratezi pe mamă decât să tratezi direct copilul; să încerci să schimbi tiparele familiale negative, pentru a încorpora flexibilitate, îndrăzneală, coeziune și capacitatea de rezolvare a problemelor. Părinții pot face o echipă bună pentru eliminarea depresiei copiilor chiar dacă relația unuia cu celălalt este foarte șubredă, cu toate că un singur front limpede poate fi greu de menținut. Copiii cu mamă depresivă au mai multe greutăți în lume decât copiii cu

mamă schizofrenică:<sup>192</sup> depresia are un efect cât se poate de direct asupra mecanismelor fundamentale ale creșterii copiilor. Copiii cu mamă depresivă pot să sufere nu numai de depresie, ci și de sindromul deficitului de atenție, anxietatea despărțirii și tulburări de comportament.<sup>193</sup> Nu se descurcă bine în situațiile sociale și academice, chiar dacă sunt inteligenți și au unele calități atrăgătoare ale personalității. Au niveluri neobișnuit de înalte ale problemelor fizice – alergii, astm, răceli frecvente, dureri de cap intense, dureri de stomac – și se plâng că nu se simt în siguranță. Au adesea tendințe paranoice.

Arnold Sameroff, de la Universitatea din Michigan, specialist în psihiatria dezvoltării, crede că totul în lume este o variabilă în fiecare experiență; toate întâmplările sunt supradeterminate; nimic nu poate fi înțeles decât cunoscând toate misterele creației lui Dumnezeu. Sameroff sugerează ideea că, deși oamenii au anumite afecțiuni comune, au trăiri individuale, cu constelații individuale de afecțiuni și rețele individuale de cauze. „Știți, există ipotezele astea despre genele unice“, spune el. „Ori ai gena, ori n-o ai, și ele sunt foarte atrăgătoare pentru societatea noastră cu soluții rapide pentru orice. Dar n-o să funcționeze.“ Sameroff a studiat copiii unor persoane cu depresie majoră. A constatat că acești copii, chiar dacă pornesc de la același nivel cognitiv cu cei de vârsta lor, o iau în jos pe la doi ani. Pe la patru ani, sunt vizibil „mai triști, mai puțin interactivi, retrași și cu activitate redusă“.<sup>194</sup> Propune cinci explicații principale posibile ale acestui fapt, și toate, crede el, apar în ansambluri diferite: elementele genetice; oglindire empatică, în care copiii repetă ceea ce trăiesc; neajutorare dobândită, nu mai încearcă să se conecteze, din cauza lipsei aprobării parentale pentru contactul afectiv; jocul de roluri, când copilul vede avantajele pe care le are un părinte bolnav de la faptul că e prea bolnav ca să facă lucruri neplăcute și hotărăște să joace rolul bolnavului; și retragerea, drept consecință a faptului că nu vede vreo plăcere în comunicarea dintre părinții nefericiți. Există apoi toate subexplicațiile: la părinții depresivi, există un risc mai mare să fie persoane care abuzează de substanțe toxice decât la alți părinți. De ce fel de tratament sau traumă are parte copilul

în mâinile unor persoane care abuzează de substanțe toxice? Asta ne-ar stresa nemijlocit.

Un studiu recent a inventariat două sute de factori care ar putea să contribuie la hipertensiune. „La nivel biologic“, spune Sameroff, „tensiunea e, de fapt, un lucru foarte simplu. Dacă există două sute de factori care o pot influența, gândiți-vă câți factori ar trebui să influențeze o trăire complexă, cum e depresia!“<sup>195</sup> După părerea lui Sameroff, coincidența câtorva factori de risc este baza depresiei. „Oamenii care au un grup de factori de risc reușiți laolaltă sunt cei care au ceea ce numim o tulburare“, spune Sameroff. „Am constatat că, în termenii depresiei, ereditatea nu este nici pe departe un factor predictiv la fel de puternic ca statutul socio-economic. Interacțiunea eredității cu statutul socio-economic a fost cel mai puternic factor predictiv dintre toți, dar atunci care sunt componentele-cheie ale statutului socio-economic scăzut care-i face pe copiii mici să fie atât de depresivi? Să fie lipsa educației parentale? Lipsa de bani? Sprijinul social redus? Numărul de copii din familie?“ Sameroff a făcut o listă cu zece astfel de variabile și apoi le-a corelat cu gradele depresiei. A descoperit că la orice variabilă negativă, de una singură, exista probabilitatea de a contribui la starea de spirit proastă, însă la orice grup de astfel de variabile exista probabilitatea producerii de simptome clinice semnificative (precum și IQ scăzut). Apoi, Sameroff a făcut cercetări din care a reieșit că la copilul părintelui cu boală gravă există probabilitatea de a se descurca mai bine decât la copiii părintelui cu boală moderată. „S-a dovedit că, dacă ești cu adevărat bolnav, altcineva preia sarcina. Dacă sunt doi părinți, cel care nu e bolnav știe că trebuie să facă el totul. Iar copilul poate să înțeleagă ce se întâmplă în familie; el înțelege regula că unul dintre părinții săi are o boală mintală și nu e lăsat cu toate problemele fără răspuns care-i chinuie pe copiii celor cu afecțiune mintală ușoară. Așa că – vedeți? – nu e previzibil conform unui sistem liniar simplu. Orice depresie își are propria poveste.“

În vreme ce comportamentul parental deficitar sau depresiv poate să le provoace copiilor depresie, comportamentul parental adecvat poate ajuta la

eliminarea sau ameliorarea ei. S-a renunțat la vechiul principiu freudian „dă vina pe mama“, dar lumea copiilor continuă să fie definită de părinții lor, și ei pot să învețe o anumită flexibilitate sau debilitate de la mamă, tată și alte persoane care-i îngrijesc. De fapt, multe formule de tratament implică acum pregătirea părinților pentru intervențiile terapeutice asupra copiilor lor. Intervențiile respective trebuie să se bazeze pe *s ult re*. Tinerii sunt o categorie diferită și nu pot fi tratați ca și cum ar fi doar niște adulți mai mărunței. Fermitatea, iubirea, consecvența și modestia trebuie să se reunească în abordarea parentală a copiilor depresivi. Un copil care și-a văzut părintele că rezolvă o problemă capătă din asta o forță enormă.

O formă distinctă de depresie, numită depresie anaclitică,<sup>196</sup> apare în a doua jumătate a primului an de viață la copiii care au fost despărțiți prea mult de mamă. Se asociază în ea, în diferite combinații și trepte de gravitate, teama, tristețea, tendința de a plânge, respingerea mediului, retragerea în sine, retardarea, prostrația, lipsa poftei de mâncare, insomnia și expresia nefericită. Depresia anaclitică poate să se dezvolte în forma „lipsei unei sănătăți înfloritoare“,<sup>197</sup> care începe la patru-cinci ani; copiii cu această problemă nu au multe afecte și nu se leagă de nimeni. Pe la cinci-șase ani, pot fi foarte posomorâți și iritabili, nu dorm bine și nu mănâncă bine. Nu-și fac prieteni și au un respect de sine inexplicabil de scăzut. Urinatul în pat frecvent arată anxietate. Unii se retrag în sine; alții devin din ce în ce mai posomorâți și distructivi. Întrucât copiii nu au tendința de a cugeta la propriul viitor cum fac adulții și întrucât nu-și organizează amintirile în mod lucid, rareori sunt preocupați de lipsa de sens a vieții. Fără dezvoltarea conștiinței abstractului, copiii nu simt neajutorarea și disperarea caracteristice depresiei adulților. Dar pot să sufere de un negativism persistent.

S-au făcut recent studii cu niște bizareri statistice de-a dreptul ridicole: unul dintre ele a dovedit categoric că depresia afectează circa 1 la sută dintre copii; altul a demonstrat că circa 60 la sută dintre copii au tulburări afective grave.<sup>198</sup> Încercările de a evalua copiii pe baza autodescrierilor sunt mult mai complicate decât în cazul adulților. În primul rând, întrebările trebuie să



fie puse în așa fel, încât să nu impună răspunsuri evident „dezirabile“; terapeuții trebuie să fie destul de îndrăzneți ca să întrebe despre sinucidere fără s-o propună ca alternativă fezabilă. Un terapeut a oferit formula: „Bun, dacă urăști atât de mult toate lucrurile astea din viața ta, te gândești vreodată să faci în vreun fel ca să nu mai fii vreodată în mijlocul lor?“ Unii copii zic „ce întrebare prostească!“, unii zic „da“ și povestesc amănunțit, iar unii devin tăcuți și gânditori. Terapeutul trebuie să observe limbajul corporal al copilului. Și terapeutul trebuie să-l convingă pe copil că e pregătit să asculte orice. În aceste condiții, copiii cu depresie cu adevărat gravă vorbesc despre sinucidere. O femeie depresivă pe care am întâlnit-o, care se străduia să nu se dea de gol în fața copiilor săi, descria disperarea pe care a simțit-o când fiul ei a spus, la vârsta de cinci ani: „Știi, viața e de rahat și de o mulțime de ori nu vreau să trăiesc.“ Până să împlinească doisprezece ani, a avut o încercare serioasă de sinucidere. „Spun că vor să se alătore cuiva – poate o rudă –, care a murit“, spune Paramjit T. Joshi, care conduce secția de boli mintale pediatrice de la Johns Hopkins Hospital. „Spun că vor să doarmă și să nu se mai trezească; unii copii de cinci ani chiar zic: «Vreau să mor; aș vrea să nu mă fi născut.» Apoi, comportamentul prinde rădăcini. Am văzut mulți copii care au sărit pe fereastră de la etajul doi. Unii dintre ei iau cinci tylenol și cred că e destul ca să moară. Alții încearcă să-și cresteze încheieturile mâinilor și brațele, ori să se sufoce, ori să se spânzure. O mulțime de copii mici se spânzură în dulapuri, cu cureaua de la pantaloni. Unii dintre ei au suferit deja abuzuri sau au fost neglijați, dar unii dintre ei fac aceste lucruri aparent fără vreun motiv. Slavă Domnului că rareori sunt destul de capabili ca să reușească să se sinucidă!“ De fapt, pot să fie surprinzător de capabili; sinuciderile în grupul de vârstă 10–14 ani au crescut cu 120 la sută de la începutul anilor '80 până la mijlocul anilor '90, iar cei mai mulți dintre copiii care au reușit au folosit mijloce agresive: puștile și spânzurarea au provocat aproape 85 la sută dintre decese. Procentul a crescut, deoarece copiii, asemenea părinților lor, trăiesc un stres din ce în ce mai mare. [199](#)

Copiii pot fi – și sunt – din ce în ce mai mult tratați cu prozac lichid sau nortriptilină lichidă, picurate cu atenție într-un pahar cu suc. Aceste medicamente par să ajute. Însă nu există studii adecvate despre felul în care acționează aceste medicamente asupra copiilor și nici dacă sunt sau nu sigure ori eficiente; „Am transformat copiii în orfani ai terapiei“, spune Steven Hyman, directorul Institutului Național pentru Sănătate Mintală (NIMH).

Doar câteva antidepresive au fost testate pentru a vedea dacă folosirea lor la copii este sau nu sigură, și aproape nici unul n-a fost testat din punctul de vedere al eficienței la copii. Experiențele anecdotice sunt foarte variate. De exemplu, un studiu a arătat că inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS) dau rezultate mai bune la copiii mici și la adulți decât la adolescenți; altul a arătat că inhibitorii de monoaminooxidază sunt cei mai eficienți la copiii mici. Nu trebuie să considerăm definitiv rezultatul nici unuia dintre cele două studii, dar ele arată posibilitatea clară ca tratarea copiilor să fie diferită de tratarea adolescenților, și că ambele pot fi diferite de tratarea adulților.

Copiii depresivi au nevoie și de terapie. „Pur și simplu, trebuie să le arăți că ești chiar acolo, cu ei“, spune Deborah Christie, o specialistă charismatică în psihologia pediatrică, consultant la University College London și la Middlesex Hospital. „Și trebuie să-i faci și pe ei să fie acolo cu tine. Eu folosesc mult metafora cățărării pe un munte. Ne gândim să ne cățărăm pe munte și ședem în tabăra de la poale și ne gândim ce fel de bagaj ne-ar trebui, și câți dintre noi trebuie să urce împreună, și dacă trebuie sau nu să ne legăm cu coarda. Și putem hotărî să facem călătoria sau putem hotărî că încă nu suntem pregătiți s-o facem, dar am putea să mergem în jurul muntelui, ca să vedem care e calea cea mai ușoară sau cea mai bună până sus. Și trebuie să recunoști că o să trebuiască să se cațere, că nu poți să-i iei în cârcă și să-i cari până sus, dar că poți să stai lângă ei pe fiecare centimetru de drum. Aici trebuie să începi: trebuie să stârnești în ei o motivație. Copiii care sunt cu ad-evărat depresivi nu știu ce să spună sau de unde să înceapă, dar știu că vor o schimbare. N-am văzut niciodată un copil depresiv care să nu vrea tratament dacă ar putea să creadă că există o șansă să schimbe lucrurile. O fetiță era

prea deprimată ca să-mi vorbească, dar putea să scrie, așa că scria, la întâmplare, cuvinte pe *post-ît-uri* și apoi le lipea pe mine, așa că la sfârșitul ședinței eram pur și simplu o mare de cuvinte pe care voia să mi le transmită. Și am preluat limbajul, și am început să scriu cuvinte pe *post-ît-uri*, și le-am lipit pe ea, și așa am spart zidul tăcerii ei.“ Există multe alte tehnici care s-au dovedit folositoare, ajutându-i pe copii să-și recunoască stările de spirit și să le îmbunătățească.

„La copii“, spune Sylvia Simpson, psihiatru la Johns Hopkins, „depresia împiedică dezvoltarea personalității. Toată această energie se consumă în lupta cu depresia; dezvoltarea socială e întârziată, ceea ce face viața cu nimic mai puțin deprimantă mai târziu. Te pomenești într-o lume care se așteaptă ca tu să fii capabil să dezvolți relații, iar tu pur și simplu nu știi cum s-o faci.“ Copiii care suferă de depresie legată de anotimpuri, de pildă, se întâmplă adesea să aibă ani la rând rezultate slabe și probleme la școală; problema lor nu e descoperită, din cauză că ea coincide cu anul școlar. E greu de știut când și cât de agresiv trebuie să tratezi aceste tulburări. „Eu lucrez pe baza istoricului familiei“, spune Joshi. „Poate fi greu de distins între sindromul deficitului de atenție și hiperactivitate (ADHD) și depresia reală, sau dacă la un copil cu ADHD a apărut și depresia; dacă e vorba despre o tulburare de adaptare legată de abuz sau maladia depresivă.“ Mulți copii cu ADHD prezintă comportamente extrem de perturbatoare, și uneori reacția firească la acestea e pedepsirea copilului; copilul nu e însă obligatoriu capabil să-și controleze acțiunile dacă ele sunt legate de probleme cognitive și neurobiologice profunde. Desigur, tulburările de comportament tind să-i facă pe acești copii impopulari chiar și în raport cu propriii părinți, și aceasta agravează depresia – e alta dintre noile spirale descendente ale depresiei.

„Trebuie să-i avertizez pe părinții acestor copii când vin aici“, spune Deborah Christie. „«Ei bine, o să scăpăm de chestia asta cu agitația, dar s-ar putea să aveți apoi pentru o vreme un copil foarte trist.» Copiii nu vin niciodată singuri. Sunt aduși la terapie. Trebuie să afli de la ei de ce cred că sunt acolo, cu tine, și ce cred ei că nu merge bine. E o situație foarte diferită de cea în care oamenii caută îngrijire psihologică din proprie inițiativă.“ Unul

dintre elementele importante din munca terapeutică cu copiii mici este crearea unei lumi alternative a fanteziei, o versiune magică a spațiului sigur din terapiile psihodinamice. Când copiilor li se cere să-și rostască dorințele, se dezvăluie adesea natura exactă a deficitului lor de respect de sine. Este important, ca mutare de deschidere, să faci copiii tăcuți să înceapă să vorbească. Mulți dintre ei nu-și pot explica sentimentele, nu spun decât că e în ordine sau nu e în ordine. Trebuie să li se dea un nou vocabular; și trebuie să fie învățați, pe model cognitiv, să facă diferența dintre gânduri și sentimente, așa încât să poată învăța să-și folosească gândurile pentru a-și controla sentimentele. Un terapeut a povestit cum i-a cerut unei fetițe de zece ani să țină un jurnal al gândurilor și sentimentelor timp de două săptămâni și apoi să i-l aducă. „Poți spune că gândul tău este «Mami e supărată pe tati.» Iar sentimentul tău poate fi: «Mi-e frică.»“ Distincția era însă mai presus de capacitatea cognitivă a copilei, din cauză că depresia îi perturbase mult funcționarea pe plan cognitiv. În jurnalul pe care l-a adus, scrisese în fiecare zi: „Gânduri: «Sunt tristă.» Sentimente: «Sunt tristă.»“ În ierarhia ei, lumea gândurilor și lumea sentimentelor erau pur și simplu inseparabile. Mai târziu, a fost în stare să facă o diagramă de structură radială a neliniștilor sale: atâta neliniște era legată de școală, atâta de casă, atâta de oamenii care o urau, atâta de faptul că nu e frumoasă etc. Copiii care au lucrat cu calculatoarele sunt adesea receptivi la metafore bazate pe principiul tehnologiei; un terapeut pe care l-am cunoscut a zis că le spune unor astfel de copii că mintea lor are programe pentru procesarea fricii și tristeții, și că tratamentul va curăța acele programe de viruși. Terapeuții pediatri buni îi informează și totodată îi distrează pe pacienții lor; așa cum a observat Deborah Christie, „Nimic nu-i mai puțin relaxant pentru copii decât să le spui să se relaxeze.“

Depresia este, de asemenea, o problemă acută pentru copiii care suferă de maladii sau infirmități. „Vin copii cu cancer și tot timpul cineva îi apasă cu ceva și-i împunge și înfige ace în ei, iar ei încep să caute vinovați și-și învinuiesc părinții că-i pedepsesc cu aceste tratamente, iar părinții se neliniștesc; și apoi toată lumea devine depresivă“, spune Deborah Christie. Boala naște lucruri ascunse, iar lucrurile ascunse nasc depresie. „Am stat de vorbă

cu o mamă și cu fiul ei foarte depresiv, și am zis: «Ei bine, spuneți-mi de ce sunteți aici», și mama a zis, cu băiețelul de față, într-un aparteu sonor: «Are leucemie, dar nu știe.» A fost extraordinar. Apoi, am cerut să stau un pic singură cu băiatul și l-am întrebat de ce a venit să mă vadă. A zis că are leucemie, dar să nu-i spun mamei, pentru că nu vrea ca ea să știe că el știe. Așa că depresia era legată de uriașe probleme de comunicare, iar acestea erau activate și agravate de leucemie și de tratamentele necesare pentru această maladie.“

Se știe de-acum că, de obicei, copiii depresivi devin adulți depresivi.<sup>200</sup> Patru la sută dintre adolescenții care au avut în copilărie depresie se sinucid. Un număr imens fac încercări de sinucidere, și au procente mari din aproape toate problemele grave de adaptare socială. Depresia apare la un număr mare de copii înainte de pubertate, dar ajunge la maximum în adolescență, cel puțin 5 la sută dintre adolescenți suferind de depresie clinică.<sup>201</sup> În această fază, ea e aproape întotdeauna combinată cu abuz de substanțe toxice sau cu tulburări legate de anxietate.<sup>202</sup> Părinții subestimează profunzimea depresiei adolescenților lor.<sup>203</sup> Desigur, depresia adolescenților e derutantă, pentru că adolescența normală e oricum foarte asemănătoare cu depresia; e o perioadă de emoții intense și de suferință disproporționată. Peste 50 la sută dintre elevii de liceu „s-au gândit să se sinucidă“.<sup>204</sup> „Cel puțin 25 la sută dintre adolescenții aflați în arest au depresie“, spune Kay Jamison, expert de frunte în boala maniaco-depresivă. „Ar putea fi tratată, iar ei ar deveni mai puțin îndărătnici. Când ajung adulți, nivelul depresiei este înalt, dar comportamentul negativ s-a înrădăcinat în personalitate și tratarea depresiei nu e suficientă.“<sup>205</sup> Interacțiunea socială joacă, și ea, un rol; apariția caracteristicilor sexuale secundare duce adesea la derută afectivă. În prezent, se fac cercetări legate de întârzierea apariției simptomelor depresive – cu cât depresia începe mai devreme, cu atât e mai mare probabilitatea să fie refractară la tratament. Un studiu arată că la persoanele care au avut episoade depresive în copilărie sau în adolescență procentul de depresie în faza adultă este de șapte ori mai

mare decât la celelalte categorii;<sup>206</sup> altul arată că 70 la sută dintre ei vor avea recidive.<sup>207</sup> Este absolut clară necesitatea intervenției de la început și a terapiilor preventive. Părinții trebuie să fie atenți la începutul retragerii în sine, perturbarea poftelor de mâncare și a somnului și comportamentul autocritic; copiii la care apar astfel de semne de depresie trebuie să fie supuși evaluării făcute de specialiști.

În special adolescenții (și cu precădere adolescenții băieți) nu reușesc să se înțeleagă limpede pe ei înșiși, iar domeniul tratamentelor le acordă prea puțină atenție.<sup>208</sup> „Am adolescenți care vin aici și șed într-un colț și zic: «Nu-am nici o problemă»“, a povestit un terapeut. „Nu-i contrazic niciodată. Zic: «Păi, e fantastic! Ce bine că nu ești depresiv, ca atâția copii de vârsta ta și ca atâția dintre copiii care vin aici. Spune-mi cum e când simți că totul e bine. Spune-mi cum e chiar în clipa asta, să fii în încăperea asta, simțind că totul e bine.» Încerc să le dau ocazia să gândească și să simtă împreună cu altcineva.“

Nu e limpede în ce măsură abuzurile sexuale provoacă depresie prin procese organice directe și în ce măsură depresia reflectă genul de mediu familial dezorganizat în care tind să apară abuzurile sexuale.<sup>209</sup> La copiii care au suferit abuzuri sexuale, tind să apară tipare de viață cu comportament suicidar, și se lovesc de adversități de nivel înalt. De obicei, cresc într-o frică permanentă: lumea lor e inconstantă, și asta le dezechilibrează personalitățile. Un terapeut a descris o tânără care suferise abuzuri sexuale și care nu putea crede că există cineva căruia să-i pese de ea și să fie de încredere – „nu avea nevoie decât ca eu să fiu consecvent în interacțiunile cu ea“ ca să risipesc neîncrederea automată cu care privea lumea. Copiii lipsiți de la început de iubire și de încurajarea dezvoltării cognitive capătă adesea o infirmitate permanentă. Un cuplu care a adoptat un copil de la un orfelinat din Rusia a spus: „Era un copil care, la cinci ani, nu părea să aibă o gândire de tipul cauză–efect, care nu știa că plantele sunt vii, iar mobila nu.“ De atunci

Încoace, s-au străduit să compenseze acest deficit, și acum recunosc că nu e cu putință o recuperare completă.<sup>210</sup>

În cazul altor copii, cu toate că recuperarea pare imposibilă, adaptarea nu este așa. Deborah Christie povestește despre tratarea unei fete care avea dureri de cap cronice cumplite, „de parcă mă bat în cap ciocane“, care renunțase la tot în viață din cauza durerilor de cap. Nu se putea duce la școală. Nu putea să se joace. Nu putea interacționa cu nimeni. Când s-a dus prima dată la Deborah Christie, a anunțat: „Nu-mi poți face durerea de cap să dispară.“ Ea i-a răspuns: „Nu, ai dreptate. Nu pot. Dar hai să ne gândim cum am putea să ținem toată durerea într-o parte a capului tău și să vedem dacă nu-ți poți folosi altă parte a capului, chiar și în vreme ce bat ciocanele alea.“ Deborah Christie notează: „Primul pas este să crezi ceea ce spune copilul, chiar dacă pare neadevărat sau incredibil, să crezi că, chiar dacă el folosește un limbaj metaforic care n-are sens, trebuie să aibă sens pentru el.“ După tratament îndelungat, fata respectivă a spus că se poate duce la școală în ciuda durerilor de cap, apoi a început să-și facă prieteni în ciuda durerilor de cap și, în răstimp de încă un an, durerile de cap au dispărut.

La persoanele vârstnice depresive, tratarea insuficientă e cronică,<sup>211</sup> în mare parte din cauză că noi, ca societate, socotim bătrânețea depresivă. Presupunerea că e logic ca bătrânii să sufere ne împiedică să ne ocupăm de acea suferință, lăsând mulți oameni să-și trăiască ultimele zile într-o durere afectivă extremă, care ar putea să nu existe. Încă din 1910, Emil Kraepelin, părintele psihofarmacologiei moderne, s-a referit la depresia din rândurile vârstnicilor ca la o melancolie involutivă.<sup>212</sup> De atunci, prăbușirea structurilor tradiționale de îngrijire și privarea bătrânilor de orice idee de importanță au înrăutățit și mai mult lucrurile. La persoanele vârstnice din casele de bătrâni, probabilitatea depresiei este de două ori mai mare decât la cele care trăiesc afară<sup>213</sup> – de fapt, s-a afirmat că peste o treime dintre cele internate în instituții au un grad semnificativ de depresie.<sup>214</sup> Este izbitor faptul că efectele

tratamentului placebo la vârstnici sunt substanțial mai mari decât norma. Reiese de aici că aceste persoane au unele beneficii de la circumstanțele luării placebo, dincolo de beneficiile psihosomatice convenționale ale credinței că primești medicamentul. Monitorizarea și interviurile amănunțite care fac parte din planificarea unui studiu, reglementarea atentă și concentrarea minții au un efect semnificativ. Persoanele vârstnice se simt mai bine când li se dă mai multă atenție.<sup>215</sup> Bătrânii din societatea noastră trebuie să fie îngrozitor de singuri ca această reacție mică să-i înviioreze atât de mult.

Factorii sociali care duc la depresie în rândurile vârstnicilor sunt puternici, dar se pare că și importanțele modificări din organism afectează starea de spirit. La bătrâni, nivelurile tuturor neurotransmițătorilor sunt mai scăzute.<sup>216</sup> Nivelul serotoninei la oamenii de peste optzeci de ani este jumătate din cât a fost când aveau șaiszeci de ani.<sup>217</sup> Desigur, în această etapă a vieții corpul trece prin multe schimbări metabolice și multe reechilibrări chimice, astfel încât scăderea nivelurilor neurotransmițătorilor nu are același efect imediat (din câte știm noi) pe care l-ar fi avut la o persoană mai tânără al cărei nivel de serotonină a fost înjumătățit brusc. Măsura în care plasticitatea și funcționarea creierului se reduc odată cu îmbătrânirea se reflectă și în faptul că tratamentul antidepresiv are nevoie la bătrâni de o perioadă deosebit de lungă pentru a-și face efectul.<sup>218</sup> Aceiași inhibitori selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS) care la un adult aflat la mijlocul vieții încep să acționeze în răstimp de trei săptămâni, la un bătrân au nevoie adesea de douăsprezece săptămâni sau mai mult ca să devină eficienți.<sup>219</sup> Cu toate acestea, rata tratamentului reușit nu e modificată de vârstă; aceeași proporție dintre oameni reacționează la tratament.

Adesea, există trei motive pentru care terapia cu electroșocuri este indicată pentru bătrâni.<sup>220</sup> Primul este că, spre deosebire de medicamente, acționează rapid; a lăsa pe cineva să cadă tot mai adânc în depresie până ce medicamentele să înceapă să-i scadă disperarea nu e constructiv. În plus, electroșocurile nu au interacțiuni nocive cu alte medicamente pe care le-ar



putea lua vârstnicii – în multe cazuri, astfel de interacțiuni pot să limiteze gama antidepresivelor ce pot fi prescrise. În sfârșit, persoanele vârstnice depresive au adesea pierderi de memorie și pot să uite să-și ia medicamentele sau pot să uite că le-au luat și să ia prea multe. Electroșocurile sunt mult mai ușor de controlat din acest punct de vedere. Spitalizarea pe termen scurt este de multe ori cea mai bună modalitate de a îngriji vârstnicii care au depresie majoră.<sup>221</sup>

Depresia poate fi greu de depistat la această categorie de persoane.<sup>222</sup> Problemele legate de libidou, care sunt elemente importante ale depresiei la persoanele mai tinere, nu joacă un rol prea semnificativ la vârstnici. Ei se simt vinovați de mai puține ori decât depresivii tineri. În loc să devină somnoroși, depresivii vârstnici tind să aibă insomniile, când zac treji noaptea, adesea în ghearele paranoiei. Au reacții catastrofice mult exagerate la evenimente mărunte. Tind să aibă o mulțime de reacții somatice și să se plângă de un număr foarte mare de dureri, junghiuri și neplăceri stărnite de vreme: fotoliul ăsta nu mai e confortabil; dușul meu nu mai are presiune; mă doare brațul drept când ridic cana de ceai; luminile din camera mea sunt prea puternice. Și tot așa, la nesfârșit. Devin iritabili, morocănoși, manifestând adesea o asperitate emoțională supărătoare față de cei din jur, sau indiferență afectivă, iar uneori dând dovadă de „incontinență emoțională”.<sup>223</sup> Aceste simptome reacționează de cele mai multe ori la inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS). Depresia lor e adesea consecința directă a schimbărilor din sistemele organice (inclusiv fluxul redus al sângelui către creier) sau rezultatul suferinței și umilinței pricinuite de decăderea trupească. Demența senilă și senilitatea sunt adesea însoțite de depresie, însă bolile, cu toate că se pot produce simultan, sunt diferite. În demență, scade capacitatea funcțiilor mintale automate: e compromisă memoria de bază, în special cea pe termen scurt. La pacienții depresivi, sunt blocate procesele psihologice dificile: amintirile complexe pe termen lung devin inaccesibile, iar procesarea informațiilor noi e obstrucționată. Cei mai mulți dintre vârstnici nu percep însă aceste distincții și presupun că simptomele depresiei țin de vârstă și de o

ușoară demență și, de aceea, în atât de multe cazuri nu parcurg etapele elementare pentru ameliorarea stării lor.

Una dintre mătușile din partea bunicilor, când se apropia de o sută de ani, a căzut în apartamentul său și și-a rupt piciorul. Piciorul i-a fost pus în ghips și s-a întors acasă cu o echipă de asistente medicale. Era limpede că la început i-a fost greu să umble și cu mare greutate putea să facă setul de exerciții dat de fizioterapist. După o lună, piciorul se vindeca remarcabil de bine, dar ei încă îi era frică să umble și continua să se împotrivescă mișcării. Se obișnuise să folosească o comodă ce putea fi adusă lângă pat, în loc să străbată cei patru metri până la toaletă. Cochetăria ei de o viață dispăruse brusc și refuza să se ducă la coafor, la care se dusesse de două ori pe săptămână, vreme de aproape un secol. De fapt, refuza cu totul să iasă din casă și tot amâna o vizită la podolog, în ciuda unei unghii incarnate ce trebuie să fi fost dureroasă. Săptămânile treceau așa, în apartamentul ei claustrofobic. Între timp, somnul îi devenise neregulat și tulburat. Refuza să vorbească cu verii mei când o sunau. Întotdeauna fusese foarte meticuloasă cu treburile sale și destul de secretoasă în privința amănuntelor; acum, mă ruga să deschid facturile și să le plătesc, pentru că erau prea încâlcite pentru ea. Nu putea pune cap la cap informații simple – mă pune să repet de opt ori ce aveam de gând să fac la sfârșit de săptămână, și această retardare cognitivă părea aproape senilitate. Începuse să se repete și, cu toate că nu era tristă, îi scăzuse încrederea în sine. Medicul ei generalist susținea că nu e decât un stres legat de traumă, dar eu mi-am dat seama că se pregătește să moară și mi s-a părut că e o reacție nepotrivită față de un picior rupt, indiferent cât era ea de bătrână.

În cele din urmă, l-am convins pe psihofarmacologul meu să vină acasă la ea și să-i vorbească, și pe dată a diagnosticat o depresie majoră tipică vârstnicilor și i-a prescris celexa. Peste trei săptămâni, aveam programare la podolog. Am insistat să iasă din casă, parțial pentru că piciorul ei avea nevoie de îngrijire, dar, mai ales, pentru că mă gândeam că e nevoie ca ea să se aventureze din nou în lume. S-a uitat la mine cu neliniște când am determinat-o să iasă și toată chestiunea i se părea cu totul epuizantă. Era derutată și speriată

de-a binelea. După alte două săptămâni, aveam întâlnire cu doctorul care-i operase piciorul. Am ajuns acasă la ea și am găsit-o într-o rochie frumoasă, cu părul pieptănat și rujată un pic, cu o mică broșă cu perle pe care o purta adesea în zilele mai fericite. A coborât scările fără să se plângă. Era limpede că ieșirea i se părea stresantă, și a fost un pic agitată în cabinetul doctorului și nițel paranoidă, dar, când a intrat chirurgul, a fost fermecătoare și destul de vorbăreată cu el. La sfârșitul vizitei, asistenta ei și cu mine am dus-o în scaunul cu rotile spre ieșirea din clădire. Era bucuroasă să afle că piciorul s-a vindecat bine și le-a mulțumit tuturor din suflet. Eram fericit la fiecare semn că-și revenise, dar nimic nu mă pregătise s-o aud, când plecam: „Dragă, luăm prânzul în oraș?” Și ne-am dus la un restaurant care ne plăcea dintotdeauna și, cu ajutorul meu, chiar a făcut câțiva pași prin restaurant, și ne-am spus povestioare, și am râs, și s-a plâns că nu-i destul de fierbinte cafeaua ei și a trimis-o înapoi, și era din nou *vie*. Nu pot spune că după aceea a revenit la prânzurile luate regulat în oraș, dar a acceptat să iasă o dată la câteva săptămâni, și i-au revenit treptat coerența elementară și simțul umorului. Peste șase luni, a avut o hemoragie internă, care s-a dovedit minoră, și a fost internată trei zile. Îmi făceam griji pentru ea, dar mă bucuram că dispoziția îi era destul de flexibilă ca să facă față internării fără să devină panicată sau confuză. La o săptămână după ce s-a întors acasă, am vizitat-o și am verificat dacă are destule medicamente. Am observat că flaconul de celexa era aproape la fel de plin ca atunci când verificasem data trecută. „Ai luat din astea?” am întrebat-o. „A, nu“, a zis. „Doctorul mi-a spus să nu le mai iau.“ M-am gândit că o fi înțeles greșit, dar asistenta fusese prezentă când i-au fost date aceste instrucțiuni și le-a confirmat. Sincer, am fost uluit și îngrozit. Celexa nu are efecte secundare gastroenterologice, și părea foarte improbabil să fie implicat în hemoragia ei. Nu exista vreun motiv serios să nu-l mai ia, și n-avea cum să existe vreun motiv serios ca să înceteze brusc să-l ia; chiar și cineva tânăr și în stare bună ar trebui să renunțe la antidepresive treptat și conform unui program clar. Cineva care are beneficii substanțiale de pe urma medicamentelor n-ar trebui să fie lăsat fără ele, însă gerontologul care a tratat-o pe mătușa mea hotărâse, dintr-o toană, că ar fi bine pentru ea să renunțe la orice

medicamente „care nu sunt necesare“. L-am sunat pe doctor și am zberlat la el cât m-au ținut plămâni, i-am trimis directorului spitalului o scrisoare indignată și i-am spus mătușii mele să-și ia din nou medicamentele. Trăiește destul de fericită și are mai puțin de o lună până să împlinească o sută de ani în momentul în care această carte pleacă la tipar. Peste două săptămâni, ne ducem la coafor, ca să arate cât mai bine la mica petrecere pe care am plănuțit-o. Mă duc la ea în fiecare joi, iar după-amiezile petrecute împreună, care erau cândva o piatră de moară în spinarea mea, sunt acum pline de amuzament; acum câteva săptămâni, când i-am dat niște vești bune legate de familie, a bătut din palme și apoi a început să cânte. Vorbim despre tot soiul de lucruri, iar de curând am tras foloase de pe urma înțelepciunii ei, care vine încetșor înapoi odată cu darul bucuriei.

Depresia este adesea o stare precursoră a perturbării grave a minții. Ea pare să prezică, într-un anumit grad, senilitatea și boala Alzheimer;<sup>224</sup> la rândul lor, aceste boli pot să coexiste cu depresia sau s-o declanșeze. Boala Alzheimer pare să scadă procentele de serotonină chiar mai mult decât o face îmbătrânirea.<sup>225</sup> Avem capacități foarte limitate de a modifica deruta și decăderea cognitivă care sunt esența senilității ori a bolii Alzheimer, dar putem ușura durerea psihică acută care însoțește adesea aceste două afecțiuni. Mulți oameni sunt dezorientați fără să fie speriați sau foarte triști, și aceasta este, pe moment, o stare pe care o putem obține la această categorie de persoane – dar, de obicei, n-o facem. S-au făcut unele experimente, pentru a vedea dacă nivelurile scăzute ale serotoninei pot fi răspunzătoare de senilitate,<sup>226</sup> dar pare mai probabil ca demența să fie urmarea vătămării anumitor zone cerebrale, printre care și cele răspunzătoare de sinteza serotoninei. Cu alte cuvinte, senilitatea și nivelul scăzut al serotoninei sunt consecințe separate ale aceleiași cauze. Se pare că inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS) nu au prea multă influență asupra aptitudinilor motorii sau aptitudinilor intelectuale care sunt perturbate de senilitate;<sup>227</sup> adesea însă, o stare de spirit mai bună le permite persoanelor mai vârstnice să-și folosească

mai bine capacitățile care mai sunt prezente organic, așa încât ar putea exista, din punct de vedere practic, un anumit grad de ameliorare cognitivă.<sup>228</sup> Pacienții cu Alzheimer și alți vârstnici depresivi par să reacționeze, de asemenea, la medicamentele atipice, cum este trazodonul, care nu sunt, de obicei, tratamentele alese în primul rând pentru depresie. S-ar putea să reacționeze și la benzodiazepine, dar acestea tind să-i sedeze excesiv.<sup>229</sup> Ei reacționează bine la electroșocuri. Faptul că sunt incoerenți nu trebuie să-i facă prizonierii suferinței. La pacienții cu Alzheimer care prezintă agresivitate sexuală – nu e o situație neobișnuită –, ar putea fi de ajutor terapiile bazate pe hormoni;<sup>230</sup> mie însă acest lucru mi se pare inuman, în afară de cazul în care sentimentele sexuale le provoacă suferință celor care le au. În general, pacienții cu demență nu reacționează la terapiile conversaționale.

Adesea, depresia e și rezultatul atacului cerebral.<sup>231</sup> La persoanele aflate în primul an după atac, există o probabilitate de două ori mai mare să devină depresive. Acesta poate fi rezultatul lezării fiziologice a anumite zone din creier, iar unele cercetări au sugerat că, în cazul atacurilor în lobul frontal stâng,<sup>232</sup> există o probabilitate deosebit de mare de dereglare a afectelor. După recuperarea inițială, multe persoane vârstnice care au suferit atacuri cerebrale au crize de plâns foarte puternice la aspecte mărunte, pozitive sau negative. După un atac cerebral, un pacient izbucnea în lacrimi de douăzeci și cinci până la o sută de ori pe zi, fiecare criză durând între unu și zece minute, și asta îl storcea de puteri în așa măsură, încât abia putea să facă cele mai elementare lucruri.<sup>233</sup> Tratamentul cu un inhibitor selectiv de recaptare a serotoninei a adus rapid sub control aceste crize; însă, de cum n-a mai luat medicamentul, plânsul a revenit, și acum ia medicamente permanent. Alt bărbat, care a trebuit să renunțe complet la muncă timp de zece ani din cauza depresiei apărute în urma unui atac cerebral, era predispus la accese de plâns, dar tratamentul cu un inhibitor selectiv de recaptare a serotoninei l-a pus din nou pe picioare, astfel că, spre vârsta de șaptezeci de ani, s-a întors la

muncă.<sup>234</sup> Nu încapă îndoială că atacurile localizate în anumite zone ale creierului au consecințe afective devastatoare. Se pare însă că, în unele cazuri, aceste consecințe pot fi controlate.

În depresie, spre deosebire de sex ori vârstă, apartenența etnică nu pare să aibă determinanți biologici. Așteptările culturale ale celor din jur îi fac însă pe suferinzi să-și manifeste boala în anumite feluri. În remarcabila sa carte *M d Tr velers*, Ian Hacking descrie un sindrom (călătoria fizică în stare de inconștiență) care a afectat mulți oameni la sfârșitul secolului al XIX-lea și care a dispărut după câteva decenii. Nimeni nu mai e acum în situația de a face călătorii fizice fără să știe că le face. Anumite perioade istorice și sectoare sociale au fost în mod clar afectate de anumite simptome mintale. „Prin «boală mintală tranzitorie»“, spune Hacking, „înțeleg o boală care apare la un moment dat într-un anumit loc și apoi dispare treptat. Poate fi selectivă din punctul de vedere al clasei sociale sau al sexului, preferând femeii sărace sau bărbați bogați. Nu vreau să spun că vine și pleacă la un anumit pacient, ci că acest tip de nebunie există doar în anumite momente și în anumite locuri.“<sup>235</sup> Hacking interpretează teoria emisă de Edward Shorter că aceeași persoană care, în secolul al XVIII-lea, a suferit crize de leșin și convulsii, care, în secolul al XIX-lea, ar fi avut paralizie isterică sau contracții, acum probabil că ar suferi de depresie, oboseală cronică sau anorexie.

Legăturile dintre apartenența etnică, educație și clasă, chiar și printre americanii depresivi, sunt prea încâlcite pentru a putea fi catalogate. Pot fi totuși schițate unele generalități. Juan López, de la Universitatea din Michigan, este un tip voios, cu mult simț al umorului și un stil cald și direct. „Sunt un cubanez însurat cu o portorică și avem un fin mexican“, zice, „și am trăit o vreme în Spania. Așa că, pentru cultura latino-americană, am bazele acoperite destul de bine.“ López a lucrat mult cu populația de muncitori migranți latino-americani din Michigan și cu preoții care sunt principalii lor îngrijitori, și și-a asumat sarcina de a se ocupa de nevoile lor psihologice. „Lucrul minunat în ce privește Statele Unite“, spune el, „este că poți

avea atât de multe fundaluri culturale care interacționează cu aceeași boală.“ López a observat că la latino-americani este mai mare probabilitatea să somatizeze decât să-și declare problemele psihologice. „Sunt femeile astea – și sunt neam cu multe dintre ele – care vin și zic: «Vai, mă junghie spatele și mă doare burta și-mi simt picioarele aiurea» și așa mai departe. Ce vreau totuși să știu – și nu reușesc să află – este dacă spun asta doar ca să nu-și recunoască problemele psihologice, sau dacă așa trăiesc ele depresia, fără să aibă simptomele obișnuite. Dacă se simt mai bine, așa cum se întâmplă cu multe dintre ele, pentru că l-au ascultat pe Walter Mercado, misticul ăsta portorică care e ca o încrucișare între Jerry Falwell și Jeane Dixon,<sup>236</sup> atunci ce s-a petrecut, de fapt, în ele pe plan biologic?“ Depresia în rândul grupurilor latino-americane mai educate este, probabil, mai apropiată de depresia în rândul populației generale.

Un prieten al meu dominican, trecut puțin de patruzeci de ani, a avut o cădere psihică surprinzătoare, bruscă și copleșitoare, când el și a doua sa soție au căzut de acord să se despartă. Ea s-a mutat, iar lui i-a fost din ce în ce mai greu să-și îndeplinească sarcinile de administrator al unei clădiri. Era copleșit de sarcini simple; n-a mai mâncat; somnul i s-a dereglat. S-a îndepărtat de prieteni și chiar de copiii săi. „Nu m-am gândit că e o depresie“, mi-a spus mai târziu. „M-am gândit că probabil o să mor și că poate aveam o boală fizică. Presupun că știu că eram supărat, dar n-am știut ce are asta a face cu altceva. Ca dominican, sunt foarte emotiv, dar, presupun, și cam *m ho*, așa că am o grămadă de sentimente, dar nu mi-e ușor să le exprim, și nu-mi îngădui să plâng.“ După două luni pe care le-a petrecut zi și noapte în subsolul clădirii unde lucra – „Nu știu cum mi-am păstrat slujba, dar, din fericire, în nici un apartament n-a fost vreo inundație sau așa ceva“ –, a făcut, în cele din urmă, o călătorie acasă, în Republica Dominicană, unde trăise primii zece ani din viață și unde mai avea o mulțime de prieteni. „Beam. Am șezut în avion și m-am îmbătăt rău, pentru că mi-era frică de toate, chiar și să mă duc acasă. Și am început să plâng în avion și am plâns cât a durat zborul și am stat acolo, în aeroport, plângând, și încă mai plîngeam când l-am văzut pe

chiul meu, care venise să mă întâmpine. Era rău. Eram jenat și supărat și speriat. Dar, cel puțin, ieșisem din afurisitul ăla de subsol. Apoi, pe plajă, după câteva zile, am întâlnit femeia asta, iubita asta, fata asta frumoasă, care credea că e cu adevărat fascinant faptul că vin din SUA. Și, cumva, am ajuns să mă văd pe mine însumi prin ochii ei și am început să mă simt mai bine. Am băut în continuare, dar n-am mai plâns, pentru că nu puteam să plâng în fața ei, și poate că asta mi-a prins bine. Știi, pentru mine, ca dominican, mai ales atenția femeilor e o necesitate reală. Fără asta, cine sunt?“ După câteva luni, s-a împăcat cu soția și, cu toate că tristețea a mai dăinuit, a dispărut anxietatea. Când am pomenit de medicamente, a scuturat din cap: „Știi, ăsta nu-s eu“, a zis, „să iau medicamente pentru sentimente.“

Depresia la afro-americani vine cu seria ei specială de greutate. În minunata și emoționanta sa carte *Willow Weep for Me*, Meri Danquah descrie afecțiunea: „Depresia clinică pur și simplu n-a existat în lumea posibilităților mele, sau, de fapt, în lumea posibilităților oricărei negrese din lumea mea. Iluzia puterii a avut și continuă să aibă o mare semnificație pentru mine, ca negresă. Singurul mit pe care a trebuit să-l suport toată viața este cel al presupusului meu drept din naștere la putere. Se *presupune* că negrele sunt puternice – dătătoare de îngrijri, de hrană, de vindecare pentru alți oameni –, oricare dintre cele douăsprezece duzini de variante ale doicii negrese. Se *presupune* că dificultățile afective sunt încorporate în structura vieții noastre. Vin laolaltă cu sfera statutului de negresă și de femeie.“ De obicei, Meri Danquah e orice în afară de depresivă: o femeie frumoasă, stilată, spectaculoasă, cu o aură de autoritate regală. Povestirile ei despre săptămânile și lunile pe care le-a pierdut din viață sunt zguduitoare. Nu-și uită niciodată calitatea de negresă. „Sunt tare fericită“, a spus, „că am o fiică, și nu un fiu. Urăsc să mă gândesc cum e viața pentru bărbații negri în zilele astea, și cum ar fi pentru un copil cu un istoric familial de depresie. Urăsc să mă gândesc că, până la urmă, s-ar putea ca acel copil să se facă mare și să ajungă după gratii, în sistemul penitenciarelor. Nu prea e mult loc pentru negrele care ajung la depresie, dar nu e pic de loc pentru bărbații negri.“<sup>237</sup>



Nu există o istorie tipică a depresiei la negri. Asimilarea inconștientă a rasismului – îndoiala de sine afirmată pe terenul atitudinilor sociale dominante – joacă adesea un rol important. Câteva dintre persoanele ale căror povești sunt incluse în această carte sunt afro-americani; am ales să nu identific persoanele după rasă, în afară de cazul în care acest lucru pare deosebit de relevant pentru detaliile suferinței lor. Dintre numeroasele istorii atipice pe care le-am auzit, m-am apropiat, în mod special, de povestea lui Diéry Prudent, un afro-american de origine haitiană, ale cărui probleme cu depresia se pare că i-au călit spiritul, l-au făcut mai înțelegător în interacțiunile cu ceilalți oameni, și care e profund conștient de felurile în care propriul său statut de negru îi afectează viața afectivă. A fost cel mai mic dintre nouă copii, a crescut în zona săracă Bedford- Stuyvesant din Brooklyn și apoi la Fort Lauderdale, unde părinții i s-au mutat după pensionare. Mama lucra cu jumătate de normă ca ajutor în domeniul îngrijirii medicale la domiciliu, iar tatăl său era tâmplar. Ambii părinți erau adventiști de ziua a șaptea foarte credincioși, care au impus standarde înalte de comportament și de corectitudine, iar Diéry a trebuit să împace aceste lucruri cu viața pe unele dintre cele mai dure străzi din lume. S-a întărit, fizic și mintal, ca să supraviețuiască tensionii dintre așteptările familiei sale și obstacolele și bătăliile zilnice pe care i le impunea lumea din afară. „Întotdeauna am avut impresia, chiar și când eram copil, că sunt din afară, că sunt sortit pedepselor și umilirilor. Nu erau mulți alți haitieni în cartierul nostru când am crescut eu, și eram cu singuranță singurii adventiști de ziua a șaptea pe o rază de kilometri întregi în jur. Eram hărțuit pentru că eram diferit; copiii de pe strada mea îmi ziceau «cap de cocos». Eram una dintre puținele familii care nu trăiau din ajutor social. Și eram copilul cu pielea cea mai închisă la culoare din zonă, și am ieșit în evidență din pricina acestui lucru. În familia mea, undeva între așteptarea culturală ca odraslele să se supună fără crâcnală și învățătura religioasă «Cinstește-i pe tatăl tău și pe mama ta», am învățat că nu-i în ordine să fii furios – sau, cel puțin, s-o arăți. Am învățat de mic să afixez un chip de piatră și să-mi țin simțămintele bine tănuite. În schimb, era multă furie pe străzi, multă violență în cartierul nostru, iar când am fost atacat și hărțuit am întors

și celălalt obraz, așa cum ne învăța biserica noastră să facem, și oamenii au râs de mine. Trăiam într-o permanentă frică. Pentru o vreme, am avut o tulburare de vorbire.

Apoi, pe când aveam vreo doisprezece ani, am obosit să tot fiu pălmuit, jefuit și bătut de copiii mai mari, mai duri și mai învățați cu strada. Am început să fac exerciții de forță și să mă antrenez la arte marțiale. Era plăcut să suport cele mai aspre și mai epuizante regimuri pe care le puteam născoci. Trebuia să ajung dur din punct de vedere fizic, dar îmi doream și o duritate afectivă. A trebuit să lupt ca să trec prin școală, să suport manifestări de rasism și brutalități ale poliției – am început să citesc revistele *l k P nther* ale fratelui meu –, să mă feresc să mă droghez sau să fiu închis. Fiind cu nouă ani mai mic decât fratele dinaintea mea, știam că o să ajung, în cele din urmă, să particip la o mulțime de înmormântări – începând cu părinții mei, care erau deja bătrâni când am venit eu pe lume. Nu credeam că am de așteptat prea multe lucruri plăcute. Frica mea era combinată cu o profundă disperare; adesea mă simțeam trist, cu toate că încercam să nu las să se vadă. Nu exista o supapă de eliberare a furiei, așa că trăgeam de fiare, făceam baie ore întregi în apă care aproape mă opărea, citeam tot timpul, ca să mă îndepărtez de propriile sentimente. Pe la șaisprezece ani, furia mea a început să clocotească la suprafață. Cultivam mistica genului kamikaze: «Poți să-mi faci tot ce vrei, dar, dacă-ți bați joc de mine, te omor.» Lupta a devenit o dependență, o țâșnire de adrenalină, și simțeam că, dacă aș învăța să sufăr, nimic nu m-ar mai putea răni. Încercam din răspuțeri să-mi acopăr sentimentul de neajutorare.“

Diéry a supraviețuit durerii fizice și psihologice a adolescenței și a părăsit ghetoul, înscriindu-se la Universitatea din Massachusetts, unde și-a luat licența în literatura franceză. Într-un semestru petrecut la Paris, a întâlnit-o pe femeia care-i este acum soție și a hotărât să mai stea acolo un an. „Cu toate că eram încă student“, își amintește el, „am avut o viață ce părea seducătoare. Eram model pentru campanii publicitare și parade ale modei, mă învăTEAM în lumea jazzului, călătoream în toată Europa. Dar nu eram pregătit pentru rasismul flagrant al poliției franceze.“ După ce, vreme de un an, a tot fost

oprit, percheziționat și reținut într-o serie de controale ocazionale ale poliției, a fost bătut în public și arestat pentru comportament turbulent când a obiectat față de un incident cu totul ieșit din comun cu polițiștii parizieni. Furia ascunsă a lui Diéry s-a transformat în simptome de depresie acută. A continuat să-și vadă de treburile, dar „asupra mea apăsa o greutate mare“.

Diéry s-a întors în SUA ca să-și dea licența și, în 1990, s-a mutat la New York, ca să-și caute un loc de muncă. A obținut o serie de posturi de relații publice în instituții. După cinci ani însă, „am simțit că opțiunile mele profesionale erau foarte limitate. Am simțit că mulți dintre oamenii cu care mă asociază aveau mai mult succes decât mine; alții păreau să avanseze mai repede și să aibă perspective mai bune. Cel mai important, am simțit că-mi lipsește ceva, și depresia mi s-a accentuat.“

În 1995, Diéry a fondat Prudent Fitness, propria companie specializată în pregătirea personală, care a avut mult succes. El se adresează acum clienților cu forța eliberatoare a exercițiului, unii dintre aceștia venind la cursuri în Brooklyn, în casa din piatră, renovată, în care locuiește împreună cu soția și fiica. Modul său de a trata e holistic ca spirit, deși disciplinat ca execuție. Capacitatea sa de a suporta greutățile devine inspiratoare pentru clienți. „Prefer să creez contactul cu oamenii la un nivel destul de profund, și cred că abilitatea mea specială ca instructor constă în faptul că pot să-l iau pe cel mai recalcitrant și mai refractar client și să gădesc o cale de a-l motiva. E nevoie de multă empatie, de sensibilitate și de un stil de comunicare adaptabil. Această muncă îmi îngăduie să-mi folosesc cele mai bune părți ca să-i ajut pe alții, și asta-mi dă un sentiment foarte plăcut. Am cunoscut de curând o femeie care e asistent social și care vrea să combine antrenamentul de fitness cu munca socială de întărire a personalității. Cred că e o idee fabuloasă. Vezi, munca asta vizează obținerea controlului asupra lucrului pe care-l poți controla: propriul corp.“

Diéry suferă atât de problemele lumii mai sărace din care vine, cât și de cele ale lumii mai bogate în care trăiește. Eleganța pe care și-o arborează cu cea mai mare nonșalanță e câștigată din greu, și poate să-și păstreze demnitatea pentru că se privește pe sine cu ochi foarte critici, într-o lume care e

permanent gata să-l privească pe el cu ochi foarte critici. Diéry a reușit cu greu să le vorbească despre depresie tuturor membrilor familiei sale. Nu e sigur că ar fi toți în stare să înțeleagă boala din perspectiva sa, chiar dacă tatăl său și alți membri ai familiei au prezentat simptomele ei. I-a fost greu uneori să-și păstreze atitudinea de „prâslea cel voios“, și n-a fost totdeauna în stare să rămână pe poziții. Din fericire, una dintre surorile sale, psiholog clinic, doctor în medicină, cu cabinet particular în Boston, l-a ajutat să găsească o cale de mers înainte când el a cerut ajutor pentru prima oară. Soția lui l-a înțeles imediat și avea să-i fie un sprijin fidel, dar și ei i-a fost greu la început să împace masculinitatea și siguranța de sine a soțului său cu ceea ce știa despre depresie.

De la prima terapie, la Paris, a fost în tratament conversațional, și o mare parte din timp, intermitent, a luat antidepresive. Cea mai recentă terapie urmată de el a fost pe o perioadă de cinci ani, cu o femeie care „mi-a dat un soi de validare. Am ajuns să înțeleg cât de greu îmi era să-mi procesez furia. Mă temeam să mă înfurii pe cineva, ca nu cumva să explodez și să-l distrug. Acum, m-am eliberat de acea teamă. Prin terapie, mi-am dezvoltat o serie întreagă de aptitudini noi. Mă simt mai echilibrat. Mi-a sporit conștiința de sine. Mi-e mai ușor acum când îmi identific sentimentele, nu doar reacționez la ele.“ Mai întâi căsnicia fericită, apoi nașterea fiicei l-au îmblânzit. „Vulnerabilitatea fiicei mele este unul dintre cel mai puternice lucruri pe care le are. Este unealta ei cea mai puternică. A schimbat felul în care văd eu vulnerabilitatea și fragilitatea.“ Cu toate acestea, depresia revine. Fragilitatea iese iar la suprafață. Medicamentele trebuie readaptate. „Brusc, într-o zi se petrec câteva lucruri rele și simt că nu mai sunt la largul meu în propria viață. Dacă n-aș avea iubirea soției și fiicei care să mă ajute să trec peste asta, aș fi renunțat de multă vreme. Prin terapie, învăț să înțeleg ce anume declanșează depresia. Cu îngrijirea și sprijinul potrivit, încep să-mi definesc boala, în loc s-o las să mă definească ea pe mine.“

Diéry e constant ținta rasismului, exacerbat de înălțimea și fizicul său intimidant și, lucru destul de ciudat, de înfățișarea sa plăcută. Am văzut, în magazine, vânzători evitându-l. Am stat alături de el la câte un colț de stradă

în New York, când se străduia, chiar și câte un sfert de ceas, să cheme un taxi, și nici unul nu se oprea pentru el; când am ridicat eu mâna, am avut un taxi în exact zece secunde. O dată, a fost arestat de poliție la trei străzi de casa lui din Brooklyn, i s-a spus că înfățișarea lui se potrivește descrierii unui suspect pentru un delict și a fost ținut ore întregi în arest, prins cu lanțuri de o traversă. Comportamentul și actele de identitate n-au contat pentru reprezentanții autorităților care l-au închis. Ofensele rasiste constante și politica minimului efort în recrutarea mâinii de lucru din grupurile subreprezentate, pentru a da aparența egalității rasiale – nu fac depresia mai ușor de suportat. Suspiciunea cu care este privit pe stradă și prezumția de vinovăție sunt epuizante. Faptul că ești atât de neînțeleș de atât de mulți oameni te face să te simți însingurat.

Când Diéry se simte bine, dă destul de puțină atenție acestor atacuri permanente asupra mândriei sale, pentru că e învățat cu ele, dar „asta pur și simplu îți îngreunează atât de mult ziua“, mi-a spus odată. „Depresia însăși nu distinge culorile. Când ești deprimat, cred că poți fi ori cafeniu, ori albastru, ori roșu, ori alb. Când sunt deprimat, văd în jurul meu oameni fericiți de toate nuanțele, și formele, și mărimile și-mi zic: «Doamne, sunt singurul de pe planeta asta care e deprimat.» Cu ei se petrece ceva, iar cu mine nu.

Dar, iată, intră în joc cartea rasei. Simți că lumea pur și simplu speră să te tragă la pământ. Sunt un bărbat negru mare și puternic, și nimeni n-are de gând să-și piardă vremea părându-i rău pentru mine. Ce-ar fi dacă tu ai începe brusc să plângi în metrou? Cred că s-ar putea să te întrebe cineva ce-i cu tine. Dacă aș izbucni eu în plâns în metrou, și-ar zice că am luat droguri dăunătoare. Când cineva reacționează față de mine într-un fel care n-are nimic a face cu cine sunt eu și cum sunt eu cu adevărat – e totdeauna un șoc pentru mine. E totdeauna un șoc discrepanța dintre felul în care mă percep eu și felul în care sunt perceput în lume, între viziunea mea interioară despre mine și împrejurările exterioare ale vieții mele. Când sunt deprimat – e ca o palmă peste obraz. Am stat ore întregi privindu-mă în oglindă și zicând: «Ești un tip care arată cumsecade; ești curat; ești îngrijit; ești politic și bun la inimă. De ce oamenii nu te iubesc? De ce încearcă totdeauna să te snopească și să-și

bată joc de tine? Și să te doboare și să te umilească? De ce?» Pur și simplu, n-am putut să pricep. Există, așadar, unele greutăți exterioare cu care mă confrunt ca bărbat negru, care sunt diferite de cele cu care se confruntă alți oameni. Detest să recunosc faptul că rasa joacă un rol în cazul meu – nu în simptome, ci în circumstanțe. Știi – e destul de greu să fiu eu însumi, chiar dacă n-aș fi negru! Dar vreau să zic că merită, cu siguranță, să fiu. Când mă simt bine, sunt cu adevărat fericit că sunt eu, și, știi, e greu și pentru tine să fii tu însuși, chiar dacă nu ești negru. Problema rasei e însă totdeauna prezentă, totdeauna mă sâcâie, totdeauna se hrănește din furia mea permanentă, permanentul din mine. Mă coboară tare mult.“

Diéry și cu mine ne-am cunoscut prin soția lui, care-mi este o veche prietenă de facultate. Suntem prieteni deja de vreo zece ani și, parțial din cauza experienței noastre cu depresia, am devenit extrem de apropiați. Nu sunt bun la exercițiile fizice de unul singur, și o vreme Diéry mi-a fost și antrenor – poziție ce naște o apropiere la fel de mare, din multe puncte de vedere, ca aceea pe care o am cu psihiatrul meu. Pe lângă restructurarea unui program de exerciții, mă pune pe picioare și mă ține în stare de funcționare. Întrucât îmi testează permanent limitele, știe care sunt acestea. Știe când are rost să mă împingă până la limita fizică și când trebuie să se oprescă înainte de limita mea afectivă. Este una dintre primele persoane pe care le sun când încep să mă afund – parțial, pentru că știu că intensificarea regimului meu de exerciții fizice va avea un efect pozitiv asupra stării mele de spirit și, parțial, pentru că are o blândețe deosebită; parțial, pentru că știe despre ce vorbesc și, parțial, pentru că introspecția l-a făcut capabil de intuiție reală. A trebuit să am încredere în el, și am. El este cel care a venit acasă la mine și m-a ajutat să fac duș și să mă îmbrac când eram în faza cea mai rea. Se numără printre eroii poveștii mele despre depresie. Și este cu adevărat generos, cineva care și-a ales munca, deoarece crede că poate face alți oameni să se simtă bine, cineva care se simte răsplătit de propria bunătate; a transformat agresiunea autotorturării sale într-o disciplină productivă. Aceasta e o calitate cu adevărat rară într-o lume plină de oameni care se simt exploatați de povara suferinței altora.

Panoplia prejudecăților naționale în privința depresiei e imposibil de catalogat. Bunăoară, mulți est-asiatici evită subiectul până la negarea extremă. În acest spirit, un articol apărut recent într-o revistă din Singapore descria gama completă de medicamente, iar în încheiere afirma categoric: „Cereți sprijin profesional, dacă aveți nevoie, dar, între timp, fiți veseli.“<sup>238</sup>

Anna Halberstadt, psihiatru cu cabinet în New York care lucrează exclusiv cu emigranți ruși dezamăgiți de SUA, a spus: „Trebuie să fii în stare să auzi în contextul rusesc ceea ce au de spus oamenii aceștia. Dacă o persoană născută în Uniunea Sovietică ar veni în cabinetul meu și nu s-ar plânge de nimic, aș interna-o. Dacă se plânge de toate, știu că se simte bine. Doar dacă ar da semne de paranoia sau de dureri cumplite aș crede că s-ar putea să fie depresivă. E norma noastră culturală. «Ce mai faci?» «Nu grozav» e răspunsul-standard la ruși. E o parte din ceea ce îi derutează în SUA, această afirmație ce pare de-a dreptul ridicolă: «Bine, mulțumesc, dar tu?» Și, zău așa, și mie mi-e greu, chiar și acum, să aud oamenii zicând asta. «Bine, mulțumesc.» Cui îi este bine?“

În Polonia, în anii '70, a fost o perioadă cu puține momente plăcute și puțină libertate. În 1980, a început să-și croiască drum prima mișcare a Solidarității, și au urmat nădejdea și comunicativitatea. Puteai vorbi pe față; oameni care multă vreme fuseseră copleșiți de un sistem de guvernare străin au început să simtă plăcerea exprimării individuale, și au apărut mijloace de comunicare în masă ce reflectau această nouă stare de spirit. În 1981 însă, în Polonia a fost impusă legea marțială și s-au făcut enorm de multe arestări; cei mai mulți activiști au executat sentințe de circa șase luni. „A fi închis era un lucru pe care-l acceptau cu toții“, își amintește Agata Bielik-Robson, care avea, la vremea aceea, o relație personală cu unul dintre activiștii de frunte, și este ea însăși un filozof politic foarte apreciat. „Ceea ce nu puteau suporta era pierderea speranței.“ Sfera publică în care se exprimaseră pur și simplu nu mai exista. „A fost începutul unui gen de depresie politică, o perioadă în care oamenii aceștia și-au pierdut credința în comunicarea de orice fel: dacă nu puteau spune nimic într-un context public, nu voiau să spună nimic nici într-

un context privat.“ Aceiași oameni care organizaseră manifestații și scriseseră manifeste își pierduseră acum serviciul sau renunțaseră la el și stăteau acasă, se uitau ore în șir la televizor și trăgeau la măsă. Au devenit „morocănoși, monosilabici, ruși de lume, necomunicativi, închiși în ei“. Realitatea lor nu era prea diferită de ceea ce fusese cu cinci ani înainte, în afară de faptul că acum era traversată de umbra lui 1980, așa încât ce fusese cândva acceptat ca realitate ajunsese să arate a înfrângere.

„În acea vreme, singura sferă în care exista o posibilitate de succes era cea domestică“, își amintește Agata Bielik-Robson. Femeile care fuseseră implicate în Solidaritatea, dintre care multe își abandonaseră viața de acasă pentru activism, s-au retras în rolurile tradiționale ale femeilor și și-au îngrijit pe perioada grea bărbații bolnavi. „În acest fel, am găsit un țel și am avut un program propriu. Găseam atâta satisfacție în rolul nostru, care se dovedise a fi esențial! Începutul anilor '80 a fost un moment în care femeile erau mai puțin depresive decât în orice altă perioadă din istoria recentă a Poloniei, iar bărbații erau mai depresivi decât în orice altă perioadă.“

\*

Pe lista grupurilor cu cea mai mare probabilitate de apariție a depresiei, persoanele gay se situează șocant de sus.<sup>239</sup> Într-un studiu recent, cercetătorii au examinat gemeni de vârstă mijlocie, dintre care unul era gay, iar celălalt heterosexual.<sup>240</sup> Dintre heterosexuali, circa 4 la sută încercaseră să se sinucidă. Dintre persoanele gay, 15 la sută încercaseră să se sinucidă. În alt studiu, pe un eșantion aleatoriu de aproape patru mii de bărbați între șaptesprezece și treizeci și nouă de ani, 3,5 la sută dintre heterosexuali încercaseră să se sinucidă, în vreme ce aproape 20 la sută dintre cei care aveau parteneri de același sex încercaseră să se sinucidă. În alt studiu aleatoriu despre zece mii de bărbați și femei, la cei care avuseseră în anul precedent relații sexuale cu persoane de același sex apărea un procent semnificativ de înalt al depresiei și atacurilor de panică.<sup>241</sup> Un studiu reunind informații culese în Noua



Zeelandă<sup>242</sup> de-a lungul a douăzeci și unu de ani pe circa o mie două sute de indivizi a arătat că la cei care se identificau drept gay, lesbiană sau bisexual exista un risc mai mare de depresie majoră, tulburare de anxietate generalizată, tulburări de comportament, dependență de nicotină, gânduri de sinucidere și încercări de suicid. Un studiu olandez<sup>243</sup> efectuat pe șase mii de persoane a arătat că la bărbații și femeile gay există probabilitatea unor procente substanțial mai mari de depresie decât la heterosexuali. Un studiu pe patruzeci de mii de tineri, efectuat în Minnesota,<sup>244</sup> a arătat că la bărbații gay există o probabilitate de șapte ori mai mare de încercări de sinucidere decât la cei heterosexuali. Un alt studiu<sup>245</sup> pe aproximativ trei mii cinci sute de studenți a arătat că bărbații gay erau de aproape șapte ori mai susceptibili să procedeze la o tentativă de suicid decât bărbații heterosexuali. Alt studiu<sup>246</sup> a arătat că, într-un eșantion de circa o mie cinci sute de studenți, la persoanele gay (de ambele sexe) exista o probabilitate de peste șapte ori mai mare decât la studenții heterosexuali de a fi procedat la patru sau mai multe încercări de suicid. Un studiu cu centrul la San Diego a arătat că, dintre sinuciderile la bărbați, 10 la sută sunt comise de persoanele gay.<sup>247</sup> Dacă ești gay, riscurile de a fi depresiv cresc enorm.

Au fost propuse multe explicații ale acestui fapt, unele dintre ele mai plauzibile decât celelalte. Câțiva oameni de știință au adus argumente în favoarea unei legături genetice între homosexualitate și depresie (ipoteză pe care o socotesc nu numai supărătoare, ci și cu neputință de demonstrat). Alții au sugerat că persoanele care se așteaptă ca tendințele lor sexuale să-i împiedice să aibă copii se pot confrunta cu mortalitate mai timpurie decât cei mai mulți dintre heterosexuali. Au circulat multe alte teorii, dar explicația cea mai evidentă a procentului înalt de depresie a persoanelor gay este homofobia. La persoanele gay, există o probabilitate mai mare decât la populația generală să fie respinse de familiile lor.<sup>248</sup> Există o probabilitate mai mare să aibă probleme de adaptare socială. Din cauza acestor probleme, există o

probabilitate mai mare să renunțe la școală. Au un procent mai mare de boli cu transmitere sexuală. Există o probabilitate mai mică să fie în cupluri stabile în viața lor de adult. Există o probabilitate mai mică să aibă îngrijitori devotați spre sfârșitul vieții. Există, în primul rând, o probabilitate mai mare să fie infectați cu HIV; și, chiar și la cei care nu sunt infectați, după ce apare depresia există o probabilitate mai mare de a practica sex neprotejat și de a contracta virusul, lucru care, la rândul lui, agravează depresia. Mai presus de toate, există o probabilitate mai mare să-și fi trăit viața pe ascuns și, în consecință, să fi perceput o segregare intensă. La începutul anului 2001, m-am dus la Utrecht să-l întâlnesc pe Theo Sandfort, care a realizat lucrări de pionierat în domeniul depresiei la persoanele gay. Deloc surprinzător, Sandfort a constatat că rata depresiei este mai înaltă la cei care nu și-au dezvoltat înclinația sexuală decât la cei care au făcut-o, și este mai înaltă la persoanele singure decât la cele care au relații stabile pe termen lung. Aș spune că a-ți dezvoltat înclinația sexuală și a fi în cuplu sunt factori care alină o cumplită singurătate, ce afectează o mare parte dintre persoanele gay. Mai presus de toate, Sandfort a descoperit că nivelul de dificultate cu care se confruntă persoanele gay în viața de zi cu zi este extrem de mare în multe feluri insesizabile, care trec uneori neobservate până și de către cei pe care-i afectează; la persoanele gay, există, de pildă, o probabilitate mai mică de a le dezvoltat celor cu care lucrează informații despre viața lor personală, chiar dacă le-au dezvoltat respectivilor colegi înclinația sexuală. „Și asta e în Olanda“, spune Sandfort, „unde suntem mai deschiși în privința fenomenului gay decât aproape oriunde altundeva în lume. Simțim că există multă acceptare a homosexualității, dar lumea e încă heterosexuale, iar tensiunea faptului de a fi gay într-o lume heterosexuale e considerabilă. Există, ce-i drept, multe persoane gay care trăiesc bine; există, de fapt, persoane care, prin faptul că fac față cu succes complexității statutului de gay, au acumulat o forță psihologică de-a dreptul uluitoare, mult mai mare decât egalii lor heterosexuali. Ambitusul sănătății mintale e însă mai larg în comunitatea gay decât în orice altă comunitate, de la această mare forță până la o cumplită neputință.“ Sandfort știe despre ce vorbește. Lui însuși i-a fost foarte greu când și-a dezvoltat înclinația sexuală,

pentru că a primit învinuiri de la ambii părinți. Când avea douăzeci de ani, a devenit depresiv și șubred. A stat șapte luni într-o clinică psihiatrică, ceea ce a schimbat atitudinea părinților, l-a condus la o nouă apropiere de ei și a fost de natură să pună bazele unui nou tip de sănătate mintală, de care se bucură de atunci încoace. „De când m-am desfăcut în bucăți și m-am adunat la loc“, a spus, „știu cum sunt făcut și, ca urmare, știu câte ceva despre cum sunt făcuți alți gay“.

Chiar dacă cercetători ca Sandfort au elaborat studii ample și bine structurate, adunând cifre și făcând corelații, sensul acestor statistici a fost explicat relativ puțin. În două lucrări remarcabile, *Internalized Homophobia and the Negative Therapeutic Reaction* și *Internalized Homophobia and Gender-Violated Self-Esteem in the Psychology of Gay Patients*, Richard C. Friedman și Jennifer Downey scriu emoționant despre originile și mecanismele homofobiei asimilate inconștient. În centrul argumentelor lor, se află noțiunea de traumă din primii ani, legată de clasică viziune freudiană că trăirile inițiale ne modelează pe tot restul vieții. Totuși, Friedman și Downey pun accentul nu pe prima parte a copilăriei, ci pe ultima parte a ei, pe care o socotesc punctul de origine al încorporării atitudinilor homofobe. Într-un studiu recent despre socializarea bărbaților gay, se arată că, de obicei, copiii care vor deveni adulți homosexuali sunt crescuți în contexte heterosexiste și homofobe și că de mici încep să asimileze inconștient viziunea negativă a homosexualității, exprimată de colegi sau părinți. „În această situație“, scriu Friedman și Downey, „direcția dezvoltării pacientului a fost, în prima parte a copilăriei, plină de ură față de sine, condensată în narațiuni homofobe asimilate inconștient, structurate în ultima parte a copilăriei.“ Homofobia asimilată inconștient își are adesea originea în abuzurile și neglijarea din prima parte a copilăriei. „Înainte de a deveni sexual activi cu alte persoane“, scriu Friedman și Downey, „mulți copii care vor deveni gay sunt etichetați drept «efeminați» sau «fetițe». Sunt tachinați, amenințați cu violență fizică, ostracizați și chiar atacați de alți băieți.“ Într-adevăr, dintr-un studiu din 1998 a reieșit că orientarea homosexuală era legată statistic de furtul sau distrugerea deliberată a obiectelor lor personale în

școală. „Aceste interacțiuni traumatice pot să aibă ca rezultat sentimentul de inadecvare masculină. Izolarea de colegii de sex masculin poate rezulta din ostracizare, din evitare anxioasă, sau din ambele.“<sup>249</sup> Aceste experiențe dureroase pot să genereze o „ură față de sine globală și tenace“ aproape imposibil de vindecat. Această problemă a homofobiei asimilate inconștient este asemănătoare, din multe puncte de vedere, cu rasismul și cu tot felul de alte prejudecăți asimilate inconștient. M-a mirat totdeauna procentul foarte înalt de sinucideri în rândurile evreilor din Berlin,<sup>250</sup> adolescenți și persoane între douăzeci și treizeci de ani, care sugerează că la oamenii care se izbesc de prejudecăți este mare probabilitatea de a se îndoii de sine, de a-și subevalua viața și, în cele din urmă, de a-și pierde orice speranță în fața urii. Există însă speranță. „Credem“, scriu Friedman și Downey, „că multe persoane gay, bărbați și femei, lasă cu adevărat în urmă consecințele copilăriei lor, iar integrarea în subcultura gay slujește drept instrument de înlăturare a acestei căi bine alese. Relațiile de susținere au adesea un efect terapeutic asupra supraviețuitorilor unei traume, întărind sentimentele de siguranță și respect de sine și fortificând simțul identității. Procesele complexe implicate în consolidarea identității pozitive sunt alimentate în contextul interacțiunilor benefice cu alte persoane gay“.

Și totuși, în ciuda efectelor minunate și curative ale comunității gay, problemele profunde persistă, și partea cea mai interesantă a lucrărilor lui Friedman și Downey se ocupă de pacienții care par asemănători în „comportamentul lor *p rent* cu cei care par să fi lăsat în urmă cele mai rele consecințe ale traumei“, dar care, de fapt, sunt vătămați grav de o ură față de sine persistentă. Aceste persoane își exprimă adesea prejudecățile față de cei a căror homosexualitate le pare în vreun fel ostentativă, printre care se numără, de exemplu, bărbații strident efeminați sau efeminați, asupra cărora își proiectează disprețul pe care-l simt față de propriile sentimente de nemasculinitate. Ei pot să creadă, conștient sau inconștient, că nu sunt cu adevărat stimați în domenii complet separate de viața lor erotică – la locul de muncă, de exemplu –, din cauză că ei cred că cei care-i percep drept gay îi cred

inferiori. „O viziune negativă a sinelui ca inadecvat masculin funcționează ca o fantezie inconștientă organizatoare“, scriu Friedman și Downey. Această fantezie este „un element dintr-o narațiune internă complexă, a cărei temă principală este «Sunt un bărbat demn de dispreț, necorespunzător, nemasculin»“. Persoanele afectate de aceste atitudini pot să atribuie sexualității toate problemele din viața lor. „Autoestimarea negativă poate ajunge să fie atribuită dorințelor homosexuale; astfel, cu toate că ea își poate avea rădăcinile în fenomene cu totul diferite, pacientul poate să creadă în mod conștient că se urăște din cauză că e homosexual.“

Am socotit totdeauna că limbajul *g y pride* „mândria gay“ a dominat mișcarea gay, deoarece este, în realitate, exact opusul a ceea ce simt multe dintre persoanele gay. Rușinea de a fi gay este endemică. „Culpa și rușinea de a fi gay duc la ură față de sine și la comportament suicidal“, scriu Friedman și Downey. Această ură față de sine este, în parte, „consecința identificării parțiale, de tip defensiv, cu agresorii, «așezată peste» autoacceptarea produsă anterior“. Puține persoane aflate la vârsta la care apare conștiința sexuală ar alege să fie gay, iar cele mai multe dintre persoanele care sunt gay nutresc o vreme fantezii de convertire. Acestea sunt îngreunate și mai mult de o mișcare *g y pride* ce socotește rușinoasă rușinea de a fi gay. Dacă ești gay și te simți nelalocul tău din această pricină, cei *pro-pride* o să te ia peste picior pentru temerea ta; homofobii o să-și bată joc de tine că ești gay; și o să rămâi cu totul pe dinafară. E adevărat că ni-i asimilăm inconștient pe călăi. Refulăm adesea amintirile dureroase produse de primul nostru contact cu homofobia exterioară. Pacienții gay descoperă adesea, după o terapie prelungită, convingerea profundă că „tata (sau mama) m-a urât totdeauna pentru că sunt homosexual“. S-ar putea, din păcate, să aibă dreptate. Într-un studiu făcut de *The New Yorker*, au fost interogați oameni de toate categoriile: „Ce ați prefera pentru fiul sau fiica dumneavoastră: să fie heterosexual, fără copii și necăsătorit sau cu o căsnicie nu prea reușită; sau să fie homosexual, angajat într-o relație stabilă, fericită, și având copii?“ Peste o treime dintre cei care au răspuns au ales „heterosexual, fără copii și necăsătorit sau cu o căsnicie nu

prea reușită“.<sup>251</sup> De fapt, mulți părinți privesc homosexualitatea ca pe o pedepsă care li s-a dat pentru păcatele lor; nu e vorba despre identitatea copiilor lor, ci despre propria identitate.

Am avut o perioadă agitată cu sexualitatea mea și am trecut prin dificultăți – familiare multor bărbați gay. N-au fost probleme, din câte-mi amintesc, până la șapte ani. În clasa a doua însă, au început chinurile. Eram neîndemânatic și aveam o constituție neatletică; purtam ochelari; nu eram interesat de spectacolele sportive; eram tot timpul cu nasul în câte o carte; cu fetele îmi era cel mai ușor să mă împrietenesc. Îmi plăcea muzica de operă mai mult decât ar fi fost potrivit pentru vârsta mea. Eram fascinat de magie. Eram ocolit de mulți dintre colegii de școală. Când, în vara în care împlinisem zece ani, m-am dus într-o tabără departe de casă, am fost tachinat, hărțuit și numit în mod regulat „poponar“ – cuvânt care m-a uluit, pentru că încă nu-mi formulasem în gând nici un fel de dorință sexuală. Până să ajung în clasa a șaptea, problema luase amploare. La școală, ochii atenți ai unui corp didactic liberal ofereau o oarecare protecție, și nu eram decât ciudat și nepopular: prea studios, prea necoordonat, prea artist. În autobuzul școlii însă, domnea brutalitatea. Îmi amintesc cum ședeam țepăn acolo, alături de o fetiță oarbă cu care mă împrietenisem, în vreme ce întregul autobuz intona insulte la adresa mea, tropăind în ritmul ocărilor. Eram nu numai obiectul batjocurii, ci și al unei uri intense, care, pe cât mă nedumerea, pe atât de mult mă durea. Acea perioadă îngrozitoare n-a durat prea mult; până să ajung în clasa a noua, lucrurile se liniștiseră, iar, în ultimul an de liceu, nu mai eram nepopular (nici la școală, și nici chiar în autobuz). Învățasem însă prea mult despre aversiune și prea mult despre teamă, și nu aveam să mai scap niciodată de ele.

În familia mea, am știut de la început că homosexualitatea nu avea să fie acceptată cu ușurință. În clasa a patra, am fost dus la un psihiatru, iar, după mulți ani, mama mi-a spus că l-a întrebat dacă eram gay; se pare că el a spus că nu sunt. Pentru mine, episodul e interesant, pentru că mama fusese foarte îngrijorată de posibila mea identificare sexuală încă din perioada dinaintea

pubertății mele. Sunt sigur că terapeutul ăla ignorant ar fi primit fără întârziere însărcinarea să rezolve problema sexualității mele, dacă ar fi evaluat-o cu mai multă precizie. N-am spus niciodată familiei mele de hărțuiala din tabără sau de cea de la școală; în cele din urmă, cineva i-a spus mamei sale ce se întâmplă în fiecare zi în autobuzul școlii, iar mama aceea i-a spus mamei mele, care a vrut să știe de ce nu i-am spus nimic. Cum aș fi putut? Întrucât începusem să simt ascuțișul dorinței sexuale, am ținut totul ascuns. Când un tip absolut adorabil mi-a făcut avansuri în timpul unei excursii cu membrii corului, am crezut că încercă pur și simplu să-și bată joc de mine și că o să trâmbițeze lumii întregi veștile urâte despre mine; și, spre veșnicul meu regret, l-am respins. Am ales, în schimb, să-mi pierd virginitatea cu un necunoscut, al cărui nume nu l-am aflat, într-un loc public dezgustător. Apoi, m-am urât. În anii care au urmat, am fost măcinat de secretul meu cumplit, și m-am scindat în persoana neajutorată care făcea chestii revoltătoare prin spălătorii din subsoluri și studentul strălucit, cu o droaie de prieteni, care se distra de minune la facultate.

Până să ajung la prima mea relație serioasă, la douăzeci și patru de ani, încorporasem în eul meu sexual o cantitate impresionantă de experiențe nefericite. Acea relație, ce pare, privind în urmă, să fi fost nu numai surprinzător de afectuoasă, ci și uimitor de normalizantă, mi-a marcat ieșirea dintr-o suferință sporită, iar în cei doi ani cât am trăit cu acel partener am simțit că partea întunecată a vieții mele s-a luminat. Mai târziu, am crezut că sexualitatea mea e implicată, într-un fel, în suferința mamei mele, în timpul fatalei boli; ura tare mult ceea ce eram eu, și acea ură era, în ea, o otravă ce se prelingea în mine și-mi strica plăcerile romantice. Nu pot separa homofobia ei de a mea, dar știu că amândouă m-au costat scump. E oare surprinzător că, atunci când am început să am impulsuri sinucigașe, am ales să caut cu lumânarea HIV-ul? Nu era altceva decât o cale de a transforma tragedia interioară a dorințelor mele într-o realitate fizică. Am presupus că prima mea cădere psihică a fost legată de publicarea unui roman care făcea aluzie la boala și la moartea mamei mele; era însă și o carte cu conținut gay explicit, și e sigur că și lucrul acesta mi-a înlesnit căderea psihică. Poate că, într-adevăr,

aceasta era angoasa dominantă: faptul că m-am silit să fac public ceea ce ținusem atâta vreme între zidurile tăcerii.

Pot identifica acum elementele homofobiei asimilate inconștient, și sunt mai puțin afectat de ele decât am fost înainte. Am avut relații mai lungi, semnificative, dintre care una a durat mulți ani. Calea de la cunoaștere la libertate e totuși lungă și anevoioasă, și înaintez pe ea luptând în fiecare zi. Știu că m-am angrenat în multe activități la care mă refer în această carte parțial ca supracompensare a sentimentelor homofobe de nemasculinitate. Fac parașutism, am o pușcă, am participat la Outward Bound – toate ajutându-mă să compensez timpul cheltuit cu îmbrăcămintea, în așa-zis feminina căutare a artei și în îmbrățișarea erotic-afectivă a bărbaților. Mi-ar plăcea să cred că de acum sunt liber, dar, cu toate că am multe emoții pozitive asociate cu sexualitatea mea, cred că n-am să scap niciodată cu totul de negare. M-am descris adesea ca bisexual. Am avut trei relații de lungă durată cu femei, și ele mi-au produs multă încântare, afectivă și fizică; dar, dacă lucrurile ar fi stat invers și și aș fi avut un mare interes sexual față de femei și un interes minor față de bărbați, cu siguranță n-aș fi apelat la experimentul identității sexuale alternative. Cred că e probabil să fi intrat în relații sexuale cu femei în bună parte ca să-mi pot dovedi mai mult masculinitatea. Cu toate că acest efort m-a condus la bucurii mari, a fost un efort de proporții uneori devastatoare. Chiar și cu bărbații am încercat uneori să manifest o dominare pe care n-o simțeam de fapt, încercând încă să-mi satisfac masculinitatea în context gay – pentru că, de fapt, până și societatea gay emancipată îi privește homofob, de sus, pe bărbații care cedează. Ce-ar fi fost dacă n-aș fi irosit atât de mult timp și energie fugind de ceea ce consider a fi calitățile mele nemasculine? Poate că aș fi fost în stare să evit întru totul trăirile mele depresive? Aș fi fost mai degrabă întreg decât fragmentat? Poate că, îmi zic, cel puțin aș fi avut ani de fericire, care sunt acum pierduți pe vecie.

Pentru a investiga mai bine problema decalajelor culturale în definirea depresiei, am cercetat viața populațiilor eschimose (inuiți) din



Groenlanda<sup>252</sup> – parțial pentru că sunt multe cazuri de depresie în acea cultură și parțial pentru că atitudinile culturii față de depresie sunt foarte distincte. Acolo, depresia afectează 80 la sută din populație. Cum poți organiza o societate în care depresia joacă un rol atât de important? În prezent, Groenlanda, ca posesiune daneză, integrează în felul de a fi al unei societăți străvechi realitățile lumii moderne, și aproape totdeauna societățile de tranziție – comunitățile tribale africane care sunt inserate în națiuni mai mari, culturile nomade urbanizate, fermierii individuali care sunt încorporați în structurile agricole pe scară mai mare – au niveluri înalte ale depresiei. Chiar și în context tradițional însă, depresia a fost masivă la inuiți, iar rata sinuciderilor a fost mare – în unele zone, se sinucid circa 0,35 la sută din populație *pe*

*n.*<sup>253</sup> Unii ar putea spune că acesta e felul lui Dumnezeu de a arăta că oamenii n-ar trebui să trăiască într-un loc atât de vitreg – cu toate acestea, inuiții nu și-au părăsit viața legată de gheață ca să migreze către sud. S-au deprins să îndure greutățile vieții de dincolo de Cercul Polar. Înainte de a mă duce acolo, presupuneam că principala problemă în Groenlanda era tulburarea afectivă legată de anotimp (*se son l ffe tive disorder* – SAD), depresia care rezultă dintr-o perioadă de trei luni în care soarele nu răsare niciodată. M-am așteptat ca toată lumea să derapeze toamna și să înceapă să se simtă mai bine în februarie. Nu așa stau lucrurile. În Groenlanda, prima lună a sinuciderilor este mai, și, cu toate că străinii care se mută în partea de nord a Groenlandei sunt teribil de deprimați în lungile perioade de întuneric, inuiții s-au adaptat cu timpul modificărilor luminii în funcție de anotimpuri și, în general, sunt în stare să-și păstreze dispoziția adecvată în timpul perioadei de întuneric. Toată lumea iubește primăvara, iar unii socotesc că întunericul e sumbru; dar tulburarea afectivă legată de anotimp chiar nu este problema centrală a oamenilor din Groenlanda. „Cu cât natura devine mai bogată, mai blândă și mai plăcută“, scria eseistul A. Alvarez, „cu atât pare mai profundă iarna lăuntrică, și cu atât mai căscat și mai greu de suportat e abisul ce desparte lumea lăuntrică de cea din afară.“<sup>254</sup> În Groenlanda, unde

trecerea la primăvară este de două ori mai spectaculoasă decât într-o zonă mai temperată, acestea sunt lunile cele mai cumplite.

Viața e grea în Groenlanda, așa încât guvernul danez a creat programe formidabile în domeniul serviciilor de asistență socială, și toată lumea se bucură gratuit de îngrijiri medicale și educație, există chiar și alocații pentru șomaj. Spitalele sunt curate lună, iar închisoarea din capitală arată mai degrabă ca o pensiune decât ca o instituție de pedeapsă. Clima și forțele naturii din Groenlanda sunt însă nemăsurat de aspre. Unul dintre inuiții pe care i-am cunoscut, un bărbat care călătorise prin Europa, a spus: „Noi nu facem niciodată artă de nivel înalt și nu construim clădiri mari, așa cum au făcut alte civilizații. Dar, de mii de ani încoace, supraviețuim.“ M-a izbit faptul că aceasta se prea poate să fi fost o realizare mai mare. Vânătorii și pescarii prind destulă pradă cât să se hrănească pe ei și câinii lor, și vând pieile focilor pe care le mănâncă, pentru a-și acoperi micile cheltuieli necesare traiului și reparării săniilor și bărcilor. Cei mai mulți dintre oamenii care trăiesc în apropierea vechilor drumuri din așezări sau din sate sunt, cel mai adesea, afectuoși; sunt mari povestitori, mai ales despre expediții de vânătoare și despre cum au scăpat ca prin urechile acului de la moarte; sunt toleranți. Au un minunat simț al umorului și râd mult. Din cauza climei în care trăiesc, au o rată mare a traumelor – degerare, înfometare, răniri – și a pierderilor. Acum patruzeci de ani, oamenii aceștia încă mai trăiau în igluuri, acum au case prefabricate în stil danez, cu numai două-trei încăperi. În fiecare an, timp de trei luni, soarele dispare cu totul. În această perioadă de întuneric, vânătorii îmbrăcați în pantaloni din blană de urs alb și jachete din piei de focă trebuie să alerge în spatele săniilor lor trase de câini, ca să evite degerarea.

Familiile inuiților sunt mari. Luni în șir, familii chiar și de douăsprezece persoane stau neconținut în casă, de obicei adunați într-o odaie. E pur și simplu prea frig și prea întuneric ca să iasă cineva, în afară de tată, care pleacă la vânătoare sau la pescuit la copcă o dată sau de două ori pe lună, ca să completeze rezervele de pește uscat din timpul verii. În Groenlanda, nu există copaci, așa încât în odaie nu ard focuri vesele; de fapt, în mod tradițional n-ar fi fost decât o mică lampă cu grăsime de focă într-un iglu unde, așa cum spunea

un groenlandez pe care l-am cunoscut, „ședeam cu toții luni întregi, uitându-ne cum se topesc pereții“. În aceste condiții de intimitate silită, nu e loc pentru plângeri, pentru discuții despre probleme sau pentru supărare și învinuiri. La inuiți, protestele sunt pur și simplu tabu. Ei sunt tăcuți și morocănoși sau povestitori înclinați spre râs, sau vorbesc despre ce e pe afară și despre vânătoare. Dar aproape niciodată nu vorbesc despre ei înșiși. Starea depresivă, concomitent cu isteria și paranoia, sunt prețul plătit pentru caracterul intens comunitar al vieții inuiților.

Trăsăturile distinctive ale depresiei groenlandeze nu sunt rezultate nemijlocite ale temperaturii și luminii; sunt consecința faptului că a vorbi despre tine însuși e tabu. Intimitatea fizică extremă în această societate face necesară rezerva afectivă. Nu-i lipsă de bunătate; nu-i răceală; e, pur și simplu, alt fel de a fi. Poul Bisgaard, un bărbat zdravăn și blând, cu un aer de răbdare uimită, e primul groenlandez nativ care a devenit psihiatru. „Desigur, dacă cineva dintr-o familie e depresiv, vedem simptomele“, spune el. „În mod tradițional însă, nu ne amestecăm. Ar însemna să rănești mândria celui căruia i-ai spune că arată abătut. Omul deprimat crede că e fără valoare și socotește că, dacă e fără valoare, n-are nici un rost să-i deranjeze pe ceilalți. Cei din jurul lui nu-și permit să se amestece.“ Kirsten Peilman, psiholog danez care a trăit în Groenlanda peste un deceniu, spunea: „N-au sens regulile care să includă amestecul în treburile altcuiva. Nimeni nu-i spune altcuiva să se poarte cum trebuie. Tolerezi pur și simplu orice prezintă ceilalți și-i lași să se tolereze singuri.“

M-am dus acolo în perioada de lumină. Nimic nu m-ar fi putut pregăti pentru frumusețea Groenlandei în luna iunie, când soarele rămâne sus, deasupra capului, toată noaptea. Am fost duși cu bărcuța cu motor a unui pescar din orașul Ilulissat, de cinci mii de locuitori, unde aterizasem într-un avion mic, înspre sud, către una dintre așezările pe care le alesesem în urma consultării cu șeful serviciilor de sănătate publică ale Groenlandei. Se numește Illiminaq, e locuit de vânători și pescari și are, în total, vreo optzeci și cinci de adulți. Nu există drumuri care duc la Illiminaq și nu există drumuri în Illiminaq. Iarna, sătenii călătoresc peste gheață în sănii trase de câini; vara, se

poate ajunge acolo doar cu barca. Primăvara și toamna, oamenii stau acasă. Când m-am dus eu, aisberguri fantastice, unele mari cât blocurile de birouri, pluteau în josul coastei, îngrămădindu-se lângă fiordul de gheață Kangerlussuaq. Am traversat intrarea fiordului, navigând printre bucăți netede, alungite, de gheață veche, care se răsturnaseră cu susul în jos, și frânturi de ghețar, mari cât blocurile de apartamente, erodate de vreme și de un albastru ciudat – barca noastră arătând umilă în fața acestei măreții a naturii. În vreme ce înaintam, împingeam ușurel aisbergurile mai mici, dintre care erau unele mari cât niște frigidere; altele erau ca niște farfurii plutitoare, ce umpleau apa limpede în așa fel, încât, dacă priveai departe, în zare, puteai să crezi că plutești printre plăci de gheață întregi. Lumina era atât de limpede, încât nu părea să existe adâncime a câmpului vederii, și nu puteam desluși ce era aproape și ce era departe. Ne ațineam pe lângă țarm, dar eu nu deosebeam pământul de mare, și, de cele mai multe ori, treceam prin canioanele formate între munții de gheață. Apa era atât de rece, încât, când o bucată de gheață se desprindea de pe marginea unui aisberg și cădea, ea se adâncea în apă ca într-o cremă, a cărei netezime se refăcea încetișor, abia după câteva secunde măsurabile după impact. Din când în când, vedeam sau auzeam câte o focă plonjând cu un plescăit în apa rece. În rest eram singuri cu lumina și gheața.

Illiminaq este așezat lângă un mic golf natural. Există acolo vreo treizeci de case, o școală, o bisericuță și un magazin, aprovizionat cam o dată pe săptămână. Fiecare casă are un atelaj de câini, care depășesc cu mult numărul oamenilor care locuiesc acolo. Casele sunt zugrăvite în culorile vii, deschise, pentru care localnicii au un cult – turcoaz, galben deschis, roz pal –, dar deabia se zăresc pe stâncile imense care se înalță în spatele lor sau pe marea albă care se întinde în fața lor. E greu de imaginat un loc mai izolat decât Illiminaq. Satul are totuși linie telefonică, și guvernul danez plătește elicoptere care iau localnicii în caz de urgențe medicale, dacă vremea permite aterizarea. Nimeni nu are apă curentă sau toaletă cu apă, dar există un generator, așa încât unele case și școala au curent electric, și câteva au televizor. Fiecare casă are o priveliște neînchipuit de frumoasă; la miezul nopții, când soarele

era sus, pe cer, și localnicii dormeau, mă plimbam printre casele tăcute și câinii adormiți, ca și cum aș fi fost într-un vis.

Cu o săptămână înainte de venirea mea, fusese pusă în fața magazinului o înștiințare, în căutare de voluntari care să discute cu mine despre stările lor sufletești. Translatorul meu – o femeie inuit vioaie, cultivată, activistă, în care oamenii din Illiminaq aveau încredere – fusese de acord, călcându-și pe inimă, să încerce să mă ajute să conving localnicii cu comportament rezervat să vorbească despre sentimente. Am fost abordați, destul de timid, a doua zi de la sosire. Da, și ei aveau unele povești de spus. Da, se hotărâseră să mi le spună mie. Da, era mai ușor de vorbit despre astfel de lucruri cu un străin. Da, trebuie să vorbesc cu cele trei femei înțelepte – cele care au pornit toată chestia asta cu vorbitul despre sentimente. Din experiența mea, inuiții sunt oameni binevoitori, și erau dornici să ajute, chiar dacă acest ajutor implica o locvacitate oarecum străină felului lor obișnuit de a fi. Datorită faptului că li se spusese lucruri bune despre mine înainte să ajung, și datorită pescarului care mă adusese cu barca, și datorită translatorii mele, m-au primit în comunitatea lor restrânsă, în vreme ce mă tratau cu politețea convenită străinilor.

„Să nu pui întrebări directe“, a fost sfatul medicului danez care se ocupă de districtul în care se află Illiminaq. „Dacă-i întrebi cum se simt, nu vor fi în stare să-ți spună nimic.“ Cu toate acestea, sătenii știau ce vreau să aflu. De obicei, nu dădeau răspunsuri mai lungi de câteva cuvinte, și trebuia ca întrebările să fie cât mai concrete posibil, dar, chiar dacă simțămintele nu le erau disponibile pe plan lingvistic, era clar că sunt prezente pe plan conceptual. Trauma este o prezență regulată în viața locuitorilor Groenlandei; anxietatea după traumă nu era neobișnuită; cum nu erau nici coborârea în sentimentele întunecate și îndoiala de sine. Bătrâni pescari din port mi-au povestit cum li s-au scufundat săniile (o echipă de câini bine antrenată te poate scoate la suprafață, dacă gheața nu se sparge mai departe, dacă nu te îneci până atunci, dacă nu se rup hățurile) și cum au fost siliți să umble kilometri întregi la temperaturi sub zero grade în haine ude; au vorbit despre vânătoare când gheața se mișcă, și zgomotul tunător te împiedică să auzi glasul altui om, și simți că

ești săltat când o bucată de ghețar își schimbă poziția, și nu știi dacă n-o să se răstoarne curând, azvârlindu-te în mare. Și au vorbit despre faptul că, după astfel de experiențe, e greu să continui, să lupți cu gheața și întunericul pentru hrana zilei de mâine.

Ne-am dus să le vedem pe cele trei femei în vârstă. Fiecare dintre ele suferise îngrozitor. Amalia Joelson, moașa, era cea mai apropiată de statutul de medic al localității. Într-un an, a născut un prunc mort; în anul următor, a născut un copil care a murit după o noapte. Soțul ei, nebun de durere, a acuzat-o că a omorât copilul. Ea însăși nu putea să suporte, în acel moment, gândul că poate să ajute la venirea pe lume a copilului vecinilor ei, dar ea nu poate avea copii. Karen Johansen, soția unui pescar, și-a părăsit orașul natal, ca să vină în Illiminaq. La puțin timp după aceea, i-au murit, unul după altul, mama, bunicul și sora mai mare. Apoi, soția fratelui ei a rămas însărcinată, și avea gemeni. Primul geamăn s-a născut mort, la cinci luni. Al doilea s-a născut sănătos, dar a murit la trei luni de sindromul morții subite la sugari. Fratelui ei i-a mai rămas un copil, o fetiță de șase ani, și, când copila s-a înecat, el s-a spânzurat. Amelia Lange era cea care oficia în biserică. Se măritase cu un vânător tânăr, înalt și a adus pe lume rapid opt copii. Apoi, el a avut un accident de vânătoare; un glonț a ricoșat dintr-o piatră și i-a rupt de la jumătate brațul drept, între cot și încheietura mâinii. Osul nu s-a mai vindecat, iar, când dădeai mâna cu el, linia de ruptură se îndoia ca o articulație în plus. Și-a pierdut uzul brațului drept. După câțiva ani, a ieșit din casă în timpul unei furtuni și vântul puternic l-a luat pe sus. Fără brațul care să amortizeze căderea, și-a rupt gâtul și, de atunci, e, în mare parte, paralizat de la cap în jos. Soția a trebuit să-l îngrijească și să-l poarte prin casă în scaunul cu rotile, să vadă de copii și să se ducă la vânătoare. „Făceam treburile de pe afară și, în tot timpul ăsta, plângeam“, își amintește ea. Când am întrebat-o dacă n-a venit nimeni la ea când a văzut-o că muncește plângând, a spus: „Nu s-au amestecat câtă vreme eram în stare să fac acele treburi.“ Soțul simțea că e o povară atât de mare pentru ea, încât n-a mai mâncat, nădăjduind să moară de foame, dar ea a văzut ce are de gând să facă, iar acest fapt a făcut-o să rupă tăcerea și să-l implore să trăiască.

„Da, e adevărat“, a zis Karen Johansen. „Noi, groenlandezii, suntem prea retrași ca să fim intimi. Și ducem cu toții aici multe poveri, dar nimeni dintre noi nu vrea să adauge propria povară la poverile altora.“ Exploratorii danezi de la începutul și de la mijlocul secolului al XX-lea au găsit la inuiți trei boli mintale principale, descrise de inuiții înșiși ca „timp petrecut în afara minții“. În prezent, ele nu mai există, în afara unor localități foarte izolate. „Isteria polară“<sup>255</sup> a fost descrisă de un bărbat care a suferit de ea drept „urcare a sevei, a sângelui tânăr hrănit de sângele morselor, focilor și balenelor – tristețea pune stăpânire pe tine. La început, ești agitat. Înseamnă să fii sătul de viață.“ O formă modificată a ei există și în zilele noastre, ceea ce numim depresie activată sau stare eterogenă; e strâns înrudită cu ideea malaysiană de „amoc“. „Sindromul rățăcitorului prin munți“ îi afecta pe cei care întorceau spatele comunității și plecau – mai demult, nu li se mai îngăduia să se întoarcă și erau siliți să se descurce în singurătate absolută până la sfârșitul vieții. „Anxietatea caiacului“: convingerea, contrară realității, că ai apă în caiac, că o să te scufunzi și că o să te îneci era cea mai obișnuită formă de paranoia. Cu toate că acești termeni sunt folosiți acum mai ales în context istoric, evocă încă unele dintre conflictele din viața inuiților. În Umanaaq, după spusele lui René Birger Christiansen, șeful serviciilor de sănătate din Groenlanda, au existat recent oameni care s-au plâns că au apă sub piele. Exploratorul Jean Malaurie scria în anii '50: „Există adesea o contradicție dramatică între temperamentul fundamental individualist al eschimosului și credința sa conștientă că singurătatea e sinonimă cu nefericirea. Dacă este abandonat de semenii lui, e copleșit de depresia care-l pândește tot timpul. Să fie oare viața în comun prea greu de suportat? O rețea de obligații leagă o persoană de alta și face din eschimos un prizonier benevol.“<sup>256</sup>

Fiecare dintre acele femei vârstnice din Illiminaq își purtase multă vreme durerea în tăcere. Karen Johansen a spus: „La început, am încercat să le spun altor femei ce simțeam, dar pur și simplu nu m-au băgat în seamă. Nu voiau să vorbească despre lucrurile rele. Și nu știau cum să poarte o astfel de conversație; nu mai auziseră pe nimeni vorbind despre problemele sale. Până la

moartea fratelui meu, și eu mă mândream că nu sunt un nor pe cerul altor oameni. Dar, după șocul sinuciderii lui, trebuia să vorbesc. Oamenilor nu le plăcea asta. La noi, e o necuviință să-i spui cuiva, chiar și unui prieten: «Îmi pare rău de necazurile tale.»“ Își descrie soțul ca „om al tăcerii“, cu care a izbutit, în cele din urmă, să găsească o cale ca să i se plângă, în vreme ce el asculta, fără ca vreunul dintre ei să rostească acele vorbe care-i erau lui atât de străine.

Fiecare dintre aceste trei femei a fost atrasă de greutățile celorlalte și, după mulți ani, au vorbit între ele despre profunzimea angoasei lor, despre singurătatea lor, despre toate sentimentele lor. Amalia Joelson făcuse la spitalul din Ilulissat pregătirea de moașă, și acolo a aflat despre terapiile conversaționale. Conversațiile cu celelalte două femei îi aduceau alinare, și le-a propus un plan. Era un plan nou pentru acea societate. Într-o duminică, în biserică, Amelia Lange a anunțat că alcătuiseră un grup și că invită pe oricine dorește să vorbească despre situații dificile să vină la ele, separat sau mai mulți la un loc. A propus să folosească sala de consultații din casa Amaliei Joelson. Amelia Lange a promis că aceste întâlniri aveau să rămână cu totul confidențiale. A spus: „Nimeni dintre noi nu trebuie să fie singur.“

În anul următor, toate femeile din sat, pe rând, fără să știe câte altele au acceptat oferta, au venit la ele. Femei care nu le spusese niciodată soților sau copiilor ce e în sufletul lor au venit și au plâns în sala de consultații a moașei. Și așa a început această nouă tradiție, a deschiderii. Au venit și câțiva bărbați, deși concepția bărbaților despre dârzenie îi făcea să se țină deoparte, cel puțin la început. Am petrecut ore întregi în casa fiecăreia dintre aceste trei femei. Amelia Lange a spus că a fost o mare revelație pentru ea să vadă cum oamenii erau „dezlegați“ după ce vorbeau cu ea. Karen Johansen m-a invitat să-i cunosc familia și mi-a dat o farfurie cu supă de carne proaspătă de balenă, despre care a spus că e adesea cel mai bun răspuns la problemele cuiva, și mi-a spus că a găsit adevăratul tratament pentru tristețe, care este să îți se povestească despre tristețea altora. „Nu fac asta doar pentru cei care-mi vorbesc“, a spus ea, „ci și pentru mine.“ În casele și în intimitatea lor, oamenii din Illiminaq nu vorbesc unii despre alții. Dar se adresează celor mai



vârstnici și capătă de la ei tărie. „Știu că am împiedicat multe sinucideri“, a spus Karen Johansen. „Mă bucur că am putut vorbi cu ei la timp.“ Problema confidențialității a fost de maximă importanță; există multe ierarhii în așezările mici, și ele nu pot fi perturbate fără să se creeze probleme mult mai mari decât cea a tăcerii. „Mă întâlnesc cu oamenii care mi-au spus despre problemele lor și niciodată nu se întâmplă să aduc în discuție acele probleme ori să mă interesez în alt fel despre sănătatea cuiva“, a spus Amalia Joelson. „Dacă o persoană pe care o întreb politicos: «Ce mai faci?» începe să plângă, doar atunci o aduc acasă la mine.“

Ideea de terapii conversaționale e discutată în mod obișnuit în Occident, cu toate că a fost introdusă de psihanaliști. Depresia este o boală a însingurării, și oricine a suferit o formă majoră a ei știe că impune o izolare îngrozitoare, chiar și celor înconjurați de iubire – în acest caz, o izolare provocată de aglomerare. Cele trei femei vârstnice din Illiminaq au descoperit minunea eliberării de povară și a ajutorii celorlalți să se elibereze și ei. În diferite culturi, durerea se exprimă în mod diferit, și membrii diferitelor culturi simt feluri diferite de durere, dar natura însingurării poate lua un număr infinit de forme.

Cele trei femei vârstnice au vrut să știe și despre depresia mea, și, în vreme ce ședeam în casele lor și mâncam cod uscat învelit în grăsime de focă, le-am simțit cum întind o punte de la experiența lor la a mea. Când am plecat din așezare, translațoarea mea a spus că a fost experiența cea mai epuizantă din viața ei, dar a spus-o strălucind de mândrie. „Noi, inuiții, suntem oameni puternici“, a zis. „Dacă nu ne-am rezolva toate problemele, am muri aici. Așa că am găsit o cale de a rezolva și problema asta, depresia asta.“ Sara Lynge, o groenlandeză care a creat într-un oraș mare o linie telefonică pentru cei care intenționează să se sinucidă, a spus: „În primul rând, oamenii trebuie să vadă ce ușor e să vorbești cu cineva, și apoi cât de bine te simți. Ei n-o știu. Noi, cei care am descoperit asta, trebuie să facem tot ce ne stă în puteri ca să răspândim vestea.“

Când te confrunți cu lumi în care adversitatea este norma, vezi cum se modifică hotarele dintre gândul corect că viața e grea și starea de depresie.

Viața inuțiilor e grea – nu înjosoare pe plan moral ca aceea din lagărele de concentrare și nu goală pe plan afectiv, asemenea celei din marile orașe, ci neîncetat trudnică și fără răsfățurile materiale zilnice pe care cei mai mulți dintre occidentali le consideră convenite. Până foarte de curând, inuții nu-și puteau îngădui nici măcar luxul de a vorbi despre problemele lor: trebuia să-și înăbușe toate emoțiile negative, pentru că altfel acestea ar fi dus de râpă întreaga societate. Familiile pe care le-am vizitat în Illiminaq și-au croit drumul prin greutăți, respectând pactul tăcerii. A fost un sistem eficient, dacă ne gândim la scopul său, și a ajutat mulți oameni să iasă cu bine din numeroasele ierni geroase. Noi, occidentalii moderni, credem că problemele se rezolvă cel mai bine când sunt scoase din întuneric, și povestea celor întâmplare în Illiminaq susține această teorie; însă formularea problemelor este limitată din punctul de vedere al scopului și amplasamentului. Să ne amintim că nici una dintre persoanele depresive din așezare n-a vorbit despre problemele sale dimpreună cu motivele acelor probleme, și n-a discutat în mod regulat despre greutățile sale cu cele trei femei vârstnice. Se spune adesea că depresia este un lucru căruia, într-o societate dezvoltată, îi cade pradă clasa celor inactivi; este, de fapt, un lucru despre care o anumită clasă își permite luxul să vorbească și să-l trateze. La inuți, depresia e cu totul secundară pe scara lucrurilor și atât de evident face parte din viața tuturor, încât, în afară de cazurile de boli vegetative, pur și simplu o ignoră. Între tăcerea lor și conștiința noastră de sine despre care vorbim mult există o mulțime de modalități de a vorbi despre suferința psihică, de a cunoaște cea suferință. Contextul, rasa, sexul, tradiția, națiunea – toate conspiră la stabilirea lucrurilor care trebuie spuse și a celor care trebuie să fie trecute sub tăcere și, într-o anumită măsură, determină astfel ceea ce va fi ușurat, ceea ce va fi agravat, ceea ce va fi răbdut, ceea ce va fi negat. Depresia – urgențele ei, simptomele și felul de a ieși din ea – este determinată în întregime de forțe cu totul exterioare biochimiei noastre individuale: cine suntem, unde ne-am născut, ce credem și cum trăim.

## Note

**163.** Faptul că suferă de depresie de două ori mai multe femei decât bărbați e reluat în întreaga literatură generală. O statistică comparativă la nivel internațional în sprijinul acestei afirmații a fost făcută și publicată de Myrna Weissman, de la Universitatea Columbia, sub titlul *Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder*, în *Journal of the American Medical Association* 276, nr. 4 (1996).

**164.** Faptul că diferențele în privința depresiei încep la pubertate este o idee foarte răspândită, care predomină în cea mai mare parte a literaturii pe această temă. V. Susan Nolen-Hoeksema, *Sex Differences in Depression*.

**165.** În vreme ce argumentele despre componentele biologice ale depresiei la femei sunt neconcludente, este incontestabil că efectele asupra dispoziției rezultă din fluctuațiile estrogenului și progesteronului în sistemele hormonale hipotalamic și pituitar. O discuție a acestor fenomene se găsește în Susan Nolen-Hoeksema, *Sex Differences in Depression*, pp. 64–76.

**166.** Statisticile despre sinucidere în rândul femeilor însărcinate sau lăuze sunt din E. Clare Harris și Brian Barraclough, „Suicide as an Outcome for Medical Disorders“, *Medicine* 73 (1994).

**167.** Această cifră despre depresia post-partum reflectă un set extrem de variat de statistici despre această chestiune. Două probleme împiedică obținerea unei cifre exacte. Prima este faptul că măsura rigurozității cu care este definită depresia post-partum afectează în mod radical frecvența ei aparentă. A doua este faptul că multe simptome care seamănă cu cele găsite în depresie pot, de fapt, să apară ca repercusiuni fiziologice ale nașterii. Susan Nolen-Hoeksema scrie despre un studiu în care „procentele aparent înalte ale depresiei la lăuze rezultau din identificarea durerilor și problemelor legate de somn care însoțesc sarcina și venirea pe lume a copilului, nu din prezența gamei complete a simptomelor depresiei“. Și continuă: „Estimarea predominării depresiei nonpsihotice la femei în perioada post-partum este de la 3 la 33 la sută.“ Ea oferă o medie de 8,2 la sută. Aceste citate sunt din cartea *Sex Differences in Depression*, pp. 62–65. Verta Taylor, în cartea sa despre depresia post-partum, intitulată *Rock-A-By Baby*, raportează că 10–26 la sută dintre lăuze au această afecțiune.

**168.** Statisticile legate de depresia post-partum majoră și ușoară sunt luate din Susan Nolen-Hoeksema, *Sex Differences in Depression*, pp. 62–64. Depresia de la menopauză e descrisă la pp. 70–71.

**169.** Statistica despre procentele de sinteză a serotoninei se găsește în Simeon Margolis și Karen L. Swartz, *Sex Differences in Brain Serotonin Production*, în *The Johns Hopkins White Papers: Depression and Anxiety*, 1998, p. 14.

**170.** Chestiunea lipsei de emancipare ca sursă a depresiei la femei e discutată amplu în multe cărți și articole, printre care se numără Susan Nolen-Hoeksema, *Sex Differences in Depression*, Jill Astbury, *Crazy for You* și Dana Crowley Jack, *Silencing the Self*.

**171.** Statisticile despre depresia post-partum la femeile stresate sunt din Susan Nolen-Hoeksema, *Sex Differences in Depression*, p. 68. Citatul este de la pp. 60–61.

**172.** Despre paritatea ratelor de depresie la studente și studenți, precum și explicațiile propuse: *ibid.*, pp. 26–28.

**173.** Statisticile generale despre ratele de depresie comparative la bărbați și la femei sunt din Myrna Weissman, *Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder*, în *Journal of American Medical Association* 276, nr. 4 (1996), pe baza studiilor sale epidemiologice (v. supra, nota 1, p. 210). Faptul că la femei sunt mai mari procentele de atacuri de panică și de tulburări de alimentație, în vreme ce la bărbați apar mai frecvent autismul, sindromul deficitului de atenție și hiperactivitate și alcoolismul a fost discutat în corespondența personală cu Steven Hyman.

**174.** Informațiile despre natura lipsei de emancipare a femeilor nu sunt luate literal din vreo sursă. Numeroși autori au descris și au explicat aceste fenomene în feluri diferite. Lista mea nu intenționează să fie nici definitivă, nici exhaustivă. Cititorilor care doresc explicarea mai amănunțită a acestor idei le recomand Susan Nolen-Hoeksema, *Sex Differences in Depression*, Jill Astbury, *Crazy for You* și Dana Crowley Jack, *Silencing the Self*.

**175.** Cele două explicații feministe ale depresiei, precum și diversele expuneri sumare privind legătura dintre depresie și statutul marital se găsesc în Susan Nolen-Hoeksema, *Sex Differences in Depression*, pp. 96–101.

**176.** Și profesorul George Brown a elaborat multe lucrări interesante despre „rolul schimbărilor din viață în apariția tulburărilor depresive“. Din diferite studii făcute de el și colegii săi, a reieșit faptul că umilirea și senzația de a fi prins în capcană sunt factorii-cheie descriptivi ai evenimentelor depresogene pentru femei. V. Loss, *humiliation and entrapment among women developing depression: A patient and non-patient comparison*, în *Psychological Medicine* 25 (1995). Rezultatele obținute de alți oameni de știință despre importanța rolurilor în definirea depresiei sunt raportate în numeroase articole. Faptul că grija unei femei pentru copilul său ar trebui să fie pentru ea un eveniment depresogen tipic este compatibil cu rolurile tradiționale ale sexelor. Cu toate acestea, într-un articol se afirmă: „Atunci când, în realitate, bărbatul s-a implicat în mod semnificativ în rolurile domestice, n-a apărut această diferență legată de sex la declanșarea [afecțiunii].“ Găsiți mai multe informații despre acest subiect în J.Y. Nazroo et al., *Gender differences in the onset of depression following a shared life event: A study of couples*, în *Psychological Medicine* 27 (1997), p. 9.

**177.** Am preluat teoriile evoluționiste ale lui Myrna Weissman despre depresie și femei dintr-un interviu oral.

**178.** Informația despre depresia în rândurile adulților care au suferit în copilărie abuzuri sexuale este preluată din Gemma Gladstone et al., *Characteristics of depressed patients who report childhood sexual abuse*, în *American Journal of Psychiatry* 156, nr. 3 (1999), pp. 431–437.

**179.** Găsiți informații despre legătura dintre anorexie și depresie în Christine Pollice et al., *Relationship of Depression, Anxiety, and Obsessionality to State of Illness in Anorexia Nervosa*, în *International Journal of Eating Disorders* 21 (1997), și Kenneth Altschuler et al., *Anorexia Nervosa and Depression: A Dissenting View*, în *American Journal of Psychiatry* 142, nr. 3 (1985).

**180.** Descrierea făcută de S. Freud Dorei apare în eseu Fragment of an Analysis of a Case of Hysteria din vol. 7 al The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Găsiți o discutare feministă a Dorei în Jill Astbury, *Crazy for You*.

**181.** Găsiți o discutare a ideilor despre feminitate și depresie în Susan Nolen-Hoeksema, *Sex Differences in Depression*. Găsiți o discutare a așteptărilor maternității și a depresiei post-partum în Verta Taylor, *Rock-A-By Baby*.

**182.** Citatele din Dana Crowley Jack sunt din cartea sa *Silencing the Self*, pp. 35–38.

**183.** Analiza făcută de Jill Astbury se află în cartea sa *Crazy for You*. Citatul este de la pp. 2–3.

**184.** Rata comparativă a sinuciderilor la bărbați și la femei este din Eric Marcus, *Why Suicide?*, în care afirmă: „Dintre cele circa treizeci de mii de persoane care-și iau în fiecare an viața, douăzeci și patru de mii sunt bărbați și șase mii sunt femei“, p. 15.

**185.** Discuția despre ratele depresiei la bărbații celibatari, divorțați sau văduvi se găsește în Myrna Weissman, *Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder*, în *Journal of American Medical Association* 276, nr. 4 (1996).

**186.** Statisticile despre depresia în rândurile bărbaților evrei se găsesc în Bruce Bower, *Depression: Rates in women, men [...] and stress effects across the sexes*, în *Science News*, 3 iunie 1995, p. 346.

**187.** Particularitățile copiilor cu mamă depresivă sunt prezentate în Marian Radke-Yarrow et al., *Affective Interactions of Depressed and Nondepressed Mothers and Their Children*, în *Journal of Abnormal Child Psychology* 21, nr. 6 (1993). cf., de asemenea, propunerea de grant NIMH a lui Anne Riley, intitulată „Effects on children of treating maternal depression“, p. 32.

**188.** În Bruce Bower, *Depressive aftermath for new mothers*, în *Science News*, 25 august 1990, sunt raportate o serie de studii în care s-a constatat depresie la sugari încă de la vârsta de trei luni.

**189.** Efectele depresiei mamei asupra copilului apar nemijlocit și sunt grave. Tiffany Field, expertă în acest domeniu, care publică de peste două decenii, scrie despre o depresie „aproape“ neonatală: „Sugarii prezintă «dereglare» în comportament, fiziologie și biochimie, care derivă probabil din expunerea prenatală la un dezechilibru biochimic al mamei“, p. 200. cf. Tiffany Field, *Maternal Depression: Effects on Infants and Early Interventions*, în *Preventive Medicine* 27 (1998). Din păcate, aceste efecte maligne par să persiste. Nancy Aaron Jones et al., în *EEG Stability in Infants/Children of Depressed Mothers*, în *Child Psychiatry and Human Development* 28, nr. 2 (1998), descrie un studiu în care copiii ai unor mame depresive au fost observați de la vârsta de trei luni până la trei ani. Șapte dintre cei opt copii la care s-a constatat asimetrie EEG când erau sugari aveau acest tipar de dereglare și la trei ani. Totuși, unele studii au arătat, de asemenea, că până și cea mai elementară atenție și interacțiune din partea mamei poate să reducă mult această problemă. Martha Peláez-Nogueras et al., în *Depressed Mothers “Touching Increases Infants” Positive Affect and Attention in Still-Face Interaction*, în *Child Development* 67 (1996), susține că interacțiunea calmă și apropiată prin care o mamă își atinge sugarul poate să aibă efecte pozitive extreme asupra dispoziției și

sociabilității sugarului. Alte studii, cum ar fi Sybil Hart et al., Depressed Mothers' Neonates Improve Following the MABI and Brazelton Demonstration, în *Journal of Pediatric Psychology* 23, nr. 6 (1998), și Tiffany Field et al., Effects of Parent Training on Teenage Mothers and Their Infants, în *Pediatrics* 69, nr. 6 (1982), demonstrează că educația părinților poate să amelioreze o mare parte din vătămarea produsă de depresia maternă.

**190.** Studiul despre copiii cu mame depresive la aproape un an de la ameliorarea stării mamelor este Catherine Lee și Ian Gotlib, Adjustment of Children of Depressed Mothers: A 10-Month Follow-Up, în *Journal of Abnormal Psychology* 100, nr. 4 (1991).

**191.** Informația despre evaluarea, făcută la zece ani de la evaluarea inițială, a perturbărilor sociale, a depresiei, a atacurilor de panică și a dependenței de alcool este din Myrna Weissman, Offspring of Depressed Parents, în *Archives of General Psychiatry* 54 (1997).

**192.** Compararea dintre copiii cu mamă depresivă și copiii cu mamă schizofrenică este din propunerea de grant NIMH a lui Anne Riley, intitulată „Effects on children of treating maternal depression“, p. 32.

**193.** Chestiunile legate de sindromul deficitului de atenție, anxietatea despărțirii și tulburările de comportament și nivelul înalt al problemelor somatice sunt descrise în esul lui Leonard Milling și Barbara Martin Depression and Suicidal Behavior in Preadolescent Children, din Walker și Roberts, Handbook of Clinical Child Psychology, pp. 319–339. cf., de asemenea, monografia scrisă de dr. David Fassler și Lynne Dumas despre depresia din perioada copilăriei, intitulată Help Me, I'm Sad: Recognizing, Treating and Preventing Childhood Depression.

**194.** Textul lui A. Sameroff despre copii de doi-patru ani cu mamă depresivă este în Sameroff et al., Early development of children at risk for emotional disorder, în *Monographs of the Society for Research in Child Development* 47, nr. 7 (1982).

**195.** Studiul despre hipertensiune este în A.C. Guyton et al., Circulation: Overall regulation, în *Annual Review of Physiology* 34 (1972), J.M. Luck și V.E. Hall (coord.). Informația citată aici este din tabelul de la p. 12.

**196.** Depresia anaclitică e descrisă de René Spitz, Anaclitic Depression, în *Psychoanalytic Study of the Child* 2 (1946). Un exemplu de caz găsiți în René Spitz et al., Anaclitic Depression in an Infant Raised in an Institution, în *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 4, nr. 4 (1965).

**197.** Descrierea „lipsei unei sănătăți înfloritoare“ este preluată din interviurile orale cu Paramjit T. Joshi de la Johns Hopkins și cu Deborah Christie de la Adolescent Medical Unit din University College London și Middlesex Hospital.

**198.** Studiul din care a reieșit statistica de 1 la sută este E. Poznanski et al., Childhood depression: Clinical characteristics of overtly depressed children, în *Archives of General Psychiatry* 23 (1970). Studiul în care apar 60 la sută este T.A. Petti, Depression in hospitalized child psychiatry patients: Approaches to measuring depression, în *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 22 (1978).

**199.** Cifrele despre sinuciderile la copii sunt luate din esul lui Leonard Milling și Barbara Martin Depression and Suicidal Behavior in Preadolescent Children, din Walker și

Roberts, Handbook of Clinical Child Psychology, p. 328. Conform statisticilor din 1997 de pe site-ul Institutului Național pentru Sănătate Mintală (NIMH), sinuciderea a fost pe locul trei între cauzele de deces la copiii de la zece la paisprezece ani.

**200.** Depresia de pe parcursul vieții la persoanele care au fost depresive în copilărie e descrisă în Myrna Weissman et al., *Depressed Adolescents Grown Up*, în *Journal of American Medical Association* 281, nr. 18 (1999), pp. 1707–1713.

**201.** De-abia în activitatea postfreudiană s-au pus, în sfârșit, multe dintre întrebările despre depresia din copilărie. Depresia din copilărie este în prezent bine documentată ca realitate clinică, dar cifrele par să crească brusc în timpul adolescenței. Myrna Weissman et al. scriu în articolul *Depressed Adolescents Grown Up*, în *Journal of American Medical Association* 281, nr. 18 (1999): „Acum este limpede că adesea depresia majoră începe în adolescență”. Faptul că aproximativ 5 la sută dintre adolescenți suferă de depresie este o statistică citată frecvent; am preluat-o din Patricia Meisol, *The Dark Cloud*, publicat în *The Sun*, 1 mai 1999.

**202.** Recomand călduros filmul video *Day for Night; Recognizing Teenage Depression*, produs de Depression and Related Affective Disorders Association (DRADA), în cooperare cu Johns Hopkins University School of Medicine. Este o înregistrare elocventă și încurajatoare a tipurilor de depresie care îi afectează în prezent pe tineri.

**203.** Faptul că părinții subestimează depresia copiilor lor poate fi dedus din mai multe studii și statistici. O astfel de statistică, din Howard Chua-Eoan, *How to Spot a Troubled Kid*, *Time* 153, nr. 21 (1999), este că „la 57 la sută dintre adolescenții care au încercat să se sinucidă s-a depistat o depresie majoră. Dar numai 13 la sută dintre părinții sinucigașilor au crezut că propriul copil este depresiv”, pp. 46–47.

**204.** Statistica sinuciderilor în rândurile elevilor de liceu este din George Colt, *The Enigma of Suicide*, p. 39.

**205.** Munca de pionierat făcută de Myrna Weissman și alții a început să arunce lumină asupra realității clinice a depresiei din copilărie și adolescență. Mulți cercetători încep să ia în considerare efectele pe termen lung ale diagnosticării timpurii. În articolul *Depressed Adolescents Grown Up*, la care este coautor Myrna Weissman, publicat în *Journal of American Medical Association* 281, nr. 18 (1999), scrie: „Rezultatele principale sunt efectul vătămător al apariției în adolescență a depresiei majore, precum și continuitatea și specificitatea depresiei majore care apare atunci și continuă în perioada adultă”, p. 1171.

**206.** Deînmulțitul corelației dintre depresia la începutul vieții și depresia în perioada adultă e luată din eseu lui Eric Frombonne *Depressive Disorders: Time Trends and Possible Explanatory Mechanisms*, publicat în *Psychosocial Disorders in Young People*, Michael Rutter și David J. Smith (coord.), p. 573.

**207.** Cifra de 70 la sută este din eseu lui Leonard Milling și Barbara Martin *Depression and Suicidal Behavior in Preadolescent Children*, din Walker și Roberts, *Handbook of Clinical Child Psychology*, p. 325.

**208.** Faptul că triciclicele nu sunt eficiente la copii și adolescenți este raportat în N. D. Ryan et al., *Imipramine in adolescent major depression: Plasma level and clinical response*,

în Acta Psychiatrica Scandinavica 73 (1986). Există mai puține studii despre inhibitorii de monoaminooxidază în depresia la copii și adolescenți, în mare parte din cauză că, așa cum scriu Christopher Kye și Neal Ryan în Pharmacologic Treatment of Child and Adolescent Depression, în Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America 4, nr. 2 (1994), aceste medicamente „necesită o receptivitate deosebit de mare față de gradul de impulsivitate, de supunere și de maturitate al adolescentului depresiv“, p. 276. Ideea generală susținută de cei mai mulți dintre medici în prezent este rezumată concludent de Paul Ambrosini, A review of the pharmacotherapy of major depression in children and adolescents, în Psychiatric Services 51, nr. 5 (2000). El scrie că studiile de până acum „ar putea sugera că tulburările afective ale copiilor și adolescenților reprezintă o entitate biologică distinctă, care are un tipar diferit de reacție la farmacoterapie“, p. 632.

**209.** Ideea că abuzul sexual provoacă depresie este discutată în Jill Astbury, Crazy for You, pp. 159–191. Gemma Gladstone et al., Characteristics of depressed patients who report childhood sexual abuse, în American Journal of Psychiatry 156, nr. 3 (1999), pp. 431–437, consideră că abuzul sexual este cauză indirectă a depresiei.

**210.** Povestea adopției din orfelinatul rusesc a fost spusă în Margaret Talbot, Attachment Theory: The Ultimate Experiment, în New York Times Magazine, 24 mai 1998.

**211.** Faptul că persoanele vârstnice depresive sunt tratate insuficient este indicat de mai multe articole și studii, atât academice, cât și populare. Sara Rimsler cercetează diferitele cauze și consecințe în Gaps Seen in Treatment of Depression in Elderly, în New York Times, 5 septembrie 1999. În articol, sunt citate cuvintele dr. Ira Katz, directorul Secției de psihiatrie de la Facultatea de Medicină a Universității din Pennsylvania: „Mai mult de unul din șase pacienți vârstnici care se duc la cabinetul medicului generalist au un grad de depresie semnificativ din punct de vedere clinic, dar numai unul din șase dintre aceștia primește tratamentul adecvat.“ În George Zubenko et al., Impact of Acute Psychiatric Inpatient Treatment of Major Depression in Late Life and Prediction of Response, în American Journal of Psychiatry 151, nr. 7 (1994), se explică: „S-a observat că identificarea depresiei majore la vârstnici este obstrucționată deoarece dispoziția depresivă pare mai puțin evidentă la pacienții vârstnici decât la adulții mai tineri. În plus, povara din ce în ce mai mare a problemelor fizice odată cu înaintarea în vârstă complică diagnosticarea diferențială a depresiei majore la vârstnici, în special când se face o evaluare transversală.“

**212.** Comentariile lui Emil Kraepelin despre vârstnicii depresivi sunt în C.G. Gottfries et al., Treatment of Depression in Elderly Patients with and without Dementia Disorders, în International Clinical Psychopharmacology, supl. 6, nr. 5 (1992).

**213.** Despre ideea că la vârstnicii din casele de bătrâni probabilitatea să fie depresivi este de două ori mai mare decât la cei care trăiesc în comunitatea lor: ibid.

**214.** Despre sugestia că o treime dintre cei din casele de bătrâni sunt depresivi: ibid.

**215.** Despre dimensiunile sociale ale depresiei la vârstnici și importanța de a avea un prieten bun, v. Judith Hays et al., Social Correlates of the Dimensions of Depression in the Elderly, în Journal of Gerontology 53B, nr. 1 (1998).



**216.** Faptul că nivelurile neurotransmițătorilor sunt scăzute la vârstnici este confirmat în C.G. Gottfries et al., Treatment of Depression in Elderly Patients with and without Dementia Disorders, în International Clinical Psychopharmacology, supl. 6, nr. 5 (1992).

**217.** Pentru nivelurile comparative ale serotoninei la persoanele foarte bătrâne: ibid.

**218.** Ideea că reducerea serotoninei prin îmbătrânirea firească nu are obligatoriu consecințe rele nemijlocite este propusă în câteva studii. În B.A. Lawlor et al., Evidence for a decline with age in behavioral responsivity to the serotonin agonist, m-chlorophenylpiperazine, in healthy human subjects, în Psychiatry Research 29, nr. 1 (1989), se afirmă în mod elocvent: „Semnificația funcțională a alterărilor suferite de serotonina cerebrală (5HT) asociate cu îmbătrânirea firească, atât la animale, cât și la oameni, este, în mare parte, necunoscută.“

**219.** Informația despre reacția întârziată la antidepresive se află în George Zubenko et al., Impact of Acute Psychiatric Inpatient Treatment of Major Depression in Late Life and Prediction of Response, în American Journal of Psychiatry 151, nr. 7 (1994).

**220.** Despre rata succesului în tratarea depresiei la vârstnici: ibid.

**221.** Despre prescrierea spitalizării pe termen scurt a vârstnicilor depresivi: ibid.

**222.** Simptomele depresiei la vârstnici sunt descrise în Diego de Leo și René F.W. Diekstra, Depression and Suicide in Late Life, pp. 21–38.

**223.** Expresia „incontinență emoțională“ e folosit în Nathan Herrmann et al., Behavioral Disorders in Demented Elderly Patients, în CNS Drugs 6, nr. 4 (1996).

**224.** Rolul depresiei în prezicerea bolii Alzheimer și senilității este discutat în Myron Weiner et al., Prevalence and Incidence of Major Depression in Alzheimer's Disease, în American Journal of Psychiatry 151, nr. 7 (1994).

**225.** Despre nivelurile serotoninei la pacienții cu Alzheimer: ibid.

**226.** Lucrări despre posibilitatea ca nivelurile scăzute ale serotoninei să provoace demența se găsesc în Alan Cross et al., Serotonin Receptor Changes in Dementia of the Alzheimer Type, în Journal of Neurochemistry 43 (1984), și Alan Cross, Serotonin in Alzheimer-Type Dementia and Other Dementing Illnesses, în Annals of the New York Academy of Sciences 600 (1990).

**227.** Despre efectul inhibitorilor selectivi de recaptare a serotoninei asupra aptitudinilor intelectuale și motorii, v. C.G. Gottfries et al., Treatment of Depression in Elderly Patients with and without Dementia Disorders, în International Clinical Psychopharmacology, supl. 6, nr. 5 (1992).

**228.** M. Jackuelyn Harris et al., Recognition and treatment of depression in Alzheimer's Disease, în Geriatrics 44, nr. 12 (1989), e sursa mea pentru utilizarea pe termen lung a unor doze mici de inhibitori selectivi de recaptare a serotoninei. Ei scriu: „În general, pacienții cu Alzheimer necesită doze mai mici de medicamente și perioade mai îndelungate de tratare cu medicamente decât pacienții mai tineri tratați pentru depresie“, p. 26.

**229.** Folosirea de trazodon și benzodiazepine în cazurile de vârstnici cu depresie e descrisă în Nathan Herrmann et al., Behavioral Disorders in Demented Elderly Patients, în CNS Drugs 6, nr. 4 (1996).

**230.** Despre propunerea de terapii hormonale pentru agresivitatea sexuală în cazurile de boală Alzheimer: *ibid.*

**231.** Găsiți o discuție a statisticilor despre legătura dintre depresie și atacul cerebral în Allan House et al., *Depression Associated with Stroke*, în *Journal of Neuropsychiatry* 8, nr. 4 (1996).

**232.** Pentru o trecere în revistă a lucrărilor despre atacul cerebral în lobul frontal stâng: *ibid.*

**233.** Povestea despre bărbatul care plângea este din Grethe Andersen, *Treatment of Uncontrolled Crying after Stroke*, în *Drugs & Aging* 6, nr. 2 (1995).

**234.** Pentru povestea despre bărbatul care și-a reluat foarte târziu activitatea: *ibid.*

**235.** Citatul din *Mad Travelers* este luat din introducere, pp. 1–5.

**236.** Jerry Lamon Falwell, Sr., pastor evanghelic fundamentalist american; Jeane L. Dixon, una dintre cele mai faimoase astroloage și clarvăzătoare din SUA (n.tr.).

**237.** Citatul din *Willow Weep for Me* este de la pp. 18–19.

**238.** Revista din Singapore este *Brave*, iar articolul îi aparține lui Shawn Tan și a apărut în ultimul număr din 1999.

**239.** Cele mai multe dintre pasajele despre depresia la persoanele gay sunt din lucrările lui Richard C. Friedman și Jennifer Downey, în special din *Internalized Homophobia and the Negative Therapeutic Reaction*, în *Journal of the American Academy of Psychoanalysis* 23, nr. 1 (1995). Și din *Internal Homophobia and Gender-Valued Self-Esteem in the Psychoanalysis of Gay Patients*, în *Psychoanalytic Review* 86, nr. 3 (1999). Aceste lucrări au fost, în cele din urmă, combinate și amplificate, rezultând o carte cu titlul *Psychoanalysis and Sexual Orientation: Sexual Science and Clinical Practice*. M-am consultat îndelung cu Richard Friedman și mi-a oferit informații suplimentare înainte de apariția cărții, iar în câteva cazuri citatele date de mine reformulează, într-un limbaj acceptat de Friedman și Downey, ideile din cele două articole.

**240.** Studiul din 1999 despre gemenii de sex masculin este din R. Herrel et al., *Sexual Orientation and Suicidality: A Co-Twin Control Study in Adult Men*, în *Archives of General Psychiatry* 56 (1999). Ei au folosit arhive începute în timpul Războiului din Vietnam și i-au comparat pe cei care erau exclusiv heterosexuali cu cei care au avut parteneri de același sex. Pe lângă procentele șocante ale încercărilor de sinucidere, studiul a arătat că, în vreme ce la heterosexuali exista o rată de 25,5 la sută de gândire la sinucidere, la persoanele gay proporția era de 55,3 la sută.

**241.** Studiul din 2000 despre încercările de sinucidere la bărbații între șaptesprezece și treizeci și nouă de ani a fost efectuat de Cochrane și Mays și a examinat un eșantion aleatoriu de 3.648 de persoane. A fost publicat sub titlul *Lifetime Prevalence of Suicide Symptoms and Affective Disorders among Men Reporting Same-Sex Sexual Partners: Results from NHANES III*, în *American Journal of Public Health* 90, nr. 4 (2000). Aceiași cercetători au folosit o altă bază de date, cu 9.908 persoane, și au examinat atacurile de panică la persoanele care au avut relații sexuale exclusiv cu parteneri de sex opus și la cele care au avut relații sexuale cu parteneri de același sex în decursul anului precedent. Această lucrare a fost

publicată sub titlul *Relation between Psychiatric Syndromes and Behaviorally Defined Sexual Orientation in a Sample of the U.S. Population*, în *American Journal of Epidemiology* 151, nr. 5 (2000). Dintre persoanele examinate în cel de-al doilea studiu, a trebuit ca 2.479 să fie respinse, deoarece (lucru destul de deprimant, după părerea mea) n-au avut parteneri sexuali în anul precedent.

**242.** Studiul reunind informații culese în Noua Zeelandă de-a lungul unei lungi perioade de timp, în care li s-a cerut participanților să-și comenteze orientarea sexuală și relațiile sexuale începând cu vârsta de șaisprezece ani și care a evidențiat factorii de risc ai multor afecțiuni, a fost publicat de D.M. Fergusson et al., *Is Sexual Orientation Related to Mental Health Problems and Suicidality in Young People?*, în *Archives of General Psychiatry* 56, nr. 10 (1999).

**243.** Studiul olandez efectuat în 1999 a avut 5.998 de participanți. La persoanele gay, atât bărbați, cât și femei, s-a constatat că apare cel puțin un diagnostic psihiatric DSM-III-R mai frecvent decât la heterosexuali. La bărbații gay, apăreau procente mai mari de depresie și anxietate actuale și pe tot parcursul vieții; la femeile gay, era o prevalență mai mare a depresiei majore și a dependenței de alcool și droguri. V. studiul efectuat de T.G. Sanford et al., *Same-Sex Sexual Behavior and Psychiatric Disorders: Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)*, în *Archives of General Psychiatry* 59, nr. 1 (2001).

**244.** Studiul lui G. Remafedi et al., *The Relationship between Suicide Risk and Sexual Orientation: Results of a Population-Based Study despre tinerii din Minnesota*, la care au participat 36.254 de elevi din clasele VII–XII, a fost publicat în *American Journal of Public Health* 88, nr. 1 (1998). N-a arătat vreo variație a gândurilor de sinucidere între lesbiene și femeile heterosexuale, dar a arătat că, în vreme ce la bărbații heterosexuali apărea un procent de 4,2 la sută al gândurilor de sinucidere, la bărbații gay procentul era de 28,1 la sută.

**245.** Studiul care arată că la bărbații gay probabilitatea încercării de sinucidere este de 6,5 ori mai mare decât la cei heterosexuali a fost efectuat pe 3.365 de persoane și se găsește în R. Garofalo et al., *Sexual Orientation and Risk of Suicide Attempts among a Representative Sample of Youth*, în *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 153 (1999).

**246.** La studiul care a arătat că 7,3 la sută dintre persoanele gay au făcut patru sau mai multe încercări de sinucidere, spre deosebire de 1 la sută dintre heterosexuali, au participat 1.563 de persoane. La elevii gay/bisexuali din acest studiu, s-a constatat o frecvență mai mare a gândurilor de sinucidere decât la cei heterosexuali; 12 la sută dintre persoanele gay au încercat să se sinucidă, față de 2,3 la sută dintre heterosexuali; 7,7 la sută dintre tinerii gay au avut în cele douăsprezece luni precedente o încercare de sinucidere care a necesitat îngrijiri medicale, față de 1,3 la sută dintre tinerii heterosexuali. V. studiul efectuat de A.H. Faulkner și K. Cranston, *Correlates of Same-Sex Sexual Behavior in a Random Sample of Massachusetts High School Students*, în *American Journal of Public Health* 88, nr. 2 (1998). Studiul a arătat că la elevii gay exista un risc mare de vătămări, boli, moarte violentă, abuz de substanțe toxice și comportament sinucigaș.

**247.** Constatarea că 10 la sută dintre sinuciderile din San Diego au fost comise de bărbați gay este din C.L. Rich et al., San Diego Suicide Study: Young vs. Old Subjects, în Archives of General Psychiatry 43, nr. 6 (1986). Acesta a fost un studiu fără grup de control. D. Shaffer et al. au încercat, în 1995, să reproducă aceste rezultate în zona New York City, în articolul Sexual Orientation in Adolescents Who Commit Suicide, în Suicide and Life Threatening Behaviors 25, supl. 4 (1995), dar n-au reușit, însă acești cercetători s-au ocupat doar de sinucigașii tineri și au luat informații despre orientarea lor sexuală de la familii și colegi, care, în multe cazuri, nu știu, iar în unele cazuri nu vor să recunoască nici măcar în sinea lor amănuntele despre orientarea sexuală a copiilor lor.

**248.** Lucrarea despre legătura dintre socializarea bărbaților gay cu creșterea copiilor în medii homofobe și încorporarea timpurie a atitudinilor homofobe este A.K. Maylon, Biphasic aspects of homosexual identity formation, în Psychotherapy: Theory, Research and Practice 19 (1982).

**249.** Studiul în care se arată probabilitatea ca bunurile elevilor homosexuali să fie furate sau deteriorate dinadins este R. Garofalo et al., The Association between Health Risk Behaviors and Sexual Orientation among a School-Based Sample of Adolescents, în Pediatrics 101 (1998). Autorii au constatat că la homosexualii din grup exista, de asemenea, o probabilitate mai mare de a se angaja în abuzuri multiple de droguri, comportament sexual cu grad înalt de risc și alte comportamente cu grad înalt de risc.

**250.** Faptul că ratele sinuciderii au fost deosebit de mari în rândurile tinerilor evrei din Berlin în perioada interbelică apare în Charlotte Salomon: Life? Or Theatre?, p. 10, deși este expus mai amplu pe panourile cu texte montate ca parte a expoziției lucrărilor remarcabile ale lui Charlotte Salomon de la Jewish Museum, la începutul anului 2001. Îi mulțumesc lui Jennie Livingston pentru că m-a îndrumat către acest material și pentru că mi-a propus legătura dintre această tendință de suicid a evreilor din Germania prenazistă și tendința de suicid la persoanele gay din America.

**251.** Chestionarul din The New Yorker despre părinții care preferă să aibă copii heterosexuali nefericiți, nu copii homosexuali fericiți a fost elaborat și publicat de Hendrik Hertzberg (The Narcissus Survey, în The New Yorker, 5 ianuarie 1998).

**252.** Chestionarul din The New Yorker despre părinții care preferă să aibă copii heterosexuali nefericiți, nu copii homosexuali fericiți a fost elaborat și publicat de Hendrik Hertzberg (The Narcissus Survey, în The New Yorker, 5 ianuarie 1998).

**253.** Rata sinuciderilor în Groenlanda a fost publicată în Tine Curtis și Peter Bjerregaard, Health Research in Greenland, p. 31.

**254.** Pasajul din cartea lui A. Alvarez A Savage God este la p. 103.

**255.** Descrierea „isteriei polare“, a „sindromului rătăcitorului prin munți“ și a „anxietății caiacului“ provine din Inge Lynge, Mental Disorders in Greenland, în Man & Society 21 (1997). Trebuie să-i mulțumesc lui John Hart pentru că mi-a oferit paralela cu amocul.

**256.** Citatul din Malaury este din The Last King of Thule, p. 109.

## VI

# Dependența

Depresia și abuzul de substanțe toxice formează un ciclu. Persoanele care sunt depresive consumă în mod abuziv substanțe toxice, în încercarea de a se elibera de depresie. Persoanele care consumă în mod abuziv substanțe toxice își perturbă viața până în punctul în care îi deprimă pagubele produse. Oare persoanele care sunt „predispușe genetic“ la alcoolism devin alcoolice și apoi au depresie, drept consecință a băuturii? Sau persoanele care sunt predispușe genetic la depresie folosesc băutura ca formă de autotratare? Răspunsul la ambele întrebări este da. Scăderea nivelului serotoninei pare să joace un rol semnificativ în accentuarea alcoolismului, astfel încât o depresie care se amplifică ar putea să provoace o amplificare organică a alcoolismului. Există, de fapt, o relație inversă între nivelurile serotoninei din sistemul nervos și consumul de alcool. Autotratarea cu droguri ilegale este adesea vătămătoare: în vreme ce antidepresivele legale încep cu efectele secundare și apoi ajung la efectele dorite, substanțele toxice de care se abuzează încep, de obicei, cu efectele dorite și apoi ajung la efectele secundare. Hotărârea de a lua prozac în loc de cocaină este o versiune a strategiei satisfacției întârziate, iar decizia de a lua cocaină în loc de prozac se bazează pe dorința de a obține satisfacția pe loc.

Toate substanțele toxice de care se abuzează – nicotină, alcool, marijuana, cocaină, heroină și vreo alte douăzeci cunoscute în prezent – 257

au efecte importante asupra sistemului dopaminic. Unii oameni sunt predispuși genetic să folosească aceste substanțe. Substanțele toxice care sunt consumate abuziv acționează asupra creierului în trei faze.<sup>258</sup> Prima este în prozencefal, și afectează cogniția; acesta, la rândul lui, excită fibre ce duc la zonele mai primitive ale creierului – cele pe care le avem în comun cu reptilele –, iar acestea, în cele din urmă, trimit mesaje spre multe alte părți ale creierului, influențând adesea sistemul dopaminic. De exemplu, cocaina pare să blocheze absorbția dopaminei,<sup>259</sup> astfel încât prin creier plutește mai multă dopamină; morfina<sup>260</sup> pare să provoace eliberarea de dopamină. Sunt implicați și alți neurotransmițători; alcoolul afectează serotonina,<sup>261</sup> și mai multe substanțe toxice par să crească nivelul encefalinei.<sup>262</sup> Creierul dispune însă de autoreglare și tinde să păstreze niveluri constante ale stimulării; dacă îl tot inundăm cu dopamină, își va crea rezistență la ea, așa încât va fi nevoie de tot mai multă dopamină ca să declanșeze o reacție.<sup>263</sup> Fie va crește numărul receptorilor dopaminei, fie va scădea sensibilitatea receptorilor existenți. Iată de ce persoanele dependente trebuie să sporească mereu cantitatea de substanță toxică;<sup>264</sup> iată, de asemenea, de ce persoanele în curs de recuperare, care nu mai stimulează prin substanțele toxice eliberarea excesivă a dopaminei, se simt abătute, triste și deprimare: nivelurile firești ale dopaminei sunt, după standardele creierului lor adaptat, extrem de scăzute. Când creierul se adaptează din nou, se ajunge la revenirea deplină.

Cei mai mulți dintre oameni, dacă iau destul de mult timp o cantitate suficientă dintr-o substanță toxică de care se poate abuza, vor deveni dependenți de ea. O treime dintre toți cei care fumează o dată o țigară vor deveni dependenți de nicotină; cam un sfert dintre cei care încearcă heroina devin dependenți de ea; cam o șesime dintre cei care încearcă alcoolul devin dependenți de el.<sup>265</sup> Viteza cu care substanțele toxice trec bariera sânge–creier și astfel îl intoxică pe cel care le folosește<sup>266</sup> este determinată adesea de felul în care este luată substanța, injectarea fiind cea mai rapidă, urmată de

inhalare, iar înghițirea este cea mai lentă. Desigur, viteza diferă și de la o substanță la alta și determină rapiditatea cu care substanța întărește dependența.<sup>267</sup> „Problema persoanei care încearcă o dată o substanță este destul de aleatorie“, spune David McDowell, directorul lui Substance Treatment and Research Service de la Universitatea Columbia. „Este legată de locul în care se află acea persoană și care este climatul ei social. Continuarea e însă pur aleatorie. Unele persoane care au încercat o substanță toxică își văd de viața lor și nu se mai gândesc niciodată la ea; alții sunt prinși aproape imediat.“ În cazul celor care abuzează de substanțe toxice, ca și al depresivilor, o predispoziție genetică interacționează cu experiența externă; oamenii se nasc cu capacitatea de a abuza de substanțe toxice și, după ce au abuzat suficient timp de o anumită substanță, devin dependenți de ea. Persoanele depresive care înclină către alcoolism încep, de obicei, să bea mult la aproximativ cinci ani de la primul episod de depresie majoră; cele care înclină către cocaină încep, în medie, s-o consume abuziv la aproximativ șapte ani de la un astfel de episod. Nu există, în prezent, lucrări care să arate cine poate folosi ce substanță cu ce nivel de risc, deși actualmente se fac încercări de a formula astfel de teste, în mare parte pe baza nivelului anumitor enzime din fluxul sangvin. Încă nu putem vedea dacă o transformare fiziologică a persoanelor depresive le face mai vulnerabile la abuzul de substanțe toxice, sau vulnerabilitatea sporită este, în primul rând, psihologică.

Cele mai multe dintre persoanele depresive care abuzează de substanțe toxice au două maladii legate între ele care se manifestă simultan, fiecare dintre ele necesitând tratament și fiecare dintre ele agravând-o pe cealaltă. Aceste maladii interacționează cu sistemul dopaminic. Ideea populară că trebuie să împiedici o persoană să mai ia substanțe toxice înainte de a te ocupa de depresia ei este într-o câțva ridicolă: îi ceri cuiva care-și mai ușurează suferința să lase acea suferință să înflorească înainte să faci ceva în privința ei. Ideea că poți să ignori dependența și să tratezi depresia ca maladie principală, ajutând pe cineva să se simtă atât de bine, încât să nu mai dorească să apeleze la substanțele toxice, scapă din vedere realitatea dependenței fizice.

„Dacă am învățat ceva în domeniul dependenței“, spune Herbert Kleber, care a fost câțiva ani director adjunct al Brigăzii de Stupefiante SUA, iar acum conduce Centrul pentru Dependență și Abuz de Substanțe Toxice al Universității Columbia, „este că, după ce devii dependent – nu contează cum ai ajuns acolo –, ai o boală care are viața ei proprie. Dacă tratezi un alcoolic depresiv cu un antidepresiv, crezi un alcoolic nedepresiv.“ Îndepărtarea motivației inițiale pentru abuzul de substanțe toxice nu eliberează o persoană care și-a creat un tipar de abuz de substanțe toxice.

Teoreticienii țin să deosebească starea de spirit de dependența de substanțe toxice. Unele măsurători directe – de exemplu, istoricul familial al depresiei – pot să identifice o depresie principală, iar istoricul familial al abuzului de substanțe toxice poate semnala o problemă principală a substanțelor toxice. Dincolo de aceasta, termenul devine vag. Alcoolismul provoacă simptome de depresie. Filozofia terapeutică tradițională susține, în prezent, că, mai întâi, trebuie tratat abuzul de substanțe toxice și că starea afectivă a unei persoane trebuie evaluată după ce ea a fost „curată“ sau „trează“ timp de aproximativ o lună. Dacă persoana se simte bine, atunci dependența a fost, probabil, cauza depresiei, astfel încât eliminarea dependenței a eliminat depresia. Toate acestea sunt minunate în principiu, dar, în realitate, răscolirea provocată de sevraj este enormă. Cineva care se simte bine după o lună de renunțare la substanța toxică probabil că e plin de mândrie pentru autocontrolul de care dă dovadă și are niveluri adaptate ale multor hormoni, neurotransmițători, peptide, enzime și altele; o astfel de persoană nu e obligatoriu să fi scăpat de alcoolism sau de depresie. Cineva care e deprimat după o lună de renunțare la substanța toxică poate fi deprimat din motive legate de viață, care nu reflectă nici starea afectivă care l-a dus în primul rând la abuzul de substanțe toxice, și nici o anumită stare afectivă implicită care acum este dezvăluită. Concepția că cineva poate fi readus la starea de curăție, ideea că substanțele toxice maschează adevăratul eu al celui care abuzează de ele e cu totul ridicolă. Mai mult, problemele legate de sevraj s-ar putea să-și facă apariția doar după o lună sau două de absență a substanței toxice. Corpul are nevoie de multe luni ca să se vindece de-a binelea după abuzul de substanțe



toxice pe o perioadă îndelungată; unele alterări ale creierului „par să fie permanente“, după părerea lui Kleber, iar altele durează cel puțin un an sau doi. Scanările în sistemul de tomografie cu emisie de pozitroni (*positron-emission tomogr phy* – PET) arată efectele asupra creierului pe care le au diferite substanțe toxice de care se abuzează, și ele arată vindecare limitată chiar și după trei luni.<sup>268</sup> Există leziuni persistente, și adesea cei la care abuzul de substanțe toxice este cronic suferă de perturbări permanente ale memoriei.<sup>269</sup>

Dacă e sadic să începi prin a le interzice celor depresivi care abuzează de substanțe toxice să mai ia acele substanțe, atunci se cuvine să începi prin a le da medicamente? Folosirea de antidepresive de către alcoolicii depresivi va produce o oarecare reducere a dorinței lor de băutură dacă depresia e motivul principal al alcoolismului. Această modalitate de testare – să începi prin ameliorarea depresiei – este mai generoasă decât interzicerea substanțelor toxice pentru a dezvălui persoana cu sau fără „depresie reală“. Tratatamentul cu antidepresive este, incontestabil, util la reducerea abuzului de substanțe toxice; studii recente au arătat că, dacă alcoolicilor li se prescriu inhibitori selectivi de recaptare a serotoninei, cresc șansele ca ei să fie în stare să renunțe la alcool.<sup>270</sup> E clar că depresia poate fi ameliorată semnificativ prin terapie psihodinamică sau doar prin acordarea atenției – iar atenția mărită acordată persoanelor care participă la studii poate să aibă un efect benefic asupra folosirii substanțelor toxice, cu totul separat de formula studiului. Alcoolicii depresivi tind să fie foarte izolați, iar întreruperea acestei izolări ameliorează adesea unele simptome depresive.

„Există o anumită judecată de valoare în încercarea de a stabili tehnic care maladie este principală și care e secundară, încercând repartizarea răspunderilor pe îngăduința față de sine sau pe boala mintală“, spune Elinore McCance-Katz de la Albert Einstein College of Medicine. „Eu însă, care tratez persoane cu probleme de dependență și probleme de sănătate mintală, vreau să știu asta, deoarece ar putea să prezică felul în care o să le fie în viitor; mă ajută din punctul de vedere al felului în care îi educ și lucrez cu ei; mă

ajută din punctul de vedere al medicamentelor pe care să li le administrez și al duratei de administrare. Esența e însă că, dacă au ambele tulburări, ambele tulburări trebuie să fie tratate.“ Uneori, cei care se tratează singuri folosesc substanțele toxice pentru a ține sub control depresia agitată, care, dacă n-ar fi stăpânită, ar putea include tendințe sau acte de suicid. Dacă îi interzici unei astfel de persoane alcoolul fără să faci planuri mai bune de controlare a depresiei, apare marele risc de a determina suicidul. „Când depresia nu e diagnosticată, deoarece lipsește abținerea“, spune David McDowell de la Columbia, „păstrarea abținerei poate împiedica tratarea depresiei“. Cu alte cuvinte, dacă ești depresiv, s-ar putea să nu poți face față stresului dezintoxicării.

Corelațiile sunt manipulate în încercarea de a construi un sistem de diagnosticare într-un domeniu în care cunoașterea originii bolii este doar o mică parte a cunoașterii modului în care trebuie tratată acea boală. Într-un studiu recent bunăoară, au fost cercetate fazele somnului și s-a stabilit că latența redusă a somnului paradoxal (somnul cu mișcări rapide ale globului ocular) – timpul scurs de la adormire și până la intrarea în prima fază a somnului paradoxal – arată că depresia e maladia principală, în vreme ce latența prelungită a somnului paradoxal dovedește că alcoolismul e maladia principală.<sup>271</sup> Unii medici susțin că probabilitatea ca alcoolismul instalat devreme să fie consecința depresiei este mai mare decât în cazul alcoolismului instalat mai târziu.<sup>272</sup> Unele teste măsoară metabolitele serotoninei sau nivelurile cortizolului și ale altor hormoni și speră să demonstreze, prin intermediul acestor măsurători, prezența unei depresii „reale“ – însă, dat fiind că, în multe cazuri, depresia reală nu se manifestă în aceste metabolite, utilitatea testelor e limitată.<sup>273</sup> E disponibilă o gamă incredibil de largă de statistici, dar se pare că aproximativ o treime dintre cei care abuzează de substanțe toxice suferă de o formă de tulburare depresivă; și este evident că un număr mare de depresivi abuzează de substanțe toxice.<sup>274</sup> Abuzul de substanțe toxice începe adesea în prima parte a adolescenței,<sup>275</sup> într-o perioadă în care la persoanele

predispune la depresie se poate să nu se fi manifestat încă afecțiunea. Abuzul poate să înceapă ca apărare împotriva dezvoltării tendinței depresive. Uneori, depresia transformă în dependentă o persoană care era utilizatoare a unei substanțe toxice creatoare de dependență. „La persoanele care iau ceva deoarece sunt anxioase sau din cauză că sunt depresive e mult mai mare probabilitatea să apară o dependență reală“, spune Kleber. La cei care și-au revenit din abuzul de substanțe toxice este mult mai mare probabilitatea să recidiveze când sunt deprimați decât alții.<sup>276</sup> R.E. Meyer a propus existența a cinci relații posibile între abuzul de substanțe toxice și depresie. Depresia poate fi cauza abuzului; depresia poate fi rezultatul abuzului; depresia poate modifica sau exagera abuzul; depresia poate coexista cu abuzul, fără să-l afecteze; depresia și abuzul pot fi două simptome ale unei singure probleme.<sup>277</sup>

Este extrem de derutant că folosirea de substanțe toxice, renunțarea la folosirea de substanțe toxice și depresia au simptome care parțial se suprapun. Substanțele depresive, cum sunt alcoolul și heroina, reduc anxietatea și agravează depresia; substanțele stimulante, cum este cocaina, reduc depresia și agravează anxietatea. Pacienții cu depresie care abuzează de stimulante pot să aibă comportamente ce par schizofrenice, cu toate că acel comportament dispare *fi*e la întreruperea folosirii substanței toxice, *fi*e la tratarea cu succes a depresiei.<sup>278</sup> Cu alte cuvinte, simptomele combinației sunt mai grave decât simptomele celor două maladii componente luate la un loc. În cazurile de diagnostic dublu, alcoolismul e adesea mai grav decât alcoolismul obișnuit, iar depresia are, și ea, adesea simptome mai grave decât depresia obișnuită.<sup>279</sup> Din fericire, la persoanele cu diagnostic dublu este mai mare probabilitatea să ceară ajutor decât la cele care au doar una dintre probleme. La ele, există însă, de asemenea, o probabilitate mai mare de recidivă. Chiar dacă abuzul de substanțe toxice și depresia sunt probleme separate, nu încapă îndoială că fiecare dintre ele are consecințe fiziologice la nivelul creierului, care le pot agrava mult pe celelalte. Unele substanțe (cocaina, sedativele, hipnoticele și anxioliticele) care nu provoacă depresie, când sunt luate, afectează creierul în

așa fel, încât provoacă depresie în timpul sevrajului;<sup>280</sup> alte substanțe (amfetaminele, opioidele, halucinogenele) provoacă depresie ca parte a efectului lor intoxicant nemijlocit. Unele (cocaina, ecstasy) provoacă un maximum și apoi, compensator, un minimum. Nu e o chestiune bine determinată. Toate aceste substanțe, și în special alcoolul, agravează tendința de suicid.<sup>281</sup> Toate încetează mintea destul de mult ca să perturbe respectarea regimurilor prescrise, ceea ce poate crea un adevărat haos pentru persoanele care urmează un așa-zis tratament antidepresiv.

Acestea fiind spuse, depresia se reduce aproape permanent la unele persoane după detoxificare, iar tratamentul corect pentru ele este abținerea.<sup>282</sup> La alte persoane, interesul față de droguri și alcool dispare pur și simplu când depresia lor ajunge sub control, iar tratamentul corect pentru ele e compus din antidepresive și terapie. Cele mai multe dintre persoanele care abuzează de substanțe toxice au nevoie, asemenea celor mai mulți depresivi, de intervenție psihosocială, dar nu e mereu așa. Din păcate, medicii încă nu cunosc suficient felul în care multe dintre antidepresive pot interacționa cu substanțele de care se abuzează. Alcoolul accelerează absorbția medicamentelor, și această absorbție rapidă intensifică semnificativ efectele secundare ale acestora.<sup>283</sup> Antidepresivele triciclice, o formă mai veche de tratament, pot să provoace, în combinație cu cocaina, un stres semnificativ pentru inimă. Este important ca, atunci când i se prescriu antidepresive unei persoane care a abuzat de o substanță toxică și a renunțat la ea, să se presupună că ea s-ar putea să revină la substanța respectivă și să se evite prescrierea de medicamente care, în combinație cu acea substanță, ar putea să facă rău. În unele cazuri, terapia psihodinamică poate fi calea cea mai sigură de tratare a depresiei la persoanele care abuzează de substanțe toxice.

Limbajul dependenței a devenit difuz în ultimii douăzeci de ani, așa încât acum poți fi dependent de muncă, de lumina soarelui, de masajul picioarelor. Unii oameni sunt dependenți de mâncare. Alții sunt dependenți de

bani – atât de câștigarea, cât și de cheltuirea lor. Unei fete anorexice pe care am cunoscut-o i s-a pus diagnosticul de dependență de castraveți, tulburare despre care nu ne putem împiedica să gândim că doctorul Freud ar fi avut multe de spus. Howard Shaffer, directorul Secției de dependențe de la Harvard Medical School, a studiat angrenarea compulsivă în jocuri de noroc și crede că traseele dependenței sunt în creier și că obiectul compulsiiei nu este cu adevărat semnificativ; pentru el, dependența de comportamente nu se deosebește în mod semnificativ de dependența de substanțe toxice. Nevoia irezistibilă de a repeta ceva vătămător este motorul dependenței, nu reacția fiziologică la lucrul repetat. „Nu se vorbește despre zaruri care creează dependență“, spune el. [284](#)

Însă Bertha Madras, de la Facultatea de Psihiatrie de la Harvard, spune că substanțele toxice de care se abuzează cel mai frecvent intră pe trasee care există în creier, în virtutea asemănării lor cu substanțe care apar acolo în moduri mai naturale. „Structura chimică a drogurilor se întâmplă să aibă o structură chimică asemănătoare cu propriii neurotransmițători ai creierului“, spune ea. „Eu le zic «marii impostori ai creierului». Ei vizează aceleași sisteme de comunicare ca mesagerii naturali ai creierului. Sistemele complexe de comunicare și de control din creier sunt însă reglate pentru mesajul natural, nu pentru impostor. Ca rezultat, creierul se adaptează la semnalele anormale generate de drog și le compensează. Aici începe procesul dependenței. Adaptarea creierului este elementul esențial în dependență. În cazul drogurilor care produc fenomene de sevraj fizic sau psihologic, există compulsiunea de a readuce creierul în starea în care era când era scaldat în drog.“ Lăsând deoparte zarurile care creează dependență, dependența fizică implică activarea traseelor dependenței din creier, și multe dintre acele trasee duc la modificări fiziologice care ar putea, la rândul lor, să provoace depresie.

La persoanele cu istoric familial de alcoolism, există tendința de a avea niveluri mai scăzute de endorfine – morfina endogenă care răspunde de multe dintre reacțiile noastre de plăcere – decât au persoanele care nu sunt înclinate genetic către alcoolism. Alcoolul ridică puțin nivelul endorfinei la oamenii

care nu au bază genetică a alcoolismului;<sup>285</sup> ridică în mod spectaculos nivelul endorfinei la oamenii care au acea bază genetică. Specialiștii petrec mult timp cu formularea de ipoteze bizare care să explice abuzul de substanțe toxice. Cei mai mulți oameni care abuzează de substanțe toxice o fac pentru că așa se simt bine. Există, arată experții, motive solide pentru evitarea drogurilor; dar există motive solide și pentru luarea lor. Persoanele care afirmă că nu pricep cum poate deveni cineva dependent de droguri sunt, de obicei, oameni care nu le-au încercat ei înșiși sau care au, din punct de vedere genetic, un grad destul de mare de invulnerabilitate la ele.

„Oamenii sunt judecători foarte nepricepuți ai propriei predispoziții“, spune Herbert Kleber de la Columbia. „Nimeni nu vrea să fie dependent. Problema tratării este că scopul terapeutului – abținerea – nu este același cu scopul pacientului – controlul. Tot ce vrea un dependent de cocaină e să se poată lipsi uneori de tub. Și una dintre probleme este că el a fost cândva în stare de asta. Fiecare dependent are o lună de miere, în care a putut să controleze utilizarea. La un alcoolic, asta se poate să fi fost cu cinci sau zece ani înainte; pentru dependentul de cocaină, poate că a fost nu mai demult de șase luni.“ Simțirea dorinței de a repeta ceva pentru că e desfătător nu-i deloc același lucru cu nevoia de a repeta ceva din cauză că fără acel lucru e insuportabil. Determinantul nevoii e adesea o împrejurare exterioară, cum ar fi depresia; prin urmare, la o persoană depresivă există probabilitatea de a deveni dependentă mai rapid decât o persoană nedepresivă. Dacă ești depresiv, capacitatea de a obține satisfacție de la viața obișnuită e redusă. Cei care abuzează de substanțe toxice pot fi clasificați în predeliberativi – ceea ce înseamnă că nici măcar nu se gândesc să renunțe la drogul preferat – sau deliberativi, precum și în motivați extern sau motivați intern. Cei mai mulți trebuie să treacă prin aceste patru etape înainte să se poată elibera de dependență.

Literatura medicală afirmă că dependența vine de la problemele cu „(1) afectele, (2) respectul de sine, (3) relațiile dintre sine și ceilalți și (4) grija față de sine“.<sup>286</sup> Eu aș spune că lucrul cu adevărat extraordinar este cât de mulți dintre noi reușim să evităm dependența. Suntem motivați parțial de faptul că

știm cât de vătămătoare și de neplăcută poate fi dependența, din teama de a ne pierde relațiile și din plăcerea autocontrolului. Cu toate acestea, efectele secundare fizice ale abuzului de substanțe toxice sunt ceea ce contează cel mai mult. Dacă n-ar exista stări ca mahmureala, ar fi pe lume mult mai mulți alcoolici și cocainomani. Drogurile răsplătesc și pedepsesc, iar hotarul dintre nivelul de folosire la care răsplata e mai mare decât pedeapsa și cel în care pedeapsa e mai mare decât răsplata e flu. Efectele detensionante ale unei băuturi ajută oamenii să se relaxeze și să facă față evenimentelor sociale fără anxietatea care paralizează, iar acest gen de utilizare este acceptat în majoritatea societăților nemusulmane. Efectele stimulative ale cocainei luate ocazional sunt pentru depresie ceea ce este alcoolul pentru anxietate, cu toate că ilegalitatea cocainei reflectă dezaprobară socială față de ea. Dependențele care sunt de departe cele mai obișnuite sunt cafeina și nicotina. Un medic specializat în dependență mi-a povestit că și-a vizitat niște prieteni din altă țară și a avut o mahmureală paralizantă și un groaznic sentiment de deprimare de-a lungul a două zile, până și-a dat seama că prietenii nu aveau în casă decât ceai de plante, iar el trecea nu printr-o problemă de deshidratare bazată pe alcool, ci avea simptome de reacție la abținerea de la cafeină. După câteva căni de cafea tare, și-a revenit cu totul. „Nici măcar nu-mi trecuse vreodată prin cap asta, dar cafeaua nu era doar o obișnuință: era o dependență, și orice abatere declanșa simptome de reacție la abținerea de la cafeină.“ Ca societate, nu avem obiecții la dependențe care nu scot din circulație; dar avem obiecții la folosirea anumitor substanțe toxice ce creează dependență, chiar și când folosirea este ocazională și de natură să nu creeze dependență. Dezbaterile despre legalizarea marijuanei și scoaterea din legalitate a tutunului arată cât de împărțite sunt concepțiile noastre despre acest subiect.

Genele nu sunt destin. Irlanda are o rată extrem de mare de alcoolism; are, de asemenea, o rată extrem de mare de abținere totală de la alcool. Israelul are o rată extrem de mică de alcoolism, dar aproape deloc persoane care să se abțină total de la consumul de alcool.<sup>287</sup> Într-o societate în care oamenii sunt înclinați către alcoolism, pot fi înclinați și către exercitarea unui

mare autocontrol în fața substanțelor toxice. „Alcoolismul“, spune Kleber, „nu este o boală a articulației cotului. Nu spasmele musculare sunt cele care duc paharul la gura ta. Un alcoolic n-are de ales. Capacitatea de a exercita alegerea e însă influențată de multe variabile, una dintre ele putând să fie o tulburare a stării de spirit.“ Când iei medicamente, o faci în mod deliberat. Știi când o faci. Implică voința. Și totuși, avem de ales? Dacă știm că dispare rapid o durere nemijlocită, ce rost are să le refuzi? T.S. Eliot a scris în *Gerontion*: „După o astfel de cunoaștere – ce iertare?“<sup>288</sup> În noaptea cea neagră a sufletului, e oare mai bine să nu știi ce poate să facă pentru tine cocaina?

O parte din lucrul cel mai îngrozitor legat de depresie, și în special de anxietate și panică, este faptul că nu implică voința: senzațiile te cuprind fără nici un motiv. Un scriitor spunea că abuzul de substanțe toxice este înlocuirea „suferinței comode ce poate fi înțeleasă“ cu „suferința incomodă ce nu poate fi înțeleasă“, eliminând „suferința incontrollabilă, pe care cel care folosește drogul n-o înțelege“ pentru a face loc „unei disforii induse de drog, pe care cel care folosește drogul o înțelege“.<sup>289</sup> În Nepal, când unui elefant îi intră în picior o așchie sau o țeapă, cornacul îi pune boia de ardei iute într-un ochi, iar elefantul e atât de preocupat de durerea provocată de ardei, încât nu-i mai pasă de durerea din picior, și oamenii pot să-i scoată țeapa fără să fie striviți (și nu trece mult până să iasă și boiaua de ardei iute din ochi).<sup>290</sup> Pentru mulți depresivi, alcoolul, sau cocaina, sau heroina sunt ardeii iute, lucrul greu de suportat, a cărui grozăvie abate atenția de la depresia și mai greu de suportat.

Cafeina, nicotina și alcoolul sunt principalele substanțe toxice legale creatoare de dependență încorporate în diferite grade în normele societății și cărora li se face reclamă. Cafeina o ignorăm în mare măsură. Nicotina, deși întărește puternic dependența, nu e intoxicantă și, prin urmare, e relativ ne-supărătoare pentru viața de zi cu zi; efectele gudronului care însoțește



consumul uzual de nicotină sunt cele care-i îngrijorează pe liderii mișcării anti-fumat. Efectele secundare negative întârziate ale fumatului fac ca nicotina să fie un drog de care e ușor să abuzezi: dacă oamenii ar avea indispoziții crâncene de câte ori ar fuma țigări, ar fuma mult mai puține. Întrucât efectele nocive – în special emfizemul și cancerul pulmonar – sunt rezultatul final al fumatului îndelungat, sunt mai ușor de ignorat sau de negat. Rata mare a fumatului la depresivi pare să reflecte nu un anumit atribut al nicotinei, ci atitudinea suicidară generală a persoanelor al căror viitor pare cu totul cenușiu. Reducerea oxigenării sângelui, care se produce ca parte a fumatului, poate să aibă, și ea, un efect depresiv intens.<sup>291</sup> Fumatul pare să scadă nivelul serotoninei, cu toate că e posibil ca nivelul scăzut al serotoninei să fie, de fapt, ceea ce-i face pe oameni să fie atrași de nicotină și să se apuce de fumat.<sup>292</sup>

Dintre substanțele toxice considerabil vătămătoare de care se face abuz, cea mai obișnuită este alcoolul, care poate face o treabă excelentă de a-ți îneca suferința. Dacă nu e neobișnuit să bei în timpul depresiei, unii oameni beau mai puțin când sunt deprimați, adesea deoarece știu că alcoolul este un depresiv și că excesul de băutură în timpul unei depresii poate să agraveze mult depresia. Din propria experiență, știu că alcoolul nu e prea ispititor când simți depresia, dar că e foarte ispititor când simți anxietate. Problema este că același alcool care îmblânzește anxietatea tinde să agraveze depresia, așa încât treci de la starea în care ești tensionat și înapăimântat la starea în care ești disperat și te simți fără valoare. Asta nu e o îmbunătățire. Am apelat la sticlă în aceste condiții și am supraviețuit ca să spun adevărul: nu ajută.

După ce am trăit cu diferite norme de consum de alcool, cred că ceea ce constituie o dependență este, în mare măsură, determinat pe plan social. Am crescut într-o casă în care la cină se servea vin, și aveam în pahar două înghițituri de vin de la vârsta de șase ani. Când am ajuns la facultate, am descoperit că sunt un băutor destul de bun: mă descurcam bine cu alcoolul. Pe de altă parte, băutura era mai mult sau mai puțin dezaprobată la facultatea mea, iar cei care beau prea mult erau socotiți „turbulenți“. M-am

conformat standardelor. La universitatea la care m-am dus apoi, în Anglia, băutul era în mare vogă, iar cei care se abțineau erau taxați drept „scorțoși“ și „plicticoși“. Nu-mi place să mă consider oaie, dar m-am încadrat perfect în acest nou sistem. După câteva luni de la începerea masteratului în Anglia, am fost invitat la o agapă și, ca parte a unui ritual destul de prostesc, am fost pus să beau vreo doi litri de gin. A fost un lucru revoluționar pentru mine, și a alungat teama de beție care mă afectase înainte. În acea etapă a vieții mele, nu sufeream prea mult de depresie, dar eram o persoană anxioasă, cu crize de agitație intensă. După câteva luni, m-am dus la o cină și am stat lângă o fată care-mi picase cu tronc și, crezând că alcoolul o să-mi împrăștie sfiala puternică pe care o simțeam față de ea, am dat pe gât cu voieșie în timpul cinei vreo două sticle și jumătate de vin. Ea, aparent la fel de sfioasă, a băut aproape la fel de mult, și ne-am trezit pe la orele mici ale dimineții pe un morman de paltoane. Chestia asta n-a avut prea mult farmec. Dacă erai dispus să plătești cu dureri de cap și erai în stare să termini lecturile pentru următoarea lucrare, erai binevenit să bei până cădeai lat în fiecare seară a săptămânii. Nu ne-a dat prin cap, mie și prietenilor mei, că sunt în pericol de a deveni alcoolic.

La douăzeci și cinci de ani, am început lucrul la prima mea carte, care a fost despre artiștii sovietici avangardiști.<sup>293</sup> Dacă pileala mea englezească fusese sporadică și pasională, pileala mea rusească era constantă. Nu era însă deprimant: voieșia societății în care trăiam în Rusia era de natură alcoolică. Apa la Moscova era aproape de nebăut, și-mi amintesc că am spus că adevărata minune ar fi să-mi schimbe cineva vinul în apă, nu invers. Am petrecut vara anului 1989 într-o locuință clandestină de la marginea Mocovei, cu un grup de artiști, și bănuiesc că beam un sfert de litru de vodcă pe zi. Când a trecut în felul ăsta o lună, nu mi-am dat seama cât de mult beau; mă învășasem să cobor împleticit din pat pe la amiază și să găsesc un cerc de prieteni care fumau, fierbeau ceai pe un reșou mic și beau vodcă din pahare murdare. Ceaiul mi se părea dezgustător – ca o apă caldă în care pluteau bucăți de noroi – așa că dădeam pe gât vodca de dimineață, și ziua curgea

mai departe, îmbлъnzindu-se tot mai mult odată cu consumul constant de alcool. Acest fel de băut nu mi-a dat niciodată senzația că sunt beat, și pot spune, privind înapoi, că mi-a făcut mult bine. Crescusem într-un fel destul de protejat în SUA, și sentimentul meu de camaraderie cu prietenii ruși era ocazionat, în mare măsură, de combinația dintre traiul în comun și băutul persistent. Desigur, câțiva dintre noi beau prea mult chiar și după standardele societății în care trăiam. Unul dintre bărbați bea în fiecare noapte până ce nu mai știa de el, rățăcea de colo colo, incoerent, și apoi își pierdea cunoștința. Sforăia ca secțiunea de percuție a unei trupe de *he vy-met l*. Marea stratagemă era să ai grijă să nu cadă lat în camera ta, și, mai ales, pe patul tău. Îmi amintesc cum i-am târât, împreună cu alți șase bărbați, matahala de trup inconștient pe podea; o dată, l-am cărat în jos trei etaje fără să se trezească. Dacă mă țineam de standardele mele de băut din SUA, aș fi fost în aceste cercuri nu numai nepoliticos, ci și ciudat. Un lucru poate că și mai semnificativ era faptul că băutura îi elibera pe prietenii mei de la Moscova de regimul lor social de plictiseală și teamă. Duceau vieți marginale într-o societate opresivă, într-un moment derutant al istoriei și – ca să ne exprimăm liber, să dansăm și să râdem așa cum făceam, să ajungem la o apropiere exagerată – trebuia să continuăm să bem. „În Suedia“, a spus unul dintre prietenii mei ruși după ce a vizitat acea țară, „oamenii beau ca să evite intimitatea. În Rusia, bem pentru că ne iubim unii pe alții atât de mult.“

Băutul nu e o chestie simplă: are motivații și efecte divergente asupra unor oameni diferiți în locuri diferite. Se consideră că sporirea taxelor pe băuturile alcoolice în țările scandinave ține în frâu rata sinuciderilor.<sup>294</sup> Am citit multe studii care arată că e deprimant să fii alcoolic, dar eu nu cred că toți alcoolicii sunt depresivi. Relația dintre depresie și alcool este legată de temperament și context, două atribute foarte variabile. E limpede că eu beau mai mult când sunt neliniștit – în interacțiuni sociale care produc de obicei anxietate sau când mă cuprinde un pic de anxietate de tip depresiv – și m-am pomenit că mă bazez în momentele grele supărător de mult pe alcool. Toleranța mea crește și scade, și reacția mea e inconsecventă; mi s-a întâmplat să

beau și am simțit că dispare încordarea, dar mi s-a întâmplat și să beau și să mă simt îmboldit primejdios de tare la sinucidere, copleșit, slab și speriat. Știu că n-ar trebui să beau când mă simt deprimat, și, dacă stau acasă, nu beau; dar când ești între alții e greu să zici nu, și e și mai greu să calci pe linia aceea dintre potolirea agitației și ușa deschisă descurajării. Mă înșel adesea.

A bea mult duce, desigur, la dureri de cap și senzație de ineficiență sau incapacitate, precum și la indigestie. Alcoolismul grav pe o perioadă prelungită poate duce la perturbare cognitivă și chiar la psihoză,<sup>295</sup> precum și la afecțiuni fizice grave,<sup>296</sup> cum este ciroza; la alcoolici, există pericolul de a muri mai devreme decât nebăutorii.<sup>297</sup> Sevrajul după consumul cronic de alcool poate să includă *delirium tremens*, ce poate fi fatal. Nouăzeci la sută dintre americanii care trăiesc în prezent au consumat alcool într-o anumită fază din viață.<sup>298</sup> În SUA, la circa 10 la sută dintre bărbați și 5 la sută dintre femei apare dependența psihică de alcool – ceea ce înseamnă că vor avea tahicardie într-o proporție mai mare, *delirium tremens* și tulburări dacă încearcă să renunțe la băutura. Mecanismul fiziologic al alcoolului în creier nu e cunoscut pe deplin; nici baza fiziologică a consumului de alcool, cu toate că serotonina pare să influențeze capacitatea de rezistență la tentația de a bea.<sup>299</sup> Se pare că dozele mari de alcool au efect nociv asupra neurotransmițătorilor, poate că prin intermediul receptorilor GABA (acidul gamma-aminobutiric),<sup>300</sup> care sunt, de asemenea, ținta valiolui. Consumul continuu de alcool afectează grav memoria și pare să provoace o vătămare permanentă a capacității de a pune în ordine trăirile noi, încorporându-le într-o linie continuă a amintirii. Aceasta înseamnă că se pierde forma esențială a propriei istorii; viața e păstrată în amintire sub formă de frânturi și episoade, nu ca narațiune coerentă.

Există multe sisteme de tratare a alcoolismului în afara depresiei, dar, când cele două afecțiuni coexistă, terapiile psihodinamice par să fie cele mai eficiente.<sup>301</sup> Alcoolicii Anonimi (*l o h o l i s n o n y m o u s*) și alte

programe în douăsprezece faze oferă cadre de sprijin în care oamenii își pot împărtăși atât experiențele de alcoolism, cât și experiențele de depresie. Alte terapii de grup și chiar internarea pe termen scurt sunt foarte folositoare în tratarea alcoolismului și depresiei, ca și cum ar izvorî din aceeași cauză. Pentru mulți oameni, aceasta funcționează, indiferent dacă există – sau nu – o singură cauză. Medicii de la Universitatea Columbia folosesc o terapie cognitiv-comportamentală individuală pentru prevenirea recidivelor.<sup>302</sup> Programul e scris și poate fi practicat în același fel de către orice medic. „Este, în mare măsură, o formă de terapie «aici și acum»“, explică David McDowell. Ciclul caracteristic de tratament începe cu o săptămână sau două în care sunt vizate dorințele intense ale pacientului și apoi se trece la elucidarea factorilor care declanșează, la acea persoană, recidivele și se găsește modalitatea de abordare a lor.

Alcoolismul a fost tratat mai recent cu antabuse, medicament care modifică metabolizarea alcoolului și reduce toleranța la alcool.<sup>303</sup> Este un fel de extensie a autodiscipliniei. Adesea, persoanele care se trezesc dimineața pline de hotărâre, dar constată că voința le slăbește la prânz, iau antabuse, pentru a le întări decizia să nu bea. Persoanele aflate la dezintoxicare au, de obicei, un grad mare de ambivalență, iar antabuse le ajută să profite de dorința de a fi libere, nu de cea de a lua o substanță ce creează dependență. Un medic care lucrează cu persoane aflate în funcții înalte, în mare parte avocați și doctori, care abuzează de substanțe toxice, i-a pus să-și scrie și să-și semneze cererea de retragere a licenței, adresată comisiei de specialitate; dacă recidivează, expediază cererile. Unii dintre cei care cercetează dependența au folosit medicamente ce blochează efectele substanțelor toxice de care se abuzează, distrugând astfel motivația abuzării. Naltrexone, de pildă, este un narcotic antagonist care blochează efectele heroinei. De asemenea, împiedică alcoolul să exercite influență asupra endorfinelor, distrugând astfel cele mai obișnuite motive de a bea. Dacă iei naltrexon, n-o să găsești nici o plăcere în substanța de care abuzezi. Medicamentul a avut succes și la ajutarea oamenilor să spargă tiparele dependenței, deoarece subminează dorința motivațională.<sup>304</sup>

Cea mai veche referință scrisă la marijuana se găsește într-un text chinezesc din secolul al XV-lea î.Hr. despre remediile bazate pe plante, însă ea a devenit obișnuită în Occident abia când armata lui Napoleon a adus-o din Egipt.<sup>305</sup> Asemenea alcoolului, marijuana interferează cu somnul paradoxal. Creierul are un receptor specific, ce reacționează la cel puțin una dintre substanțele chimice pe care le conține fumul de marijuana, ce vizează unul dintre numeroasele circuite ale plăcerii–recompensei din creier. Marijuana este demotivantă și, prin aceasta, imită simptomele depresiei. Sevrul este neplăcut, dar nu chinuitor (ca în cazul heroinei), nici cu potențială amenințare de pierdere a vieții (ca în cazul alcoolului), nici prelungit (ca în cazul cocainei), așa încât se spune adesea că acest drog nu creează dependență. Marijuana te încetinește și poate fi folosită ca medicament anxiolitic; de fapt, depresia agitată poate să fie redusă cu marijuana. Întrucât marijuana nu e disponibilă legal, sunt greu de controlat cantitățile și proporțiile ingerate; și, din cauză că frunza uscată fumată sau pirolizată are cam patru sute de componente identificabile, consecințele celor mai multe dintre ele nefiind cunoscute, efectele nu sunt pure. Folosirea ocazională a marijuanaei de către o persoană care nu este dependentă pentru a îmblânzi o depresie foarte agitată nu este un mod nerezonabil de autotratare. Cu toate că, în prezent, se studiază intens folosirea medicală a marijuanaei, aceste studii nu s-au concentrat până acum pe folosirea ei pentru probleme psihiatrice. Folosirea regulată a marijuanaei devine demotivantă și „are modificări neuro-cognitive reale, care ar putea să devină permanente pe plan fiziologic dacă ești euforic tot timpul“, spune McDowell. De asemenea, marijuana are, desigur, toată toxicitatea țigărilor, provocând plămânului vătămări semnificative.<sup>306</sup>

\*

Drogurile tari sunt cele care provoacă morbiditate mare; cafeina este un stimulant, și tot asta e și cocaina, însă cocaina e clasificată drept drog tare, deoarece produce mult mai multă dependență și are un efect mai rapid asupra

creierului. La drogurile tari, există probabilitatea cea mai mare să devină deprimante – parțial pentru că sunt super-ilegale, iar procurarea lor poate să ne bage în mare bucluc; parțial întrucât sunt scumpe; parțial deoarece, de obicei, sunt impure; parțial fiindcă oamenii care abuzează de ele tind să abuzeze și de alcool; parțial din cauza felului în care acționează asupra sistemului nostru nervos central. La rudele celor care abuzează de stimulante se constată procente mari de depresie. Aceasta pare să indice faptul că predispoziția genetică la depresie poate să preceadă folosirea cocainei și a altor stimulante. Doar circa 15 la sută dintre oamenii care au încercat cocaina devin dependenți de ea, dar pentru cei care au această înclinație cocaina este drogul care creează cea mai mare dependență dintre toate.<sup>307</sup> Unii cobai aleg în mod constant stimulante de tipul cocainei în locul hranei sau sexului și, dacă li se dă acces nelimitat la ele, folosesc aceste stimulante până ce mor epuizați.<sup>308</sup>

Cocaina este un antidepresiv scump; ea produce o prăbușire imensă, care ajunge la maxima negativă între patruzeci și opt și șaptezeci și două de ore după euforie.<sup>309</sup> „E un drog murdar, care afectează totul“, spune David Mc Dowell. „Și-ți golește permanent rezervele de neurotransmițători, așa încât te prăbușești.“<sup>310</sup> Prăbușirea este caracterizată de senzații intense de agitație, depresie și oboseală. Se pare că șuvoiul de dopamină care este eliberat când suntem în euforia creată de amfetamine sau de cocaină golește, de fapt, rezervele de dopamină, având ca rezultat reducerea nivelului de dopamină din creier. Herbert Kleber de la Columbia spune: „Dacă prăbușirea ar fi destul de urâtă, nimeni n-ar mai folosi cocaină; iar dacă prăbușirea ar fi destul de blândă, n-ar mai conta dacă oamenii o folosesc. Prăbușirea declanșată de cocaină e cea care face întărirea negativă, care-i duce pe oameni la disperare.“ Cu cât devii mai dependent, cu atât mai puțină plăcere ai, și cu atât mai multă suferință vine după plăcere. Cocaina și amfetaminele par să afecteze negativ multe sisteme de neurotransmițători, nu numai al dopaminei, ci și pe cel al norepinefrinei și al serotoninei. Cu toate acestea, la unii oameni dorința

intensă de droguri poate să persiste decenii întregi după ce au renunțat la ele.<sup>311</sup>

Folosirea continuă a cocainei exacerbează simptomele depresive. O cură de zece săptămâni de antidepressive îl ajută adesea pe cel care vrea să renunțe la cocaină să parcurgă urmarea prelungită a prăbușirii,<sup>312</sup> dar, în funcție de condițiile de bază și de vătămarea neurologică, depresia s-ar putea să necesite tratament permanent. Folosirea regulată a cocainei sau a amfetaminelor poate să provoace vătămări permanente ale sistemelor dopaminice din creier, dând o linie fundamentală fiziologică depresivă permanentă.<sup>313</sup> Cocaina este unul dintre câteva droguri ce pot fi numite augmentatori pe termen lung ai depresiei. Ea pare să modifice funcționarea mecanismelor anxietății din creier prin modificarea nivelurilor factorului eliberator de corticotropină (*ortitropin rele sing f tor* – CRF).<sup>314</sup> Nu este limpede dacă creierul are sau nu, sau când anume are, suficientă plasticitate pentru a-și reveni din aceste schimbări. Unele creiere par să fie în stare să compenseze mai bine decât altele. Creierul la care ajung antidepressive, creier care are capacitatea să se cufunde în depresie gravă, este un organ cu echilibru delicat. Părți ale creierului care sunt implicate în dependență și drogurile de care se abuzează sunt implicate și în reglarea stărilor de spirit și sunt înrudite îndeaproape cu tulburările afective. Golirea rezervelor de dopamină și perturbarea factorului eliberator de corticotropină într-un astfel de creier înseamnă o invitație la dezastru. Dacă ai o înclinație cât de mică spre depresie, nu folosi cocaină: indiferent cât de bine te-ai simți în timpul puseului de energie inițial, te vei simți îngrozitor după aceea, mult mai rău decât ar putea să merite.

Am luat cocaină când eram la facultate, și mi s-a părut că n-are nici un farmec. Am încercat-o iar după un deceniu și a fost o experiență cu totul diferită – poate că din pricina înaintării în vârstă; poate că din cauza unui creier mult mai vulnerabil în urma depresiei mele; poate că din cauza antidepressivelor pe care le luam. Îmi dă un soi de energie extatică, exuberanță sexuală și sentimentul că am puterea unui supererou – care sunt fantastice. Ajung



În punctul în care nu sunt în stare să înșir o frază și puțin îmi pasă dacă n-am să mai fiu niciodată în stare să înșir o frază. Îmi dau seama că soluțiile la orice sunt simple și directe. Când ești euforic din pricina cocainei, memoria îți se întrerupe destul de mult ca trecutul să nu-ți mai poată împovăra viitorul. Fericirea chimică a unei doze zdravene de cocaină pare cât se poate de vagă. Îmi amintesc cum ședeam, cu nasul amorțit, spunându-mi că, dacă aș putea să îngheț viața în acea clipă, aș face-o și aș rămâne acolo pe veci. Nu folosesc aproape niciodată drogul, dar ideea că nu l-aș dori niciodată e ridicolă. M-am îndrăgostit de cocaină în acele prime minute ale puseului de energie. Spectrul dezechilibrării creierului meu și al mahmurelii devastatoare sunt cele care mă țin departe de euforia dată de cocaină.

Opiaceele, altă clasă de substanțe toxice de care se face mare abuz, sunt extrem de periculoase, parțial din cauza felului în care sunt consumate; și sunt depresive, ceea ce înseamnă că nu fac mare lucru pentru depresie. Pe de altă parte, nu duc la acel soi de prăbușire disperată provocată de cocaină. Între un sfert și jumătate dintre opiomani sunt depresivi.<sup>315</sup> Opiaceele, printre care și opiul, heroina și medicamentele eliberate pe rețetă, ca demerolul, sunt pentru minte ceea ce este pentru corp poziția fetală. Opiaceele șterg timpul, așa încât nu-ți poți aminti de unde îți vin gândurile, nu poți spune dacă sunt noi sau vechi, nu le poți face să interacționeze între ele. Lumea se închide în jurul tău. Ochii tăi pot să proceseze doar câte un obiect, iar mintea ta poate cuprinde doar câte un gând, și nu-ți pasă cu adevărat ce faci, deoarece prezentul a devenit neclar și fragmentat, așa cum amintirile sunt, de obicei, neclare și fragmentate. Euforia creată de opiacee durează ore întregi. Este o experiență a perfecte lipse de dorință. N-am luat niciodată heroină, dar am fumat opiu, și doar cu opiul am simțit că pur și simplu nu vreau nimic: să mă scarpin în cap, să mănânc, să dorm, să mă ridic, să mă culc, să fac planuri, să fiu cu adevărat măreț, să-mi amintesc de prieteni. Este un drog care nu favorizează intimitatea; îmi ucide impulsurile sexuale și mă izolează de alți oameni, așa încât zac cu ochii goi, privind undeva, într-un punct aflat

pe diagonală. Provoacă lăncezeală fericită, o lenevire pe care oamenii foarte dinamici n-o pot simți în vreun alt fel. Ea implică, de asemenea, un fel de absență pe termen scurt a memoriei („I-am spus ceva acelei persoane?“, „Știu cine e acela?“), care, când ține puțin, reprezintă o stare euforică – iar când e prelungită poate sugera boala Alzheimer. Scriind acestea, îmi amintesc cum opiul mi-a eliberat creierul și m-a transformat într-un om-balon care plutea senin prin aer. Opiaceele sunt clasificate ca depresive, dar efectul lor nu e simpla suprimare a sentimentelor; e un fel de bucurie care vine din faptul că ți s-au suprimat sentimentele. Cu opiaceele, poți scăpa de depresia anxioasă. Euforia declanșată de opiacee arată ca o variantă paradiziacă a vieții, în care a nu face nimic e cu totul suficient.

La persoanele care au renunțat la heroină sau la alte opiacee și sunt ținute fie fără drog, fie pe metadonă,<sup>316</sup> apare o rată înaltă a depresiei. Neurologii spun că e din pricina vătămărilor organice produse creierului. Psihologii spun că e pentru că acești oameni erau dinainte depresivi, iar depresia i-a dus la dependență. Oricum ar fi, prognoza stării tale de spirit după abuzul prelungit de opiacee nu e bună. Perioada de sevraj în cazul opiaceelor este cumplită; dorința e puternică, iar depresia slăbește voința, făcând ca renunțarea să fie mult mai grea. Pe de altă parte, heroina nu creează o dependență atât de mare cât sugerează retorica „războiului împotriva drogurilor“. În timpul Războiului din Vietnam, cea mai mare parte a trupelor terestre foloseau heroină, și exista teama că, la întoarcerea lor în SUA, vor trebui să dea o luptă crâncenă cu drogul. În realitate, studiile au arătat că cei mai mulți dintre veteranii din Vietnam au folosit heroină cel puțin o dată de la întoarcere, dar numai o mică proporție dintre ei au dependență continuă.<sup>317</sup>

Halucinogenele și „drogurile de club“ (ecstasy/MDMA, Special K/ketamina, GHB) reprezintă altă clasă de substanțe toxice de care se abuzează. Preferatul meu (și ultima dintre preferințe) este, probabil, ecstasy, pe care l-am luat doar de patru ori. Am salvat o relație aflată în cumpănă când am luat E și am spus o mulțime de lucruri pe care le simțeam, dar nu fusesem în stare

să le rostesc. Relația a mai continuat un an și mă întreb dacă nu cumva, cu încă o doză de E la fiecare șase luni, n-am fi putut ajunge la o căsătorie fericită. În condițiile cele mai bune, sunt genul de idealist pasionat, iar când iau E îmi dau seama că pot salva lumea, și asta mă entuziasmează. Încep prin a le declara o iubire uriașă tuturor celor la care pot ajunge. Soluțiile la toate problemele mele devin limpezi. Din păcate, soluțiile pe care le născocesc se dovedesc, de obicei, când revin pe pământ, destul de nesatisfăcătoare. Nu mi-ar rezolva toate problemele (nici pe ale lor) dacă m-aș căsători cu cineva din familia regală britanică, și nu există nici o cale rapidă de a atinge acest obiectiv. N-ar fi o idee bună să numesc această carte *Poeme din P r t e î n t u n e - t* sau *C r t i i d e u r d e p r e s i e i*<sup>318</sup>. N-am calificarea necesară pentru a deveni instructor de schi profesionist în Argentina sau oriunde altundeva. Dar, cu toate că luciditatea e falsă, senzația de luciditate e încântătoare. Ecstasy îmi mai dă și o incredibilă mahmureală de trei zile, când mă dor fălcile, am gura uscată și în capul meu pare să fie Revoluția Franceză. În general, n-am mahmureli urâte după alcool sau după alte droguri, dar perioada lungă de cădere după ecstasy a fost suficientă ca să mă împiedice să-l iau în mod regulat.

Când citesc farmacologia clinică la ecstasy, mi se întoarce stomacul pe dos. Ideea că am îngăduit vreodată unei astfel de substanțe să pătrundă în trupul meu mă îngrozește. În dozele folosite în scopul destinderii (între o sută și o sută cincizeci de miligrame), ecstasy deteriorează axonii – partea celulei nervoase care atinge celelalte celule – ai serotoninei din creier la maimuțe și la alte mamifere.<sup>319</sup> Dovezile arată ferm că le face același lucru și oamenilor. Drogul provoacă, în esență, o explozie de serotonină și dopamină, eliberând rezerve mari din aceste substanțe și apoi deteriorând celulele în care sunt stocate. În plus, împiedică sinteza ulterioară a serotoninei. Cei care folosesc în mod regulat ecstasy au niveluri de serotonină mai scăzute decât ale altor oameni, uneori cu până la 35 la sută mai mici. Cercetătorii au raportat mai multe episoade în care o singură doză de ecstasy a declanșat o boală psihiatrică permanentă – uneori imediat, iar alteori după câțiva ani. Persoanele

depressive nu sunt în situația în care să-și îngăduie scăderea nivelului serotoninei și, prin urmare, trebuie să se țină cât mai departe de acest drog. „Dacă iei o cantitate mare din el pe o perioadă lungă, îți poți distruge capacitatea de a fi fericit; poate să provoace pe termen lung efectele adverse pe care cocaina le provoacă pe termen scurt“, spune David McDowell de la Columbia despre acest drog. „Bobocii îl adoră; studenților din anul doi le place; pe cei din anul trei îi îngrijorează; pe cei din anul patru îi sperie. Alcoolul poate să-ți devină cel mai bun prieten, dar ecstasy nu poate. Spaima mea reală este că mulți oameni care au folosit mult ecstasy în ultimele două decenii o să creadă că sunt bine, și apoi, când împlinesc cincizeci de ani, o să se năruiască dintr-odată. Pacienții depresivi care iau acest drog? Le spun: «Peste douăzeci de ani vreți să trebuiască să luați trei medicamente – sau zece?»“

Benzodiazepinele (benzourile) – valiu, xanax, klonopin –<sup>320</sup> și verii lor ambien și sonata sunt, poate, cele mai derutante medicamente dintre toate: creează dependență și sunt utile în problemele psihiatrice. Sunt foarte eficiente împotriva anxietății, dar, din cauză că au un grad mare de toleranță încrucișată la barbiturice și alcool, de obicei nu trebuie prescrise persoanelor la care există probabilitatea să abuzeze de aceste substanțe.<sup>321</sup> Benzodiazepinele sunt o modalitate validă pe termen scurt de a te ocupa de ceva care necesită o soluție atât imediată, cât și pe termen lung. Ideea este să treci pe alte medicamente, care să-ți permită să elimini treptat benzodiazepinele și apoi să le folosești doar în scop de reglare, în zilele în care ai nevoie cu adevărat de ajutor. A lua benzodiazepine zilnic, pe termen lung, e un lucru necugetat și periculos. Benzodiazepinele vândute cel mai adesea pe stradă sunt cele cu acțiune pe termen scurt, de tipul rohypnolului,<sup>322</sup> numite „drogul violului“, din cauză că provoacă o stare temporară în care nu poți să te exprimi sau să te aperi. Totuși, în general, de benzodiazepine abuzează persoane cărora le-au fost prescrise. E bine totdeauna să te gândești de două ori înainte de a lua o benzodiazepină, iar, dacă vezi că ai nevoie să mărești dozele, e bine să-ți dai seama de ce. Acoperirea simptomelor cu benzodiazepine e ca și cum ai lua antacid pentru cancer la stomac.

Sunt mare fan al benzodiazepinelor, deoarece cred că xanaxul mi-a salvat viața când mi-a ameliorat iraționala anxietate. Am folosit xanax și valiu pentru somn în perioadele agitate. Am trecut prin minisevraj de benzodiazepine de vreo duzină de ori. E important să folosești benzodiazepinele doar în scopul lor principal, adică la reducerea anxietății; ele fac aceasta foarte consecvent și la niveluri foarte potrivite. Când anxietatea mea e mare, am nevoie de mai multe benzodiazepine; când e moderată, am nevoie de mai puține. Cu toate acestea, sunt conștient de primejdiile acestor medicamente. Am făcut mici incursiuni în abuzul de substanțe toxice, dar n-am fost niciodată dependent de ceva până ce mi s-a prescris xanax. Am încetat brusc să iau medicamente la sfârșitul primei dăți când m-am confruntat cu depresia. N-a fost o strategie bună. Simptomele sevrajului de xanax – pe care l-am luat la recomandarea medicului timp de câteva luni, în doză medie de două miligrame pe zi – au fost oribile. Cel puțin trei săptămâni după ce n-am mai luat xanax, n-am putut să dorm bine și mă simțeam anxios și ciudat de șovăielnic. De asemenea, mă simțeam tot timpul ca și cum aș fi băut în noaptea dinainte câteva vedre de coniac ieftin. Mă dureau ochii și-mi era greață. Noaptea, când nu eram adormit cu adevărat, aveam neconținut coșmaruri îngrozitoare, într-o stare pe jumătate trează, și mă tot ridicam în capul oaselor, cu inima bubuind.

Am renunțat la zyprexa, medicamentul care m-a salvat din minicăderea psihică, la câteva săptămâni după ce am terminat o primă versiune a acestei cărți, și am avut altă rundă de sevraj acut. M-am silit să trec prin ea, deoarece zyprexa mă făcuse să mă îngraș cu peste opt kilograme în opt luni, dar, când am renunțat la medicament, m-am simțit nespus de rău. Sistemul meu dopaminic era dereglat și eram neliniștit, retras și înfrânt. Aveam un nod în capul pieptului, ce părea că mi se strânge ca un laț în jurul stomacului. Dacă n-aș fi sperat că va fi mai bine, m-aș fi gândit la sinucidere. Senzația îngrozitoare de încordare era mai rea decât orice altă senzație de care-mi aminteam. Îmi tot împungeam cu degetul micul burduhan, întrebându-mă de ce sunt atât de vanitos. Mă întrebam dacă n-aș putea să-mi controlez greutatea în timp ce iau zyprexa, făcând o mie de exerciții pentru abdomen în fiecare zi, dar știam că, atâta vreme cât luam zyprexa, nu aveam puterea să fac nici măcar o suță

de astfel de exerciții abdominale în fiecare zi. Renunțarea la zyprexa mi-a amplificat toate energiile – la fel de strident ca o piesă muzicală frumoasă care devine brusc chinuitoare și distorsionată dacă dai volumul boxelor mult prea tare. Era iadul pe pământ. Am răbdat trei săptămâni nesfârșite; și, cu toate că n-am avut o cădere psihică, la sfârșitul celei de-a treia săptămâni eram atât de pleoștit, încât nu mă mai interesa să văd dacă organismul meu poate să-și readucă la normal sistemul dopaminic. Am ales să fiu gras și funcțional, nu suplu și jalnic. M-am silit să renunț la dulciurile pe care le iubesc dintotdeauna și să fac în fiecare dimineață nouăzeci de minute de gimnastică, stabilizându-mă la o greutate care nu-mi plăcea. Am redus treptat doza la jumătate. Am scăpat curând de cinci kilograme. Ca să-mi mențină energia câtă vreme luam zyprexa, psihofarmacologul meu a adăugat dexedrină.

n o pilulă? Ce mama naibii! O iau doar când mi-e cel mai rău.

Nu mai iau regulat xanax, dar sunt oare dependent de micul cocktail de antidepressive – effexor, wellbutrin, buSpar și zyprexa – care mi-a permis să scriu această carte? Am dependență? Versiunea cea mai acută a acestei întrebări este dacă medicamentele pe care le-am luat o să rămână toate legale. Heroina a fost creată inițial de cei care au creat aspirina Bayer, ca medicament pentru tuse,<sup>323</sup> iar ecstasy a fost brevetat de farmacologi din Germania<sup>324</sup> înainte de al Doilea Război Mondial. Medicamentele se plimbă mereu din lumea medicinei către lumea abuzului și înapoi. În prezent, se pare că acceptăm orice medicament care nu perturbă în mod esențial funcționarea. Mă gândesc la efectul pe care l-a avut zyprexa în ultima mea rundă de luptă cu depresia. Ce face cu adevărat zyprexa în creierul meu? Dacă renunțarea la zyprexa mi-a dat toate simptomele acelea de agitație și neliniște ale sevrajului înseamnă că era un medicament pe care mă bazam? Cum aș reacționa dacă mi-ar spune cineva că, în urma unor descoperiri recente, zyprexa a fost trecut în rândurile dușmanilor din războiul cu drogurile?

Michael Pollan a susținut în *New York Times Magazine* că, de fapt, nu există vreo bază cu adevărat coerentă pentru a declara substanțele drept legale sau ilegale, și scrie: „Mass-media sunt pline de reclame farmaceutice

străvezii ce promovează nu numai alinarea durerii, ci și plăcerea și chiar satisfacția; în același timp, Madison Avenue<sup>325</sup> trudește la fel de mult să demonizeze alte substanțe în numele unei «Americi fără droguri». Cu cât cheltuim mai mult pe cultul medicamentelor bune (anul trecut, douăzeci de miliarde de dolari pe medicamentele eliberate pe rețetă), cu atât mai mult cheltuim în lupta cu cele rele (șaptesprezece miliarde de dolari în același an). Urâm medicamentele. Iubim medicamentele. Sau poate că urâm faptul că iubim medicamentele?<sup>326</sup> În principiu, drogurile care creează dependență, ilicite, împiedică mulțimile de la toate celelalte activități, în vreme ce antidepresivele te fac să funcționezi mai bine decât fără ele și nu produc vătămări pe termen lung. În schimb, William Potter, care înainte a condus Departamentul Farmacologic al Institutului Național pentru Sănătate Mintală (NIMH), comentează: „Am hotărât că substanțele care te împiedică să ai răspunsul afectiv adecvat nu sunt acceptabile. Iată de ce cocaina este ilegală. Apar prea multe probleme când nu mai detectezi semnele de avertizare și amenințările. Plătești pentru o euforie excesivă. Ce spun nu-i moralizator; nu-i decât observația mea.“ „Nimeni nu simte o poftă intensă de zoloft“, spune Steven Hyman. „Nimeni n-ar ucide vreodată ca să capete o pastilă de zoloft.“ De asemenea, nici nu produc euforie, nici nu exagerează relaxarea. Nu se spune despre un diabetic că e dependent de insulină. Poate că accentul pus de societatea noastră pe satisfacția amânată e oare atât de intens, încât pur și simplu preferăm medicamentele care te fac să te simți rău (efectele secundare) și apoi bine (efecte asupra stării de spirit), și nu pe cele care te fac să te simți bine (euforic) și apoi rău (mahmureala)? Și totuși, antidepresivele din noua generație sunt steroizi anabolici pentru creier? Psihiatrul Peter Kramer, în celebra sa carte *Listening to Prozac*, se întreabă dacă persoanele care au luat aceste medicamente au un avantaj necinstit, creând astfel asupra celorlalți presiunea de a le lua și ei. Vor reproduce ele efectul modernizării, care n-a fost să le ofere oamenilor timp, ci să crească așteptările și să accelereze viața? Suntem pe pragul creării unei rase de supermeni?

Cu siguranță, e adevărat că e greu să renunți la antidepresive; în doi ani, am încercat de trei ori să renunț la zyprexa și am eșuat de fiecare dată. Poate fi foarte dificil să determini oamenii să nu mai ia inhibitori selectivi de recaptare a serotoninei. Medicamentele nu sunt băuturi alcoolice, dar te fac să te simți mai bine și au cu adevărat o mulțime de efecte secundare adverse – în cea mai mare parte, adverse pentru individ, nu pentru societate, dar nu mai puțin adverse în mod distinct. Simt o oarecare îngrijorare pentru starea mea generală de sănătate mintală, și sunt foarte atent la reajustarea chimiei mele cerebrale: sunt îngrozit să nu mă prăbușesc iar în genune, și nici o euforie nu poate să merite acest preț. În prezent, sunt prea neîncrezător în drogurile de destindere ca să pot obține prea multă plăcere de la ele. Dar în rarele ocazii în care le-am luat și am avut stare de euforie, a trebuit să compar această senzație impetuoasă cu efectul medicamentelor prescrise, pe care mă bazez acum. Mă întreb dacă nu cumva permanenta reaşezare a personalității mele cu o treaptă mai sus nu se înrudește într-un fel cu o năvalnică euforie. De fapt, scriu destul de bine în stările modificate: am dat la iveală o bucată de proză bună după o noapte de băut și am scos niște idei pe când pluteam din cauza cocainei. Sigur că n-aș vrea să fiu tot timpul în nici una dintre aceste stări, dar mă întreb până unde mi-aș sălta personalitatea dacă ar fi posibil orice. Nu încap îndoială că aș duce-o cu câteva trepte mai sus decât este acum. Mi-ar plăcea să dispun de o energie nelimitată, de o precizie promptă și de evidenta vioiciune a lui Wayne Gretzky,<sup>327</sup> să zicem. Oare dacă aș găsi o substanță care să-mi confere aceste însușiri, ar fi neapărat una ilegală? Se bate multă monedă pe faptul că medicamentele antidepresive nu produc alinare nemijlocită, în vreme ce multe dintre substanțele toxice de care se abuzează îți dau cât se poate de rapid starea de euforie dorită. Să fie oare pur și simplu viteza efectului care ne deranjează atât de mult, acel straniu fenomen de „vrăjit chiar sub ochii tăi”<sup>328</sup>? Dacă ar născoci cineva o pudră care să nu diminueze cantitatea de neurotransmițători și să nu provoace o cădere psihică, în schimb să-mi îngăduie să acționez ca Wayne Gretzky câtă vreme o inhalez o dată la cinci ore – ar trebui neapărat să fie ilegală?



După părerea mea, nu mai sunt independent. Medicamentele sunt scumpe, chiar dacă sunt livrate regulat și comod. Nu mă deranjează ideea că mă bizui pe ele, nici ideea că această bizuire e verișoara dependenței. Câtă vreme dau rezultate, sunt mulțumit să le iau. Țin în buzunar pilule tot timpul, în fiecare zi, ca să le am dacă, din cine știe ce motiv, nu ajung acasă într-o seară. Iau cu mine în avion flacoane cu pilule, căci m-am gândit totdeauna că, dacă avionul e să fie deturnat și să fiu luat prizonier, o să încerc să țin medicamentele ascunse. Janet Benshoof își amintește că a fost ținută în închisoare în Guam și și-a sunat de acolo psihiatrul. „Îl scosese din minți gândul că am o depresie în închisoare, ca să nu mai vorbesc de sevraj, și încerca din răsuputeri să-mi trimită antidepresive, trecând prin sistemul de pază. Era o chestie de isterie; și eu eram isterică.“

Înghit vreo douăsprezece pilule pe zi, ca să mă feresc să ajung prea jos. Sincer, dacă aș putea obține același efect cu două păhărele (și cunosc persoane care pot), ar fi o alternativă cu totul mulțumitoare, câtă vreme nu le-aș transforma în trei păhărele ori patru păhărele ori opt păhărele – ceea ce, dacă lupti cu depresia, de obicei se întâmplă. Dependența de alcool poate fi deplin acceptabilă pe plan social, chiar dacă afectează somnul paradoxal. Mă fermece una dintre cunoștințele mele care, fix la ora șase, exclama, în timp ce-și turna încetișor whisky: „Fiecare fibră din făptura mea strigă după alcool.“ Își aranjase viața în așa fel, încât să facă loc capriciilor sale de seară, și cred că era o viață fericită, cu toate că, vizitând o familie de mormoni, unde nu se găsea alcool, cu greu a făcut față serii. Ar fi stupid să-l pui pe un astfel de om mai degrabă pe prozac. În cazul altor substanțe, legea creează adesea necazuri, în loc să le controleze – sau, cum zice Keith Richards: „N-am o problemă cu drogurile; am o problemă cu poliția.“<sup>329</sup> Am cunoscut oameni care foloseau marijuana și chiar cocaină într-un fel controlat și disciplinat, care le îmbunătățea starea de spirit și trupească. Cartea lui Ann Marlowe *How to stop time: Heroin from to Z* descrie în mod convingător tratarea rezonabilă controlată a stării de spirit cu ajutorul heroinei. Mulți ani ba a luat, ba n-a luat heroină, fără să devină vreodată dependentă.

Marea problemă a autotratării cu medicamente, mult mai gravă decât alegerea substanței nepotrivite, este faptul că adesea e stupidă și lipsită de suficiente informații. „Mă ocup de persoane care abuzează grav de cocaină“, spune David McDowell de la Columbia. „Persoane care iau pe zi cocaină de o sută cincizeci de dolari, cel puțin douăzeci și două de zile pe săptămână. Și nu le place ideea de a lua medicamente, li se pare că sună nefiresc. Spre deosebire de ceea ce capătă de la Billy-traficantul! Aceste substanțe sunt nereglementate și cu totul îndoielnice.“

Mulți dintre cei citați în această carte au avut probleme serioase cu abuzul de substanțe toxice, și mulți dintre ei au dat vina, pentru depresia lor, pe acele substanțe. Tina Sonogo este neobișnuit de sinceră în privința interacțiunii celor două feluri de probleme. E o femeie de o vitalitate neobișnuită, cu mult simț al umorului și o mare rezistență. Pe parcursul a trei ani, a cincizeci de scrisori și a zeci de e-mailuri, ea a realizat față de mine o apropiere construită pur și simplu pe presupuneri. S-a apucat „să purific<sup>330</sup> pe hârtie stările mele de spirit sumbre“, după descrierea ei, iar rezultatul a fost o serie remarcabilă de dovezi despre stări de spirit ascendente și descendente. Bătăliile sale cu atitudinea suicidară, și cu dependența, și cu depresia sunt atât de strâns împletite, încât este aproape cu neputință să vezi unde se sfârșește una și începe alta.

Tina Sonogo e stewardesă pe o linie aeriană charter, care transportă militari din SUA la posturi și clienți care se duc în croaziere și concedii în grup. Se autointitulează „făcătoare pe plac oamenilor“, care și-a petrecut toată viața străduindu-se să fie suficient de drăguță cu semenii, ca aceștia s-o placă. „Sunt amuzantă“, spune, „și viguroasă, și drăgălașă, și sexi – sunt tot ce îți poți dori de la o stewardesă. Creez atașamente afective cu totul fericite cu pasagerii mei, după care aceștia pleacă.“ E la mijlocul anilor săi patruzeci, și stilul său optimist contrazice lupta de o viață cu depresia și alcoolismul. Are o minte ageră, dar „inteligența nu însemna nimic în familia mea; nimeni nu se gândea măcar la ea“, și, dat fiind că suferă de dislexie, n-a urmat nimic după liceu. Bunica sa era servitoare de la care stăpânul aștepta servicii sexuale, în

Maroc; bunicul era tâmplar de mobilă, care cultiva acolo hașiş pentru export. S-a născut din prima generație de imigranți din ambele părți și a crescut într-o enclavă marocană din California, vorbind în casă un amestec de franceză, spaniolă și arabă. Boala mintală n-avea ce căuta în această lume. „Puneam întrebări care nu-și aveau locul în casa noastră. Așa că am învățat să joc un rol, și aveam un personaj exterior, ca nimeni să nu vadă vreodată femeia tristă – căreia îi e silă de sine – dinăuntru. Eram sfâșiată în două. Și depresia e ceea ce s-a petrecut când cele două jumătăți s-au ciocnit.“ Tatăl Tinei era mereu prost dispus, poate că depresiv, un bărbat care trebuia protejat de orice lucru supărător; mama ei „are nevoie de tandrețe, dar nu oferă nimănui. Mi-a spus acum mulți ani: «Draga mea, nu pot să mă fac mai sensibilă doar ca să te-nțeleg pe tine.» Sora ei era la fel. Ne uitam, acum câțiva ani, la televizor împreună, și am zis: «Cine-i personajul ăla?» și mi-a povestit tot ce se-ntâmplase în viața acelui personaj în ultimii douăzeci de ani. Habar n-are însă cu ce tip mă-ntâlnesc eu. Am crescut gândindu-mă că sunt marfă deteriorată.“ După ce tatăl Tinei a murit, mama s-a recăsătorit. Tina își adoră tatăl vitreg și-i atribuie un mare merit pentru sănătatea ei relativ bună din prezent.

Tina a avut prima cădere psihică deplină la nouăsprezece ani, în timpul unei călătorii prin Israel, când intenționa să scrie o carte despre kibbutzuri. A venit sora ei s-o salveze și s-o aducă acasă. După câțiva ani, a hotărât să se mute la Roma, ca să fie împreună cu bărbatul pe care-l iufea, dar, când a ajuns acolo, „relația a devenit metalică, actul sexual era mai mult decât cu neputință și nu aveam nimic de spus“. S-a cufundat în altă depresie. Asemenea multor depresivi care abuzează de substanțe toxice, suferea de un pronunțat dezgust de sine și era atrasă de persoane delincvente, care să se poarte violent cu ea. La câțiva ani de la episodul cu Roma, s-a căsătorit cu un danez și s-a mutat la Copenhaga. Asta a durat mai puțin de doi ani; după ce amanta soțului a fost omorâtă, au fost interogați amândoi vreme îndelungată. Cu toate că au fost eliberați amândoi, căsătoria era distrusă; el a dat-o afară din casă, iar ea a avut altă cădere psihică. Făcea, în acea vreme, serviciul pe avioane care transportau soldați în operațiunea „Furtună în deșert“. Se afla într-o escală la Roma și a simțit brusc că nu poate continua așa. „Încă îmi

amintesc acel moment. Am comandat o salată cu carne de pui; avea gust de cretă. Știam că sunt depresivă. Și am luat-o la vale repede de tot. Atunci m-am apucat cu adevărat de băut. Făceam orice ca să-mi fie al naibii de rău. Îmi pierdeam cunoștința, și beam, și-mi pierdeam cunoștința, și beam, și-mi pierdeam cunoștința, și beam. Lăsam totdeauna bilete de sinucigaș: dacă nu mă mai trezesc, sunați-o pe mama. Foloseam alcoolul ca să mă omor. Era cel mai simplu drog pe care-l cunoșteam; era ieftin; era la îndemână. Și e onorabil.“

S-a internat într-un spital de psihiatrie din Carolina de Sud, care era „ca o zonă de așteptare a aprobării de aterizare, unde se presupunea că trebuie să te dreagă. Pe noi, cei depresivi, nu ne băga nimeni în seamă, pentru că nu făceam gălăgie, ca nebunii ceilalți. Mă simțeam ca Chicken Little,<sup>331</sup> de parcă se prăbușea cerul. Oh, neliniștea aceea! Neliniștea în depresie e sentimentul că ai o taină îngrozitoare, și toți o s-o afle, iar tu nici măcar nu știi care e taina.“ A luat antidepresive și alte medicamente prescrise și le-a amestecat cu alcool, încercând să învingă neliniștea. Ca urmare, a avut două crize de epilepsie și a ajuns în stare de inconștiență la alt spital, unde a zăcut trei zile.

Pentru Tina, depresia nu înseamnă amorțeală, ci durere. „Mă simțeam ca un burete îmbibat de tulburare sufletească, greu și umflat. Durerea mea nu era tăcută. Stăteam trează toată noaptea, scriindu-i pe întuneric scrisori lui Dumnezeu. Nu eram născută să fiu fericită, voioasă, liberă. Dacă trupul meu ar acționa după preferințe, aș fi deprimată tot timpul. Când eram mică, mama îmi tot spunea: «Fii mulțumită, ori du-te în camera ta cu mutra aia acră.» Nu voiam să fiu așa. Doar că așa sunt eu.“ Interacțiunea cu alți oameni e adesea extrem de dureroasă pentru Tina Sonogo. „Pentru mine, cel mai chinuitor lucru lăsat de Dumnezeu pe pământ era să-mi dau întâlnire cu cineva. De obicei, vomitam în baie. M-am măritat, ca să scap de suferință – doare ca naiba când mă-ntreb de ce nu-mi dă nimeni întâlnire.“ Curând, Tina Sonogo s-a recăsătorit cu un malaysian din SUA care a avut probleme cu justiția și s-a întors acasă. Ea l-a urmat în casa islamică tradițională a mamei lui. Constrângerile au fost, pur și simplu, mai presus de puterile ei. „Spirala prăbușirii

mele a fost rapidă când am fost acolo; mi s-a făcut mai dor de casă decât îmi fusese vreodată în douăzeci de ani.“

După ce s-a întors în SUA, a continuat să bea; era singura cale pe care o găsisese ca să controleze neliniștea paralizantă. Se ducea periodic la dezalcoolizare și-și revenea parțial pentru scurtă vreme – până acum, a fost de patru ori la dezalcoolizare completă. Asigurarea sa nu acoperea tratamentul pentru dependență, dar s-a putut folosi de diagnosticul de boală mintală pentru acoperirea cheltuielilor. „Programul de dezalcoolizare? E ultima stație înainte de Lourdes“, spune ea.

Tina Sonogo s-a dus la prima ei întâlnire cu Alcoolicii Anonimi acum zece ani, și programul i-a salvat viața. Îl descrie ca singurul loc în care a putut vreodată să fie sinceră cu ceilalți. Programul n-a scăpat-o de depresie, dar i-a dat altă metodologie cu care s-o înfrunte. „Fără alcoolul din corpul tău care să încerce să șteargă emoțiile rele, țâșnesc toate ca niște artificii. Dar, slavă Domnului, cel puțin eram o bețivancă, și puteam să fac ceva în privința asta. M-am dus la o întâlnire la Emotions Anonymous și mi-a părut tare rău pentru oamenii aceia, pentru că nu aveau nimic de eliminat, nimic care să fie reparat. Bețivii sunt tipi foarte tari. Nimic nu se compară cu un bețiv care zice: «Păi, ai dat pe gât un păhăruț pentru asta?» Pot vorbi cu ei despre depresie, de parcă e proprietatea mea. E ca și când iei o diplomă de la facultate, și apoi ai dreptul să vorbești despre unele lucruri și nu te simți ciudat în privința lor. Asta vrem cu adevărat noi toți, bețivii, cineva căruia să-i spunem povestea noastră, cineva care știm c-o să ne asculte.“

Când a început să fie trează, Tina Sonogo a fost disperată. „Asta a fost cea mai rea depresie pe care am avut-o vreodată. Asta a fost când m-am închis în apartamentul meu și, pentru că nu puteam să iau vreo hotărâre, o lună întregă am mâncat sandviciuri cu curcan și salam. Depresia este o căutare a invalidării. Și totdeauna poți găsi din asta câtă vrei. Când ești depresiv, tot cauți dovezi că nu valorezi nimic. Am avut discuția asta la Alcoolicii Anonimi: cine sunt cei care ne judecă? Și mi-am dat seama că, dacă unul dintre cei care judecă nu-mi dădea răspunsul negativ de care aveam

voie, găseam altul. Chiar și acum, când am luat-o pe o linie ascendentă, o aud pe sora mea zicând: «A, încerci să te dai mare.»

Am trecut deja prin al cincilea, al șaselea, al șaptelea episod, și e ca și cum: «S-a întors! Știi ce se întâmplă!» Îmi amintește cum e când ești captivat de un film, și deodată apare genericul de final, și te rostogolești înapoi în viața ta. Asta e senzația. De parcă s-a terminat filmul. Încă nu pot face nimic în privința asta. Dar ajungi în punctul în care îți dai seama că n-o s-o țină așa la infinit, în care poți fi în stare, în sfârșit, să aștepti, pur și simplu.“

S-a dus în continuare la întâlnirile Alcoolicilor Anonimi, de cinci ani deja – „e ca o tabără de vară pentru creierul tău“, spune ea. „Am obosit să tot încerc să aflu de ce. De ce am căderi psihice, de ce am devenit bețivă? Ar fi interesant să știu, dar la ce bun să pierd timpul: faptul că știu n-o să mă facă să mă simt mai bine. Trezia e ca o piramidă și, de câte ori urcăm o treaptă, simțim că ajungem undeva, totuși totdeauna mai e o treaptă de urcat. Când ne uităm în jos, nu putem vedea bine treptele pe care le-am urcat, așa că ne simțim disperați, dar, dacă ne uităm în sus, o să vedem degetul lui Dumnezeu străpungând cerul și o să știm că suntem pe calea cea bună.“

Tina Sonogo descrie momentul în care a simțit că a scăpat de băut și de partea cea mai rea a depresiei. „Eram în Japonia, și aveau florile acelea minunate în mijlocul unui magazin universal. Și m-am oprit acolo, și am atins florile, și am zis: «Am o relație cu voi.» M-am uitat la florile acelea frumoase și am zis: «Am o relație cu voi chiar acum.» Nu înseamnă că trebuie să dureze veșnic; nu înseamnă că trebuie să vă duc cu mine. Pur și simplu, am o relație cu voi acum. Așa că până în ziua de azi îmi amintesc florile acelea. Îmi amintesc bucuria pe care mi-au dat-o pentru o clipă.“ După câțiva ani, „am avut o epifanie în aeroportul de la Frankfurt. Mă plimbam, beam cafea, fumam și mă întrebam ce naiba se întâmplă în viața mea, pentru că simțeam ceva diferit. Și nu știam ce este. Și apoi, am știut. În cele din urmă, aveam o voce. Încă nu știam ce să fac cu ea, dar știam că am o voce.“

E o voce câștigată cu trudă, dar e ca de trâmbiță. Tina Sonogo poate să fie uimitor de optimistă; e o dansatoare de step bine antrenată, care urcă pe acoperișul hotelului în care stă și exersează dansul și respiră aerul nopții.

„Mi-e dor de anii de foame. Doamne, ce dor mi-e de anii de foame. Mi-e dor de terapeutii care se dădeau peste cap ca să mă facă bine. Și mi-e dor de amploarea emoțiilor, chiar dacă erau emoții rele. N-o să mai am niciodată o așa amploare a emoțiilor, decât dacă mă prăbușesc iar. Viața va fi totdeauna un experiment pentru mine după depresie, Marea Depresie. Dar am cules roadele depresiei – cu toate că l-aș fi plesnit peste mutră pe cel care mi-ar fi vorbit de asta când eram bolnavă. Am visul ăsta, să ne adunăm câțiva care am supraviețuit depresiei majore și dependenței și să petrecm împreună o noapte, dansând și râzând de Marea Depresie. Așa arată pentru mine raiul.“

Am o personalitate foarte puțin înclinată spre dependență. Am trecut prin simptome de reacție în timpul abstenenței de la anumite substanțe, dar n-am avut niciodată compulsiunea de a consuma ceva. Un pahar nu mă face să vreau neapărat încă un pahar. O senzație bună, despre care știu că e periculoasă, nu mă cucerește într-atât, încât să vreau altă senzație plăcută. N-am fost niciodată prea îngăduitor cu dependența până ce am început să iau zyprexa. Nu dependența față de zyprexa a schimbat lucrurile. Nu, a fost faptul că zyprexa mi-a distrus punctul final al poftei de mâncare. În prezent, pot să mănânc o masă absolut normală și să mă simt tot înfometat, și acea foame poate fi atât de aprigă, încât să mă scoată din casă în toiul nopții ca să cumpăr mâncare. Stau cu foamea mea și mă gândesc ce urâtă poate fi o burtă mare; îmi amintesc ore lungi de exerciții fizice în care n-am ars decât câteva calorii. Apoi, simt că, dacă nu mănânc, o să mor – și cedez, mă duc și mă-ndop. Apoi, urăsc faptul că am făcut-o. Nu mă silesc să vomit, pentru că nu vreau să-mi creez un astfel de tipar; în plus, am un stomac de fier, aproape nimic nu mă poate face să vomit. Zyprexa m-a făcut dependent de mâncare, și, la un moment dat, mă făcuse să pun pe mine douăsprezece kilograme și jumătate. Dacă ai putea găsi ceva care să facă pentru libidou ceea ce face zyprexa pentru pofta de mâncare, ai crea o droaie de donjuani. Am aflat cum e să ai o pornire copleșitoare, fascinantă, față de consumul suicidar. În cursul fluctuațiilor normale ale stărilor mele sufletești, buna dispoziție îmi dă

autodisciplină și mă abțin de la prăjiturelele cu ciocolată; proasta dispoziție însă mă lasă fără acea putere. Depresia permite dependența. Împotrivirea la dorințe consumă tare multă energie și voință, și, când ești depresiv, e pur și simplu prea greu să zici nu – la mâncare, la alcool, la droguri. E foarte simplu. Depresia te slăbește. Slăbiciunea e calea cea mai sigură către dependență. De ce ar trebui să spui „nu“, când „nu“ te duce doar la mai multă suferință?

### Note

**257.** Faptul că există circa douăzeci și cinci de substanțe toxice de care se abuzează în mod obișnuit a fost luat de pe site-ul National Institute of Drug Abuse, [www.nida.nih.gov/DrugsofAbuse](http://www.nida.nih.gov/DrugsofAbuse).

**258.** Mecanismul în trei faze al substanțelor toxice de care se abuzează e descris în David McDowell și Henry Spitz, *Substance Abuse*, p. 19.

**259.** Peter Whybrow oferă un rezumat al interacțiunilor dintre cocaină și dopamină în *A Mood Apart*, p. 213. O analiză mai profundă este oferită de Marc Galanter și Herbert Kleber în *Textbook of Substance Abuse Treatment*, pp. 21–31.

**260.** Lucrarea despre morfină se găsește în lucrarea lui Marc Galanter și Herbert Kleber *Textbook of Substance Abuse Treatment*, pp. 11–19.

**261.** Pentru lucrarea despre efectul alcoolului asupra serotoninei: *ibid*.

**262.** Faptul că nivelurile neurotransmițătorului encefalină sunt afectate de multe dintre substanțele toxice de care se abuzează este arătat în Craig Lambert, *Deep Cravings*, în *Harvard Magazine* 102, nr. 4 (2000).

**263.** Reacția creierului la nivelurile crescute de dopamină este explicată în Nora Volkow, *Imaging studies on the role of dopamine in cocaine reinforcement and addiction in humans*, în *Journal of Psychopharmacology* 13, nr. 4 (2000).

**264.** Dinamica substanțelor creatoare de dependență care duce la dependență e discutată destul de detaliat în Nora Volkow et al., *Addiction, a Disease of Compulsion and Drive: Involvement of the Orbitofrontal Cortex*, în *Cerebral Cortex* 10 (2000).

**265.** Statisticile despre proporțiile dependenței de diferite substanțe sunt preluate din James Anthony et al., *Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: Basic findings from the National Comorbidity Survey*, în *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 2, nr. 3 (1994).

**266.** Lucrarea despre substanțele toxice de care se abuzează și bariera sânge–creier se găsește în David McDowell și Henry Spitz, *Substance Abuse*, pp. 22–24.

**267.** Numărul de ani necesari creării dependenței de alcool și cocaină e descris în H.D. Abraham et al., *Order of onset of substance abuse and depression in a sample of depressed outpatients*, în *Comprehensive Psychiatry* 40, nr. 1 (1999).



**268.** Lucrearea bazată pe scanări PET din care a reieșit vindecare limitată chiar și după trei luni a fost efectuată de dr. Nora Volkow. De exemplu, v. Long-Term Frontal Brain Metabolic Changes in Cocaine Abusers, în *Synapse* 11 (1992). Faptul că folosirea cronică a drogului are consecințe neurologice persistente e ilustrat în Alvaro Pascual-Leone et al., Cerebral atrophy in habitual cocaine abusers: A planimetric CT study, în *Neurology* 41 (1991), și în Roy Matthew și William Wilson, Substance Abuse and Cerebral Blood Flow, în *American Journal of Psychiatry* 148, nr. 3 (1991). Găsiți informații privind perturbarea cognitivă, în care intră deficite ale memoriei, atenției și abstractizării la Alfredo Ardila et al., Neuropsychological Deficits in Chronic Cocaine Abusers, în *International Journal of Neuroscience* 57 (1991) și William Beatty et al., Neuropsychological performance of recently abstinent alcoholics and cocaine abusers, în *Drug and Alcohol Dependence* 37 (1995).

**269.** O trecere în revistă amănunțită a cauzelor multiple ale leziunilor la alcoolici este oferită de Michael Charness, Brain Lesions in Alcoholics, în *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 17, nr. 1 (1993). Găsiți o trecere în revistă mai generală și mai recentă la Marcia Barinaga, A New Clue to How Alcohol Damages Brains, în *Science*, 11 februarie 2000. Faptul că pierderea memoriei este o problemă la această categorie de populație e discutat în Andrey Ryabinin, Role of Hippocampus in Alcohol-Induced Memory Impairment: Implications from Behavioral and Immediate Early Gene Studies, în *Psychopharmacology* 139 (1998).

**270.** O descriere a folosirii inhibitorilor selectivi de recaptare a serotoninei pentru a-i face pe alcoolici să renunțe la alcool găsim la David McDowell și Henry Spitz, Substance Abuse, p. 220. Mark Gold și Andrew Slaby își arată însă dezacordul cu această idee în cartea lor *Dual Diagnosis in Substance Abuse*. Ei scriu la pp. 210–211: „Medicația antidepresivă nu trebuie prescrisă alcoolicilor activi, deoarece există o probabilitate mult mai mare ca tratamentul adecvat să fie o perioadă de absență a alcoolului.“

**271.** S-a stabilit de mult timp că latența crescută a somnului paradoxal e un semn distinctiv al depresiei. Găsiți la Francis Mondimore, Depression: The Mood Disease, pp. 174–178, o discuție generală elocventă a legăturii dintre depresie și somn. Chestiunea privind legătura dintre somnul paradoxal, alcoolism și depresie este luată din două studii: D.H. Overstreet et al., Alcoholism and depressive disorder, *Alcohol & Alcoholism* 24 (1989), și P. Shirmani et al., Acetylcholine and the regulation of REM sleep, în *Annual Review of Pharmacological Toxicology* 27 (1987).

**272.** Afirmatia despre apariția timpurie a alcoolismului și depresiei este preluată din Mark Gold și Andrew Slaby, *Dual Diagnosis in Substance Abuse*, pp. 7–10.

**273.** Despre lucrarea bazată pe teste pentru diagnosticarea depresiei primare sau secundare: *ibid.*, pp. 108–109.

**274.** Cifrele despre proporția depresivilor care suferă de alcoolism secundar și invers le-am preluat din Barbara Powell et al., Primary and Secondary Depression in Alcoholic Men: An Important Distinction?, în *Journal of Clinical Psychiatry* 48, nr. 3 (1987). Găsiți mai multe informații despre acest subiect complicat în Bridget Grant et al., The Relationship between DSM-IV Alcohol Use Disorders and DSM-IV Major Depression: Examination of

the Primary-Secondary Distinction in a General Population Sample, în *Journal of Affective Disorders* 38 (1996).

**275.** Faptul că abuzul de substanțe toxice începe adesea în adolescență e discutat în Boris Segal și Jacqueline Stewart, *Substance Use and Abuse in Adolescence: An Overview*, în *Child Psychiatry and Human Development* 26, nr. 4 (1996). Ei scriu cu luciditate: „Luând mai departe în considerare factorii epidemiologici, trebuie să notăm că adolescența e perioada de risc maxim pentru inițierea în consumul de substanțe toxice; cei care n-au luat droguri legale sau ilegale până la douăzeci și unu de ani este improbabil s-o facă după aceea“, p. 196.

**276.** Faptul că există o probabilitate mai mare ca persoanele care abuzează de substanțe toxice să recidiveze când sunt depresive este arătat în Mark Gold și Andrew Slaby, *Dual Diagnosis in Substance Abuse*: „Cazurile de revenire la băutură sunt mai frecvente la alcoolicii care raportează depresie în perioadele de abținere decât la cei care au o dispoziție normală“, p. 108.

**277.** Părerile lui R.E. Meyer citate aici sunt din *Psychopathology and Addictive Disorder*, pp. 3–16.

**278.** Reducerea simptomelor aparent schizofrenice (paranoia, iluzii, halucinații etc.) la pacienții cu depresie și probleme legate de abuzul de stimulente este legată de faptul că adesea mania poate fi precipitată de excesul de dopamină. Abținerea de la folosirea de stimulente poate ajuta la controlarea acestor excese. Găsiți mai multe informații despre relațiile dintre stimulente, manie și psihoză în Robert Post et al., *Cocaine, Kindling, and Psychosis*, în *American Journal of Psychiatry* 133, nr. 6 (1976), și John Griffith et al., *Dextroamphetamine: Evaluation of Psychomimetic Properties in Man*, în *Archives of General Psychiatry* 26 (1972).

**279.** Gravitatea fiecărei boli în cazurile cu diagnostic dublu este trecută în revistă în Marc Gold și Andrew Slaby, *Dual Diagnosis in Substance Abuse*.

**280.** Despre efectele declanșatoare de depresie ale renunțării la cocaină, sedative, hipnotice și anxiolitice: *ibid.*, pp. 105–115.

**281.** Lucrarea despre capacitatea substanțelor toxice, în special alcoolul, de a exacerba tendința de suicid e rezumată în Ghadirian și Lehmann, *Environment and Psychopathology*, p. 112. În Mark Gold și Andrew Slaby, în *Dual Diagnosis in Substance Abuse*, se spune: „Ratele tentativelor de sinucidere autoraportate cresc treptat odată cu creșterea folosirii de substanțe legale și ilegale“, p. 14.

**282.** Faptul că adesea depresia scade datorită abținerei poate fi dedus din numeroase studii. În Mark Gold și Andrew Slaby, *Dual Diagnosis in Substance Abuse*, se spune: „La majoritatea acestor persoane cu alcoolism primar, simptomele depresive secundare tind să se reducă din a doua săptămână de tratament și continuă să scadă mai lent în trei-patru săptămâni de abținere“, pp. 107–108.

**283.** De fapt, alcoolul face ca toate medicamentele să fie absorbite mai repede; și faptul că nivelul maxim al absorbției exacerbează efectele secundare este un principiu fundamental al terapiei antidepressive.

**284.** Savuroasa remarcă a lui Howard Shaffer despre zarurile creatoare de dependență a fost publicată în Craig Lambert, *Deep Cravings*, în *Harvard Magazine* 102, nr. 4 (2000). Comentariile lui Bertha Madras apar în același articol.

**285.** Lucrarea despre legătura dintre nivelurile de endorfină și consumul de alcool a fost publicată în J.C. Aguirre et al., *Plasma Beta-Endorphin Levels in Chronic Alcoholics*, în *Alcohol* 7, nr. 5 (1990).

**286.** Cele patru origini ale dependenței le-am preluat din David McDowell și Henry Spitz, *Substance Abuse*.

**287.** Statisticile despre abținerea totală de la alcool la irlandezi și israelieni au fost discutate într-un interviu oral cu dr. Herbert Kleber, la 9 martie 2000.

**288.** Citatul din T.S. Eliot este din poezia *Gerontion* (*Complete Poems and Plays*, p. 22).

**289.** Aceste remarci despre înlocuire sunt din Mark Gold și Andrew Slaby, *Dual Diagnosis in Substance Abuse*, p. 199.

**290.** Povestea despre boiaua de ardei iute din ochiul elefantului am luat-o de la Sue Macartney-Snape, care a petrecut mult timp în Nepal și a intervievat mulți cornaci.

**291.** Lucrarea despre scăderea oxigenului din sângele fumătorilor este trecută în revistă în Marc Galanter și Herbert Kleber, în *Textbook of Substance Abuse Treatment*, p. 216.

**292.** Lucrarea despre legătura dintre fumat și serotonină se găsește în David Gilbert, *Smoking*, pp. 49–59.

**293.** Găsiți o prezentare mai amplă a perioadei trăite alături de ruși în *The Irony Tower: Soviet Artists in a Time of Glasnost*.

**294.** Faptul că raționamentul pe care se bazează taxele pe alcool din Scandinavia include beneficiile numărului scăzut de sinucideri a fost discutat cu Håkan Leifman și Mats Ramstedt de la Institutul Suedez de Cercetare Socială legată de Alcool și Droguri (SoRAD). Informațiile statistice sunt oferite într-un studiu al lui Mats Ramstedt, care urmează să fie publicat într-un supliment al revistei *Addiction*, sub titlul *Alcohol and Suicide in 14 European Countries*. Găsiți mai multe informații despre relația dintre consumul de alcool și sinucidere în George Murphy, *Suicide in Alcoholism*, și I. Rossow, *Alcohol and suicide – beyond the link at the individual level*, în *Addiction* 91 (1996).

**295.** Găsiți informații despre relația dintre alcoolismul grav și perturbarea cognitivă în David McDowell și Henry Spitz, *Substance Abuse*, pp. 45–46.

**296.** Despre efectele toxice ale alcoolului asupra ficatului, stomacului și sistemului imunitar: *ibid.*, pp. 46–47.

**297.** Faptul că rata mortalității este mai mare la alcoolici decât la nealcoolici este afirmat în Donald Goodwin, *Alcoholism, the Facts*, p. 52.

**298.** Faptul că 90 la sută dintre americani au consumat alcool și cifrele despre dependența fiziologică de alcool în SUA sunt din David McDowell și Henry Spitz, *Substance Abuse*, pp. 41–42.

**299.** Rolul serotoninei și cortizolului în rezistența la tentația de a consuma alcool e discutat în Marc Galanter și Herbert Kleber, în *Textbook of Substance Abuse Treatment*, pp. 6–7 și 130–131.

**300.** Informația despre receptorii GABA am preluat-o din corespondența personală cu Steven Hyman și David McDowell. Găsiți o discuție în profunzime a legăturii dintre alcool, GABA și alți neurotransmițători cerebrali în Marc Galanter și Herbert Kleber, *Textbook of Substance Abuse Treatment*, pp. 3–8. Lucrearea despre serotonina care întărește consumul de alcool este în R.J.M. Niesink et al., *Drugs of Abuse and Addiction*, pp. 134–137.

**301.** Superioritatea terapiei psihodinamice la pacienții cu diagnostic dublu pare mai degrabă o realitate clinică decât un fapt bine studiat. Cei mai mulți dintre medicii cu care am vorbit sunt convinși că, pentru a se putea vindeca, pacienții cu diagnostic dublu trebuie să înțeleagă în ce fel abuzul afectează depresia și invers. Marc Galanter și Herbert Kleber scriu, în *Textbook of Substance Abuse Treatment*, p. 312, că „pentru pacienții la care reglarea afectelor este o problemă, terapia psihodinamică poate fi deosebit de valoroasă“.

**302.** Practica de la Columbia este Programul STARS (Substance Treatment and Research Service).

**303.** S-au publicat multe informații despre antabus. Găsiți o descriere detaliată a modului lui de acțiune în David McDowell și Henry Spitz, *Substance Abuse*, pp. 217–219.

**304.** Despre folosirea naltrexonului pentru renunțarea la alcool și heroină: *ibid.*, pp. 48–51.

**305.** Pentru informații despre istoria marijuanei: *ibid.*, p. 68.

**306.** Caracterul toxic pentru plămâni al marijuanei este discutat în Marc Galanter și Herbert Kleber, *Textbook of Substance Abuse Treatment*, pp. 172–173.

**307.** Procentul consumatorilor de cocaină care devin dependenți este din David McDowell și Henry Spitz, *Substance Abuse*, p. 93.

**308.** Lucrearea despre cobaii care aleg stimulantele în locul hranei sau sexului este în R.A. Yokel et al., *Amphetamine-type reinforcement by dopaminergic agonists in the rat*, în *Psychopharmacology* 58 (1978). De asemenea, s-au făcut numeroase studii pe maimuțe rhesus, cu aceleași rezultate. De exemplu, T.G. Aigner et al., *Choice behavior in Rhesus monkeys: Cocaine versus food*, în *Science* 201 (1978).

**309.** Neurofiziologia prăbușirii produse de cocaină este expusă în Mark Gold și Andrew Slaby, *Dual Diagnosis in Substance Abuse*, pp. 109–110.

**310.** Efectele generale ale amfetaminelor și cocainei asupra neurotransmițătorilor sunt descrise în R.J.M. Niesink et al., *Drugs of Abuse and Addiction*, pp. 159–165.

**311.** Faptul că dorința intensă poate să persiste decenii întregi este arătat în Mark Gold și Andrew Slaby, *Dual Diagnosis in Substance Abuse*, p. 110.

**312.** Folosirea unei cure de antidepressive de zece săptămâni pentru a suporta prăbușirea produsă de drog este descrisă în Bruce Rounsaville et al., *Psychiatric Diagnoses of Treatment-Seeking Cocaine Abusers*, în *Archives of General Psychiatry* 48 (1991).

**313.** Efectul permanent al amfetaminelor și cocainei asupra sistemului dopaminergic este descris în Mark Gold și Andrew Slaby, *Dual Diagnosis in Substance Abuse*, p. 110. Ei

scriu: „Studiile pe animale au documentat o degenerare neuronală dopaminergică ocazională la administrarea cronică de stimulante.“

**314.** Lucrarea despre relația dintre cocaină și CRF este în Thomas Kosten et al., Depression and Stimulant Dependence, în Journal of Nervous and Mental Disease 186, nr. 12 (1998).

**315.** Cifrele despre depresie în rândurilor celor care abuzează de opiacee provin din Ghadirian și Lehmann, Environment and Psychopathology, pp. 110–111.

**316.** Rata înaltă de depresie în rândurile celor care iau metadonă este prezentată în Mark Gold și Andrew Slaby, Dual Diagnosis in Substance Abuse, p. 110.

**317.** Statisticile despre veteranii din Vietnam și dependența de heroină sunt din Craig Lambert, Deep Cravings, în Harvard Magazine 102, nr. 4 (2000), p. 67.

**318.** Poems from the Dark Side constituie o trimitere – făcută de autor din perspectiva umorului amar inspirat de context – la titlurile unor lucrări din categoria creației literare contemporane de factură neogotică având ca temă de inspirație partea întunecată a sufletului omenesc, iar The Little Golden Book of Depression prelucrează, în același registru, titlul unei cunoscute serii de cărți pentru copii, Little Golden Books (n.ed.).

**319.** Lucrarea despre ecstasy și axonii serotoninei este rezumată în R.J.M. Niesink et al., Drugs of Abuse and Addiction, pp. 164–165. Faptul că ecstasy reduce nivelul serotoninei cu 30-35 la sută este din U. McCann et al., Serotonin Neurotoxicity after 3,4-Methylenedioxymetamphetamine: A Controlled Study in Humans, în Neuropsychopharmacology 10 (1994). Mai multe informații despre ecstasy și monoamine găsiți în S.R. White et al., The Effects of Methylenedioxymetamphetamine on Monoaminergic Neurotransmission in the Central Nervous System, în Progress in Neurobiology 49 (1996). Găsiți o discuție vie și variată despre ecstasy și neurotoxicitate la J.J.D. Turnet și A.C. Parrott, “Is MDMA a Human Neurotoxin?": Diverse Views from the Discussants, în Neuropsychobiology 42 (2000).

**320.** Pentru discuția despre benzodiazepine, m-am bazat pe lucrarea dr. Richard C. Friedman de la Cornell și, în special, pe un interviu oral cu el din primăvara anului 2000.

**321.** Primejdiile excesului de benzodiazepine sunt discutate în Mark Gold și Andrew Slaby, Dual Diagnosis in Substance Abuse, pp. 20–21.

**322.** Găsiți o descriere mai amplă a drogurilor de tipul rohypnol în David McDowell și Henry Spitz, Substance Abuse, pp. 65–66.

**323.** Originea heroinei la Bayer e discutată în Craig Lambert, Deep Cravings, în Harvard Magazine 102, nr. 4 (2000), p. 60.

**324.** În David McDowell și Henry Spitz, Substance Abuse, ecstasy are o scurtă prezentare la pp. 59–60.

**325.** Sintagma „Madison Avenue“ e folosită adeseori metonimic pentru „publicitate“. După creșterea explozivă a acestui domeniu în anii 1920, „Madison Avenue“ a fost identificat cu industria de publicitate americană (n.ed.).

**326.** Articolul lui Michael Pollan, cu titlul A Very Fine Line, a apărut în New York Times Magazine din 12 septembrie 1999.

**327.** Wayne Douglas Gretzky (născut în 1961), celebru jucător profesionist și antrenor canadian de hockey pe gheață. Poreclit „The Great One“, a fost socotit „cel mai mare jucător de hockey al tuturor timpurilor“ (n.ed.).

**328.**\* cf. Galateni 3, 1 (n.ed.).

**329.** Remarca lui Keith Richards a fost descoperită în excepționala carte a lui Dave Hickey Air Guitar, înainte de pagina de titlu. Îi mulțumesc lui Stephen Bitterolf cel foarte în pas cu moda, pentru că mi-a împărtășit-o.

**330.** În original, freebasing < freebase (cocaine) „cocaină purificată (prin încălzire cu eter și luată prin prizare sau fumat); a fuma cocaină purificată“ (n.tr.).

**331.** Personajul principal al lungmetrajului de animație cu același nume, realizat în Studiourile Disney în 2005, inspirat din povestea The Sky Is Falling, „Cade cerul“ (n.tr.).

## VII

# Sinuciderea

Multe persoane depresive nu se sinucid. Multe sinucideri sunt comise de persoane care nu sunt depresive. Cele două subiecte nu sunt părți ale unei singure ecuații clare, în care una dintre ele o determină pe cealaltă. Sunt entități separate ce coexistă frecvent, fiecare dintre ele influențând-o pe cealaltă. „Tendința de suicid“ este unul dintre cele nouă simptome ale unui episod depresiv enumerate în *i gnosti nd St tisti M nu l*, ediția a patra ( *SM-IV*), dar mulți oameni depresivi nu sunt mai înclinați să-și pună capăt vieții decât sunt cei care au o artrită îngrozitoare: capacitatea omenească de a răbda durerea e neînchipuit de mare. Doar dacă cineva hotărăște că tendința de suicid e o condiție suficientă pentru a diagnostica depresia putem spune că sinucigașii sunt totdeauna depresivi.

Tendința de suicid a fost tratată ca *simptom* al depresiei, când ea poate fi, de fapt, o problemă ce coexistă cu depresia.<sup>332</sup> Nu mai tratăm alcoolismul ca pe un efect secundar al depresiei: îl tratăm ca pe o problemă care există simultan cu depresia. Tendința de suicid e cel puțin la fel de independentă de depresie, cu care coincide adesea, cum este abuzul de substanțe toxice. George Howe Colt, autorul lucrării *The Enigm of Sui ide*, spune: „Mulți medici cred că, dacă au succes [în tratarea depresiei], au tratat pacientul cu tendințe de suicid, de parcă tendința de suicid ar fi pur și simplu un efect urât al bolii care stă la bază. Și totuși, unii pacienți cu tendințe de suicid nu au nici

o boală de bază diagnosticabilă, pacienții sinucigându-se adesea la puțin timp după ce ies dintr-o depresie – sau la multă vreme după ce depresia a dispărut.“<sup>333</sup> Medicul care tratează o persoană depresivă și cu tendințe de suicid se concentrează, în general, pe vindecarea depresiei. Vindecarea depresiei ar putea ajuta la împiedicarea sinuciderii, dar nu este obligatoriu să fie așa. Aproape jumătate dintre cazurile de suicid din SUA aparțin unor persoane care au fost în grija unui psihiatru,<sup>334</sup> și totuși cele mai multe sunt surprinzătoare. Ceva nu e în ordine cu gândirea noastră. Nu trebuie să presupunem că tendința de suicid poate fi pusă la grămadă cu simptome cum sunt perturbarea somnului; și nici n-ar trebui să nu mai tratăm tendința de suicid doar pentru că depresia cu care a fost asociată pare să fi dispărut. Tendința de suicid este o problemă asociată, care necesită propriul tratament. De ce nu e clasificată ca diagnostic de sine stătător, legat de depresie și suprapus parțial acesteia, dar esențialmente distinct?

Încercările de a defini depresia sinucigașă au fost surprinzător de lipsite de rezultat. Nu există vreo corelație strânsă între gravitatea depresiei și probabilitatea sinuciderii: unele acte de suicid par să se producă în timpul unor tulburări moderate, în vreme ce persoane aflate în situații disperate nici vorbă să renunțe la viață. Unii oameni din cartierele sărace și-au pierdut toți copiii din cauza violenței bandelor, sunt infirmi, flămânzesc, n-au avut în viața lor vreo clipă de iubire de nici un fel – și totuși, se agață de viață cu fiecare strop de energie din ei. Unii oameni care au cele mai bune perspective în viață se sinucid. Sinuciderea nu e doar apogeul unei vieți grele; ea vine dintr-un ungher ascuns, aflat dincolo de minte și de conștiință. Acum, pot să privesc înapoi, la scurta mea perioadă parasinucigașă: logica aceea, care atunci îmi părea mai mult decât rezonabilă, îmi pare acum mai străină decât bacteria care mi-a provocat pneumonia cu câțiva ani în urmă. E ca un microb puternic, ce a pătruns în corp și a preluat controlul. Am fost deturnat de absurd.

Există deosebiri minore, dar importante, între a dori să fii mort, a dori să mori și a dori să te omori. Cei mai mulți dintre oameni au dorit, din când în când, să fie morți, reduși la zero, dincolo de întristare. În depresie, mulți



doresc să moară, să procedeze la modificarea activă a ceea ce sunt, să se elibereze de suferința conștiinței. A dori să te omori necesită însă un cu totul alt nivel de tulburare sufletească și o anumită violență orientată. Sinuciderea nu e rezultatul pasivității; e rezultatul unei acțiuni îndeplinite. Necesită multă energie și o voință puternică, pe lângă credința în caracterul permanent al ceasului rău din prezent, și cel puțin un strop de impulsivitate.

Sinucigașii se împart în patru grupuri. Cei din primul grup se sinucid fără să se gândească bine la ceea ce fac; pentru ei, e la fel de imperios și inevitabil ca respirația. Acești oameni sunt cei mai impulsivi, și la ei este cea mai mare probabilitatea să fie îmboldiți la sinucidere de un anumit eveniment exterior; sinuciderea lor tinde să fie bruscă. Ei fac, așa cum scrie eseistul A. Alvarez în strălucita sa meditație despre sinucidere, *The S v ge God*, „o încercare de exorcizare“ a durerii pe care viața o poate împlânzi doar treptat. Cei din al doilea grup, pe jumătate îndrăgostiți de moartea cea ușoară, se sinucid ca răzbunare, ca și cum actul n-ar fi ireversibil. Despre acest grup, Alvarez scrie: „Aici, e problema sinuciderii: este un act de ambiție, ce nu poate fi săvârșit decât când ai depășit ambiția.“<sup>335</sup> Acești oameni mai degrabă fug spre moarte decât fug de viață, dorind nu sfârșitul existenței, ci prezența dispariției. Cei din al treilea grup se sinucid dintr-o logică defectuoasă, în care moartea pare să fie singura ieșire din probleme insuportabile. Ei cântăresc opțiunile și-și plănuiesc sinuciderea, scriu bilete și se ocupă de chestiunile pragmatice de parcă ar organiza un concediu în spațiul cosmic. De obicei, cred nu numai că moartea le va îmbunătăți starea, ci și că va îndepărta o povară de pe umerii celor care-i iubesc (în realitate, de obicei e tocmai invers). Cei din ultimul grup se sinucid dintr-o logică acceptabilă. Acești oameni – din cauza bolii fizice, a instabilității mintale sau a schimbării condițiilor de viață – nu vor să treacă prin suferințele existențiale și cred că plăcerea pe care ar primi-o ca răsplată este insuficientă pentru a răscumpăra durerea din prezent. Acești oameni pot să aibă sau nu dreptate în previziunile lor, dar nu-și fac iluzii, și nici o cantitate de antidepresive nu-i va face să se răzgândească.

A fi sau a nu fi? Nu există subiect despre care să se fi scris atât de mult și să se fi spus atât de puțin. Hamlet spune că decizia s-ar putea baza pe „țăr-mul neștiut de unde nimeni n-a mai venit“. Și totuși, bărbați care nu se tem de necunoscut, care se avântă cu dragă inimă pe tărâmurile ciudate, nu părăsesc prea bucuroși această lume, plină de înfruntări, pentru o stare despre care nu poți ști nimic, în care sunt multe de care te poți teme și în care poți nădăjdui totul. De fapt, „cugetul ne schimbă-n bieți mișei, încât firescul chip al hotărârii sub raza slabă-a gândului pălește“.<sup>336337</sup> Aceasta e adevărata întrebare de a fi sau de a nu fi: aici, conștiința e conștientă, împotrivindu-se anihilării nu numai prin lașitate, ci și prin voința implicită de a exista, de a prelua controlul, de a acționa așa cum trebuie să acționezi. În plus, mintea care se cunoaște pe sine nu se poate tăgădui pe sine, iar distrugerea de sine e contrară vieții introspective. „Raza slabă-a gândului pălește“ este tocmai ceea ce, în noi, ne împiedică să ne sinucidem; cei care se sinucid poate că au simțit nu numai disperare, ci și pierderea momentană a conștiinței de sine. Chiar dacă alegerea este pur și simplu între existență și neant – în cazul în care credem că nimic nu mai e dincolo de moarte și că spiritul omenesc nu e decât o structură chimică temporară –, existența nu poate să conceapă nonexistența: poate concepe absența trăirii, dar nu absența însăși. Dacă gândesc, exist.

Părerea mea, când sunt sănătos, este că de partea cealaltă a morții poate fi splendoare, sau pace, sau oroare, sau nimic, dar, câtă vreme nu știm, trebuie să ne abținem de la pariuri și să profităm cât mai mult de lumea în care trăim. „Există o singură problemă filozofică cu adevărat serioasă, și aceasta e sinuciderea“, scria Albert Camus.<sup>338</sup> Într-adevăr, o mulțime de francezi și-au dedicat viața acestei probleme pe la mijlocul secolului al XX-lea, punând, în numele existențialismului, întrebările pentru al căror răspuns fusese suficientă cândva religia. Schopenhauer analizează problema. „Sinuciderea poate fi privită ca un experiment“, scrie el, „o întrebare pe care omul i-o pune naturii, încercând s-o silească să răspundă. Întrebarea este aceasta: ce schimbare va produce moartea în existența omului și în intuiția sa privind natura lucrurilor? Este un experiment neinspirat, pentru că implică distrugerea

conștiinței înseși care a pus întrebarea și așteaptă răspunsul.“<sup>339</sup> E cu neputință să cunoști consecințele sinuciderii până ce nu te angajezi s-o faci. Să călătorești în partea cealaltă a morții cu bilet retur e o idee ispititoare: adesea am vrut să mă sinucid pentru o lună. Dăm înapoi în fața aparentului caracter definitiv al morții, în fața caracterului iremediabil al suicidului. Caracterul conștient ne face umani, și pare unanim acceptat că e puțin probabil ca starea de conștiință, așa cum o cunoaștem, să existe dincolo de moarte, că dorința de a ști pe care vrem s-o satisfacem nu va exista în clipa în care vine răspunsul. Când mi-am dorit să nu fiu viu și mi-am pus întrebarea cum o fi când ești mort, mi-am dat seama și că a fi mort ar contrazice întrebarea însăși. Tocmai această dorință de a ști ne face să mergem mai departe: aș putea să renunț la ceea ce există exterior vieții mele, dar nu la faptul de a-mi pune întrebări.

Cu toate că instinctul brut joacă rolul principal, rațiunea fundamentală a vieții este, într-o societate seculară, extrem de neclară. „«Viața merită să fie trăită» este cea mai necesară dintre prezumții“, scria George Santayana, „și, dacă n-ar fi prezumată, ar fi cea mai puțin posibilă dintre concluzii.“<sup>340</sup> Trebuie să ținem cont de multele suferințe care ne asaltează, dar poate că și mai stringent e faptul că suntem muritori. Moartea e atât de neliniștitoare, iar caracterul ei inevitabil e atât de frustrant, încât unii oameni simt că ar putea la fel de bine să scape de grija asta. Ideea neantului final pare să anuleze valoarea oricărui lucru din prezent. De fapt, viața respinge suicidul prin faptul că, în cea mai mare parte a timpului, ascunde realitatea propriului nostru caracter muritor. Dacă moartea nu impune e din cauză că, în general, e trecută cu vederea.

Nu cred că trebuie să fii nebun ca să te sinucizi, deși cred că mulți nebuni chiar se sinucid, și că mulți alți oameni se sinucid din motive nebunești. Este evident că analiza personalității cu tendințe de suicid trebuie să se facă fie retrospectiv, fie după o tentativă de sinucidere ratată. Freud însuși a spus că „nu avem mijloace adecvate de abordare“ a problemei sinuciderii.<sup>341</sup> Trebuie să-i apreciem deferența față de acest subiect; dacă psihanaliza e

profesia imposibilă, suicidul e subiectul imposibil. E oare sminteală să vrei să mori? Întrebarea e, în ultimă instanță, mai degrabă religioasă decât medicală, de vreme ce depinde nu numai de ceea ce se află dincolo de moarte, ci și de măsura în care prețuim viața. Camus a sugerat că ceea ce e cu adevărat ne-unesec e cât de departe merg cei mai mulți dintre noi pentru a amâna cu câteva decenii inevitabila moarte.<sup>342</sup> Să fie oare viața doar o absurdă amânare a morții? Eu cred că mulți oameni, dacă e să cântărim, încearcă, de-a lungul vieții, mai multă durere decât plăcere, și totuși dorim cu nesaț plăcerea și bucuria sportivă pe care o naște. În mod ironic, cele mai multe dintre credințele religioase care postulează viața veșnică au interdicții legate de sinucidere, interdicții care-l împiedică pe credinciosul fervent să sară de pe faleză ca să se alătore corurilor îngeresti (deși religiile pot preamări renunțarea la viață pentru o cauză, ca în cazul martirilor creștini și al războaielor sfinte ale islamului).

Puterea de a te sinucide a fost lăudată de mulți oameni care iubeau viața, de la Pliniu, care a spus: „În mijlocul tuturor suferințelor vieții noastre pământești, să fii în stare să-ți pui la cale propria moarte reprezintă cel mai mare dintre darurile făcute de divinitate omului“,<sup>343</sup> la John Donne, care a scris în *i th n tos*, în 1621: „Ori de câte ori mă lovește vreo nenorocire, cheia temniței mele o știu în mâna mea, și nici un leac nu se arată mai iute inimii mele ca sabia mea“,<sup>344</sup> până la Camus. „Se constată, în general“, afirma Schopenhauer, „că, de îndată ce spaima de viață ajunge în punctul în care depășește spaima de moarte, omul își pune capăt zilelor.“<sup>345</sup> Eu însumi am simțit în timpul depresiei o spaimă de viață cu totul copleșitoare, iar în acel moment am fost primejdios de obișnuit cu frica de moarte. Cred totuși că spaima mea era vremelnică, iar acest lucru a temperat-o destul de mult ca s-o facă suportabilă. După părerea mea, sinuciderea rațională nu poate fi o operațiune la timpul prezent; trebuie condiționată de o evaluare exactă pe termen lung. Mă număr printre cei care cred în sinuciderea rațională, ce reacționează mai degrabă la nimicnicie decât la deznădejde. Problema este că adesea e

greu să-ți dai seama care sinucideri sunt raționale, și cred că e mai bine să salvezi prea mulți oameni decât să lași prea mulți oameni să piară. Toată lumea știe că sinuciderea e o soluție permanentă la o problemă temporară. Dreptul la sinucidere ar trebui să fie o libertate civilă fundamentală: nimeni n-ar trebui să fie silit să trăiască împotriva voinței sale. Pe de altă parte, tendința de suicid e adesea temporară, și un număr imens de oameni sunt fericiți că au fost împiedicați să-și pună în aplicare tentativele de sinucidere sau au fost siliți să renunțe la ele. Dacă voi încerca vreodată să mă sinucid, mi-ar plăcea să mă salveze cineva, în afară de cazul în care voi fi ajuns într-un punct în care cred pe drept cuvânt că mărimea bucuriei care mă așteaptă în viață nu poate să depășească mărimea tristeții sau a durerii.

Thomas Szasz, un critic influent al autorităților din domeniul sănătății mintale, care s-a pronunțat în favoarea limitării puterii psihiatrilor, spune: „Sinuciderea este un drept fundamental al omului. Aceasta nu înseamnă că e de dorit. Înseamnă doar că societatea nu are dreptul moral să se amestece cu forța în hotărârea unei persoane de a săvârși acest act.”<sup>346</sup> Szasz crede că, prin intervenția silită asupra unui sinucigaș, îl lipsim de legitimitatea eului și a acțiunilor sale. „Rezultatul este o considerabilă infantilizare și dezumanizare a persoanei care vrea să se sinucidă.” Într-o analiză făcută la Harvard,<sup>347</sup> medicilor li s-au dat studii de caz privitoare la cazuri de sinucidere publicate și li s-a cerut diagnosticul; medicii au diagnosticat boală mintală la numai 22 la sută din grup când nu li s-a spus că pacienții s-au sinucis, dar procentul a fost de 90 la sută când sinuciderea a fost inclusă în profilul pacienților. În mod limpede, tendința de suicid duce la un diagnostic egal, și probabil că se produce un anumit grad de infantilizare – sau, cel puțin, de paternalism. Poziția lui Szasz are un oarecare fundament real, dar a lua decizii clinice pe baza ei poate fi extrem de periculos. Psihologul Edwin Shneidman, care a declanșat mișcarea de prevenire a sinuciderii, reprezintă cealaltă extremă. Pentru el, a te omorî este un act nebunesc. „Există cel puțin un strop de nebunie în fiecare suicid, în sensul că, în actul sinuciderii, gândirea și simțurile sunt deconectate“, scrie el. „Aceasta are ca rezultat incapacitatea de a eticheta

emoțiile sau de a le diferenția în nuanțe mai subtile ale înțelesului și de a le comunica celorlalți. E «sciziunea» anormală dintre ceea ce gândim și ceea ce simțim. Aici se află iluzia controlului; aici se află nebunia.“<sup>348</sup> Această concepție tautologică oferă o bază pentru a-i priva pe oameni de dreptul lor la sinucidere. „Sinuciderea nu e un «drept»“, scria Shneidman, în contradicție totală cu Szasz, „mai mult decât este «dreptul de a eructa». Dacă omul simte că trebuie s-o facă, o face.“<sup>349</sup> Merită să notăm că uneori eructația ne-o putem controla, iar în public ne stăpânim cât de mult putem, din respect față de ceilalți.

Sinuciderea e surprinzător de frecventă, fiind deghizată și inventată mai mult chiar decât depresia. Uriașa criză a sănătății publice e, de fapt, ceva ce ne stingherește atât de tare, încât ne întoarcem privirea de la ea. La fiecare șaptesprezece minute, cineva din SUA se sinucide.<sup>350</sup> Suicidul este pe locul trei între cauzele morții americanilor sub douăzeci și unu de ani,<sup>351</sup> fiind pe locul doi la studenți. În 1995 (de pildă), numărul tinerilor care s-au sinucis a fost mai mare decât al celor care au murit de SIDA, cancer, atac cerebral, pneumonie, gripă, deficiențe din naștere și boli de inimă la un loc. Din 1987 până în 1996, numărul bărbaților sub treizeci și cinci de ani care s-au sinucis a fost mai mare decât al celor care au murit de SIDA. Aproape jumătate de milion de americani sunt spitalizați în fiecare an din cauza tentativelor de sinucidere. Sinuciderea a fost, conform Organizației Mondiale a Sănătății, răspunzătoare de aproape 2 la sută dintre decesele din întreaga lume în 1998,<sup>352</sup> ceea ce o plasează înaintea războiului și mult înaintea asasinatelor. Iar rata sinuciderilor crește constant. Un studiu recent efectuat în Suedia a arătat că probabilitatea ca un tânăr studios să se sinucidă a sporit cu 260 la sută față de anii '50. Jumătate dintre cei cu boala maniaco-depresivă fac o tentativă de suicid; ca și unul din cinci oameni cu depresie majoră.<sup>353</sup> La cineva care are primul episod depresiv există o probabilitate deosebit de mare să încerce să se sinucidă,<sup>354</sup> în general, o persoană care a trecut prin câteva

cicluri a învățat s-o scoată la capăt. Tentativele de suicid precedente sunt cel mai puternic factor de prezicere a sinuciderii: cam o treime dintre cei care se omoară au mai încercat și înainte; 1 la sută dintre cei care încearcă să se sinucidă vor reuși s-o facă în răstimp de un an; 10 la sută se vor omorî în răstimp de zece ani. Există circa șaisprezece tentative de sinucidere la fiecare sinucidere dusă până la capăt.<sup>355</sup>

Am văzut, într-un singur document, atât afirmația că la persoanele depresive probabilitatea de a se sinucide este de cinci sute de ori mai mare decât la persoanele nedepresive, cât și rezultatul statistic că pacienții depresivi au o rată de sinucidere de douăzeci și cinci de ori mai mare decât norma socială.<sup>356</sup> Am citit altundeva că depresia mărește de două ori probabilitatea sinuciderii. Cine poate ști? Aceste procente depind, în mare parte, de felul în care definim demonul cel alunecos, depresia. Din motive ce par legate de sănătatea publică, Institutul Național pentru Sănătatea Mintală a declarat multă vreme, arogant și neștiințific, că „la aproape toți oamenii care se sinucid se poate diagnostica tulburare mintală sau legată de abuzul de substanțe toxice“; de curând, l-au redus pe „aproape toți“ la „90 la sută“.<sup>357</sup> Această idee îi ajută pe cei care au încercat să se sinucidă și n-au reușit, ca și pe cei care au rămas îndurerați de sinuciderea cuiva care le era apropiat, să scape de o parte din vinovăția care altfel ar putea să pună stăpânire pe ei. Deși acest lucru e consolator și cu toate că poate fi util în atragerea atenției asupra nivelului înalt al sinuciderilor asociate cu boala, este o exagerare grosolană, neconfirmată de nici unul dintre oamenii pe care i-am cunoscut și care au tratat pacienți cu tendință de suicid.

Statisticile despre sinucideri sunt și mai haotice decât statisticile despre depresie. Cel mai adesea, oamenii se sinucid luna și vinerea;<sup>358</sup> sinuciderile se produc predominant între sfârșitul dimineții și prânz;<sup>359</sup> anotimpul preferat pentru sinucidere e primăvara.<sup>360</sup> La femei, rata sinuciderilor e mai mare în prima și ultima săptămână a ciclului menstrual (un fenomen pentru care ar

putea exista explicații hormonale).<sup>361</sup> Unei școli de cercetători în domeniul sinuciderii îi plac statisticile comparative, pe care le folosește ca și cum corelația ar conține în sine drept consecință cauzalitatea. Unele dintre aceste corelații se apropie de absurd: putem să calculăm greutatea corporală a celor care se sinucid, sau lungimea medie a părului – dar ce anume ar demonstra asta și la ce ar folosi?

Émile Durkheim, marele sociolog din secolul al XIX-lea, a scos sinuciderea din domeniul moralității și a plasat-o în domeniul, mai rațional, al științei sociale.<sup>362</sup> Sinuciderile sunt supuse clasificării pe categorii, și Durkheim a susținut că există patru tipuri semnificative. Sinuciderea egoistă o săvârșesc oamenii care nu sunt integrați în mod adecvat în societatea în care trăiesc. Apatia și indiferența îi motivează să taie definitiv relațiile cu lumea. Sinuciderea altruistă vine din integrarea exagerată în societate; această categorie a lui Durkheim include, de exemplu, devotamentul lui Patrick Henry

față de ideea „Dați-mi libertate sau dați-mi moarte!”<sup>363</sup> Cei care săvârșesc sinuciderea altruistă sunt energici, pasionați și hotărâți. Sinuciderea anomică este consecința iritării și a dezgustului. „În societățile moderne“, scrie Durkheim, „existența socială nu mai este guvernată de obiceiuri și tradiții, iar indivizii sunt din ce în ce mai des puși în condiții de competiție cu ceilalți. Întrucât ajung să ceară mai mult de la viață, nu mai mult din ceva anume, ci pur și simplu mai mult decât au la un moment dat, sunt mai înclinați să sufere din cauza disproporției dintre aspirațiile și satisfacțiile lor, iar insatisfacția ce rezultă duce la amplificarea impulsului sinucigaș.“ Așa cum a scris cândva

Charles Bukowski, „Cerem de la viață mai mult decât există“<sup>364</sup> – și inevitabila noastră dezamăgire poate fi o ocazie destul de bună ca să ne punem capăt zilelor. Sau, cum a scris A. de Tocqueville despre idealismul american în special, „bucuriile incomplete ale acestei lumi nu vor fi niciodată suficiente inimii [omului]“.<sup>365</sup> Sinuciderea fatalistă e săvârșită de oamenii ale căror vieți sunt cu adevărat chinuite într-un fel imposibil de schimbat – sinuciderea unui sclav, bunăoară, ar fi fatalistă în taxonomia lui Durkheim.

<sup>366</sup>



Categoriile lui Durkheim nu mai sunt folosite în scopuri clinice, dar au definit o mare parte din gândirea modernă despre sinucidere. Contrar credințelor din vremea sa, Durkheim a propus teoria că, deși sinuciderea este un act individual, sursele sale sunt legate de societate. Orice sinucidere e rezultatul psihopatologiei, însă aparența relativ coerentă a tendinței psihopatologice de suicid pare să fie legată de construcții sociale. În fiecare societate, există un context diferit al actului, dar s-ar putea ca în fiecare societate un anumit procent din populație să se sinucidă. Valorile și obiceiurile unei societăți determină care cauze vor duce la act și în ce loc anume. Adesea, oamenii care cred că acționează pe baza unei traume speciale nu fac decât să manifeste o tendință din societatea lor care îndeamnă oamenii la moarte.

Cu toate că multe statistici fără rost umplu studiile despre sinucidere, poate fi folositor să se identifice unele tendințe. La membrii familiilor în care a existat o sinucidere există o probabilitate mult mai mare de sinucidere decât la alți oameni.<sup>367</sup> Aceasta se întâmplă parțial pur și simplu pentru că sinuciderile din familie fac inimaginabilul imaginabil. De asemenea, pentru că durerea de a trăi când cineva pe care-l iubești s-a omorât poate fi aproape insuportabilă. O mamă al cărei fiu s-a spânzurat mi-a spus: „Mă simt ca și cum degetele mi-au fost prinse într-o ușă care se trânteste și am fost oprită permanent în mijlocul țipătului.“ De asemenea, pentru că, la un nivel presupus genetic, sinuciderea e ereditară. Studiile despre adopție arată că rudele biologice ale unei persoane cu tendință de suicid au tendință suicidară mai frecventă decât rudele adoptive. Gemenii identici tind să împărtășească tendința de sinucidere, chiar dacă sunt separați la naștere și nu știu unul de celălalt;<sup>368</sup> gemenii neidentici nu. Nu poate fi un avantaj din punctul de vedere al selecției să ai „gene sinucigașe“ cu funcție unică, dar combinația genelor care provoacă depresia, violența, impulsivitatea și agresivitatea poate să ofere o hartă genetică atât predictivă pentru comportamentul sinucigaș, cât și avantajoasă în anumite situații.

Sinuciderea naște sinucidere și în comunitățile sociale. Caracterul contagios al sinuciderii este incontestabil. Dacă o persoană se sinucide, îi calcă

adesea pe urme un grup de prieteni sau de colegi; acest lucru este adevărat mai ales la adolescenți. Locurile unde au loc sinucideri sunt folosite iar și iar, purtând blestemul celor care au murit: podul Golden Gate din San Francisco, muntele Mihara din Japonia, anumite porțiuni ale căilor ferate, Empire State Building. Epidemii de sinucideri au avut loc recent la Plano, Texas; Leominster, Massachusetts; Bucks Country, Pennsylvania; districtul Fairfax, Virginia, și în câteva alte comunități aparent „normale“ din SUA.<sup>369</sup> Descrierile publice ale actelor de suicid inspiră, și ele, comportament sinucigaș. Când a apărut cartea lui Goethe *Suferințele tinerului Werther*, la începutul secolului al XIX-lea, au urmat în toată Europa sinucideri care-l imitau pe eroul lui Goethe.<sup>370</sup> Ori de câte ori ajunge în mass-media povestea unei sinucideri importante, rata sinuciderilor crește. De pildă, în perioada de după sinuciderea lui Marilyn Monroe rata sinuciderilor din SUA a crescut cu 12 la sută.<sup>371</sup> Dacă ți-e foame și vezi un restaurant, probabil că vei intra în el. Dacă ai tendință de suicid și citești despre o sinucidere, probabil că vei face pasul final. Pare limpede că reducerea raportării sinuciderilor ar scădea rata sinuciderilor. Pe moment, dovezile sugerează că adesea chiar și cele mai bine intenționate programe de prevenire a sinuciderii induc unei categorii de populație vulnerabile ideea de sinucidere; pare posibil ca ele să crească, de fapt, rata sinuciderilor.<sup>372</sup> Cu toate acestea, sunt utile, în măsura în care fac oamenii să conștientizeze faptul că sinuciderea este, adesea, rezultatul unei boli mintale, și că acea boală mintală poate fi tratată.

Contrar mitului răspândit, la cei care vorbesc despre sinucidere există cea mai mare probabilitate să se omoare. Cei care încearcă tind să mai încerce; de fapt, cel mai bun factor de predicție a sinuciderii este încercarea de a o face.<sup>373</sup> Nimeni nu folosește prea mult acest fapt. Studiul despre tratamente efectuat de Maria Oquendo în 1999 arată că, „deși un istoric al tentativelor suicidare ar putea fi folosit de medici ca semn al înclinației către încercări viitoare, pacienții care aveau un astfel de istoric n-au fost tratați mai intens decât cei care nu aveau. Rămâne neclar dacă la acești pacienți la care

există un risc suicidar substanțial în asociere cu depresia majoră, din cauza istoricului lor suicidar, nu este recunoscut riscul, sau nu primesc tratament somatic adecvat, în ciuda faptului că medicul a recunoscut vulnerabilitatea lor sporită.”<sup>374</sup>

Cu toate că argumentele existențiale generalizante sunt atrăgătoare, realitatea sinuciderii nu e frumoasă, și pură, și filozofică – ci încâlcită, și înspăimântătoare, și fizică. Am auzit afirmația că depresia majoră este „o moarte vie, oricum“. Moartea vie nu e simpatică, dar, spre deosebire de moartea moartă, oferă o sferă de acțiune pentru ameliorare. Caracterul definitiv al sinuciderii face din ea o chestiune ce depășește oricare alta discutată în această carte, iar capacitatea antidepresivelor de a preveni suicidul trebuie măsurată urgent, astfel încât să se poată folosi medicația adecvată. Cercetătorii din această industrie socotesc sinuciderea greu de monitorizat, mai ales că punctul critic al negării de sine nu are loc, de obicei, în intervalul de douăsprezece săptămâni al unui studiu controlat „pe termen lung“. La nici unul dintre inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei, cea mai populară clasă de antidepresive din lume, n-a fost monitorizată capacitatea de a preveni sinuciderea. Dintre celelalte medicamente, litiul a fost testat cel mai riguros<sup>375</sup> – rata sinuciderii în rândul pacienților bipolari care întrerup tratamentul cu litiu crește de șaisprezece ori.<sup>376</sup>

Unele medicamente care ameliorează depresia pot crește motivația sinuciderii, deoarece cresc motivația în general; medicamentele pot să declanșeze mecanismele suicidare, căci ele reduc prostrația depresiei. Este important să facem distincția dintre cauzalitatea posibilă și cauzalitatea reală. Eu nu cred că oamenii se sinucid ca rezultat nemijlocit al medicamentelor, în afară de cazul în care tendința lor suicidară a fost puternică o anumită perioadă. Înainte de a le prescrie pacienților antidepresive, trebuie să aibă loc convorbiri desfășurate cu atenție. Electroșocurile pot elimina imediat impulsurile sinucigașe presante sau delirante. Un studiu arată la pacienții cu maladie gravă care iau medicamente o

rată a sinuciderii de nouă ori mai mare decât la pacienții care sunt tratați pentru aceeași maladie cu electroșocuri.<sup>377</sup>

Freud, cam în același timp cu Durkheim, a sugerat că sinuciderea e adesea un impuls ucigaș îndreptat spre altcineva pus în aplicare asupra sieși.<sup>378</sup> Psihologul Edwin Shneidman a spus, mai recent, că sinuciderea este „crimă la o sută optzeci de grade“.<sup>379</sup> Freud a afirmat că „instinctul morții“ e totdeauna în echilibru incert cu instinctul vieții.<sup>380</sup> E clar că această fascinație există, și cu siguranță e răspunzătoare pentru sinucideri. „Cele două instincte fundamentale acționează unul împotriva celuilalt sau se combină între ele“, scria Freud. „Astfel, actul de a mânca e distrugerea obiectului, cu scopul final de a-l încorpora, iar actul sexual este un act de agresiune cu scopul unirii celei mai intime. Acțiunea simultană și reciproc opusă a celor două instincte fundamentale determină apariția întregii game de fenomene ale vieții.“ Aici, suicidul este contrapunctul necesar al voinței de a trăi. Karl Menninger, care a scris mult despre suicid, a spus că suicidul necesită coincidența dintre „dorința de a omorî, dorința de a fi omorât și dorința de a muri“.<sup>381</sup> G.K. Chesterton, pe aceeași linie, scria:

Omul care omoară un om omoară un om.

Omul care se omoară omoară toți oamenii.

În ceea ce-l privește, lichidează lumea cu totul.<sup>382</sup>

Când ne confruntăm cu stresuri cronice pentru care suntem insuficient pregătiți, ne bazăm pe neurotransmițători și-i folosim peste măsură. Șuvoiul de neurotransmițători pe care-l inducem în stresul instantaneu nu poate fi menținut în timpul unui stres de durată. Din acest motiv, persoanele care trec prin stres cronic tind să-și epuizeze transmițătorii.<sup>383</sup> Depresia suicidară pare

să aibă caracteristici neurobiologice distincte, ce ar putea să constituie cauza comportamentului suicidar sau doar să reflecte tendințele de suicid. Încercările concrete de sinucidere sunt determinate, de obicei, de stresuri externe, printre care se numără frecvent alcoolul, bolile acute și schimbările importante din viață. Măsura în care cineva e înclinat spre sinucidere este determinată de personalitate, factori genetici, copilărie și felul în care a fost crescut, alcoolism sau abuz de substanțe toxice, boli cronice și nivelul colesterolului.<sup>384</sup> Cele mai multe dintre informațiile noastre despre creierul cu tendințe de suicid vin din studierea autopsiilor. Sinucigașii au un nivel scăzut al serotoninei în anumite zone-cheie din creier. Au un număr excesiv de receptori ai serotoninei, care ar putea să reflecte încercarea creierului de a compensa nivelurile scăzute ale serotoninei. Nivelul serotoninei pare să fie deosebit de scăzut în zonele asociate cu inhibiția, iar această deficiență pare să creeze o mare libertate de a acționa impulsiv, pe baza emoțiilor.<sup>385</sup> Oamenii cu tendință de agresivitate nestăpânită au deseori un nivel scăzut al serotoninei în aceeași zonă. Ucigașii și piromanii impulsivi au niveluri ale serotoninei mai scăzute decât ale majorității oamenilor<sup>386</sup> – mai scăzute decât ale ucigașilor neimpulsivi sau ale altor delincvenți. Experimentele pe animale arată că la primatele cu nivel scăzut al serotoninei este mai mare probabilitatea de a-și asuma riscuri și de a fi agresive decât la celelalte.<sup>387</sup> Stresul poate să provoace atât epuizarea neurotransmițătorilor, cât și producerea în exces a enzimelor care-i distrug. Nivelurile noradrenalinei și norepinefrinei par să fie reduse în creierul autopsiat al sinucigașilor,<sup>388</sup> cu toate că rezultatele sunt mai puțin consecvente decât în cazul serotoninei. Enzimele care descompun norepinefrina par să fie prezente în cantități excesive, iar substanțele chimice necesare funcționării adrenalinei sunt prezente în cantități reduse. Ce înseamnă toate acestea în termeni funcționali este că la oamenii cu niveluri scăzute ale neurotransmițătorilor esențiali în zonele-cheie există un mare risc de suicid.<sup>389</sup> Acesta e rezultatul găsit în mod consecvent de John Mann, cercetător de frunte în domeniul suicidului, care lucrează în prezent la Universitatea

Columbia. El a folosit trei măsurători diferite ale nivelurilor serotoninei la pacienții cu tendințe de suicid. Marie Åsberg, de la Spitalul Universitar Karolinska din Solna (Suedia), a extrapolat, pe baza acestor materiale, implicațiile clinice. Într-un studiu de pionierat, a urmărit pacienți care au avut tentative de suicid și ale căror niveluri de serotonină păreau să fie scăzute; 22 la sută dintre ei s-au sinucis în răstimp de un an. Lucrări ulterioare au confirmat că, în vreme ce doar 15 la sută dintre depresivi se sinucid, 22 la sută dintre depresivii cu nivel scăzut al serotoninei se sinucid.<sup>390</sup>

Dat fiind că stresul epuizează serotonina, că nivelul scăzut al serotoninei sporește agresivitatea, iar nivelul înalt al agresivității duce la sinucidere, nu e surprinzător că depresia accentuată este genul care duce cu cea mai mare probabilitate la sinucidere. Stresul duce la agresivitate, deoarece agresivitatea e adesea cea mai bună cale de a face față amenințărilor pe termen scurt care induc stresul. Totuși, agresivitatea e nespecifică și, chiar dacă este utilă la combaterea unui atacator, poate la fel de bine să fie întoarsă și împotriva propriei persoane. Pare probabil ca agresivitatea să fie un instinct fundamental, în vreme ce depresia și tendința de suicid să fie impulsuri mai rafinate, care au apărut mai târziu. Din punctul de vedere al evoluției, trăsătura dezirabilă a învățării comportamentului autoprotector nu poate fi delimitată de trăsătura indezirabilă a comportamentului suicidar. Capacitatea suicidară este o povară ce vine odată cu conștiința, care ne deosebește de animale.

Factorii genetici pot să determine nivelurile scăzute ale serotoninei, iar gena care stabilește nivelurile enzimei triptofan hidroxilază<sup>391</sup> e asociată acum clar cu procentele înalte de sinucidere. Nu doar genele bolilor mintale, ci și ale impulsivității, agresivității și violenței le pot expune la un risc mare. Experimentele pe maimuțe care au crescut fără mamă arată că această lipsă scade nivelul serotoninei în anumite zone.<sup>392</sup> Pare probabil ca abuzul suferit în copilărie să scadă permanent nivelul serotoninei,<sup>393</sup> sporind astfel probabilitatea sinuciderii (pe lângă problema depresiei cognitive pe care o produce acest abuz). Abuzul de substanțe toxice poate reduce și mai mult nivelul

serotoninei – și, lucru interesant, la fel face nivelul redus al colesterolului. Vătămarea neurologică a fătului,<sup>394</sup> provocată de alcool sau cocaină, poate predispune copilul la tulburări de dispoziție care duc la sinucidere; lipsa atenției materne îl poate lipsi de stabilitatea dezvoltării în primii ani de viață; regimul alimentar poate acționa negativ asupra creierului său. La bărbați, nivelul serotoninei e mai scăzut decât la femei.<sup>395</sup> Așadar, un bărbat stresat, cu predispoziție genetică la nivel redus de serotonină, care a crescut fără mamă, abuzează de substanțe toxice și are nivel scăzut de colesterol – se potrivește cu profilul sinucigașului potențial. Pentru aceste persoane, medicamentele care sporesc nivelul serotoninei ar fi agenți eficienți de prevenire a sinuciderii. S-ar putea recurge la scanarea creierului, pentru a detecta nivelul activității serotoninei în zonele relevante – tehnologie care nu există în prezent, dar poate va exista curând –, în vederea estimării probabilității tentativei de suicid. Tehnici de imagistică cerebrală mai bune ne-ar putea îngădui, în cele din urmă, să examinăm creierul persoanelor depresive și să estimăm la care dintre ele există probabilitatea de a încerca să se sinucidă. Mai avem destul până acolo. „Pentru oamenii de știință, minimalizarea complexității interacțiunilor chimice din creier sau din sinapse“, scrie Kay Jamison, în magistrala sa carte despre sinucidere, „ar fi o greșeală copleșitoare, echivalentul, la sfârșit de secol XX, al concepțiilor anterioare, primitive, că mințile dereglate sunt așa din pricina farmecelor satanice sau a unui exces de vapori.“<sup>396</sup>

Există dovezi că rata sinuciderilor poate fi redusă de factori externi: acolo unde armele de foc<sup>397</sup> și barbituricele sunt greu de procurat, procentul sinuciderilor e vizibil mai scăzut decât în alte părți. Tehnologia modernă a făcut sinuciderea mai ușoară și mai puțin dureroasă decât a fost vreodată, și acest lucru e foarte periculos. Când serviciile de furnizare a gazului pentru uz domestic din Anglia au trecut de la gazele de cocs, letale, la gazele naturale, mai puțin toxice, rata sinuciderilor a scăzut cu o treime, sinuciderile anuale cu ajutorul gazului scăzând de la 2.368 la 11.<sup>398</sup> Dacă tendința de suicid se

poate manifesta impulsiv, reducerea disponibilității imediate a mijloacelor de a te omorî ar face ca impulsul să treacă fără să fie transpus în fapt. SUA sunt singura țară din lume în care principalul mijloc de sinucidere îl constituie armele de foc. În fiecare an, în SUA, numărul celor care se sinucid cu arme de foc este mai mare decât al celor care sunt împușcați.<sup>399</sup> Rata sinuciderilor în cele zece state cu cele mai permissive legi în privința controlului armelor de foc este de două ori mai mare decât în cele zece state cu legile cele mai severe. În 1910, la o adunare a Societății Psihanalitice Vieneze, David Oppenheim spunea: „Pistolul încărcat îl îndeamnă de-a dreptul pe posesor să se sinucidă.“ În 1997, aproximativ 18.000 de americani s-au sinucis cu arme de foc, reacționând la acest îndemn.<sup>400</sup> Tehnica poate să varieze în funcție de loc, vârstă și situație. În China, un număr uriaș de femei se sinucid în fiecare an înghițind pesticide și îngrășăminte toxice, deoarece acele substanțe le sunt la îndemână.<sup>401</sup> În Punjab, India, peste jumătate dintre sinucigași se aruncă în fața trenului.<sup>402</sup>

Sinuciderea este adesea manifestarea finalului depresiv al unui spectru de stări maniaco-depresive, și acesta e motivul dat de obicei pentru rata mare a sinuciderilor în rândul persoanelor de succes. Persoanele de succes tind, de asemenea, să-și stabilească standarde înalte, fiind adesea dezamăgite chiar și de cele mai mari realizări ale lor. Examenul de conștiință și preocuparea obsesivă pot duce la sinucidere, situație ce apare frecvent printre artiști și alte persoane creative. Rata sinuciderilor e însă înaltă și printre oamenii de afaceri: se pare că unele dintre calitățile care duc la succes duc și la sinucidere. La oamenii de știință, compozitori și oamenii de afaceri de înalt nivel, probabilitatea de a se omorî este de cinci ori mai mare decât la restul populației; la scriitori, mai ales la poeți, rata este și mai mare.<sup>403</sup>

Aproximativ o treime dintre toate actele de suicid finalizate și un sfert dintre tentative sunt comise de alcoolici.<sup>404</sup> La cei care încearcă să se sinucidă într-un moment în care sunt beți sau drogați, există o probabilitate mai mare de reușită decât la cei care încearcă într-un moment de trezie.



Cincisprezece procente dintre cei cu alcoolism grav își pun capăt zilelor. Karl Menninger a numit alcoolismul „o formă de suicid folosită pentru a evita o sinucidere mai spectaculoasă“.<sup>405</sup> Pentru unii, tocmai caracterul suicidar e cel ce face posibilă sinuciderea.

Detectarea din timp este dificilă. Când eram în depresie profundă, m-am dus la un psihiatru cu care speram să fac terapie și care mi-a spus că mă primește ca pacient, cu condiția să-i promit că nu mă sinucid câtă vreme sunt în grija lui. Asta e – mi-am zis – cam ca atunci când un specialist în boli infecțioase e de acord să-ți trateze tuberculoza cu condiția să nu mai tușești. În avion, pe când mă întorceam de la o conferință pe tema imagisticii cerebrale, am fost atras într-o conversație cu cineva care a observat că răsfoiesc o carte despre depresie. „Mă interesează ceea ce citiți“, a zis. „Am avut și eu depresie.“ Am închis cartea și i-am ascultat istoricul psihiatric. A fost internat în spital de două ori cu depresie majoră. A luat medicamente o vreme, dar se simțea bine de peste un an, așa că a renunțat la medicamente. A renunțat, de asemenea, la terapie, deoarece a rezolvat problemele care-l supăraseră înainte. A fost arestat de două ori pentru posesie de cocaină și a stat un pic în închisoare. Nu prea ținea legătura cu părinții săi, iar prietena sa nu știa că a fost cândva depresiv. Era cam zece și jumătate dimineața, și i-a cerut stewardesei un whisky cu gheață.

— Vi se întâmplă adesea să le povestiți străinilor o mulțime de lucruri despre dumneavoastră? l-am întrebat cât mai blând posibil.

— Păi, uneori da, a recunoscut. Uneori mi se pare mai ușor să vorbesc cu străinii decât cu cei pe care-i cunosc foarte bine. Pricepeți? Te judecă mai puțin, chestii de-astea. Dar nu orice străini – știți, chiar mă simt aproape de ei și pur și simplu știu că sunt oameni cu care e bine să vorbești. Așa cum am simțit șezând aici, lângă dumneavoastră.

Impulsivitate. Imprudență.

— Primiți vreodată amenzi pentru depășirea vitezei? l-am întrebat.

— Hei, a zis. Sunteți vreun clarvăzător sau așa ceva? Primesc tot timpul o grămadă de amenzi pentru depășirea vitezei; acum am permisul ridicat pe un an.

Dacă tocmai așa fi participat la o conferință despre probleme cardiologice și așa fi șezut lângă un bărbat de o sută cincizeci de kile care fumează ca o locomotivă, și mănâncă pachete întregi de unt, și se plânge de durere în piept care radiază pe brațul stâng, poate că așa fi simțit că e potrivit să-l avertizez că e într-un pericol real și iminent. Să-i spui cuiva că riscă să se sinucidă e mult mai greu. Am tot făcut aluzii, mi-am sfătuit noul prieten să ia din nou medicamente, i-am spus că e bine să țină legătura cu un psihiatru, pentru eventualitatea unei recidive. Un anumit simț al convențiilor sociale m-a făcut să nu pot spune: „Poate că te simți bine în clipa asta, dar te îndrepti către sinucidere și trebuie să iei imediat măsuri preventive.“

Modelele animale pentru sinucidere sunt imperfecte, dat fiind că se presupune că animalele nu-și percep caracterul muritor *per se* și nu pot să-și caute propria moarte. Nu poți tânji după ceva ce nu înțelegi: sinuciderea este un preț pe care-l plătesc oamenii pentru conștiința de sine, iar aceasta nu există într-o formă comparabilă la alte specii. Membrii acelor specii pot totuși să se rănească în mod deliberat, și o fac frecvent dacă sunt supuși unor suferințe excesive. Cobaii care sunt ținuți în condiții de înghesuială își rod coada.<sup>406</sup> Maimuțele rhesus crescute fără mamă încep pe la cinci luni să-și provoace singure vătămări; acest comportament continuă pe tot parcursul vieții, chiar dacă sunt plasate într-un grup social.<sup>407</sup> Se pare că maimuțele respective au nivelul de serotonină inferior celui normal în zonele cruciale ale creierului; planul biologic este, și de data aceasta, corelat cu cel sociologic. Am fost fascinat de știrea despre sinuciderea unei caracatițe, dresată pentru un circ, care învățase să facă diverse trucuri pentru care era răsplătită cu hrană. Când circul s-a desființat, caracatița a fost ținută într-un bazin și nimeni nu mai dădea atenție trucurilor ei. Treptat, și-a pierdut culoarea (dispozițiile caracatițelor se exprimă prin schimbările nuanțelor corpului) și, în cele

din urmă, și-a mai făcut o dată toate trucurile, de la cap la coadă, n-a primit nici o răsplată, și s-a rănit singură atât de grav cu fălcile gurii, încât a murit. [408](#)

Cercetări recente pe modele umane au dezvăluit o legătură strânsă între sinucidere și moartea părinților. [409](#) Un studiu sugerează că trei sferturi dintre actele de suicidare comise sunt făcute de oameni care au fost traumatizați în copilărie de moartea cuiva apropiat, de cele mai multe ori unul dintre părinți. Incapacitatea de a procesa această pierdere din primii ani de viață duce la incapacitatea de a procesa pierderea în general. Adeseori, tinerii care-și pierd unul dintre părinți asimilează inconștient un sentiment de vinovăție, anulându-și simțul valorii personale. Pot, de asemenea, să abandoneze simțul statorniciei obiectului: dacă părintele de care depinzi atât de mult poate să dispară, pur și simplu, de la o zi la alta, atunci cum poți să mai ai încredere în ceva? Statisticile poate că sunt exagerate, dar e limpede că – ceilalți factori fiind egali –, cu cât cineva pierde mai mult, cu atât e mai mare probabilitatea de a se sinucide.

Sinuciderea la începutul vieții e larg răspândită. În SUA, se sinucid anual circa cinci mii de persoane între optsprezece și douăzeci și patru de ani; cel puțin optzeci de mii încearcă să se sinucidă. Unul din șase mii de americani între douăzeci și douăzeci și patru de ani se omoară. Sinuciderea apare din ce în ce mai des la persoanele mai tinere. Sinuciderea este pe locul trei între cauzele morții americanilor între cincisprezece și douăzeci și patru de ani. [410](#) Nu există consens în privința motivului pentru care sinuciderea e în creștere la acest grup. George Howe Colt remarca: „Pentru a explica această «epidemie» suicidară în rândul tinerilor, au fost propuse o mulțime de ipoteze: destrămarea fibrei morale a americanilor, prăbușirea nucleului familial, presiunea exercitată de școală, presiunea exercitată de colegi, presiunea exercitată de părinți, oboseala părinților, abuzul în copilărie, drogurile, alcoolul, nivelul scăzut al glicemiei, televiziunea, Music Television, muzica la modă (rock, punk sau heavy metal, în funcție de deceniu), promiscuitatea, întârzierea ajutorului dat de biserică, violența sporită, rasismul, Războiul din

Vietnam, amenințarea războiului nuclear, mass-media, dezlădăcinarea, abundența din ce în ce mai mare a produselor, șomajul, capitalismul, libertatea excesivă, plictiseala, narcisismul, Watergate,<sup>411</sup> dezamăgirea față de guvern, lipsa eroilor, filmele despre sinucidere, prea multe discuții despre sinucidere, prea puține discuții despre sinucidere.<sup>412</sup> Adolescenții care au mari așteptări legate de învățătură se sinucid dacă rezultatele lor nu sunt la nivelul propriilor așteptări sau ale părinților: sinuciderea este mai obișnuită printre adolescenții cu note foarte bune decât printre colegii lor mai puțin ambițioși.<sup>413</sup> Perturbările hormonale de la pubertate și din anii de după această perioadă sunt, și ele, puternici factori predeterminanți ai sinuciderilor la adolescenți.

În multe cazuri, adolescenții care comit suicid au fost protejați de viziunea sumbră a morții.<sup>414</sup> Mulți par să creadă că moartea nu constituie o încetare deplină a stării de conștiență. Într-o școală cu o epidemie de sinucideri, un elev care s-a sinucis spusese că i se părea ciudat ca el să fie viu, iar prietenii săi morți. Într-un orașel din Groenlanda pe care l-am vizitat în 1999, a existat o ciudată succesiune de decese: un elev s-a sinucis, și curând l-au urmat mulți alții. Unul dintre sinucigașii care l-au urmat spusese cu o zi înainte de a se omorî că-i e dor de prietenul absent, și aproape că părea că s-a sinucis ca să ajungă în locul în care se dusesse prietenul lui. La tineri, există, de asemenea, o probabilitate mai mare să creadă că tentativa de suicid nu va duce la moarte. Ei pot folosi tentativa de suicid ca pe un mijloc de a-i pedepsi pe ceilalți; așa cum îmi spunea mama când eram mic, imitându-mi ironic purtarea: „O să mănânc viermi și apoi o să mor și apoi ție o să-ți pară rău c-ai fost rău cu mine.“ Asemenea fapte, oricât de manipulative sunt, în orice caz, un strigăt puternic de ajutor. Tinerii care supraviețuiesc unei tentative de sinucidere merită atenția noastră plină de afecțiune; problemele lor sunt cu adevărat grave și, chiar dacă nu pricepem de ce, trebuie să acceptăm gravitatea acestei chestiuni.

Cu toate că există un vârf spectaculos al sinuciderilor în rândurile adolescenților, cele mai mari procente de sinucideri sunt la bărbații de peste șazeci și cinci de ani;<sup>415</sup> la subgrupul bărbaților albi de peste optzeci și cinci de ani, rata de sinucidere este de unu la două mii. Există trista tendință de a considera că sinuciderea vârstnicilor e mai puțin demnă de milă decât a tinerilor. Disperarea până în punctul în care mori e devastatoare, indiferent pe cine afectează. Faptul că fiecare zi de viață ne aduce mai aproape de moarte este evident; dar faptul că fiecare zi din viață face mai acceptabilă sinuciderea cuiva e o bizară variațiune pe aceeași temă. Tindem să presupunem că sinuciderea vârstnicilor e rațională, dar, de fapt, e adeseori consecința unor tulburări mintale netratate. În plus, vârstnicii, în general, cunosc bine moartea. În vreme ce adolescenții apelează la sinucidere ca să fugă din viață într-o experiență diferită, vârstnicii tind să socotească moartea drept starea finală. Și ei știu ce fac: tentativele de suicid ratate sunt mult mai frecvente la această categorie de populație decât la persoanele mai tinere. Vârstnicii folosesc pentru sinucidere metode sigur letale; la ei e mai mică decât la orice altă categorie probabilitatea de a-și comunica dinainte intenția.<sup>416</sup> Cea mai mare rată a sinuciderilor este la bărbații divorțați sau văduvi: rareori caută ajutor profesional pentru depresie și adesea acceptă ideea că sentimentele lor negative nu sunt decât reflecția reală a vieții lor împrăștiată.<sup>417</sup>

Pe lângă sinuciderea explicită, mulți dintre vârstnici se angajează în comportamente sinucigașe cronice: hotărăsc să nu mai mănânce, să nu se mai îngrijească, să renunțe la tot, înainte ca trupul să-i trădeze pe deplin. După pensionare, conced ca ritmul activității să le scadă și, în multe cazuri, renunță la activitățile de recreere din cauza sărăciei și a statutului social modest. Se izolează. Pe măsură ce le apar forme exacerbate de depresie – probleme motorii, ipohondrie și paranoia –, decăderea fizică e considerabilă.<sup>418</sup> Cel puțin jumătate dintre vârstnicii depresivi au afecțiuni parțial iluzorii, pe care, în multe cazuri, în perioada dinaintea sinuciderii, le cred mai handicapante și mai netratabile decât sunt cu adevărat.<sup>419</sup>

Sunt raportate, de obicei, mai puține sinucideri decât există, parțial deoarece unii sinucigași își deghizează acțiunile și parțial din cauză că cei care rămân în urma lor nu vor să recunoască realitatea suicidului. Grecia are unul dintre cele mai scăzute procente de sinucideri raportate; aceasta reflectă nu numai climatul însorit al țării și cultura ei destinsă, ci și faptul că, după normele Bisericii grecești, sinucigașii nu pot fi înmormântați în pământ sfințit. Acesta este un motiv specific în Grecia pentru a nu raporta o sinucidere. În societățile în care nivelul rușinii e mai mare, sunt raportate mai puține sinucideri. Și apoi, există o mulțime de sinucideri dintre cele pe care le-am putea numi „inconștiente“, în care cineva trăiește nepăsător și moare din cauza imprudenței – poate din cauza unei ușoare tendințe de suicid și poate din cauza simplei îndrăzneli. Linia dintre caracterul suicidar și, după normele Bisericii grecești, sinucidere poate fi neclară. Oamenii care-și accelerează propriul declin fără vreo răsplată evidentă sunt protosinucigași. Unele religii diferențiază suicidul activ și pasiv; a înceta să mănânci în ultimele faze ale unei maladii fatale poate fi fără reproș, în vreme ce a lua o supradoză de pastile e un păcat. Într-un fel sau altul, în lume sunt *mult* mai multe sinucideri decât credeți – orice ați crede.<sup>420</sup>

Metodele de suicid sunt fascinant de variate. Kay Jamison cataloghează, în *Night Falls*, unele tehnici neobișnuite, cum ar fi înghițirea de apă clocotită; introducerea pe gât a unei cozi de mătură; înfigerea de croșete în burtă; înghițirea de piele și fier; săritul într-un vulcan; îndesarea pe gât a unei târtițe de curcan; înghițirea de dinamită, de cărbuni aprinși, de lenjerie de corp sau de pat; spânzurarea cu propriul păr; făcutul unei găuri în cap cu burghiul electric; mersul prin zăpadă fără haine groase; prinderea gâtului într-o menghină; realizarea unui dispozitiv pentru autodecapitare; injectarea de unt de arahide sau maioneză în vene; prăbușirea în munți cu un bombardier; punerea pe piele a unui păianjen „văduva neagră“; înecare în într-un butoi cu oțet; sufocarea în frigider; băutul de acid; înghițirea de artificii; punerea de lipitori pe corp; spânzurarea cu un rozariu. În SUA, cele mai obișnuite

metode sunt cele evidente: arme de foc, droguri, spânzurare și aruncarea în gol. [421](#)

Nu sunt înclinat către o fantezie sinucigașă căreia să nu mă pot împotrivi. Mă gândesc adesea la sinucidere, iar ideea, în momentele de depresie maximă, nu e niciodată departe de mintea mea; tinde însă să rămână în mintea mea, învăluită în irealitatea cu care copiii își imaginează bătrânețea. Știu când se înrăutățesc lucrurile, pentru că tipurile de suicid pe care mi le închipui devin mai variate și, într-o anumită măsură, mai violente. Fanteziile mele depășesc pastilele din dulăpiorul cu medicamente și chiar și pistolul din seif, și se extind la gândul dacă lamele unui aparat de ras Gillette ar putea fi folosite ca să-mi tai încheietura mâinii, sau dacă n-ar fi mai bine să folosesc un cuțit de precizie. Am mers până la verificarea unei grinzi, ca să văd dacă ar ține un laț. M-am ocupat de alegerea momentului: când aș fi singur în casă, la ce oră aș putea duce lucrurile la îndeplinire. Dacă sunt la volan când am o astfel de stare de spirit, mă gândesc la faleze, dar apoi mă gândesc la airbaguri și la posibilitatea de a răni alte persoane, și de obicei modul acela mi se pare prea complicat. Toate acestea sunt închipuiri cât se poate de reale și pot fi foarte dureroase, dar, până acum, au rămas în imaginația mea. M-am angrenat în unele comportamente imprudente, care ar putea fi numite parasinucigașe, și adesea am vrut să mor; în momentele rele, m-am jucat cu această idee, cam așa cum, în momentele bune din viața mea, m-am jucat cu ideea de a învăța să cânt la pian; niciodată însă nu s-a întâmplat să scape de sub control sau să se apropie prea mult de o realitate accesibilă. Am vrut să ies din viață, dar n-am avut impulsul de a-mi goli ființa de existență.

Dacă depresiile mele ar fi fost mai grave sau mai îndelungate, îmi închipui că aș fi înclinat mai activ către sinucidere, dar nu cred că m-aș putea omorî fără dovezi solide că situația mea e ireversibilă. Cu toate că sinuciderea alină durerea prezentă, în cele mai multe cazuri e comisă pentru a evita suferința viitoare. M-am născut cu o doză mare de optimism, care vine din partea tatei, și, din motive care s-ar putea să fie pur biochimice, sentimentele mele

negative, chiar dacă uneori sunt de nesuportat, nu mi-au părut niciodată cu adevărat neschimbătoare. Ceea ce-mi amintesc e sentimentul ciudat de lipsă de viitor care mă cuprinde în momentele cele mai rele ale depresiei – senzația nepotrivită de relaxare la decolarea unui avion mic, căci chiar nu-mi păsa dacă se prăbușește și mă omoară sau zboară și mă duce la destinație. Mi-am asumat riscuri nebunești când mi s-a înfățișat ocazia. Am curajul să înghit otravă; doar că nu sunt prea înclinat s-o găsesc sau s-o prepar. Una dintre persoanele intervievate de mine, care a supraviețuit mai multor tentative de sinucidere, mi-a spus că, dacă nici măcar nu mi-am tăiat vreodată încheietura mâinii, n-o să fiu niciodată deprimat *u dev r t*. Am preferat să nu mă prind în această competiție, dar e sigur că am întâlnit persoane care au suferit enorm și n-au încercat niciodată să se sinucidă.

În primăvara lui 1997, am sărit pentru prima dată cu parașuta, în Arizona. Săritura cu parașuta e socotită adesea o activitate parasuicidară, și, dacă așa fi murit într-adevăr când o făceam, îmi închipui că, în imaginația rudelor și prietenilor, faptul ar fi fost legat de stările mele de spirit. Și totuși – iar eu cred că așa stau lucrurile adesea în cazul acțiunilor parasuicidare –, nu părea un impuls sinucigaș, ci unul vital. Am făcut-o, pentru că mă făcea să mă simt atât de bine faptul că eram capabil s-o fac. În același timp, dat fiind că mă jucasem cu ideea sinuciderii, dăramasem unele bariere care stăteau între mine și autoanihilare. Când săream dintr-un avion, nu voiam să mor, dar nu mă temeam de moarte așa cum mă temusem de ea înainte de depresie, așa că nu aveam nevoie s-o evit atât de mult. De atunci, am mai sărit cu parașuta de câteva ori, iar plăcerea pe care mi-a dat-o curajul meu – după atâta vreme trăită într-o teamă nemotivată – e nemăsurată. De fiecare dată, la trapa avionului, simt șuvoiul de adrenalină al spaimei adevărate, care, asemenea tristeții adevărate, îmi este prețios datorită desăvârșitei sale autenticități. Îmi amintește ce înseamnă, de fapt, acele emoții. Urmează apoi căderea liberă, și priveliștea ținutului neumblat, și copleșitoarea neajutorare, și frumusețea, și iuțea. Și apoi magnifica descoperire că parașuta, de fapt, există. Când se deschide voalura ei, curenții ascendenți răstoarnă brusc căderea, și mă duc tot mai sus, departe de pământ, de parcă mi-a venit dintr-odată în ajutor un înger,



ca să mă ducă spre soare. Și apoi încep să cad din nou, atât de încet și de viu, într-o lume a tăcerii în mai multe dimensiuni. E minunat să descoperi că soarta în care te-ai încrezut a meritat acea încredere. Ce bucurie a fost să aflu că lumea poate să-mi sprijine cele mai necugetate experimente, să simt, chiar în vreme ce cad, că sunt ținut strâns de lumea însăși.

Am devenit, pentru prima oară, foarte conștient de sinucidere când aveam vreo nouă ani. Tatăl unui coleg al fratelui meu s-a sinucis, și acasă la noi s-a vorbit despre acel subiect. Omul s-a ridicat în picioare, de față cu familia, a spus ceva ieșit din comun, după care a sărit pe fereastra deschisă, lăsându-și soția și copiii să privească în jos, la un trup comprimat în neființă, cu câteva etaje mai jos. „Unii oameni pur și simplu au probleme pe care nu le pot rezolva și ajung în punctul în care nu mai pot suporta viața“, a explicat mama. „Trebuie să fii tare ca să treci prin viață. Trebuie să fii unul dintre supraviețuitori.“ N-am prea înțeles oroarea a ceea ce s-a petrecut; avea o natură bizară și fascinantă, aproape pornografică.

Când eram în anul doi de liceu, unul dintre profesorii mei preferați s-a împușcat în cap. A fost găsit în mașina sa, având alături o Biblie deschisă. Polițiștii au închis Biblia fără să noteze pagina. Îmi amintesc că am discutat asta la cină. Încă nu pierdusem pe cineva care să-mi fie cu adevărat apropiat, așa încât faptul că moartea lui a fost o *sinu idere* n-a fost atât de important cum este când privesc în urmă; mă confruntam pentru prima oară cu existența morții. Am vorbit despre faptul că nimeni n-o să știe vreodată la ce pagină era deschisă Biblia, și ceva literar din mine suferea mai mult din pricina acelui epilog imperfect al vieții decât din pricina pierderii ei.

În primul meu an de facultate, fosta prietenă a fostului prieten al prietenei mele de atunci a sărit de pe una dintre clădirile facultății. N-o cunoșteam, dar știam că sunt implicat într-un lanț de refuzuri în care era inclusă și ea, și m-am simțit vinovat de moartea acelei ființe străine mie.

La câțiva ani după facultate, o cunoștință a mea s-a sinucis. A băut o sticlă de vodcă; și-a tăiat venele; și, nemulțumit, se pare, de scurgerea înceată a sângelui, s-a urcat pe acoperișul blocului din New York în care locuia și a sărit. De data aceasta, am fost șocat. Era un bărbat blând, inteligent, chipeș, o

persoană pe care o invidiasem uneori. Pe vremea aceea, scriam pentru ziarul local. Obişnuia să se ducă să-şi cumpere exemplarul devreme, de la un chioşc deschis nonstop, şi, de câte ori apărea vreun articol al meu, era primul care să-mi telefoneze ca să mă felicite. Nu eram apropiaţi, dar n-o să uit niciodată acele telefoane şi tonul de veneraţie niţel nepotrivită pe care-l avea lauda. Vorbea cu un pic de amărăciune de faptul că nu e sigur de cariera sa şi că mă vede ca pe o persoană care ştie ce face. Acesta era singurul lucru melancolic pe care l-am observat vreodată la el. În rest, încă mă gândesc la el ca la o persoană voioasă. La petreceri, se distra; de fapt, dădea petreceri reuşite. Cunoştea oameni interesanţi. De ce să-şi taie venele şi să sară de pe acoperiş un astfel de om? Psihiatrul lui, la care fusese cu o zi înainte, n-a putut să limpezească problema. Exista vreun „de ce“ la care să răspunzi? Când s-a întâmplat asta, încă mai credeam că sinuciderea are o logică a ei, fie ea şi una greşită.

Sinuciderea nu e însă logică. „De ce“ – scria Laura Anderson, care s-a luptat cu o depresie dintre cele mai acute – „trebuie totdeauna ca ei să dea un «motiv»?“ Motivul dat e rareori suficient pentru faptă; e treaba analiştilor şi a prietenilor apropiaţi să caute indicii, cauze şi categorii. Eu am învăţat de atunci asta din însemnările despre sinucidere pe care le-am citit. Listele sunt lungi şi dureroase, asemenea celor de pe Monumentul Veteranilor din Vietnam (în timpul Războiului din Vietnam, au fost mai numeroşi tinerii care s-au sinucis decât cei omorâţi în luptă). Fiecare a avut a face în preajma suicidului cu o emoţie violentă: pe o femeie a insultat-o soţul, pe un altul l-a părăsit iubita, cineva s-a rănit grav, cuiva boala i-a răpit iubirea cea mare, cineva a dat faliment, cineva şi-a făcut praf maşina. Cineva pur şi simplu s-a trezit într-o zi şi n-a vrut să fie treaz. Cineva ura serile de vineri. Dacă s-au omorât, au făcut-o din cauză că aveau tendinţă de suicid, nu din cauză că asta era rezultatul evident al unui astfel de raţionament. În vreme ce lumea medicală susţine că există totdeauna o legătură între boala mintală şi sinucidere, mass-media de senzaţie sugerează adesea că boala mintală nu joacă un rol real în sinucidere. Căutarea cauzelor sinuciderii ne face să ne simţim în siguranţă. Aceasta este o versiune forţată a logicii conform căreia depresia acută e

consecința faptului care o declanșează. Nu există aici linii clare. Cât de mare trebuie să-ți fie tendința de suicid ca să *în er i* să te sinucizi, și apoi cât de mare trebuie să-ți fie tendința de suicid ca să *f ptuie ti* suicidul, și în ce loc una dintre intenții devine cealaltă? Sinuciderea poate să fie (conform Organizației Mondiale a Sănătății)<sup>422</sup> cu adevărat „un act sinucigaș cu rezultat fatal“, dar care sunt motivele conștiente și inconștiente de la baza celui rezultat? Acțiunile foarte riscante – de la expunerea cu bună știință la HIV, până la aducerea cuiva în stare de furie ucigașă și la statul afară în viscol – sunt adesea parasuicidare. Gama tentativelor de sinucidere se întinde de la cele conștiente, concentrate, pur deliberate și cu totul orientate către țintă, până la cea mai vag suicidară acțiune. „Actul sinucigaș“, scrie Kay Jamison, „e saturat de ambivalență.“<sup>423</sup> A. Alvarez scrie: „Scuzele unui sinucigaș sunt, în mare parte, colaterale. În cel mai bun caz, pot să elimine vinovăția supraviețuitorilor, să le potolească durerea celor cu mintea în ordine și să-i încurajeze pe sociologi în nesfârșita lor căutare de categorii și teorii convingătoare. Sunt ca un mărunț incident la graniță care declanșează un mare război. Motivele reale care împing un om să-și ia viața sunt altundeva; aparțin lumii lăuntrice, încâlcite, contradictorii, labirintice și, în cea mai mare parte, nevăzute.“<sup>424</sup> „Ziarele scriu adesea despre «necazuri personale» sau «boli incurabile»“,<sup>425</sup> scria Camus. „Aceste explicații sunt plauzibile. Trebuie însă să știm dacă nu cumva, chiar în ziua aceea, un prieten al omului disperat i-a vorbit cu indiferență. El e cel vinovat. Căci atâta e suficient ca să precipite toate supărările și tot urâtul aflate în suspensie.“ Iar criticul teoretician Julia Kristeva descrie profundul caracter aleatoriu al momentului ales: „O trădare, o boală fatală, un accident sau o infirmitate care mă smulge brusc din ceea ce mi se părea a fi categoria normală a oamenilor normali, sau se abate asupra cuiva iubit, cu același efect radical, ori... Ce aș mai putea spune? Un număr infinit de ghinioane ne împovărează în fiecare zi.“<sup>426</sup>

În 1952, Edwin Shneidman a deschis, la Los Angeles, primul centru de prevenire a sinuciderilor și a încercat să creeze structuri utile (nu teoretice)

pentru reflecția asupra sinuciderii. A afirmat că sinuciderea e rezultatul iubirii neîmplinite, al controlului spulberat, al imaginii despre sine agresate, al durerii sufletești și al furiei.<sup>427</sup> „E aproape ca și cum drama sinucigașă s-ar scrie singură, autonom, ca și cum piesa ar avea propria gândire. Trebuie să ne trezească la realitate înțelegerea faptului că, atâta vreme cât oamenii, conștient sau inconștient, pot izbuti să simuleze, nici un program de prevenire a sinuciderii nu poate avea succes sută la sută.”<sup>428</sup> Kay Jamison se referă la această simulare când se plânge că „intimitatea minții e o barieră de netrecut”.

Acum câțiva ani, altul dintre colegii mei de facultate s-a sinucis. Fusese ciudat dintotdeauna, și, într-un fel, sinuciderea lui a fost mai ușor de explicat. Am primit un mesaj de la el cu câteva săptămâni înainte să moară și aveam de gând să-l sun și să prânzim împreună. Când am aflat, eram în oraș cu niște prieteni comuni. „A vorbit careva de curând cu cutare?” – am întrebat când un subiect al conversației m-a dus cu gândul la el. „N-ai auzit?” a răspuns unul dintre prieteni. „S-a spânzurat acum o lună.” Nu știu din ce motiv, acea imagine îmi pare cea mai rea. Pot să mi-l închipui în aer pe prietenul cu încheieturile tăiate și pot să-mi imaginez trupul lui zdrobit după săritură. Imaginea acestui prieten legănându-se agățat de o grindă, ca un pendul: ei bine, niciodată mintea mea n-a putut cuprinde asta. Știu că telefonul meu și invitația la prânz nu l-ar fi salvat de sine însuși, dar sinuciderea răspândește în jur vinovăție, și nu-mi pot scoate din minte gândul că aș fi avut un indiciu dacă l-aș fi văzut și că aș fi făcut ceva cu acel indiciu.

Apoi, s-a sinucis fiul unui asociat al tatei. După care s-a sinucis fiul unui prieten al tatei. Apoi, s-au sinucis alte două persoane pe care le cunoșteam. S-au sinucis și prieteni ai prietenilor și, de când scriu cartea aceasta, am auzit de oameni care și-au pierdut frați, copii, iubiți, părinți. Pot fi înțelese căile care au dus o persoană la sinucidere, însă mentalitatea din acel moment anume, a saltului necesar în vederea actului definitiv – așa ceva e de neînțeles, înspăimântător și atât de bizar, încât te face să te simți de parcă n-ai fi cunoscut niciodată cu adevărat persoana care a făcut asta.

În vreme ce scriam această carte, am auzit de multe sinucideri, parțial prin persoanele cu care am ajuns în contact și parțial deoarece oamenii așteptau de la mine, după toată cercetarea pe care am făcut-o, un soi de înțelepciune ori intuiție de care, în realitate, nu eram capabil. O prietenă de nouăsprezece ani, Chrissie Schmidt, m-a sunat șocată când unul dintre colegii ei de la Andover s-a spânzurat pe scara din dreptul camerei lui de la cămin. Băiatul fusese ales șeful clasei. După ce a fost prins beat (la șaptesprezece ani), a fost scos din funcție. A ținut un discurs de retragere care a stârnit ovații, apoi și-a luat viața. Chrissie îl cunoscuse doar în treacăt, dar păruse să aibă, la Andover, control asupra lumii fermecate a faimei din care ea se simțea uneori exclusă. „După refuzul de a accepta, vreme de vreo cincisprezece minute, că așa ceva s-a întâmplat“, scria Chrissie într-o scrisoare electronică, „am început să plâng în hohote. Cred că am simțit multe lucruri deodată – o tristețe inexprimabilă pentru viața curmată, de bunăvoie, atât de devreme; furie față de școală, loc sufocat de propria mediocritate, pentru că a făcut așa caz cu băutura și pentru că a fost atât de dură cu băiatul; și, poate mai presus de toate, spaima că eu, la un moment dat, m-aș putea simți în stare să mă spânzur pe scara căminului meu. De ce nu l-am cunoscut pe băiatul ăsta când eram acolo? De ce am avut impresia că sunt singura care nu se simte în toate apele sale, singura atât de chinuită, când cel mai simpatizat băiat din școală poate că simțise atât de multe din toate acestea? De ce naiba n-a observat nimeni că poartă în spinare o asemenea povară? Toate momentele când, în primul an, zăceam în camera mea, simțindu-mă cumplit de tristă și respinsă de lumea din jur, și viața pe care o duceam... și totuși, sunt aici. Și știu că n-aș fi făcut pasul final. Știu cu adevărat. Dar m-am apropiat destul de mult de ideea că e, cel puțin, de domeniul posibilului. Ce-s acelea: curaj, patologie, singurătate care-l împing pe cineva dincolo de marginea cea din urmă, fatală, când viața e un lucru pe care suntem de acord să-l pierdem?“ Iar a doua zi a adăugat: „Moartea lui răscolește și scoate în evidență toate aceste întrebări fără răspuns – faptul că trebuie să pun aceste întrebări și că n-o să primesc niciodată răspunsul e, pentru mine, în acest moment, insuportabil de trist.“ Acesta e, în esență, pentru cei ce rămân, deznodământul sinuciderii: nu

numai pierderea cuiva, ci și pierderea șansei de a convinge acea persoană să acționeze altfel, pierderea șansei de a comunica. Nu există nimeni cu care să dorești atât de mult să comunici cum e persoana care s-a sinucis. „De-am fi știut măcar!“ – e justificarea părinților sinucigașului, oameni care stau să se tot gândească, căznindu-se să înțeleagă ce lucru care n-a funcționat cum trebuie în iubirea lor a putut permite să se întâmple un astfel de act care să-i ia prin surprindere și încercând să se gândească la ce ar fi trebuit să-i spună.

Nu e însă nimic de spus, nimic care să alunge singurătatea suicidului. Kay Jamison spune povestea dureroasă a propriei încercări de a se sinucide, într-un moment în care gândirea îi era la fel de perturbată ca starea sufletească: „Oricât de multă iubire din partea celorlalți – și era din belșug – n-ar fi putut să ajute. Nici un avantaj al unei familii iubitoare și al unei munci fabuloase n-ar fi putut fi de ajuns ca să depășească durerea și disperarea pe care le simțeam; nici o iubire pasională ori romantică, oricât ar fi fost ea de puternică, n-ar fi contat. Nimic viu și cald n-ar fi putut răzbate prin carapacea mea. Știam că viața mea e un dezastru și credeam – incontestabil – că familiei mele, prietenilor și pacienților le-ar fi mai bine fără mine. Nu mai rămăsese prea mult din mine, oricum, și mă gândeam că moartea ar elibera energiile și eforturile bine intenționate care erau irosite pe o păcăleală de 1 aprilie.“<sup>429</sup> Nu e un lucru neobișnuit să crezi că ești o povară pentru ceilalți. Un bărbat care s-a sinucis a scris în biletul de adio: „Am chibzuit și am hotărât că le-aș face mai puțin rău prietenilor și rudelor mort decât viu.“<sup>430</sup>

Marea suferință nu face din mine un sinucigaș, uneori însă într-o depresie ceva mărunț mă copleșește și încerc un sentiment ridicol. Sunt prea multe farfurii murdare în bucătăria asta și n-am puterea să le spăl. Poate c-ar fi mai bine să mă omor. Ori – uite, vine trenul și aș putea să sar în fața lui. S-o fac? Până să mă hotărâsc însă, e deja în stație. Aceste gânduri sunt ca niște vise cu ochii deschiși, și sunt conștient de absurditatea lor – dar știu că sunt acolo. Nu doresc să pier în aceste gânduri, și nu doresc violență, dar, într-un fel ridicol, sinuciderea pare să simplifice lucrurile. Dacă mă omor, nu mai

trebuie să repar acoperișul, sau să tund iarba, sau să mai fac un duș. Oh, închipuie-ți luxul de a nu mai trebui să mă pieptăn vreodată! Conversațiile mele cu persoane cu acută tendință suicidală m-au făcut să cred că acest sentiment e mai aproape de acela care duce, de cele mai multe ori, la o tentativă de sinucidere decât e sentimentul deznădejdiei totale pe care l-am avut în cea mai întunecată perioadă a depresiei. E perceperea bruscă a unei căi de ieșire. Nu e tocmai un sentiment de melancolie, cu toate că poate să apară într-o împrejurare fericită. Mai știi și cum te simți când vrei să pui capăt depresiei, și nu poți s-o faci decât anihilându-ți eul pe care-l chinuie. Poeta Edna St. Vincent Millay scria:

*nd must I then, indeed, P in, live with you  
ll through my life? sh ring my fire, my ed,  
Sh ring oh, worst of ll things! the s me he d?  
nd, when I feed myself, feeding you, too?*<sup>431</sup>

Alimentarea propriei nefericiri poate deveni mai obositoare decât poți suporta, iar dezgustul în fața neputinței, eșecul detașării te pot duce în punctul în care să pui capăt durerii contează mai mult decât să te salvezi.

Am vorbit cu o mulțime de supraviețuitori ai tentativelor de suicid pe când lucram la această carte, iar unul dintre ei m-a speriat foarte tare. L-am întâlnit într-un spital, a doua zi după tentativă. Era un om de succes, atrăgător și avea o căsnicie fericită. Trăia într-o suburbie frumoasă dintr-un oraș american de pe coastă și era bucătar la un restaurant foarte apreciat. Suferise de depresii periodice, dar renunțase la medicamente cu două luni înainte, crezând că o să se descurce fără ele. Nu spusese nimănui că o să renunțe la medicamente, dar a redus dozele, așa cum trebuie, timp de câteva săptămâni înainte să întrerupă tratamentul. S-a simțit bine câteva zile, după care a început să aibă repetate și explicite gânduri de suicid, independente de alte simptome ale depresiei. A continuat să se ducă la lucru, dar în minte îi tot revenea

ideea sinuciderii. În cele din urmă, a hotărât, cu ceea ce socotea că e un motiv bun, că lumii i-ar fi mai bine fără el. A rezolvat câteva chestiuni lăsate în suspensie și a luat măsuri pentru ca lucrurile să meargă mai departe după ce el nu va mai fi. Apoi, într-o după-amiază, când a hotărât că a sosit timpul, a înghițit două flacoane de tylenol. Cam pe la jumătate, și-a sunat soția, care era la birou, ca să-și ia rămas-bun, convins că ea o să-i priceapă logica și n-o să se împotrivescă hotărârii lui. Ea n-a știut la început dacă nu cumva e un soi de glumă, dar curând și-a dat seama că e serios. Fără ca ea să-și dea seama, el lua câte un pumn de pastile chiar în vreme ce vorbeau la telefon. În cele din urmă, el s-a supărat că-l tot contrazicea în privința planului, i-a zis adio și a închis telefonul. A luat restul de pastile.

Într-o jumătate de oră, au sosit polițiștii. Bărbatul, care și-a dat seama că planurile o să-i fie date peste cap, a ieșit să vorbească cu ei. Le-a explicat că soția lui e cam zurlie, că făcea astfel de lucruri ca să-l sâcâie pe el și că nu-i nici un motiv ca ei să fie acolo. Știa că, dacă-i poate ține în șah încă vreo oră, tylenolul o să-i distrugă ficatul (făcuse cercetări amănunțite), și spera că, dacă n-o să-i poată determina să plece, ar putea cel puțin să le distragă atenția. I-a invitat înăuntru la o cană de ceai și a pus apa la fiert. Era atât de calm și de convingător, încât polițiștii i-au crezut povestea. A obținut de la ei o amânare; dar ei au zis că sunt siliți să cerceteze o posibilă încercare de suicid și că le pare rău, dar trebuie să-l silească să-i însoțească la urgențe. Stomacul i-a fost golit în ultimul moment.

Când am vorbit cu el, a povestit tot episodul așa cum povestesc eu uneori visele, evenimente în care par să fi jucat un rol uimitor de activ, însă cărora nu le pot desluși înțelesul. Își revenea de pe urma golirii stomacului și era foarte agitat, dar destul de coerent. „Nu știu de ce am vrut să mor“, a zis, „dar vă pot spune că ieri mi se părea perfect rezonabil.“ Am examinat împreună amănuntele. „Am hotărât că lumea ar fi un loc mai bun fără mine“, a zis. „Am chibzuit îndelung și am văzut că asta mi-ar elibera soția, că ar fi mai bine pentru restaurant, că ar fi o ușurare pentru mine. Ăsta-i lucrul tare ciudat: că părea o idee atât de evident bună, atât de rezonabilă.“



Se simțea foarte ușurat că a fost salvat de ideea asta bună. Nu l-aș descrie ca fericit în ziua aceea, la spital; era îngrozit că evitase la mustață moartea, așa cum ar putea fi cel care scapă cu viață dintr-un accident aviatic. Soția stătuse cu el în cea mai mare parte a zilei. El spunea că o iubește și că știe că ea îl iubește. Îi plăcea munca sa. Poate că ceva inconștient din el l-a condus la telefon când era gata să se sinucidă, l-a făcut să-și sune soția în loc să scrie un bilet. Dacă a fost așa ceva, asta nu-l liniștea prea mult, pentru că n-a fost înregistrat deloc de mintea sa conștientă. L-am întrebat pe doctorul său câtă vreme o să rămână pacientul în spital, iar doctorul a zis că ar fi rezonabil să-l țină până ce logica lui defectuoasă poate fi explorată mai bine și până ce se pot stabiliza nivelurile de medicamente din sânge. „Pare destul de sănătos ca să se ducă acasă azi“, a spus doctorul, „dar și alaltăieri ar fi părut destul de sănătos ca să nu fie aici.“ L-am întrebat pe bărbat dacă crede că va mai încerca să se sinucidă. Era ca și cum i-aș fi cerut să prezică viitorul altcuiva. A clătinat din cap și s-a uitat la mine palid, nedumerit. „De unde să știu?“ m-a întrebat.

Starea sa de confuzie, eșecul emoțional sunt lucruri obișnuite pentru mintea cu tendință suicidară. Joel P. Smith, un bărbat din Wisconsin care a supraviețuit mai multor tentative de suicid, mi-a scris: „Sunt singur. O mare parte dintre oamenii depresivi pe care-i cunosc sunt mai mult sau mai puțin singuri, pentru că și-au pierdut slujba și și-au adus la capătul răbdării familia și prietenii. Acum, am tendință de suicid. Paznicul meu suprem – și anume, eu însumi – nu numai că și-a părăsit serviciul, dar, lucru mult mai primejdios, a devenit avocatul, agentul suicidului.“

În ziua în care s-a întâmplat, când aveam douăzeci și șapte de ani, am înțeles motivele sinuciderii mamei mele și am crezut în ele. Era în ultima fază a unui cancer cu metastaze. De fapt, împreună cu tata și fratele meu, am ajutat-o pe mama să se sinucidă și, făcând asta, am simțit o imensă apropiere de ea. Credeam cu toții în ceea ce a făcut ea. Din păcate, mulți care cred în luarea rațională a deciziilor – printre care se numără și Derek Humphry,

autorul cărții *Fin l Exit*, și Jack Kevorkian – par să creadă că *r țion l* înseamnă „fără complicații“. N-a fost ușor de ajuns la această decizie rațională. A fost un proces lent, încâlcit, ciudat, ale cărui meandre erau la fel de nebunește individuale ca trăirile iubirii care pot să ducă la căsătorie. Sinuciderea mamei este cataclismul vieții mele, cu toate că o admir pentru acest act și cred în el. Mă tulbură atât de tare, încât, de cele mai multe ori, refuz să mă gândesc la amănunte și să vorbesc despre ele. Simplul fapt al existenței lui este acum un fapt din viața mea, și sunt gata să-l împărtășesc cu oricine mă întrebă. Realitatea celor întâmplate e însă ca un lucru ascuțit, înfipt în mine, care mă taie ori de câte ori mă mișc.<sup>432</sup>

Activiștii fac o distincție obsesiv de grijulie între sinuciderea „rațională“ și toate celelalte. De fapt, sinuciderea e sinucidere – determinată, tristă, toxică într-o anumită măsură pentru toți cei care au legătură cu ea. Cea mai rea și cea mai bună se află la capetele aceluiași continuum; se deosebesc, mai degrabă, prin grad decât prin calitatea esențială. Sinuciderea rațională a fost totdeauna o idee populară și înspăimântătoare. Povestitorul din romanul *emonii* al lui Dostoievski întrebă dacă oamenii își pun capăt zilelor din rațiune. „O mulțime“, răspunde Kirilov. „Dar din prejudecată sunt mai mulți; mult mai mulți; toți.“<sup>433</sup> Când vorbim de sinuciderea rațională și o deosebim de cea irațională, schițăm detaliile prejudecăților pe care le avem noi sau societatea. Cineva care s-a omorât pentru că nu suporta ideea unei morți dureroase și degradante cauzate de cancer pare, poate, foarte rațional. Un tribunal britanic a permis de curând unui spital să hrănească forțat o diabetică anorexică și să-i injecteze insulină împotriva voinței ei.<sup>434</sup> Ea era foarte încăpățânată, și a izbutit să înlocuiască insulina, pe care trebuia să și-o injecteze, cu un amestec de apă cu lapte, și curând a ajuns aproape în comă. „Bun, asta e anorexie?“ a întrebat medicul care o trata. „E comportament sinucigaș? E parasuicidar? Eu cred că este, evident, un lucru făcut din deprimare și supărare.“ Cum rămâne cu oamenii care au boli îngrozitoare, dar nu numaidecât fatale? E rezonabil să te sinucizi dacă te confrunți cu boala Alzheimer sau Lou Gehrig? Există ceva de genul stare mintală terminală, în care cineva

care a făcut o mulțime de tratamente și e tot nefericit poate să comită o sinucidere rațională, chiar dacă nu e bolnav? Ceea ce e rațional pentru o persoană e irațional pentru alta, și orice sinucidere e groaznică.

Într-un spital din Pennsylvania, am întâlnit un băiat de aproape douăzeci de ani a cărui dorință de a muri înclin s-o cinstesc în mod special. S-a născut în Coreea și a fost abandonat când era sugar; când a fost găsit, aproape mort de foame, a fost dus la un orfelinat din Seul, de unde a fost adoptat, când avea șase ani, de un cuplu american alcoolic, care l-a supus abuzurilor. La doisprezece ani, a fost pus sub tutela autorităților publice și trimis la spitalul de boli mintale în care l-am întâlnit. Suferă de paralizie cerebrală, care i-a afectat partea inferioară a corpului, vorbește greu, anevoie. În cei cinci ani pe care i-a petrecut în spital, i s-au dat toate medicamentele și tratamentele cunoscute pe lume, inclusiv un spectru complet de tratamente antidepresive și terapie cu electroșocuri, dar a rămas nefericit și împovărat de suferință. De la sfârșitul copilăriei încoace, încercase de nenumărate ori să se sinucidă, dar, pentru că e sub îngrijire, a fost salvat de fiecare dată. Și, dat fiind că e imobilizat într-un scaun cu rotile, într-un salon încuiat, rareori poate să fie singur, astfel ca încercările sale să aibă vreo șansă. Disperat, a încercat să nu mai mănânce; când și-a pierdut cunoștința, a fost hrănit intravenos.

Cu toate că infirmitatea face ca vorbitul să fie pentru el o luptă, e perfect capabil de conversație rațională. „Îmi pare rău că sunt viu“, mi-a spus. „N-am vrut să fiu aici, în felul ăsta. Pur și simplu, nu vreau să fiu aici, pe pământ. N-am avut viață. Nu există lucruri care să-mi placă sau care să mă bucure. Asta e viața mea: la etaj, în clădirea numărul nouă a acestui spital, și apoi înapoi aici, în clădirea numărul unu, care nu-i cu nimic mai bună ca numărul nouă. Picioarele mă dor. Am dureri peste tot. Încerc să nu vorbesc cu cei de aici. Oricum, practic toți vorbesc singuri. Am luat o grămadă de medicamente pentru depresie. Nu cred că medicina mă poate ajuta. La etaj, ridic greutatea cu brațele și folosesc calculatorul, care-mi ține mintea ocupată și-mi abate atenția de la ceea ce am. Dar nu-i destul. Asta n-o să se schimbe niciodată. Niciodată n-o să încetez să vreau să mă omor. E plăcut să-mi tai încheieturile. Îmi place să-mi văd sângele. Apoi, adorm. Când mă trezesc, îmi zic: «Fir'ar

să fie, m-am trezit.»“ Mulți oameni cu paralizie cerebrală duc o viață bogată și satisfăcătoare. Acest tânăr e însă atât de lezat din punct de vedere psihologic și atât de profund neprietenos, încât probabil că n-o să aibă niciodată parte de prea multă iubire, și poate nici n-ar fi în stare s-o aprecieze dacă i-ar fi oferită. Mie-mi pare înduioșător, ca și unora dintre cei care ajută la îngrijirea lui, dar încă nu s-a arătat nici o persoană curajoasă doritoare să renunțe la viață ca să-l ajute pe el; nu sunt destui oameni altruști pe lume care să se devoteze tuturor celor ca el, care luptă împotriva propriei vieți în fiecare clipă petrecută pe această planetă. Viața lui înseamnă durere fizică și durere psihică, incapacitate fizică și fantasmă psihice. Pentru mine, depresia și dorința lui de a muri par cu neputință de tratat, și sunt bucuros că n-am răspunderea de a mă asigura că se trezește de fiecare dată când izbutește să-și taie încheieturile, că nu sunt cel care introduce tubul de alimentare când el nu mai vrea să mănânce. În alt spital, am întâlnit un bărbat sănătos de optzeci și cinci de ani, care, împreună cu soția, a luat o doză mortală de barbiturice când ei i-a apărut cancer la ficat. Erau căsătoriți de șazeci și unu de ani și aveau un pact de sinucidere. Ea a murit. El a fost reanimat. „Am fost trimis să vindec depresia tipului ăsta“, mi-a spus un tânăr psihiatru. „Să-i dau niște pastile și să-i fac terapie ca să nu fie deprimat din pricină că-i bătrân, bolnav, cu dureri permanente, i-a murit soția și a ratat sinuciderea. Sunt șase luni de atunci, e în aceeași stare, ar putea să mai trăiască zece ani. Eu tratez depresia. Ceea ce are el nu-i acel soi de depresie.“

Poemul lui Tennyson *Tithonus* vorbește despre o astfel de disperare din amurgul vieții. Tithonus era iubitul Aurorei (Eos); ea l-a rugat pe Zeus să-i dea lui Tithonus viață veșnică. Zeus i-a îndeplinit dorința; dar ea a uitat să ceară tinerețe veșnică. Incapabil să se omoare, Tithonus trăiește veșnic, devenind tot mai bătrân și mai bătrân. Tânjește după moarte, spunându-i fostei sale iubite:

*Coldly thy rosy sh dows the me, old  
re ll thy lights, nd old my wrinkled feet*

Upon thy glimmering thresholds, when the ste m  
 Flo ts up from those dim fields out the homes  
 Of h ppy men th t h ve the power to die,  
 nd gr ssy rrows of the h ppier de d [435](#)

Povestea lui Petronius despre Sibylla din Cumae [436](#) – condamnată, și ea, la nemurire fără tinerețe veșnică – avea să alcătuiască deznădăjduitul motto la *Ț r pierdut* a lui T.S. Eliot: „Când a fost întrebată «Sibilă, ce-ți dorești?», ea a răspuns: «Doresc să mor.»“ [437](#) Chiar și Emily Dickinson, care trăia liniștit în Noua Anglie, a ajuns la o concluzie asemănătoare în privința coborârii treptate în impas:

The He rt sks Ple sure first  
 nd then Ex use from P in  
 nd then those little nodynes  
 Th t de den suffering  
 nd then to go to sleep  
 nd then if it should e  
 The will of its Inquisitor  
 The privilege to die [438](#)

În familia noastră, discuțiile despre eutanasiu au început cu mult înainte ca mamei să-i apară un cancer ovarian. Am semnat cu toții, la începutul anilor '80, câte un document juridic (*living wills*) cuprinzând măsurile ce trebuie luate în privința sănătății noastre în cazul în care vom deveni incapabili să ne comunicăm dorințele, și am discutat în acea vreme – cu totul abstract – despre cât de necivilizat este că opțiunea eutanasiu, despre care știa toată lumea că există în Olanda, nu există și la americani. „Urăsc durerea“, a spus în trecut mama. „Dacă ajung vreodată în punctul în care nu mai simt decât

durere, sper că unul dintre voi o să mă împuște.“ Am fost, rîzînd, cu toții de acord. Cu toții uram durerea, cu toții consideram că moartea liniștită e cea mai bună – în somn, acasă, când ești foarte bătrîn. Fiind tînăr și optimist, presupuneam că o să murim cu toții în acest fel într-un moment din viitorul îndepărtat.

În august 1989, mamei i s-a pus diagnosticul de cancer ovarian. În prima săptămână de internare, a anunțat că o să se omoare. Am încercat cu toții să minimalizăm această declarație, ridicînd din umeri, iar ea n-a insistat prea mult. În acel moment, nu vorbea despre un program bine gîndit de eliminare a simptomelor – nu avea prea multe simptome –, mai degrabă exprima sentimentul de revoltă provocat de umiliința a ceea ce o aștepta și teama profundă de a-și pierde controlul asupra propriei vieți. Vorbea, așadar, de sinucidere așa cum pot vorbi despre ea cei dezamăgiți în dragoste, ca alternativă rapidă și ușoară la procesul dureros și lent al însănătoșirii. Era ca și cum ar fi vrut să se răzbune pe umiliința pe care natura i-o hotărîse; dacă viața ei nu putea fi așa frumoasă cum fusese, n-o mai voia.

Subiectul n-a mai fost pomenit cîtă vreme mama a trecut prin chinuitoarea și umilitoarea perioadă de chimioterapie. Cînd, după zece luni, a făcut o operație prin care să se verifice efectele chimioterapiei, am descoperit că tratamentul n-a fost atît de eficient pe cît sperasem, așa că a fost prescrisă a doua serie. După operație, mama a zăbovit vreme îndelungată într-o stare de împotrivire față de conștiința alterată de furie. Cînd, în cele din urmă, a început iar să vorbească, a răbufnit din ea un val de mînie, și, cînd a spus că o să se omoare, era de-acum o amenințare. Protestele noastre ne-au fost zvîrlite înapoi în față. „Sunt deja moartă“, a spus, zăcînd pe patul de spital. „Ce mai aveți aici de iubit?“ Sau ne muștrului: „Dacă m-ați iubi, m-ați ajuta să scap de suferința asta.“ Orice brumă de încredere pe care o avusese în chimioterapie pierise și a acceptat o nouă serie de tratamente, cu condiția să-i aducă cineva „pastilele alea“, ca să poată termina oricînd ar fi pregătită.

Avem tendința să le facem pe plac celor foarte, foarte bolnavi. Nu exista altă reacție la furia și disperarea mamei mele după operație decît să spunem „da“ la orice ne-ar fi cerut. Locuiam la Londra în acea vreme: veneam acasă

o dată la două săptămâni, ca s-o văd. Fratele meu era la Facultatea de Drept din New Haven și petrecea zile întregi în tren. Tata își neglija biroul ca să stea acasă. Ne agățam cu toții de mama – care fusese mereu centrul familiei noastre unite – și oscilam între tonul ușor, dar plin de sens, care fusese dintotdeauna stilul nostru, și o solemnitate înspăimântătoare. Și totuși, când ea s-a destins, devenind copia fidelă a celei care fusese mereu, ideea sinuciderii ei, deși căpătase rezonanță, a dat iar înapoi. A doua serie de chimioterapie părea că dă rezultate, iar tata a cercetat o jumătate de duzină de alte opțiuni de tratament. Mama își făcea din când în când sumbrele remarci despre sinucidere, dar noi continuam să-i spunem că mai e mult până ca aceste măsuri să merite să le luăm în considerare.

La ora patru, într-o după-amiază cu furtună din septembrie 1990, am telefonat să verific rezultatele unor analize care ar fi trebuit să sosească în acea zi. Când a răspuns tata, am știut imediat ce s-a întâmplat. Aveam să continuăm deocamdată, a zis el, cu această terapie, în vreme ce examinăm celelalte opțiuni. Nu aveam nici o îndoială ce altă opțiune avea să examineze mama. Așa că n-ar fi trebuit să fiu surprins când mi-a spus în octombrie, la masa de prânz, că au fost puse la punct detaliile tehnice și că acum avea pastilele. În primele faze ale bolii, mama, lipsită de ascunzișuri, suferise o modificare a înfățișării, ca efect secundar al tratamentelor, ravagii atât de evidente, încât numai tata putea izbuti să fie orb la ele. Mama fusese frumoasă, iar pentru ea daunele fizice provocate de chimioterapie au fost extrem de dureroase – îi căzuse părul, pielea îi era alergică la orice machiaj, corpul i se descărnase, ochii îi erau încercănați de epuizare și avea permanent pleoapele grele. La acel prânz din octombrie însă, începuse să capete un nou fel de frumusețe – palidă, eterică, luminată lăuntric, cu totul diferită ca efect față de înfățișarea de femeie americană ideală din anii '50 pe care o avusese în copilăria mea. Momentul în care mama a cerut pastilele a fost, în același timp, clipa în care a acceptat (prematur sau nu) faptul că moare, iar această acceptare i-a dat o strălucire, fizică și interioară, care mie mi s-a părut, în cele din urmă, mai puternică decât declinul ei. Când mă gândesc la acel prânz, îmi amintesc, printre altele, cât de frumoasă devenise din nou mama.

Am protestat, în vreme ce mâncam, zicând că mai este mult timp, iar ea a spus că mereu i-a plăcut să plănuiască atent lucrurile, iar acum, că avea pilulele, putea să se destindă și să se bucure de oricât timp i-a mai rămas, fără să-și facă griji în privința sfârșitului. Eutanasia e legată de un termen, și am întrebat-o pe mama care e punctul ei terminus. „Atâta vreme cât există cea mai mică șansă de a mă face bine“, a zis, „o să continuu tratamentele. Când vor spune că mă țin în viață, dar fără vreo șansă de vindecare, o să mă opresc. Când o să fie vremea, o să știm cu toții. Nu-ți face griji. N-o să le iau înainte de asta. Între timp, am de gând să mă bucur de tot timpul care a mai rămas.“

Tot ce fusese insuportabil pentru mama a fost făcut suportabil – când a avut pastilele – de cunoașterea sigură a faptului că, atunci când ar deveni cu adevărat insuportabil, ar pune punct. Trebuie să spun că cele opt luni care au urmat – cu toate că au dus inexorabil la moartea ei – au fost cele mai fericite luni din perioada bolii; că, într-un fel de neînțeles, în ciuda, sau poate că din pricina suferinței din ele, au fost printre cele mai fericite luni din viețile noastre. După ce pusesem la cale viitorul, puteam să trăim pe deplin prezentul, lucru pe care nici unul dintre noi nu-l mai făcuse cu adevărat până atunci. Ar trebui să subliniez faptul că vărsăturile, greața, căderea părului, aderențele – erau mereu prezente, că gura mamei era toată o rană ce părea că nu se vindecă niciodată, că trebuia să-și adune puterile zile întregi ca să poată ieși într-o după-amiază din casă, că nu putea să mănânce aproape nimic, era plină de alergii, tremura atât de tare, încât, în unele zile, nu putea ține furculița și cuțitul – și totuși, chinul continuării chimioterapiei părea brusc lipsit de importanță, deoarece aceste simptome erau permanente doar până ce hotăra ea că nu mai suportă, așa că boala nu mai avea control asupra ei. Mama era o femeie extrem de iubitoare, și în aceste luni s-a oferit iubirii așa cum n-am mai văzut vreodată pe cineva s-o facă. În *Pris de d omposition*, E.M. Cioran scrie: „Consolarea prin sinuciderea posibilă lărgeste într-un spațiu infinit acest lăcaș în care ne sufocăm. [...] Este oare bogăție mai mare decât sinuciderea pe care fiecare o poartă cu sine?“<sup>439</sup>



Am citit de atunci, și m-a emoționat mult, biletul de adio lăsat de Virginia Woolf, într-un spirit atât de asemănător cu termenii plecării mamei mele. Virginia Woolf i-a scris soțului:

Dragul meu,

Vreau să-ți spun că mi-ai oferit fericire deplină. Nimeni n-ar fi putut să facă mai mult decât ai făcut tu. Te rog să fii convins.

Dar știu că n-am să pot trece niciodată peste asta: și-ți irolesc viața. E nebunia asta. Nimic din ce ar putea spune cineva nu mă poate convinge. Poți munci, și o să-ți fie mult mai bine fără mine. Vezi, nu pot scrie nici măcar asta, ceea ce arată că am dreptate. Tot ce vreau să spun e că, până să se declanșeze boala asta, am fost absolut fericiți. Totul datorită ție. Nimeni n-ar fi putut să fie așa de bun ca tine, din prima zi până acum. Toată lumea știe asta.

V.

O să-mi distrugi toate hârtiile?<sup>440</sup>

E o însemnare neobișnuit de emoționantă tocmai pentru că este împărțită și atât de limpede în privința bolii. Există oameni care se omoară din cauză că n-au găsit, ori poate că n-au căutat, un tratament. Sunt apoi cei care se omoară din cauză că boala lor cu adevărat nu răspunde la tratament. Dacă aș fi crezut într-adevăr când am fost bolnav că starea mea e permanentă, m-aș fi omorât. Chiar dacă aș fi crezut că e ciclică, așa cum știa Virginia Woolf că este maladia sa, m-aș fi omorât dacă ciclurile ar fi părut împovărate de prea multă deznădejde. Virginia Woolf știa că o să depășească durerea pe care o simte, însă nu voia să treacă prin ea și să aștepte să dispară; se săturase să stea în expectativă, și era vremea să plece. Scria:

Oh, începe, vine... oroarea... fizic, ca un val de durere care se umflă în jurul inimii... zvârlindu-mă-n sus. Sunt nefericită, nefericită! Cad... Doamne, aș vrea să mor. Pauză. Dar de ce simt asta? Să mă uit cum se ridică valul. Mă uit.

Cădere. Da; simt asta. Cădere, cădere. (Valul se ridică.) Valul se prăbușește. Aș vrea să mor! Nu mai am decât puțini ani de trăit, sper. Nu mai pot ține piept ororii ăsteia... (aici, valul se revarsă peste mine).

Asta continuă; de mai multe ori, cu feluri diferite de oroare. Apoi, la criză, în loc ca durerea să rămână puternică, devine destul de vagă. Ațipesc. Mă trezesc tresărind. Iarăși valul! Durerea irațională: senzația de cădere; în general, un incident anume.

În cele din urmă, zic pe cât de imparțial sunt în stare: Acum, vino-ți în fire. Gata cu asta. Cuget. Trec în revistă oamenii fericiți și nefericiți. Îmi adun forțele să împing, să arunc, să dobor. Încep să înaintez orbește. Simt cum se prăbușesc piedicile. Zic că nu contează. Nimic nu contează. Devin țeapănă și dreaptă, și iarăși dorm, și pe jumătate trează, și simt că se pornește valul, și mă uit cum se luminează, și mă-ntreb cum o să fie de data asta, micul dejun și lumina zilei o să-i vină de hac. Oare toată lumea trece prin starea asta? De ce am atât de puțină stăpânire? Nu e de laudat, nici de iubit. E pricina multor pierderi și dureri din viața mea.<sup>441</sup>

I-am scris fratelui meu în cea de-a treia criză de depresie, înainte să știu cât de repede avea să treacă: „Nu pot să-mi petrec fiecare al doilea an în felul ăsta. Între timp, mă străduiesc din răspuțeri să rezist. Am făcut rost de un pistol care era aici, în casă, și i l-am încredințat unui prieten, pentru că nu voiam să ajung să-l folosesc, într-un moment de impulsivitate. Nu-i ridicol? Să-ți fie teamă că o să ajungi să-ți folosești pistolul? Să trebuiască să-l ții altundeva și să-i dai instrucțiuni cuiva să nu ți-l înapoieze?” Sinuciderea este cu adevărat mai mult o reacție la anxietate decât o soluție la depresie: nu e acțiunea unei minți neputincioase, ci a uneia chinuite. Simptomele fizice ale anxietății sunt atât de acute, încât par să ceară o reacție fizică: nu pur și simplu suicidul mental al amuțirii și somnului, ci cel fizic al sacrificării propriei ființe.

Mama pusese la punct amănunțele, iar tata, care obișnuia să plănuiască minuțios, a trecut în revistă totul, ca și cum o repetiție generală ar fi epuizat dinainte o parte din durerea pricinuită de evenimentul însuși. Am plănuit cum o să venim acasă, fratele meu și cu mine, cum mama o să ia antiemeticele, ce

moment al zilei ar fi cel mai potrivit pentru asta; am discutat fiecare amănunt, până la firma de pompe funebre. Am căzut de acord să facem înmormântarea la două zile după moarte. Am plănuit împreună cam așa cum făceam cu petrecerile și concediile în familie, cu Crăciunul. Am descoperit, acolo și în alte părți, formalități în cadrul cărora aveau să se stabilească ori să se comunice multe lucruri. Mama s-a apucat în liniște să ne arate foarte clar tuturor emoțiile sale, cu gândul ca, în câteva luni, să rezolve toate neînțelegerile din familie, făcându-le transparente. A spus cât de mult ne iubește pe toți și a scos la lumină forma și structura acestei iubiri; a rezolvat vechi ambivalențe și a formulat cu o nouă claritate acceptarea. A rezervat zile separate pentru fiecare dintre prietenii săi – și avea mulți prieteni –, ca să-și ia rămas-bun; cu toate că puțini dintre ei știau ce are de gând, s-a asigurat că fiecare cunoaște locul important pe care-l ocupă în afecțiunea sa. Râdea mult în acea perioadă; simțul umorului, cald și cuprinzător, părea să se extindă și asupra medicilor care o otrăveau lună de lună, și asupra surorilor care erau martorele năruirii ei treptate. Într-o după-amiază, m-a convins s-o ajut să-i cumpere strămătușii mele de nouăzeci de ani o geantă, și, cu toate că „expediția“ a sleit-o de puteri în așa hal, încât a zăcut trei zile, ne-a înviorat pe amândoi. A citit tot ce am scris eu, cu un amestec de agerime și generozitate pe care nu l-am mai întâlnit la nimeni, o nouă calitate a ei, mai blândă decât pătrunderea cu care-mi judecase munca înainte. A dăruit lucruri mărunte și a comandat lucruri mai mari, care nu trebuiau să fie date încă. A comandat retapițarea mobilierului din toată casa, ca să lase casa cât mai în ordine, și a ales modelul pietrei de mormânt.

Puțin câte puțin, părea că ne obișnuim cu ideea că planul ei de sinucidere e o realitate. Avea să spună mai târziu că s-a gândit să facă totul de una singură, dar și-a zis că șocul ar fi mai mare decât dacă există amintirea că am fost împreună cu ea în această trăire. Cât despre noi – voiam să fim acolo. Viața mamei era a altora, și uram cu toții ideea ca ea să moară singură. Era important, în ultimele luni ale mamei mele pe pământ, să ne simțim foarte legați, ca nici unul dintre noi să nu rămână cu sentimentul că au fost secrete

nedezvăluite și planuri ascunse. Conspirația noastră ne-a adus și mai aproape unii de alții, mai aproape decât fusesem vreodată.

Dacă n-ai încercat niciodată și nici n-ai ajutat pe cineva să treacă prin asta, nu-ți poți închipui ce greu e să te omori. Dacă moartea ar fi ceva pasiv, care li se întâmplă celor care nu se ostenesc să i se împotrivescă, iar viața ar fi ceva activ, care continuă doar în virtutea faptului că o faci zilnic, atunci problema lumii ar fi depopularea, nu suprapopularea. Grozav de mulți oameni duc o viață de disperare tăcută, iar dacă nu se omoară e numai pentru că nu-și pot aduna resursele necesare ca s-o facă.

Mama a hotărât să-și curme viața pe 19 iunie 1991, la cincizeci și opt de ani, din cauză că, dacă ar mai fi așteptat, ar fi fost prea slăbită ca să-și ia viața, iar pentru sinucidere e nevoie de putere și de un fel de intimitate, care nu există în spital. În acea după-amiază, mama s-a dus la un gastroenterolog, care i-a spus că tumori mari îi blochează intestinele. Fără o operație imediată nu va mai putea să digere mâncarea. A spus că o să sune ca să programeze operația, apoi s-a întors la tata, în sala de așteptare. Când au ajuns acasă, m-a sunat și l-a sunat pe fratele meu. „Au fost vești proaste“, a spus, liniștită. Am știut ce vrea să zică, dar nu mă puteam hotărî s-o rostesc eu însumi. „Cred că e vremea“, a zis. „Ar fi bine să vii încoace.“ A fost foarte aproape de ceea ce plănuisem.

M-am dus în centru, oprindu-mă în drum să-l iau pe fratele meu de la birou. Ploua cu găleata, iar traficul era încetinit. Vocea pe deplin calmă a mamei – folosea tonul logic pe care-l folosea totdeauna pentru lucrurile pe care le plănuise, ca și cum ne duceam acasă la cină – făcuse ca totul să pară simplu și, când am ajuns acasă, am găsit-o lucidă și destinsă, într-o cămașă de noapte cu trandafiri roz și un halat de baie lung. „Ar trebui să mănânci un pic“, a zis tata. „Asta ajută la înghițirea pastilelor.“ Așa că ne-am dus în bucătărie, iar mama a făcut chifle prăjite cu unt și ceai. La cină, cu câteva seri înainte, mama și fratele meu au tras de un iadeș, și mama a câștigat. „Ce dorință ți-ai pus?“ a întrebat-o acum fratele meu pe mama, și ea a zâmbit.

„Mi-am dorit ca totul să se termine cât mai repede și mai nedureros posibil“, a zis. „Și dorința mi s-a împlinit.“ S-a uitat în jos la chifla mea prăjită. „Mi s-au împlinit dorințele de atât de multe ori.“ Tocmai atunci, fratele meu a deschis o cutie cu fursecuri, iar mama, cu acel ton de ironie drăgăstoasă care o caracteriza, a zis: „David. Pentru ultima oară. Fă bine și pune fursecurile pe o farfurie.“ Apoi, mi-a amintit să iau niște flori uscate pe care le aranjase pentru holul de la intrare, la țară. Aceste chestiuni de formă deveniseră intimități. Cred că există o anumită dramă firească în moartea din cauze naturale: există simptome și crize bruște, sau, în lipsa lor, șocul surprizei întreruperii. Ciudat în această experiență era faptul că nu găseai în ea nimic brusc sau neprevăzut. Drama era în absența dramei, în experiența sufocantă a faptului că nimeni nu se abătea în nici o privință de la rolul său.

Întoarsă în dormitor, mama și-a cerut din nou iertare că ne implică pe toți. „Dar cel puțin voi trei ar trebui să fiți împreună după aceea“, a adăugat. Mama – care fusese totdeauna de părere că trebuie să ai o rezervă suficientă din orice – avea deja de două ori mai mult seconal decât îi trebuia. „Așa m-am săturat să iau pastile“, a zis ironic. „Ăsta-i un lucru căruia n-am să-i duc dorul.“ Și a început să le ia, cu un fel de expertă delicatețe, ca și cum miile de pastile pe care trebuise să le ia în doi ani de cancer fuseseră antrenamentul pentru acest moment – așa cum am învățat eu mai apoi să iau antidepresive cu pumnul. „Cred că asta e destul“, a zis, când grămăjoara a dispărut. A încercat să bea un pahar de vodcă, dar a zis că o îngrețoșează. „Asta-i cu siguranță mai bine decât să mă vedeți țipând pe un pat de spital?“ Firește că era mai bine, exceptând faptul că acea imagine era încă de domeniul fanteziei, iar aceasta devenise realitate. Realitatea, în aceste situații, este, de fapt, mai rea ca orice.

Au mai fost apoi cam patruzeci și cinci de minute, în care a spus ultimele lucruri pe care le avea de spus, iar noi am spus ultimele lucruri pe care le aveam de spus. Încetul cu încetul, vorbele i s-au împleticit, dar îmi era limpede că ceea ce spunea fusese gândit bine. Și atunci, a venit drama morții ei, pentru că, pe măsură ce devenea mai indistinctă, devenea și mai liberă, și mi se părea că spune mai mult decât ar fi putut să plănuiască. „Ați fost cei

mai iubiți copii“, a zis, uitându-se la noi. „Până v-ați născut voi, habar n-aveam că aș putea să simt ce am simțit atunci. Deodată, erați acolo. Toată viața citisem cărți despre mame care spuneau pline de curaj că ar muri pentru copiii lor, și exact asta simțeam. Aș fi murit pentru voi. Nu puteam suferi gândul ca voi să fiți nefericiți. Cât de tare mă durea când erați nefericiți! Voiam să vă învălui în iubirea mea, să vă apăr de toate lucrurile cumplite din lume. Voiam ca iubirea mea să transforme lumea într-un loc fericit, și vesel, și sigur pentru voi.“ David și cu mine ședeam pe patul părinților, pe care mama era culcată la locul său obișnuit. Mi-a ținut o clipă mâna, apoi mâna lui David. „Vreau să simțiți că iubirea mea e totdeauna aici, că o să continue să vă învăluie și după ce n-o să mai fiu. Cea mai mare speranță a mea e că iubirea pe care v-am dat-o va rămâne cu voi cât veți trăi.“

În momentul acela, vocea îi era fermă, ca și cum timpul n-ar fi fost împotriva ei. S-a întors către tata. „Aș fi dat bucuroasă decenii din viața mea ca să fiu cea care pleacă prima“, a zis. „Nu-mi pot închipui ce aș fi făcut dacă ai fi murit înaintea mea, Howard. Ești viața mea. Treizeci de ani ai fost viața mea.“ S-a uitat la fratele meu și la mine. „Și apoi te-ai născut tu, Andrew. Și apoi tu, David. Mai veniseră doi, și atunci au fost trei oameni care mă iubeau cu adevărat. Și vă iubeam pe toți. Asta mă copleșea, mă subjuga.“ S-a uitat la mine – plângeam, deși ea nu plângea – și a luat un ton de mustrare blândă. „Să nu crezi că-mi aduci un soi de mare ofrandă dacă lași ca moartea mea să devină marele eveniment al vieții tale“, mi-a spus. „Cea mai mare ofrandă pe care mi-o poți aduce, ca mamă, e să mergi mai departe și să ai o viață bună și împlinită. Bucură-te de ceea ce ai.“

Apoi, vocea i-a devenit greoaie, ca în vis. „Azi, sunt tristă. Sunt tristă că plec. Dar, chiar și cu moartea asta, n-aș vrea să-mi schimb viața cu nici o alta din lume. Am iubit deplin și am fost iubită deplin, și am trăit minunat.“ A închis ochii, iar noi am crezut că pentru ultima oară, dar apoi i-a deschis iar și s-a uitat, pe rând, la fiecare dintre noi, și ochii i s-au oprit la tata. „Am căutat atât de multe lucruri în viață“, a zis, cu vocea lentă ca o înregistrare redată la viteză greșită. „Atâtea lucruri. Și tot timpul raiul a fost în această încăpere, cu voi trei.“ Fratele meu îi masa umerii. „Mulțumesc pentru masaj, David“, a

spus, și apoi a închis ochii pentru totdeauna. „Carolyn!“ a spus tata, dar ea n-a mai mișcat. Am văzut altă moarte – pe cineva împușcat – și-mi amintesc că am simțit că moartea nu-i aparținea persoanei care murise: îi aparținea pistolului și clipei. Moartea aceasta îi aparținea mamei mele.

Filozoful american contemporan Ronald Dworkin a scris: „Moartea are supremația, pentru că nu-i doar începutul nimicului, ci și sfârșitul tuturor lucrurilor, și felul în care gândim și vorbim despre moarte – accentul pe care-l punem pe a muri cu «demnitate» – arată cât de important este ca viața să se încheie în mod *de v t*, ca moartea să fie în conformitate cu felul în care am trăit.“<sup>442</sup> Dacă nu pot spune nimic altceva despre moartea mamei mele, pot spune că a fost în conformitate cu viața sa. Ceea ce n-am prevăzut a fost măsura în care avea să mă ispitească la sinucidere. În *Re viem*, Rilke scria: „Avem nevoie în iubire să facem doar asta: fiecare dintre noi să-i dea drumul celuilalt. Căci a ține e ușor; n-avem nevoie s-o învățăm.“<sup>443</sup> Dacă aș fi fost în stare să asimilez acea lecție, poate că n-aș fi căzut în depresie; căci această moarte extraordinară a fost ceea ce a precipitat primul episod. Nu știu care era nivelul vulnerabilității mele, sau dacă aș fi avut o cădere psihică în cazul în care n-aș fi trecut printr-o experiență atât de dureroasă. Eram legat atât de strâns de mama, sentimentul nostru de rudenie era atât de rezistent, încât poate că am fost programat să fiu incapabil să suport pierderea.

Sinuciderea asistată e o modalitate legitimă de a muri; în cel mai bun caz, e plină de demnitate; dar rămâne sinucidere, iar sinuciderea este, în general, cel mai trist lucru din lume. În măsura în care o ajuți, e totuși un gen de omor, iar omorul nu e ceva cu care să te împaci ușor. O să iasă la lumină, și nu totdeauna în moduri agreabile. Nimic nu citisem despre eutanasiie – scris de cei care au participat – care să nu fie, la un nivel profund, o justificare: a scrie sau a vorbi despre propria implicare în eutanasiie este, inevitabil, o pledoarie pentru iertare. După moartea mamei, eu am fost cel care s-a ocupat de curățenie în apartamentul părinților, sortând îmbrăcămintea mamei, hârtiile ei și așa mai departe. Baia era ticsită de rămășițe ale bolii în fază finală, inclusiv instrumentele pentru îngrijirea perucilor, unguente și loțiuni pentru reacțiile

alergice și flacoane peste flacoane cu pastile. Într-un colț din dulăpiorul cu medicamente, în spatele vitaminelor, analgezicelor, medicamentelor pentru stomac, al celor pentru reechilibrarea unor hormoni, al diverselor combinații de somnifere pe care le-a luat când boala și teama conspirau ca s-o țină trează – în spatele a toate astea am găsit, ca un ultim dar din cutia Pandorei, restul de seconal. Aruncam de zor flacon după flacon, dar, când am ajuns la acele pastile, m-am oprit. Eu însumi temându-mă de boală și de deznădejde, am băgat flaconul în buzunar și l-am pitit în colțul cel mai depărtat din dulăpiorul meu de medicamente. Îmi aminteam ziua aceea din octombrie în care mama mi-a spus: „Am pastilele. Când vine vremea, voi putea s-o fac.“

La zece zile după ce am terminat de curățat baia mamei, tata m-a sunat furios: „Ce s-a întâmplat cu restul de seconal?“ a întrebat, și i-am zis că am aruncat toate pastilele din casă care erau pe numele mamei. Am adăugat că el părea deprimat și că mă deranja gândul că are la îndemână medicamentul. „Pastilele alea“, a zis, și i s-a frânt vocea, „n-aveai dreptul să le arunci“. După o pauză lungă, a zis: „Le păstram pentru mine, în cazul în care m-aș îmbolnăvi și eu într-o zi. Ca să nu mai trebuiască să fac rost de ele.“ Cred că pentru fiecare dintre noi era ca și cum mama ar mai fi trăit în pastilele acelea roșii, ca și cum cel care poseda otrava prin care murise ea păstra și un fel de acces ciudat la viața ei. Era ca și cum, prin planul de a lua restul de pastile, eram cumva legați iarăși de mama, ca și cum am fi putut să ne alăturăm ei, murind așa cum murise ea. Am înțeles atunci cum stau lucrurile cu epidemiile de sinucidere. Singura noastră consolare în fața pierderii mamei mele era planul de a repeta noi înșine plecarea ei.

De-abia după câțiva ani am putut inversa acea formulă, făurindu-ne o istorie mai bună. Revenirea mea din starea de depresie a fost, pentru tata, un triumf al iubirii, inteligenței și voinței sale: încercase să salveze un membru al familiei și a eșuat, dar a reușit să-l salveze pe altul. Am participat la o sinucidere și am evitat alta. Tendința de suicid nu e puternică atâta vreme cât situația mea, psihologică sau de alt fel, pare – pentru mine sau pentru cei din jur



– că poate fi îmbunătățită. Termenii propriei sinucideri, dacă lucrurile se schimbă prea mult, îmi sunt însă cât se poate de limpezi. Sunt ușurat și chiar mândru că nu m-am lăsat doborât să-mi iau viața când m-am simțit foarte rău. Am de gând să țin din nou piept adversității, dacă e nevoie. Din punct de vedere psihologic, nu trebuie să mă gândesc prea mult dacă hotărâsc sau nu să mă omor, pentru că, în mintea și inima mea, sunt mai pregătit pentru asta decât pentru greutățile zilnice care-mi marchează diminețile și după-amiezile. Între timp, mi-am recuperat pistolul și am căutat surse pentru mai mult seconal. După ce am fost martor la tihna pe care a găsit-o mama în finala ei împărăție, pot înțelege cum, când suferința pare uriașă și vindecarea imposibilă, logica eutanasiei devine irefutabilă. Nu e de bun-gust, în termeni politici, să îmbini sinuciderea în fața bolii psihiatrice cu sinuciderea în fața bolii fizice, dar cred că există asemănări surprinzătoare. Ar fi fost îngrozitor ca zărele să fi anunțat la o zi după moartea ei că o descoperire revoluționară poate să vindece cancerul ovarian. Dacă singura ta problemă e tendința de suicid, sau depresia, atunci e tragic să te omori înainte de a încerca orice expedient. Când ajungi însă psihic la punctul de rupere și știi, și ai acordul celorlalți, că viața ta a depășit orice grozăvie – sinuciderea devine un drept. Apoi (cât de gingașă, de dificilă e clipa aceasta!) devine o obligație pentru cei care trăiesc acceptarea voinței celor care nu doresc și nu vor dori să trăiască.

Problema sinuciderii ca ținere sub control n-a fost cercetată suficient. Dorința de a păstra controlul a motivat moartea mamei mele, și acea motivație există pentru mulți oameni care-și iau viața în condiții foarte diferite. Alvarez scrie: „Sinuciderea este, la urma urmei, rezultatul unei alegeri. Oricât ar fi de impulsivă acțiunea și oricât ar fi de confuze motivele, în momentul în care un om hotărăște să-și ia viața ajunge la o anumită limpezime temporară. Sinuciderea poate fi o declarație de faliment care dă verdictul unei vieți cu o lungă istorie a eșecurilor. Dar este o hotărâre care, prin însăși finalitatea ei, nu e cu totul un eșec. Există, cred, o întregă clasă de sinucigași care-și iau viața nu ca să moară, ci ca să scape de confuzie, ca să-și limpezească mintea. Ei își premeditează suicidul, ca să-și creeze o realitate degrevată sau să

spargă tiparele obsesiei și necesității pe care le-au impus involuntar vieții lor.“<sup>444</sup>

\*

Nadejda Mandelștam, soția marelui poet rus Osip Mandelștam, scria cândva: „În război, în lagărele de concentrare și în perioadele de teroare, oamenii se gândesc mult mai puțin la moarte (ca să nu mai vorbim de sinucidere) decât când duc o viață normală. Ori de câte ori într-un anume loc de pe Pământ sunt prezente într-o formă acută spaima de moarte și avalanșa problemelor totalmente insolubile, întrebările generale despre natură trec într-un plan secund. Cum am putea sta fascinați în fața forțelor naturii și a legilor veșnice ale existenței când urâcioasa spaimă e atât de prezentă în viața de zi cu zi? Poate că e mai bine să vorbim în termeni mai concreți despre plenitudinea și forța existenței și, în acest sens, poate că ar fi ceva mult mai convingător în atașamentul nostru disperat față de viață decât ceea ce se străduiesc în general oamenii să facă.“<sup>445</sup> Când i-am pomenit de asta unui prieten care a supraviețuit sistemului penitenciar sovietic, a confirmat: „Ne împotriveam celor care voiau să ne amărăscă viața“, a spus. „Trebuia zădărnicită sinuciderea, și aproape toți eram hotărâți să nu le dăm această satisfacție asupritorilor noștri. Cei mai puternici erau cei care puteau să trăiască, iar viața noastră era împotrivire – asta-i hrănea. Cei care voiau să ne ia viața erau dușmani, iar ura și împotrivirea noastră față de ei ne țineau în viață. Dorința noastră a devenit mai puternică în fața suferinței îndurate. Nu cât am fost acolo am vrut să murim, chiar dacă înainte fuseserăm persoane destul de amărâte. După ce am ieșit, a fost altceva; nu era neobișnuit pentru supraviețuitorii lagărelor să se sinucidă când reveneau în societatea pe care o lăsaseră în urmă. Când nu mai aveam la ce să ne împotrivim, rațiunea noastră de a trăi trebuia să vină din eul nostru, dar, în multe cazuri, eul nostru fusese distrus.“

Scriind despre lagărele de concentrare naziste, nu despre cele sovietice, Primo Levi a observat: „În majoritatea cazurilor, ceasul eliberării n-a fost nici vesel, nici lipsit de griji. Pentru cei mai mulți, el a venit pe fundalul distrugerii, măcelului și suferinței. Pe măsură ce simțeau că devin iarăși oameni, adică responsabili, necazurile acestora și-au făcut din nou apariția: tristețea pentru destrămarea ori pierderea familiilor; suferința generală din jur; propria extenuare, ce părea definitivă, cu neputință de vindecat; problemele unei vieți pe care trebuie s-o iei de la capăt, adesea singur, în mijlocul ruinelor.“<sup>446</sup>

Asemenea maimuțelor și cobailor care se automutilează când sunt expuși izolării necorespunzătoare, supraaglomerării și altor condiții chinuitoare, oamenii sunt purtătorii unei forme organice a disperării și a exprimării acesteia. Există lucruri pe care i le poți face unei persoane ca s-o împingi la sinucidere, și acele lucruri au fost făcute în lagărele de concentrare. După ce ai trecut acel hotar, e greu să-ți păstrezi moralul. La supraviețuitorii lagărelor de concentrare, există o rată mare a sinuciderilor, și unii oameni se miră că poți să ieși viu din lagăr și să-ți pui apoi capăt zilelor. Eu nu cred că e un lucru surprinzător. Sinuciderea lui Primo Levi a fost explicată în multe feluri. Mulți oameni au zis că, de vreme ce dăduse dovadă de atâta speranță și de un spirit atât de luminat în ultimii ani ai vieții, de vină trebuie să fi fost medicamentele pe care le lua.<sup>447</sup> Eu cred că sinuciderea a mocrnit permanent în el, că niciodată n-a fost încântat că a fost salvat, că n-a existat nimic comparabil cu oroarea pe care a trăit-o. Poate că pastilele, ori starea atmosferică, ori altceva a eliberat în el același impuls care-l face pe cobai să-și reteze coada cu dinții, dar cred că starea de spirit esențială a fost mereu acolo după grozăvia lagărului. Încercările prin care trece cineva pot cu ușurință să tragă pe sfoară factorii genetici și să-i facă asta omului.

Omuciderea e mai obișnuită decât sinuciderea în rândurile celor privați de drepturi, în vreme ce sinuciderea are o rată mai mare decât omuciderea la cei care dețin puterea. Spre deosebire de credința populară, suicidul nu este ultimul refugiu al minții depresive. Nu este cea din urmă clipă a declinului spiritual. De fapt, riscul de sinucidere e mai mare la cei reveniți de curând de

la spital decât la cei care sunt în spital, și nu numai pentru că au dispărut restricțiile din spital. Sinuciderea este răzvrătirea minții împotriva ei înseși, o dublă deziluzie de o complexitate pe care mintea pe deplin depresivă n-o poate înțelege. Eliberarea eului de sine e un act de voință. Cu greu și-ar putea imagina pacifica depresie suicidul; e nevoie de lumina recunoașterii de sine pentru a distruge obiectul acelei recunoașteri. Oricât de greșit ar fi acel impuls, cel puțin este un impuls. Dacă nu există altă consolare într-o sinucidere ce n-a fost evitată, cel puțin există gândul persistent că a fost mai curând un act de curaj care și-a greșit ținta și de forță regretabilă, decât un act de extremă slăbiciune și de lașitate.

Mama mea a luat prozac, apoi un medicament nou, timp de o lună în timpul luptei sale cu cancerul. A spus că o amorțea prea tare – și că o făcea să fie agitată, ceea ce, în combinație cu efectele secundare ale chimioterapiei, era mai mult decât putea să suporte. „Mergeam azi pe stradă“, a zis, „și m-am gândit că probabil sunt pe moarte. Și apoi, m-am gândit: ce să mâncăm la prânz? Cireșe? Sau pere? Și cele două lucruri le simțeam mult prea asemănătoare.“ Avea un motiv exterior suficient pentru depresie. Credea cu tărie în autenticitate. După cum am spus, cred că a suferit ani în șir de o ușoară depresie; dacă am genele depresiei, bănuiesc că le am de la ea. Mama credea în ordine și în organizare. Nu-mi pot aminti – iar la ședințele de psihanaliză m-am străduit mult – vreo situație când mama nu s-a ținut de cuvânt. Nu-mi pot aminti să fi întârziat vreodată la o întâlnire. Cred acum că ținea la această lege solemnă în viața ei nu numai din respect față de ceilalți, ci și deoarece circumscrisa o înțelepciune pe care a avut-o dintotdeauna. Cea mai mare fericire a mea când eram copil era s-o fac pe mama fericită. Mă pricepeam la asta, și nu era lucru ușor. Cred, privind înapoi, că mereu a avut nevoie să fie distrasă de la tristețe. Nu-i plăcea să fie singură. Mi-a spus odată că asta e pentru că a fost singură la părinți. Cred că era în ea un rezervor de singurătate, ceva care mergea mult mai adânc decât faptul că a fost singură la părinți. De dragul iubirii ei covârșitoare față de familie, a ținut asta în frâu, și a fost norocoasă că a avut capacitatea s-o facă. Cu toate acestea, depresia era

acolo. Și cred că acesta e motivul pentru care era atât de bine pregătită pentru supliciu sinuciderii.

Aș spune despre sinucidere că nu e totdeauna o tragedie pentru cel care moare, dar totdeauna vine prea repede și prea brusc pentru cei lăsați în urmă. Cei care condamnă dreptul de a muri fac un mare deserviciu. Cu toții vrem să avem asupra vieții mai mult control decât avem, iar dictarea condițiilor vieții altora ne face să ne simțim în siguranță. Nu există vreun motiv de a le interzice oamenilor cea mai veche formă de libertate. Cu toate acestea, cred că aceia care, prin faptul că sprijină dreptul de a muri, deosebesc în mod absolut unele sinucideri de altele spun o minciună, în vederea unui scop politic. Fiecare om are dreptul să stabilească limitele propriilor chinuri. Din fericire, limitele pe care și le stabilesc cei mai mulți dintre oameni sunt largi. Nietzsche spunea cândva că gândul la sinucidere ține mulți oameni în viață în partea cea mai întunecată a nopții.<sup>448</sup> Cu cât ajungi – aș spune – să accepți ideea sinuciderii raționale, cu atât va fi suicidul irațional mai sigur. Știind că, dacă trec prin minutul acesta, mă pot sinucide în minutul următor, asta face cu puțință să trec prin acest minut fără să fiu doborât cu totul. Tendința de suicid poate fi un simptom al depresiei; este și un factor de ameliorare. Gândul de sinucidere te face să poți trece prin depresie. Mă aștept să trăiesc mai departe câtă vreme pot să dau ori să primesc ceva mai bun decât durerea, dar nu făgăduiesc că n-o să mă omor niciodată. Nimic nu mă îngrozește mai tare ca gândul că aș putea, la un moment dat, să-mi pierd capacitatea de a mă sinucide.

### Note

**332.** Ideea că adesea nu există o legătură cauzală între depresie și sinucidere este preluată de la mai mulți autori care cunosc bine ambele fenomene. Așa cum scrie George Colt în *The Enigma of Suicide*, sinuciderea nu mai este considerată „ultima stație a depresiei“, p. 43.

**333.** Citatul este din George Colt: *ibid.*, p. 312.

**334.** Faptul că peste 40 la sută dintre toate persoanele care s-au sinucis au fost internate pentru îngrijiri psihiatrice este preluat din Jane Pirkis și Philip Burgess, *Suicide and recency*

of health care contacts: A systematic review, în *British Journal of Psychiatry* 173, 1998, p. 443.

**335.** Remarca lui A. Alvarez despre încercările de exorcizare este din lucrarea *The Savage God*, p. 96. Cuvintele sale despre sinucidere și ambiție apar la p. 75.

**336.** Aceste versuri celebre din Hamlet sunt din actul 3, scena 1, versurile 79–80; al doilea citat este din actul 3, scena 1, versurile 83–85 (cf. trad. rom. de Ion Vinea, în *William Shakespeare, Teatru, Editura Univers, București, 1971, p. 221 – n.tr.*). Desigur, nu există o interpretare unică și clară a acestui discurs al lui Hamlet. Sugerez bunăoară cititorilor lucrarea lui C.S. Lewis *Studies in Words*, în care un capitol întreg este dedicat relației dintre „conștiință” și „conștient”. De asemenea, remarc interpretarea strălucit de lucidă oferită de Harold Bloom în *Shakespeare: The Invention of the Human*.

**337.** Ambele citate din Hamlet, în traducerea lui Ion Vinea, sunt din volumul *Shakespeare, Teatru, Editura Univers, București, 1971 (n.tr.)*.

**338.** Ideea lui Albert Camus că sinuciderea este o problemă filozofică apare în *The Myth of Sisyphus and Other Essays*, p. 3 (cf. și trad. rom. de Irina Mavrodin în Camus, *Fața și reversul. Nunta. Mitul lui Sisif. Omul revoltat. Vara, Editura Rao, 2001 – n.ed.*).

**339.** Remarcile lui Schopenhauer sunt din eseu *On Suicide*, din *The Works of Schopenhauer*, p. 437.

**340.** Afirmția lui Santyana provine din *The Encyclopedia of Suicide*, Glen Evans (coord.), p. ii.

**341.** Remarca lui Freud despre faptul că nu avem mijloace adecvate de abordare a problemei sinuciderii este luată dintr-un discurs ținut la o adunare a Societății Psihanalitice Vieneze pe tema sinuciderii, 20 și 27 aprilie 1910. Am preluat-o așa cum apare în eseu *litman Sigmund Freud on Suicide*, din *Essays in Self-Destruction*, Edwin Schneidman (coord.), p. 330.

**342.** Albert Camus vorbește despre lipsa de logică a amânării morții în *The Myth of Sisyphus and Other Essays*, p. 3 (cf. și trad. rom. cit. – n.ed.).

**343.** Citatul din Pliniu este preluat din *The Works of Schopenhauer*, p. 433.

**344.** Acest citat este din John Donne, *Biathanatos*, p. 39.

**345.** Citatul din Schopenhauer este din lucrarea *Essays and Aphorisms*, p. 78.

**346.** Citatul din Thomas Szasz este din lucrarea sa *The Second Sin*, p. 67.

**347.** Studiul de la Harvard este descris în Herbert Hendin, *Suicide in America*, p. 216.

**348.** Citatul din Edwin Shneidman despre „sciziune” este din lucrarea sa *The Suicidal Mind*, pp. 58–59.

**349.** Afirmția lui Edwin Shneidman despre dreptul la erucția e citată din George Colt, *The Enigma of Suicide*, p. 341.

**350.** Afirmția că la fiecare șaptesprezece minute se sinucide cineva este calculată pe baza statisticilor privind numărul total anual de sinucideri oferite de Institutul Național pentru Sănătate Mintală (NIMH) (31.000 în 1996). Iată calculul: 524.160 de minute pe an împărțit la 31.000 de minute pe an egal 1 sinucidere la 16,9 minute.

**351.** Afirmația că sinuciderea este pe locul trei pe lista cauzelor de deces la tineri este luată din site-urile despre sinucidere ale Institutului Național pentru Sănătate Mintală (NIMH) (statisticile sunt pentru anul 1996). Afirmația că sinuciderea este pe locul doi la studenți este luată din Kay Jamison, *Night Falls Fast*, p. 21. Statisticile comparative despre sinucidere și SIDA și cifra spitalizărilor în urma încercărilor de sinucidere sunt luate din Kay Jamison, *Night Falls Fast*, p. 23 și, respectiv, p. 24.

**352.** Statistica Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) despre sinucidere provine din *The World Health Report*, 1999. Studiul din care reiese că sinuciderea a crescut cu 260 la sută într-o arie geografică este efectuat de U. Åsgård et al., *Birth Cohort Analysis of Changing Suicide Risk by Sex and Age in Sweden 1952 to 1981*, în *Acta Psychiatrica Scandinavica* 76 (1987).

**353.** Statisticile despre sinucidere și boala maniaco-depresivă și despre sinucidere și depresia majoră sunt luate din Kay Jamison, *Night Falls Fast*, p. 110.

**354.** Legătura dintre tendința de suicid și primul episod este în M. Oquendo et al., *Suicide: Risk Factors and Prevention in Refractory Major Depression*, în *Depression and Anxiety* 5 (1997), p. 203.

**355.** Cifrele despre tentativele de suicid și sinucideri sunt preluate din George Colt, *The Enigma of Suicide*, p. 311.

**356.** Documentul în care apar statistici aparent contradictorii este Aaron Beck, *Depression*. La p. 57, într-o statistică despre sinucideri, Beck citează două studii care au rezultate foarte diferite. Rezultatele primului studiu „sugerează că riscul de sinucidere la un pacient internat în spital pentru depresie este de circa cinci sute de ori mai mare decât media națională“. Al doilea studiu, prezentat în paragraful următor, afirmă: „Prin urmare, rata de sinucidere la pacienții deprimati este de douăzeci și cinci de ori mai mare decât cea estimată [...]“

**357.** Afirmația Institutului Național pentru Sănătate Mintală (NIMH) că „la 90 la sută dintre oamenii care se sinucid se poate diagnostica o tulburare mintală sau legată de abuzul de substanțe toxice“ apare pe site-ul lor [www.nih.gov/publicat/harm-away.cfm](http://www.nih.gov/publicat/harm-away.cfm).

**358.** Faptul că rata sinuciderilor este cea mai mare luna și vinerea este raportat în Eric Marcus, *Why Suicide*, p. 23.

**359.** Rata sinuciderilor în raport cu orele din zi apare în M. Gallerani et al., *The Time for Suicide*, în *Psychological Medicine* 26 (1996).

**360.** Creșterea numărului de sinucideri în timpul primăverii este raportată în David Lester, *Making Sense of Suicide*, p. 153.

**361.** Faptul că la femei apare o rată mai mare a sinuciderilor în prima săptămână (faza menstruală) a ciclului menstrual e discutat în Richard Wetzel și James McClure jr., *Suicide and the Menstrual Cycle: A Review*, în *Comprehensive Psychiatry* 13, nr. 4 (1972). De asemenea, autorii trec în revistă studii care arată rate înalte ale încercărilor de sinucidere în timpul celei de-a treia săptămâni (faza luteală) a ciclului menstrual. Există însă o controversă în privința validității metodologice a multe dintre aceste studii. Găsiți o trecere în revistă critică a literaturii pe această temă în Enrique Baca-García et al., *The Relationship Between Menstrual Cycle Phases and Suicide Attempts*, în *Psychosomatic Medicine* 62 (2000). Efectul

gravidații și nașterii asupra sinuciderii mamelor este raportat de E.C. Harris și Brian Baraclough, *Suicide as an Outcome for Medical Disorders*, în *Medicine* 73 (1994).

**362.** Lucrarea decisivă a lui Émile Durkheim, *Le Suicide*, a fost publicată în 1897. Discutarea clasificărilor lui Durkheim este preluată din riguroasa lucrare a lui Steve Taylor, *Durkheim and the Study of Suicide*.

**363.** Patrick Henry (1736–1799) a fost una dintre figurile proeminente ale Revoluției Americane, unul dintre „părinții fondatori” ai națiunii americane, cunoscut în special pentru celebrul său discurs „Dați-mi libertate sau dați-mi moarte!” (n.ed.).

**364.** Citatul din Charles Bukowski l-am preluat de pe un panou de afișaj de pe Sunset Boulevard. N-am reușit să găsesc locul în care apare în lucrările lui. Nu vă recomand să vă duceți cu mașina pe Sunset Boulevard la orele de vârf în căutarea acestei referințe.

**365.** Citatul provine din celebra, pe drept cuvânt, lucrare *Democracy in America*, p. 296 (cf. trad. rom. de Magdalena Boiangiu și Beatrice Staicu, în *Alexis de Tocqueville, Despre democrație în America*, vol. I, Editura Humanitas, 1995, p. 377 – n.ed.).

**366.** Improvizatia lui Émile Durkheim despre originile sociale ale sinuciderii este discutată în Steve Taylor, *Durkheim and the Study of Suicide*, p. 21.

**367.** Ideea că la adulții, copiii și persoanele cu boli psihice care se sinucid există o probabilitate de a avea un istoric familial suicidal de două sau trei ori mai mare decât la persoanele care n-o fac e luată din peste treizeci de studii și apare în Kay Jamison, *Night Falls Fast*, p. 169.

**368.** Paul Wender et al., *Psychiatric disorders in the biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorders*, în *Archives of General Psychiatry* 43 (1986), raportează rate mai înalte de sinucidere în rândurile rudelor biologice decât ale celor adoptive. Găsiți o trecere în revistă a studiilor despre gemeni identici și sinucidere la Alec Roy et al., *Genetics of Suicide in Depression*, în *Journal of Clinical Psychiatry*, supl. 2 (1999).

**369.** Informația despre grupurile de sinucigași este din Kay Jamison, *Night Falls Fast*: locurile la pp. 144–153 și epidemiile recente la pp. 276–280.

**370.** Epidemia de sinucideri care a urmat apariției romanului *Suferințele tânărului Werther* e descrisă de Paolo Bernardini în manuscrisul nepublicat „*Melancholia gravis: Robert Burton’s Anatomy (1621) and the Links between Suicide and Melancholy*”.

**371.** Raportul despre ratele sinuciderii care sporesc când apar în mass-media materiale despre sinucideri și raportul despre creșterea numărului de sinucideri după moartea lui Marilyn Monroe apar în George Colt, *The Enigma of Suicide*.

**372.** O discuție despre faptul că programele antisinucidere s-ar putea, de fapt, să îndemne la sinucidere apare în Kay Jamison, *Night Falls Fast*, pp. 273–275.

**373.** Faptul că încercările de sinucidere prezic sinuciderea apare în Rise Goldstein et al., *The Prediction of Suicide*, în *Archives of General Psychiatry* 48 (1991). Ei scriu: „Am reușit să demonstrăm că nu numai existența unui istoric al încercărilor suicidare, ci și numărul încercărilor este esențial, deoarece riscul de sinucidere crește cu fiecare încercare”, p. 421.



**374.** Citatul din Maria Oquendo et al. este din *Inadequacy of Antidepressant Treatment for Patients with Major Depression Who Are at Risk for Suicidal Behaviour*, în *American Journal of Psychiatry* 156, nr. 2 (1999), p. 193.

**375.** Faptul că litiul este medicamentul al cărui efect asupra tendinței suicidare a fost cercetat cel mai mult este consemnat în Kay Jamison, *Night Falls Fast*, pp. 239–241.

**376.** Faptul că rata sinuciderilor în rândurile pacienților bipolari care renunță la litiu crește de șase ori apare în Leonardo Tondo et al., *Lithium maintenance treatment reduces risk of suicidal behavior in Bipolar Disorder patients*, în *Lithium: Biochemical and Clinical Advances*, Vincent Gallicchio și Nicholas Birch (coord.), pp. 161–171.

**377.** Faptul că la pacienții tratați cu electroșocuri rata sinuciderilor e mai scăzută decât la cei cărora li se aplică alte tratamente e subliniat în eseu lui Jerome Motto *Clinical Considerations of Biological Correlates of Suicide*, în *The Biology of Suicide*, Ronald Maris (coord.).

**378.** Ideea lui Freud că sinuciderea este un impuls ucigaș îndreptat către sine e discutată în câteva dintre lucrările sale. În „*Doliu și melancolie*“, el scrie: „E adevărat, știm de mult că nici un nevrotic nu are gânduri de sinucidere care să nu fie întoarcerea împotriva sa a impulsurilor de a ucide pe altcineva.“ V. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 14, p. 252.

**379.** Afirmatia lui Edwin Shneidman că sinuciderea e „*crimă la 180 de grade*“ este reprodusă în George Colt, *The Enigma of Suicide*.

**380.** Ideea lui Freud despre instinctul morții este prezentată în eseu lui Robert Litman *Sigmund Freud on Suicide*, din *Essays in Self-Destruction*, Edwin Schneidman (coord.), p. 330.

**381.** Formularea lui Karl Menninger este citată în George Colt, *The Enigma of Suicide*.

**382.** Versurile lui Chesterton sunt preluate din Glen Evans și Norman L. Farberow, *The Encyclopedia of Suicide*, p. ii.

**383.** Efectul tendinței de epuizare a neurotransmițătorilor pe care-l are stresul cronic a fost abordat de mulți cercetători. Un rezumat excelent al acestor idei apare în Kay Jamison, *Night Falls Fast*, pp. 192–193. Găsiți mai multe informații despre reacția creierului la stres în Robert Sapolsky et al., *Hippocampal damage associated with prolonged glucocorticoid exposure in primates*, în *Journal of Neuroscience* 19, nr. 9 (1990).

**384.** Lucrarea despre legătura dintre tendința de suicid și colesterol este rezumată concludent de Kay Jamison, *Night Falls Fast*, pp. 104–195.

**385.** Lucrarea despre nivelurile scăzute ale serotoninei, numărul mare de receptori serotoninici, inhibiție și tendința de suicid e rezumată de John Mann, unul dintre pionierii acestui domeniu, în *The Neurobiology of Suicide*, în *Lifesavers* 10, nr. 4 (1998). Eseu lui Hermann van Praag *Affective Disorders and Aggression Disorders: Evidence for a Common Biological Mechanism*, în *The Biology of Suicide*, Ronald Maris (coord.). Ca lectură suplimentară, Alec Roy, *Possible Biologic Determinants of Suicide*, în *Current Concepts of Suicide*, David Lester (coord.).

**386.** Informația despre nivelul scăzut al serotoninei la ucigași și piromani se găsește în M. Virkkunen et al., Personality Profiles and State Aggressiveness in Finnish Alcoholics, Violent Offenders, Fire Setters and Healthy Volunteers, în *Archives of General Psychiatry* 51 (1994).

**387.** Există nenumărate studii despre relația dintre nivelul scăzut al serotoninei și asumarea de riscuri de către animale. Un eseu deosebit de solid este cel elaborat de P.T. Mehlman et al., Low CSF 5-HIAA Concentrations and Severe Aggression and Impaired Impulse Control in Nonhuman Primates, în *American Journal of Psychiatry* 151 (1994). Am preluat materiale și din câteva articole publicate în buletinele informative ale *Across Species Comparison and Psychopathology ASCAP*.

**388.** Nivelurile norepinefrinei și noradrenalinei în creierul sinucigașilor, constatate la autopsie, au fost studiate de mulți cercetători. Kay Jamison oferă un rezumat excelent în *Night Falls Fast*, pp. 192–193.

**389.** Găsiți mai multe informații despre nivelurile scăzute ale neurotransmițătorilor esențiali în John Mann, *The Neurobiology of Suicide*, în *Lifesavers* 10, nr. 4 (1998).

**390.** Găsiți un raport excelent al lucrărilor Mariei Åsberg în *Neurotransmitters and Suicidal Behavior: The Evidence from Cerebrospinal Fluid Studies*, în *Annals of the New York Academy of Sciences* 836 (1997).

**391.** Despre triptofan hidroxilază, v. D. Nielsen et al., *Suicidality and 5-Hydroxyindoleacetic Acid Concentration Associated with Tryptophan Hydroxylase Polymorphism*, în *Archives of General Psychiatry* 51 (1994).

**392.** Gary Kraemer a studiat maimuțe crescute fără mamă. Am folosit, mai ales, studiul lui *The Behavioral Neurobiology of Self-Injurious Behavior in Rhesus Monkeys: Current Concepts and Relations to Impulse Behavior in Humans*, în *Annals of the New York Academy of Sciences* 836. nr. 363 (1997), prezentat la *Suicide Research Workshop* al Institutului Național pentru Sănătate Mintală (NIMH) din 14–15 noiembrie 1996.

**393.** Despre abuzurile suferite la începutul vieții și nivelul scăzut al serotoninei, v. Joan Kaufman et al., *Serotonergic Functioning in Depressed Abused Children: Clinical and Familial Correlates*, în *Biological Psychiatry* 44, nr. 10 (1998).

**394.** Găsiți mai multe informații despre legătura dintre vătămarea neurologică a fătului și tendința de suicid în Kay Jamison, *Night Falls Fast*, p. 183.

**395.** Compararea nivelurilor serotoninei la bărbați și la femei e descrisă în Simeon Margolis și Karen L. Swartz, *Sex Differences in Brain Serotonin Production*, în *The Johns Hopkins White Papers: Depression and Anxiety*, 1998, p. 14. Găsiți informații mai detaliate despre legătura dintre sex și sistemele monoaminice cerebrale în Uriel Halbreich și Lucille Lumley, *The multiple interactional biological processes that might lead to depression and gender differences in its appearance*, în *Journal of Affective Disorders* 29, nr. 2–3 (1993).

**396.** Citatul din Kay Jamison este din cartea sa *Night Falls Fast*, p. 184.

**397.** Legătura dintre disponibilitatea armelor de foc și sinucidere este publicată în numeroase studii. Am folosit mai ales materialul din M. Boor et al., *Suicide Rates, Handgun Control Laws, and Sociodemographic Variables*, în *Psychological Reports* 66 (1990).

**398.** Informațiile despre sinuciderile cu ajutorul gazului din Anglia sunt din George Colt, *The Enigma of Suicide*, p. 335.

**399.** Faptul că în fiecare an sunt mai mulți americani care se sinucid cu arme de foc decât cei omorâți de ele apare în Kay Jamison, *Night Falls Fast*, p. 284. Ratele sinuciderilor din state în raport cu strictețea legilor legate de armele de foc, precum și citatul din David Oppenheim, sunt din George Colt, *The Enigma of Suicide*, p. 336.

**400.** Statistica despre americanii care se sinucid în fiecare an cu arme de foc este preluată de la Centers for Disease Control. Un jurnal on-line a oferit următorul total, a cărui sursă n-am putut să o găesc pe site-ul CDC: „Cifrele date pe 18 noiembrie de CDC arată că numărul sinuciderilor cu arme de foc [a fost] în 1997 17.767.“ V. [www.stats.org/statswork/gunsuicide.htm](http://www.stats.org/statswork/gunsuicide.htm). O estimare brută poate fi obținută și pe baza informațiilor care se găsesc cu ușurință pe site-ul CDC. Dintre cele 30.535 de persoane care s-au sinucis în 1997, CDC estimează că în „aproape 3 sinucideri din 5“ s-au folosit arme de foc. Calculele bazate pe această formulă dau cifra totală a sinuciderilor cu arme de foc 18.321. Am ales cifra 18.000 ca medie a acestor două cifre. V. site-ul CDC pe [www.cdc.gov/ncipc/factsheets/suitfacts.htm](http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/suitfacts.htm).

**401.** Informația despre modurile de sinucidere în China este din Kay Jamison, *Night Falls Fast*, p. 140.

**402.** Informația despre modurile de sinucidere în Punjab: *ibid.*, p. 137.

**403.** Pentru ratele de sinucidere în rândurile artiștilor plastici, oamenilor de știință, oamenilor de afaceri, poezilor și compozitorilor: *ibid.*, p. 181.

**404.** Rata sinuciderii la alcoolici este luată din George Colt, *The Enigma of Suicide*, p. 266.

**405.** Citatul din Karl Menninger este din *Man Against Himself*, p. 184.

**406.** Experimentele pe cobai ținute în condiții de înghesuială au fost efectuate de Juan López, Delia Vásquez, Derek Chalmers și Stanley Watson și au fost prezentate la Suicide Research Workshop al Institutului Național pentru Sănătate Mintală (NIMH) din 14–15 noiembrie 1996.

**407.** Lucrarea despre maimuțele rhesus crescute fără mamă a fost efectuată de Gary Kraemer. M-am bazat în special pe studiul lui *The Behavioral Neurobiology of Self-Injurious Behavior in Rhesus Monkeys*, prezentat la Suicide Research Workshop al Institutului Național pentru Sănătate Mintală (NIMH) din 14–15 noiembrie 1996.

**408.** Povestea caracatiței sinucigașe am luat-o de la Marie Åsberg.

**409.** Lucrarea despre legătura dintre sinucidere și trauma morții timpurii a părinților este în L. Moss și D. Hamilton, *The Psychotherapy of the Suicidal Patient*, în *American Journal of Psychiatry* 122 (1956).

**410.** Numărul încercărilor de sinucidere și cel care arată că în SUA sinuciderea este pe locul trei între cauzele morții persoanelor între cincisprezece și douăzeci și patru de ani sunt luate din D.L. Hoyert et al., *Deaths: Final Data for 1997*. National Vital Statistics Report, publicat de Centrul Național de Statistică din domeniul Sănătății. Poate fi găsit pe [www.cdc.gov/ncipc/osp&states/10lc97.htm](http://www.cdc.gov/ncipc/osp&states/10lc97.htm). Numărul tentativelor de sinucidere a fost estimat pe baza statisticii Institutului Național pentru Sănătate Mintală (NIMH), care arată că „se

estimează că sunt între 8 și 25 de tentative de sinucidere la fiecare sinucidere comisă“. Prin urmare, 18.000 este, din păcate, o estimare modestă. Raportul Institutului Național pentru Sănătate Mintală (NIMH) se găsește la [www.nimh.nih.gov/publicat/harmaway.cfm](http://www.nimh.nih.gov/publicat/harmaway.cfm).

**411.** (Afacerea) Watergate este denumirea generică a scandalului politic – și a succesului mediatic aferent – petrecut în anii 1970 în Statele Unite, care a dus la o criză politică majoră (n.ed.).

**412.** Lista cu motivele creșterii tendinței de suicid e luată din George Colt, *The Enigma of Suicide*, p. 49.

**413.** Lucrarea despre sinuciderea în rândul adolescenților cu rezultate școlare bune este prezentată în Herbert Hendin, *Suicide in America*, p. 55.

**414.** Ideea că protejarea de viziunea morții poate duce la un număr de sinucideri în rândul tinerilor e discutată în Philip Patros și Tonia Shamoo, *Depression and Suicide in Children and Adolescents*, p. 41.

**415.** Găsiți informații despre procentele de sinucideri în rândul bărbaților de peste șazizeci și cinci de ani în Diego de Leo și René F.W. Diekstra, *Depression and Suicide in Late Life*, p. 188.

**416.** Ideea că vârstnicii folosesc tehnologii de sinucidere deosebit de letale și păstrează foarte bine secretul este din: *ibid.*

**417.** Procentele mai mari de sinucideri în rândurile bărbaților divorțați sau văduvi sunt discutate în: *ibid.*

**418.** Despre apariția la vârstnici a problemelor motorii, a ipohondriei și paranoiei drept consecință a depresiei: *ibid.*, p. 24.

**419.** Despre vârstnicii depresivi și somatizare, v. Laura Musetti et al., *Depression Before and After Age 65: A Reexamination*, în *British Journal of Psychiatry* 155 (1989), p. 330.

**420.** Compararea ratelor de sinucidere, care plasează Ungaria în capul listei, cu o rată de sinucidere de 40 la 100.000, iar Jamaica pe ultimul loc, cu 0,4 la 100.000, se găsește în Eric Marcus, *Why Suicides?*, pp. 25–26.

**421.** Lista tehnicilor de sinucidere întocmită de Kay Jamison este în *Night Falls Fast*, pp. 133–134.

**422.** Poziția OMS în legătură cu sinuciderea, ca „act sinucigaș cu rezultat fatal“, este prezentată pe larg în raportul întocmit de această organizație, *Prevention of Suicide*.

**423.** Kay Jamison, *Night Falls Fast*, p. 39.

**424.** A. Alvarez, *The Savage God*, p. 89.

**425.** Albert Camus, *The Myth of Sisyphus and Other Essays*, p. 5 (cf. și trad. rom. cit. – n.ed.).

**426.** Julia Kristeva, *Black Sun*, p. 4.

**427.** Edwin Shneidman formulează cele cinci cauze ale sinuciderii în lucrarea sa *The Suicidal Mind*. Citatul direct este de la pp. 58–59.

**428.** Citatul din Kay Jamison este din *Night Falls Fast*, p. 74.

**429.** Pentru descrierea de către Kay Jamison a propriei gândiri în timpul încercării de sinucidere: *ibid.*, p. 291. De asemenea, și-a publicat amintirile despre lupta pe care a dus-o cu boala maniaco-depresivă, sub titlul *An Unquiet Mind*.

**430.** Biletul este din Kay Jamison, *Night Falls Fast*, p. 292.

**431.** Edna St. Vincent Millay, *Sonnet in Dialectic*, în volumul *Collected Sonnets*, p. 159 („Durere, chiar va trebui să fiu mereu cu tine / Și focul, patul să-mpărțim, de tine să nu scap? / Și să-mpărțim – vai, cel mai rău! – noi două-aceiași cap? / Și hrană să-ți dau când mă hrănesc pe mine?“).

**432.** Am scris destul de mult despre sinuciderea mamei mele. Am descris-o într-un articol din *New Yorker* despre eutanasiu, și a stat la baza capitolului 17 din romanul meu *A Stone Boat*. Am hotărât să scriu despre acest lucru pentru, sper, ultima oară, deoarece este o parte din povestea mea așa cum apare în această carte. Îi rog pe cei care mi-au citit toate scrierile să fie cu înțelegere.

**433.** F.M. Dostoievski, *The Possessed*, p. 96.

**434.** Hotărârea tribunalului britanic în privința pacientei diabetice anorexice a fost menționată într-un interviu oral cu dr. Deborah Christie, care s-a ocupat de acel caz. V. Deborah Christie și Russell Viner, *Eating disorders and self-harm in adolescent diabetes*, în *Journal of Adolescent Health* 27 (2000).

**435.** Lord Alfred Tennyson, *Tithonus*, versurile 66–71 (*Tennyson's Poetry*, p. 72) („Rece mă scaldă umbrele tale trandafirii, reci / Sunt toate luminile, și reci picioarele-mi zbârcite / Pe praguri care licăresc, când aburii se-nalță / De pe câmpiile acelea-ntunecate pe lângă casele / Oamenilor fericiți ce au puterea să moară, / Și tumulii năpădiți de iarbă ale și mai fericiților morți.“).

**436.** Petronius, *Satyricon*, 48, 38–41 (n.ed.).

**437.** T.S. Eliot, *The Waste Land* (Tărâmul pustiu, trad. rom. de Mircea Ivănescu, în *Opere poetice 1909–1962*, ediție bilingvă, Editura Humanitas, București, 2013, pp. 140–141), motto: *Nam Sibyllam quidem Cumis ego ipse oculis meis vidi in ampulla pendere, et cum illi pueri dicerent: Σίβυλλα τί θέλεις; respondebat illa: ἀποθανεῖν θέλω* („Căci am văzut-o cu ochii mei pe Sibylla agățată într-o sticlă, iar când copiii au întrebat-o «Ce vrei, Sibylla?», ea a răspuns: «Vreau să mor»“) (*The Complete Poems and Plays*, p. 37).

**438.** Emily Dickinson, *The Complete Poems of Emily Dickinson*, p. 262 (cf. trad. rom. cit., p. 186: „Dintâi – vrea Inima Plăcere – / Apoi – să n-o mai doară – / Și-apoi – mici droguri Anodine/ Ce potolesc durerea – / Și-apoi – de s-ar putea s-adoarmă – Și-apoi – dac-ar voi / Inchizitorul să-i acorde / Favoarea de-a muri“ – n.ed.).

**439.** E.M. Cioran, *A Short History of Decay*, p. 36 (cf. trad. rom. de Irina Mavrodin, în *Cioran, Tratat de descompunere*, Editura Humanitas, București, 2011, pp. 49 și 50 – n.ed.).

**440.** Biletul lăsat de Virginia Woolf este citat din *The Letters of Virginia Woolf*, vol. 6, pp. 486–487.

**441.** Virginia Woolf, *The Diary of Virginia Woolf*, pp. 110–111.

**442.** Ronald Dworkin, *Life's Dominion*, p. 93.

- 
- [443](#). R.M. Rilke, Requiem for a Friend, în The Selected Poetry of Rainer Maria Rilke, p. 85.
- [444](#). A. Alvarez, The Savage God, p. 75.
- [445](#). Citatul din Nadejda Mandelștam, apud *ibid.*, pp. 151–152.
- [446](#). Primo Levi, The Drowned and the Saved, pp. 70–71.
- [447](#). Faptul că e posibil ca medicamentele să fie vinovate de moartea lui Primo Levi e sugerat în introducerea scrisă de Peter Bailey la ediția britanică din The Drowned and the Saved.
- [448](#). Nietzsche scrie în Beyond Good and Evil (Jenseits von Gut und Böse), maxima 157, p. 103: „Gândul la sinucidere este o mare alinare: te face să treci cu bine prin multe nopți rele.“

## IX

### Sărăcia

Depresia o taie de-a curmezișul, peste limitele de clasă, tratamentele depresiei însă nu. Aceasta înseamnă că cei mai mulți dintre oamenii care sunt săraci și depresivi rămân săraci și depresivi; de fapt, cu cât rămân mai mult săraci și depresivi, cu atât devin mai săraci și mai depresivi. Sărăcia e depri-mantă, iar depresia sărăcește, ducând la disfuncții și izolare. Umiliința sără-ciei este o relație pasivă cu soarta, o stare în care oamenii cu putere evident mai mare apelează imediat la tratament. Oamenii săraci depresivi se simt cu totul neajutorați, atât de neajutorați, încât nici nu caută, nici nu acceptă sprijin. Restul lumii se disociază de oamenii săraci depresivi, și ei înșiși se disociază: pierd cea calitate foarte umană a liberului-arbitru. [603](#)

Când depresia lovește pe cineva din clasa de mijloc, e relativ ușor de re-cunoscut. Îți vezi de viața ta obișnuită, care e în ordine, și deodată începi să te simți rău tot timpul. Nu poți funcționa la nivel înalt; n-ai chef să te duci la serviciu; nu simți că deții controlul asupra vieții tale; și se pare că n-ai să real-izezi niciodată nimic și că traiul însuși n-are sens. Pe măsură ce devii din ce în ce mai retras, apropiindu-te de catatonie, începi să atragi atenția priet-enilor, colegilor și rudelor, care nu pricep de ce renunți la atât de multe lucruri care-ți plăcuseră întotdeauna. Depresia ta e incongruentă cu realitatea ta privată și e inexplicabilă în realitatea ta publică.

Când ești însă în josul scării sociale, semnele pot să nu fie vizibile atât de curând. Pentru cei sărmani și oprimați, viața a fost totdeauna grea, și niciodată nu s-au simțit minunat în ea; n-au fost în stare să-și găsească sau să păstreze un serviciu bun; nu s-au așteptat niciodată să realizeze lucruri mari; și, cu siguranță, n-au avut niciodată ideea că ei controlează ceea ce li se întâmplă. Starea normală a acestor oameni are foarte multe în comun cu depresia, așa încât există o problemă de atribuire în legătură cu simptomele lor. Ce anume e simptomatic? Ce anume e rațional, și nu simptomatic? Există o deosebire uriașă între a avea o viață grea și a avea o tulburare de dispoziție, și, cu toate că se obișnuiește să se presupună că depresia e rezultatul firesc al unei astfel de vieți, adesea în realitate este tocmai invers. Afectat de depresia care te scoate din luptă, nu reușești să realizezi nimic în viață și rămâi blocat pe treapta cea mai de jos, copleșit chiar de gândul de a te ajuta pe tine însuși. Deseori, tratarea depresiei la persoanele nevoiașe depresive le permite acestora să descopere în ele însele ambiție, destoinicie și bucurie.

Depresia este un domeniu larg plin de subcategorii, și multe dintre ele au fost studiate pe larg: depresia la femei;<sup>604</sup> depresia la oamenii de artă;<sup>605</sup> depresia la atleți;<sup>606</sup> depresia la alcoolici.<sup>607</sup> Lista poate continua așa încă mult. Și totuși – fapt revelator – puține au fost studiile despre depresia la săraci. E un lucru ciudat, căci depresia apare mai frecvent la persoanele care trăiesc sub limita sărăciei decât la populația medie;<sup>608</sup> de fapt, la cei care beneficiază de ajutor social rata depresiei este de aproximativ trei ori mai mare decât la populația generală. A fost la modă să se vorbească despre depresie izolat de evenimentele existențiale. De fapt, cea mai mare parte dintre săraci se încadrează în câteva profiluri ale apariției depresiei. Greutățile lor economice sunt doar începutul problemelor lor. Sunt adesea în relații proaste cu părinții, copiii, iubitul, iubita, soțul sau soția. N-au prea multă școală. N-au lucruri care să le abată cu ușurință atenția de la necazul ori suferința lor, cum ar fi un serviciu mulțumitor sau călătorii interesante. N-au așteptarea fundamentală a bunelor sentimente. În furia noastră de a medicaliza depresia, am avut tendința de a sugera că depresia „reală” apare fără legătură cu



chestiunile materiale exterioare. Acest lucru pur și simplu nu este adevărat. O mulțime de oameni din America suferă de depresie – nu numai de sentimentul de umilință, de înjosirea de a fi pe scara cea mai de jos a societății, ci de boala clinică printre simptomele căreia se numără izolarea socială, neputința de a te da jos din pat, perturbări ale apetitului, frică excesivă sau neliniște, nivel înalt de iritabilitate, accese de agresivitate și incapacitatea de a-și vedea de grijă sieși sau altora. Practic, toți nevoiașii Americii sunt, din motive evidente, nemulțumiți de situația lor; dar mulți dintre ei sunt, în plus, paralizați de ea, incapabili din punct de vedere fiziologic să conceapă sau să ia măsuri pentru a-și îmbunătăți soarta. În această epocă a reformei ajutorului social, pretindem ca săracii să se tragă singuri în sus de șireturile pantofilor, dar nevoiașii care suferă de depresie majoră nu au șireturi la pantofi și nu se pot trage în sus. După ce au devenit simptomatici, nici programele de reeducare, nici inițiativele civice nu-i pot ajuta. Lucrul de care au nevoie este intervenția, cu medicamente și terapie, a psihiatrului.<sup>609</sup> S-a demonstrat pe deplin în multe studii independente din toată țara că o astfel de intervenție este relativ necostisitoare și foarte eficientă, și că cei mai mulți dintre nevoiașii depresivi, eliberați de depresie, doresc să-și îmbunătățească existența.

Sărăcia este un bun declanșator al depresiei; eliberarea de sărăcie este un bun declanșator al vindecării. Politicile liberale s-au concentrat pe ameliorarea grozăviilor exterioare ale vieții nevoiașilor, presupunând că aceasta îi va face mai fericiți. Acest obiectiv nu trebuie niciodată trecut cu vederea. Uneori e mai ușor totuși să elimini depresia decât să înlături sărăcia. Înțelepciunea populară spune că șomajul trebuie să fie remediat înainte de a ne ocupa de chestiunea himerică a sănătății mintale. Acesta e un raționament greșit; rezolvarea problemei sănătății mintale ar putea să fie cea mai solidă cale de a readuce oamenii în sfera forței de muncă. Între timp, unii dintre susținătorii cauzei celor lipsiți de drepturi sunt îngrijorați de posibilitatea de a se pune prozac în apa de la robinet, ca să-i ajute pe nefericiți să suporte insuportabilul. Din păcate, prozacul nici nu-l face, nici nu-l menține fericit pe cel nefericit, astfel încât scenariul totalitarist paternalist schițat de alarmiștii sociali nu

are temelie reală. Tratarea consecințelor problemelor sociale nu va înlocui niciodată rezolvarea lor. Totuși, persoanele nevoiașe care au primit tratament adecvat ar putea să fie în stare să acționeze în armonie cu politicile liberale pentru a-și schimba viața, iar acele schimbări pot duce la o schimbare a societății ca întreg.

Argumentele umanitare pentru tratarea depresiei în rândurile celor nevoiași sunt solide; argumentele economice sunt cel puțin la fel de solide. Persoanele depresive sunt o povară enormă pentru societate: între 85 și 95 la sută dintre persoanele cu boli mintale grave din SUA sunt în șomaj.<sup>610</sup> Cu toate că multe dintre ele se străduiesc să ducă o viață acceptabilă pe plan social, altele înclină spre abuz de substanțe toxice și comportamente suicidare. Uneori, sunt violente. Le transmit aceste probleme copiilor lor, susceptibili de a fi retardați mintal și disfuncționali din punct de vedere afectiv. Când o mamă săracă depresivă nu e tratată, copiii ei înclină să ajungă în sistemul de ajutor social și în cel al închisorilor: la fiii mamelor cu depresie netratată, există o probabilitate mult mai mare decât la ceilalți copii de a deveni delincvenți juvenili.<sup>611</sup> Fiicele mamelor depresive ajung la pubertate înaintea altor fete, și acest lucru este asociat aproape totdeauna cu promiscuitatea, sarcini înainte de vreme și instabilitate afectivă.<sup>612</sup> Costul tratării depresiei în această comunitate este mic față de costul netratării depresiei.

Este extrem de greu să găsești săraci care să fi făcut tratament prelungit pentru depresie, din cauză că nu există programe coerente în SUA pentru localizarea sau tratarea depresiei la această categorie de populație. Destinatarilor programului de sănătate Medicaid<sup>613</sup> beneficiază de îngrijiri complete, dar trebuie să le solicite, iar persoanele depresive rareori își exercită drepturile ori cer ceea ce li se cuvine, chiar dacă ele au capacitatea de a-și identifica starea. Programele ofensive de sensibilizare<sup>614</sup> – care caută persoane ce pot avea nevoie de tratament și duc aceste tratamente la ei, chiar dacă astfel de persoane sunt prea puțin înclinate să caute ajutor – sunt moralmente justificate,

deoarece oamenii convinși să se trateze sunt aproape întotdeauna mulțumiți că li se acordă atenție; aici, mai mult ca oriunde altundeva, împotrivirea este un simptom al bolii. Multe state promit programe de tratament mai mult sau mai puțin adecvate pentru aceia dintre nevoiași care sunt în stare să se ducă la cabinetele care trebuie, să completeze formularele care trebuie, să stea la coziile care trebuie, să ofere trei feluri de identificare foto, să caute și să se înscrie în programe etc. Puțini dintre nevoiași au această capacitate. Statutul social și problemele grave ale nevoiașilor depresivi fac practic cu neputință ca ei să funcționeze la acest nivel. Această categorie de populație poate fi tratată doar prin măsurile luate împotriva bolii înainte de a lua măsuri împotriva pasivității cu care tind să-și trăiască boala. Vorbind despre programele de intervenție în cazurile de boli mintale, Steven Hyman, directorul Institutului Național pentru Sănătate Mintală (NIMH), spune: „Nu-i ca atunci când KGB-ul vine cu duba și te aruncă în ea. Dar trebuie să-i urmărim pe acești oameni.

Am putea face asta în programele de ajutor social de tip *workfare* <sup>615</sup>. Dacă vrem să avem cea mai eficientă trecere de la ajutorul de tip *welfare* la muncă, acesta e un loc bun de unde să începem. Probabil că este o experiență fără precedent în viața acestor oameni să existe cineva care se interesează de ei.“ Cei mai mulți oameni sunt stingheriți la început de situațiile prin care n-au mai trecut. De obicei, oamenii disperăți, cărora nu le place ajutorul, nu pot crede că ajutorul o să-i facă liberi. Doar vigurosul îndemn al râvnei misionare îi poate salva.

E greu să faci estimări numerice specifice ale costurilor asociate cu deservirea acestei categorii de populație, dar 13,7 la sută dintre americani sunt sub limita sărăciei <sup>616</sup> și, conform unui studiu recent, circa 42 la sută dintre capii de familie care primesc ajutorul pentru familii cu copii aflați în îngrijire (Aid to Families with Dependent Children – AFDC) corespund criteriilor de depresie clinică <sup>617</sup> – mai mult decât dublul mediei naționale. Un procent uluitor, de 53 la sută, dintre femeile însărcinate care primesc ajutor social corespund aceluiași criterii. <sup>618</sup> De cealaltă parte, la persoanele cu tulburări

psihiatrice probabilitatea de a primi ajutor social este cu 38 la sută mai mare decât la celelalte persoane.<sup>619</sup> Faptul că nu-i identificăm și nu-i tratăm pe nevoiașii depresivi nu e numai lipsit de milă, ci și costisitor. Mathematica Policy Research, Inc., o organizație care elaborează statistici pe probleme sociale, confirmă că „o proporție substanțială a populației care primește ajutor social [...] are probleme de sănătate mintală nediagnosticate și/sau netratate“ și că, dacă acestor persoane li s-ar oferi servicii, le-ar „crește capacitatea de încadrare în muncă“. Guvernele statelor și cel federal cheltuiesc cam 20 de miliarde de dolari pe an cu transferurile de bani lichizi către adulți săraci nevârstnici și copiii lor. Cheltuim cam aceeași sumă pe tichete de masă pentru astfel de familii.<sup>620</sup> Dacă facem estimarea prudentă că 25 la sută dintre persoanele care primesc ajutor social sunt depresive, că jumătate dintre ele ar putea fi tratate cu succes și că, din acel procent, două treimi ar putea reveni la o muncă productivă, cel puțin cu program parțial, luând în calcul și costurile tratamentelor, tot s-ar reduce costurile ajutorului social cu 8 la sută – o economie anuală de circa 3,5 miliarde de dolari. Dat fiind că guvernul SUA oferă acestor familii și îngrijiri medicale și alte servicii, economiile reale ar putea să fie substanțial mai mari. Pe moment, funcționarii din domeniul ajutorului social nu se ocupă de depistarea sistematică a depresiei: programele de ajutor social sunt derulate, mai ales, de administratori care fac puțină muncă socială. Ceea ce are tendința să fie descris în rapoartele despre ajutorul social ca necooperare aparent voită este, în multe cazuri, motivat de probleme psihiatrice. În vreme ce politicienii liberali tind să sublinieze că o clasă nefericită de oameni săraci e consecința unei economii nonintervenționiste (și, prin urmare, nu poate fi supusă rectificării prin intervenții în domeniul sănătății mintale), cei de dreapta tind să considere că problema ține de lene (care, prin urmare, nu poate fi îndreptată prin intervenții în domeniul sănătății mintale). De fapt, pentru mulți dintre cei săraci problema nu ține nici de lipsa șanselor de încadrare în muncă, nici de lipsa motivației de încadrare în muncă, ci de handicapuri grave legate de sănătatea mintală, ce fac imposibilă încadrarea în muncă.<sup>621</sup>

Se efectuează, în prezent, studii-pilot despre depresia în rândurile celor nevoiași. Un număr de medici care lucrează în serviciile de sănătate publică, obișnuiți să abordeze această categorie de populație, au arătat că problemele nevoiașilor depresivi pot fi soluționate. Jeanne Miranda,<sup>622</sup> psiholog la Universitatea Georgetown, pledează de douăzeci de ani pentru îngrijirea completă a problemelor mintale ale celor care locuiesc în cartierele sărace. Ea a încheiat recent un studiu despre tratarea femeilor din Prince George, Maryland, un district cu populație săracă de lângă Washington, D.C. Dat fiind că serviciile clinicilor de planificare familială sunt singurul fel de îngrijire medicală disponibilă pentru nevoiașii din Maryland, Jeanne Miranda a ales una dintre ele pentru evaluarea aleatorie a depresiei. A inclus apoi persoanele pe care le-a considerat depresive într-o formulă de tratament care se ocupa de nevoile sănătății lor mintale. Emily Hauenstein, de la Universitatea din Virginia, a efectuat recent un studiu despre tratarea depresiei la femeile din zona rurală. A început prin cercetarea legată de copiii cu probleme și a trecut la tratarea mamelor lor. Centrul activității sale a fost districtul Buckingham, din zona rurală a statului Virginia – unde cele mai multe locuri de muncă sunt în închisori sau în câteva fabrici, unde o mare parte a populației este analfabetă, unde un sfert din populație nu are acces la telefon, unde mulți oameni trăiesc în locuințe necorespunzătoare, fără izolație, fără WC în interior și, adesea, chiar fără apă curentă. Și Jeanne Miranda, și Emily Hauenstein au eliminat din formulă persoanele care abuzau de substanțe toxice, trimițându-le la programe de dezintoxicare. Glenn Treisman, de la Johns Hopkins University Hospital, studiază și tratează de decenii întregi depresia la persoanele nevoiașe HIV-pozitive și cu SIDA din Baltimore, dintre care cele mai multe abuzează de substanțe toxice. El a devenit atât medic care efectuează tratamente, cât și apărător vehement al acestei categorii de populație. Fiecare dintre acești medici folosește tehnici de îngrijire sigure. În toată această activitate, îngrijirea anuală a unui pacient costă mult sub 1.000 de dolari.<sup>623</sup>

Rezultatele acestor studii sunt surprinzător de consecvente. Mi s-a oferit acces nelimitat la pacienții din toate aceste studii și, spre surprinderea mea,

toți cei pe care i-am întâlnit credeau că viața li s-a îmbunătățit măcar un pic în timpul tratamentului. Toți cei care și-au revenit dintr-o depresie majoră, indiferent cât de cumplită era situația lor, au început să urce treptat către starea de funcționare. *Se simțe* u mai bine în viața lor și, de asemenea, trăiau mai bine. Le fusese prezentată capacitatea de a acționa și începuseră s-o exercite, chiar și când aveau de înfruntat piedici aproape de netrecut, înaintau – adesea rapid, și uneori până departe. Istoriile îngrozitoare ale vieții lor erau cu mult dincolo de lucrurile la care mă așteptasem, în așa măsură încât, de mai multe ori, le-am verificat istoriile cu medicii care i-au tratat, întrebând dacă pot fi într-adevăr reale. La fel erau și poveștile lor de tipul Cenușăresei despre vindecare, la fel de minunate ca aceea cu caleașca din bostan și pantofiorul de cleștar. În repetate rânduri, când mă întâlneam cu oameni săraci tratați pentru depresie, auzeam exclamații de uimire și de surprindere: Cum se face că, după ce atâtea le-au mers prost, au făcut o curbă care le-a schimbat întreaga viață? „M-am rugat la Dumnezeu să-mi trimită un înger“, a spus o femeie, „și El mi-a îndeplinit ruga.“<sup>624</sup>

Când Lolly Washington – care participa la studiul lui Jeanne Miranda – avea șase ani, un prieten infirm al bunicii ei alcoolice a început să abuzeze sexual de ea. În clasa a șaptea, „am simțit că nu există nici un motiv să merg mai departe. Îmi făceam lecțiile și tot restul, dar nu eram deloc fericită.“ Lolly a început să se retragă în sine. „Nu mă apropiam de nimeni. Toți au crezut o vreme că nu pot vorbi, deoarece câțiva ani n-am spus nimănui nici o vorbă.“ Asemenea multor victime ale abuzurilor, Lolly credea că este urâtă și că nu e bună de nimic. Primul ei iubit o bruualiza fizic și verbal, și, după ce a născut primul copil, la șaptesprezece ani, „am izbutit să scap de el, nici nu știu cum“. După câteva luni, era cu sora ei, și cu verișoara ei, și cu copilul verișoarei, și cu un vechi prieten de familie, „care fusese întotdeauna doar prieten, un prieten foarte bun. Eram toate acasă la el și știam că mama lui avea pe măsua de toaletă buchete de flori aranjate frumos. M-am dus să mă uit la ele, pentru că-mi plac florile. Și deodată, cumva, toată lumea din casă plecase, iar eu n-am știut. M-a violat, bruual, și eu țipam, și urlam, și nu

venea nimeni. Ne-am dus apoi la parter și am urcat în mașină cu sora mea. Nu puteam vorbi, eram tare speriată, și sângeram.“

Lolly a rămas însărcinată în urma violului și a adus pe lume copilul. Curând după aceea, a cunoscut alt bărbat și, presată de familie, s-a măritat cu el, cu toate că și el era violent. „Întreaga zi a nunții mele a fost aiurea“, mi-a spus. „Era ca la înmormântare. Dar el era cea mai bună alegere pe care o aveam.“ În următorii doi ani și jumătate, a mai născut trei copii. „Se purta violent și cu copiii, chiar dacă el fusese cel care i-a vrut, înjura și zbigera tot timpul, și pentru orice fleac îi plesnea la fund, nu puteam suferi asta, și nu puteam să-i apăr.“

Lolly a început să aibă depresii majore. „Avusesem o slujbă, dar a trebuit să renunț la ea, pentru că pur și simplu nu eram în stare. Nu voiam să mă dau jos din pat și simțeam că nu am nici un motiv să fac ceva. Și așa sunt mică de statură, și mai și slăbeam din ce în ce mai mult. Nu mă sculam să mănânc ori să fac altceva. Pur și simplu, nu-mi păsa. Ședeam uneori și boceam pe rupte. Din nimic. Doar boceam. Nu voiam decât să fiu singură. Mama m-a ajutat cu copiii chiar și după ce i-au amputat piciorul, în care fusese împușcată accidental cam pe-atunci de cel mai bun prieten al ei. Nu aveam nimic de spus copiilor mei. După ce plecau din casă, mă urcam în pat, cu ușa încuiată. Mă temeam de momentul când reveneau acasă, la ora trei – și cât de repede se făcea trei! Soțul îmi spunea că-s proastă, toantă, urâtă. Sora mea are o problemă cu cocaina, și are șase copii, și a trebuit să văd de cei doi mai mici, unul dintre ei s-a născut bolnav din cauza drogului. Eram obosită. Eram atât de obosită.“ Lolly a început să ia pastile, în special analgezice. „Putea fi tylenol sau orice pentru durere, însă multe, sau orice putea să mă adoarmă.“

În cele din urmă, într-o zi, într-o demonstrație neobișnuită de energie, Lolly s-a dus la clinica de planificare familială pentru ligatura tuburilor falopiene. La douăzeci și opt de ani, răspundea de unsprezece copii, iar gândul să mai apară încă unul o îngrozea. S-a nimerit să ajungă pe când Jeanne Miranda căuta subiecți pentru studiu. „Era evident depresivă, mai depresivă ca oricine altcineva pe care l-am întâlnit vreodată“, își amintește Jeanne

Miranda, care a pus-o rapid pe Lolly în grupul pentru terapie. „Mi-au spus că-s «depresivă», și asta a fost o ușurare, să știu că există ceva clar care nu e-n ordine“, spune Lolly. „Mi-au cerut să vin la o întâlnire, și asta a fost tare greu. N-am vorbit când m-am dus acolo, dar am plâns tot timpul.“ Bunul-simț psihiatric spune că nu-i poți ajuta decât pe cei care vor să fie ajutați și vin singuri la întâlniri, dar acest lucru este izbitor de neadevărat în cazul acestor categorii de populație. „Mă tot sunau, spunându-mi să vin, mă pisau și insistau, arătând că nu se lasă păgubași. Ba chiar au venit o dată și m-au luat de acasă. Nu mi-a plăcut la primele întâlniri. Dar le-am ascultat pe celelalte femei și mi-am dat seama că au aceleași probleme ca mine, și am început să le spun și eu câte ceva, lucruri pe care nu le-am mai spus nimănui. Iar terapeutul ne punea toate acele întrebări ca să schimbe felul în care gândeam. Și, pur și simplu, simțeam cum mă schimb, și-am început să fiu mai puternică. Toată lumea a început să observe că veneam cu altă atitudine.“

După două luni, Lolly i-a spus soțului ei că pleacă. A încercat să-și interneze sora la dezintoxicare și, când aceasta a refuzat, Lolly a rupt relațiile cu ea. „A trebuit să mă descotorosesc de cei doi, care mă trăgeau în jos. Nu erau discuții, pentru că nu răspundeam. Soțul meu încerca să mă scoată din grup, pentru nu-i plăcea schimbarea din mine. I-am spus, pur și simplu: «Am plecat.» Eram atât de puternică, eram atât de fericită. M-am dus afară să mă plimb, pentru prima oară după atâta vreme, făcându-mi timp pentru bucuria mea.“ Au mai trecut două luni până ca Lolly să-și găsească de lucru, la îngrijirea copiilor, în cadrul Marinei SUA. Cu noul său salariu, s-a mutat într-un nou apartament cu copiii de care răspunde, în vârstă de la doi la cincisprezece ani. „Copiii mei sunt mult mai fericiți. Acum vor tot timpul să facă tot soiul de lucruri. Vorbim ore întregi în fiecare zi, și sunt cei mai buni prieteni ai mei. De cum intru pe ușă, îmi scot haina, pun jos poșeta, luăm cărți și citim, facem împreună lecțiile și totul. Glumim. Vorbim despre ce vrea fiecare să se facă, iar înainte nici nu se gândeau la asta. Cel mai mare vrea să fie pilot militar. Altul vrea să fie pompier, altul preot, și una dintre fete o să fie avocat! Vorbesc cu ei despre droguri, și au văzut-o pe sora mea, și acum se țin departe de ele. Nu mai plâng, cum făceau înainte, și nu se mai



ciorovăiesc. Au înțeles că pot să-mi spună orice. Indiferent ce este. I-am luat la mine pe copiii surorii mele, și cel care avea problema cu drogurile e pe cale să scape de ea. Medicul a spus că nu s-a așteptat ca băiatul să vorbească atât de repede, să încerce să facă la oliță, e cu mult mai departe de punctul în care credea el că o să fie.

În locuința cea nouă, e o cameră pentru băieți, una pentru fete și una pentru mine, dar le place tuturor să vină în patul meu, iar seara ședem cu toții acolo. Asta-i tot ce-mi trebuie acum: copiii mei. Niciodată n-am crezut că o s-ajung până aici. E bine să te simți fericit. Nu știu cât o să țină, dar cu siguranță sper să fie veșnic așa. Și lucrurile se tot schimbă: felul în care mă îmbrac. Cum arăt. Cum mă port. Cum mă simt. Nu mă mai tem. Pot să ies pe ușă fără să mă tem. Nu cred că sentimentele alea rele o să se-ntoarcă. “Lolly a zâmbit și apoi a clătinat capul, uimită. „Și dacă n-ar fi fost doamna doctor Miranda și toate astea, încă aș fi acasă, în pat – asta, dacă aș mai fi în viață.”

Tratamentele pe care le-a primit Lolly n-au inclus intervenție psihofarmacologică și n-au urmat strict modele cognitive. Ce anume a permis această transformare? Parțial, a fost pur și simplu lumina constantă a atenției afectuoase din partea medicilor cu care a lucrat. Așa cum a remarcat Phaly Nuon din Cambodgia, iubirea și încrederea pot fi mari motivatori, și faptul că știi că-i pasă de cuiva de ce se-ntâmplă cu tine e în sine suficient pentru a influența profund ceea ce faci. Am fost izbit de afirmația lui Lolly că numirea drept *depresie* a durerii de care suferea i-a adus vindecarea. Jeanne Miranda a spus că era „limpede” că Lolly e depresivă, dar asta nu fusese limpede pentru Lolly nici măcar când a avut de suferit simptomele extreme. Etichetarea suferinței a fost un pas esențial către însănătoșire. Ceea ce poate fi numit și descris poate fi stăpânit: cuvântul *depresie* a despărțit boala lui Lolly de personalitatea ei. Dacă toate lucrurile care nu-i plăceau la ea însăși puteau fi strânse la un loc ca aspecte ale unei boli însemna că rămân părțile bune, ca Lolly „cea adevărată”, și-i era mult mai ușor să-i placă de această Lolly adevărată și s-o îndemne pe această Lolly adevărată împotriva problemelor care o chinuseră. Odată numită ideea de depresie, ajungi să stăpânești o unealtă lingvistică puternică pe plan social, ce izolează și conferă putere eului mai

bun la care aspiră majoritatea oamenilor care suferă. Cu toate că rostirea cuvintelor e un bun universal, pentru cei nevoiași – care simt lipsa acestui vocabular – e o problemă deosebit de acută. Iată de ce uneltele de bază, ca terapia de grup, pot să ducă la transformări atât de mari în cazul lor.

Întrucât săracii au acces limitat la limbajul bolilor mintale, de obicei depresia lor nu se manifestă pe plan cognitiv. La ei e mică probabilitatea de a simți vinovăție intensă sau de a-și pune în cuvinte în mintea lor percepția propriului eșec, care joacă un rol atât de mare în depresia clasei de mijloc. Afecțiunea lor este vizibilă adesea în simptomele fizice: somnolență și epuizare, greață, groază și incapacitatea de legături cu alții. Acestea, la rândul lor, îi fac vulnerabili la boli fizice; și boala este adesea ultima picătură care umple paharul cel mare și te face să te prăbușești în depresie. În măsura în care nevoiașii depresivi ajung la spital, tind să ajungă acolo pentru probleme fizice, multe dintre acestea fiind simptome ale suferinței mintale. „Dacă o femeie latino-americană săracă pare depresivă“, spune Juan López de la Universitatea din Michigan, care a desfășurat o bogată activitate legată de sănătatea mintală printre oameni săraci și depresivi vorbitori de spaniolă, „îi dau, de probă, antidepresive. Vorbim despre ele ca despre tonice pentru problemele ei generale, și atunci când dau rezultate e încântată. Ea însăși nu-și percepe afecțiunea ca psihologică“. Și Lolly își percepea simptomele în afara domeniului a ceea ce ar fi perceput ca nebunie, iar nebunia (psihoză halucinatorie acută) era singurul ei model de boală mintală. Ideea unei boli mintale debilitante care n-o făcea incoerentă era în afara bagajului ei lexical.

Ruth Ann Janesson s-a născut într-o rulotă în zona rurală a Virginiei și, crescând, a devenit o fată grasă, cu ochelari. La șaptesprezece ani, a rămas însărcinată cu un bărbat aproape analfabet, care se retrăsese de la școala la care învăța și ea, iar ea a renunțat la propria educație ca să se mărite cu el. Au avut o căsnicie dezastruoasă; ea muncea și, o vreme, a izbutit cumva să se descurce cu banii, dar, după nașterea celui de-al doilea copil, l-a părăsit. După câțiva ani, s-a măritat cu un muncitor care lucra la utilaje, pe un șantier de

construcții. Ea reușise să obțină carnet de conducere pentru camioane, dar, după șase luni, noul soț i-a spus că locul ei e acasă, să aibă grijă de familie și să aibă grijă de el. Au avut doi copii. Ruth Ann încerca să se descurce cu banii, „ceea ce e greu pentru o familie de șase persoane care are două sute de dolari pe săptămână, chiar și cu tichetele de masă“.

Curând, a început să derapeze, și, în al treilea an din cea de-a doua căsătorie, își pierduse toate semnele de vitalitate. „Mă hotărâsem: ei bine, sunt aici, exist, asta e. Eram măritată, aveam copii, dar nu aveam viață și mă simțeam rău practic tot timpul.“ Când a murit tatăl lui Ruth Ann, s-a „pierdut de tot“, a zis. „Ăsta era fundul gropii. Tăticu nu ne-a bătut niciodată – nu era ceva care să țină de fizic, era de domeniul mentalului. Chiar dacă făceai ceva bine, n-aveai parte de vreo laudă, n-aveai parte decât de critici. Cred că am simțit că, dacă nu-s în stare să-l mulțumesc pe el, nu-s în stare de nimic altceva. Și am simțit că n-am izbutit niciodată să-l mulțumesc de-a binelea, iar acum n-o să mai am niciodată șansa să încerc.“ Povestindu-mi această perioadă din viața sa, Ruth Ann a început să plângă și, până a terminat de povestit, consumase o cutie întreagă de șervețele.

Ruth Ann s-a așezat în pat – și acolo a rămas cea mai mare parte din timp. „Știam că ceva nu-i în ordine, dar nu i-am dat o denumire medicală. Nu avem energie să fac nimic. Am început să mă îngraș. Mă mișcam prin rulota noastră, dar nu ieșeam niciodată și am încetat să comunic cu oricine. Apoi, mi-am dat seama că-mi neglijez copiii. Trebuia făcut ceva.“ Ruth Ann are maladia Crohn și, cu toate că nu făcea aproape nimic, a început să aibă simptome ce păreau să fie legate de stres. Medicul ei, care știa de studiul lui Emily Hauenstein, a propus să participe și ea. Ruth Ann a început să ia paxil și să se ducă la Marian Kyner, o terapeută care lucra, cu normă întreagă, cu femeile din studiul lui Emily Hauenstein. „Dacă n-ar fi fost Marian, probabil că aș fi stat pur și simplu în aceeași groapă în care eram până ce aș fi încetat să trăiesc, până ce aș fi încetat să exist. Dacă nu era ea, n-aș fi astăzi aici“, mi-a spus Ruth Ann, și iar a izbucnit în lacrimi. „Marian m-a făcut să pătrund înăuntrul meu, voia să parcurg tot drumul până la degetele de la picioare. Am descoperit cine sunt. Nu mi-a plăcut, nu mi-a plăcut de mine.“

Ruth Ann s-a liniștit. „Și apoi, au început schimbările“, mi-a spus. „Mi se spune că am inima largă. Nu credeam că am vreo inimă, dar acum știu că e acolo, undeva, și, în cele din urmă, o s-o gădesc de-a binelea.“ Ruth Ann a început din nou să lucreze ca angajat temporar cu jumătate de normă la At Work Personnel Service. Curând, a devenit șef de birou, și, în acel moment, a renunțat la antidepresive. În ianuarie 1998, împreună cu un prieten, a cumpărat firma, care este o franciză sub licența unei companii naționale. Ruth Ann a început cursuri serale de contabilitate, ca să poată ține cum trebuie registrele, și curând a înregistrat o reclamă pentru televiziunea prin cablu. „Lucrăm cu biroul forțelor de muncă“, mi-a spus, „găsim locuri de muncă pentru persoanele fără serviciu, le plasăm la firme particulare. Le pregătim în birourile noastre, unde ne ajută, și apoi le trimitem după ce au dobândit aptitudini bune. În prezent, acoperim șaptesprezece districte.“ Când a ajuns la greutatea maximă, avea 105 kilograme. Acum, se duce regulat la o sală de sport și, cu regim alimentar sever, a ajuns la 67.

Și-a părăsit soțul, care voia s-o știe la bucătărie, slujindu-l pe el, depresivă au ba, dar îi lasă timp să se adapteze la noul ei eu personal – și, când am văzut-o ultima oară, încă mai spera să se împace cu el. Strălucea. „Mă surprinde uneori câte un nou sentiment“, a spus, „și mă sperie. Îmi trebuie vreo câteva zile ca să pricep ce este. Dar acum știu cel puțin că sentimentele mele sunt acolo, că există.“ Ruth Ann are o relație cu totul nouă cu copiii săi. „Seara, îi ajut la lecții, și băiatul cel mare a hotărât că e o chestie teribilă calculatorul, așa că acum mă învață să lucrez la el. Asta i-a crescut cu adevărat încrederea în el. L-am luat să lucreze la firmă în vara asta, și e grozav. Nu demult, se plângea că-i obosit, așa că lipsea de la școală de multe ori. Până acum, singurul lucru care părea să-l intereseze era să se uite la televizor tolănit pe canapea.“ În timpul zilei, își lasă copiii mai mici cu mama ei, care e infirmă, dar suficient de mobilă ca să vadă de copii. Curând, Ruth Ann a cumpărat o nouă casă, cu ipotecă. „Sunt proprietar de afacere și posesoarea unei proprietăți“, a spus, zâmbind. Când interviul nostru s-a apropiat de sfârșit, Ruth Ann a scos ceva din buzunar. „Of, pentru Dumnezeu!“, pufni ea, apăsând pe butoanele pagerului. „Șaisprezece apeluri în vreme ce ședeam

aici!“ I-am urat succes, în vreme ce se năpustea de-a curmezișul curții spre mașina sa. „Am ajuns, știi“, a strigat chiar înainte să intre în mașină. „Tot drumul, până la degetele de la picioare și înapoi!“ A pornit motorul și dusă a fost.

Dacă depresia este o povară ea însăși, e și mai traumatică pentru cei cu mai multe boli fizice și psihice. Cei mai mulți dintre nevoiașii depresivi au simptome fizice și sunt lipsiți de apărare în fața atacurilor asupra sistemului lor imunitar epuizat. Dacă e greu să ajuți pe cineva depresiv să creadă că o viață chinută și depresia sunt separabile, e și mai greu să convingi pe cineva împovărat cu o boală fatală că disperarea sa poate fi tratată. De fapt, suferința din cauza durerii, suferința din cauza condițiilor de viață triste și suferința fără obiect pot fi descâlcite, iar ameliorarea uneia dintre ele le ameliorează, la rândul ei, pe celelalte.

Când Sheila Hernandez a ajuns la Johns Hopkins, ea era, conform medicului ei, „practic moartă“. Avea HIV, endocardită și pneumonie. Consumul constant de heroină și cocaină îi afectase circulația în așa măsură, încât nu-și mai putea folosi picioarele. Medicii i-au pus un cateter Hickman, sperând că, prin alimentarea intravenoasă, o s-o poată întări destul de mult fizic, ca să suporte tratamentul infecțiilor. „Le-am spus să scoată aia din mine, că n-o să stau“, mi-a povestit când ne-am întâlnit. „Am zis: «O să plec cu chestia asta în mine dacă trebuie și o s-o folosesc ca să bag în ea droguri.»“ În acel moment, a venit la ea Glenn Treisman. Ea i-a spus că nu vrea să stea de vorbă cu el, pentru că o să moară curând și o să plece din spital și mai curând. „Ba asta s-o crezi tu“, a zis Treisman. „N-o să ieși de aici ca să mori prosteste pe stradă. Asta-i o tâmpenie. E cel mai tembel lucru pe care l-am auzit în viața mea. O să stai aici și o să te lași de droguri și o să te vindeci de infecții, și, dacă singura cale ca să te ții aici e să te declar nebună periculoasă, păi exact asta o să fac.“

Sheila a rămas. „Am intrat în spital pe 15 aprilie 1994“, mi-a spus, chicotind ușurel, ironic. „Pe atunci, nici nu mă socoteam ființă omenească.

Îmi amintesc că și în copilărie mă simțeam cu adevărat singură. Drogurile au apărut de când am încercat să scap de durerea aceea dinăuntru. Când aveam trei ani, mama m-a dat unor străini, un domn și o doamnă, și el a început să abuzeze de mine când aveam paisprezece ani. Mi s-au întâmplat o mulțime de lucruri dureroase, și tot ce voiam era să uit. Mă trezeam dimineața și eram furioasă că mă trezisem. Simțeam că nu există nici un ajutor pentru mine, pen' că nu făceam decât să ocup degeaba un loc pe pământ. Trăiam ca să iau droguri și luam droguri ca să trăiesc, și, dat fiind că drogurile mă făceau să fiu și mai depresivă, nu voiam decât să mor.“

Sheila Hernandez a stat în spital treizeci și două de zile și a trecut prin dezintoxicare fizică și tratamente pentru dependență. I-au fost administrate antidepressive. „S-a dovedit că tot ce simțisem înainte de a intra în spital fusese greșit. Acești doctori mi-au spus că aveam de oferit cutare și cutare lucru, că aveam și eu, la urma urmei, o oarecare valoare. Era ca și cum m-aș fi născut a doua oară.“ Sheila a coborât glasul. „Nu-s bisericosă, n-am fost niciodată, dar a fost o reînviere, ca lucrul care i s-a întâmplat lui Isus Cristos. Am ajuns pentru prima oară să fiu vie. În ziua în care am plecat, am auzit păsări cântând – și știți că nu le mai auzisem niciodată? N-am știut până-n ziua aia că păsările cântă. Pentru prima oară, am mirosit iarba și florile – și chiar și cerul era nou. Știți, nu dădusem niciodată atenție norilor.“

Fiiica mai mică a Sheilei, care avea șaisprezece ani și născuse deja primul copil, renunțase la școală cu câțiva ani înainte. „Am văzut-o pășind pe drumul dureros pe care-l știam“, a spus Sheila. „Cel puțin, am reușit, de data asta, s-o salvez. Și-a luat bacalaureatul, iar acum e în anul doi de facultate și e și asistentă medicală calificată, lucrează la Churchill Hospital. N-a fost la fel de ușor cu cea mare, dar acum e, și ea, în sfârșit, la facultate.“ Sheila Hernandez nu s-a mai atins de droguri. După câteva luni, s-a întors la Johns Hopkins – ca administrator. A făcut muncă de asistență în timpul unui studiu clinic despre tuberculoză și a asigurat locuințe permanente pentru participanții la studiu. „Viața mea e cu totul alta. Fac tot timpul lucrurile astea ca să-i ajut pe alții – și, știți, chiar *m u ur* cu adevărat.“ Starea fizică a Sheilei era acum excelentă. Cu toate că încă era HIV-pozitivă, celulele ei T s-au dublat și

încărcătura virală era nedetectabilă. A avut emfizem rezidual, dar, după un an de inhalații de oxigen, a ajuns să se descurce pe cont propriu. „Nu simt că ar fi ceva cum nu trebuie în mine“, a anunțat voioasă. „Am patruzeci și șase de ani și plănuiesc să mai stau pe-aici o bună bucată de vreme. Viața e așa cum este, dar așa zice că, cel puțin în cea mai mare parte a timpului, sunt fericită, și, în fiecare zi, le mulțumesc lui Dumnezeu și doctorului Treisman că trăiesc.“

După ce am vorbit cu Sheila Hernandez, am urcat împreună cu Glenn Treisman să vadă ce notase el pe formularul de internare: „Tulburări multiple, traumatizată, autodistructivă, tendință de suicid, depresie sau tulburare bipolară, o epavă din punct de vedere fizic. Nu este mare probabilitatea să trăiască mult; probleme extreme înrădăcinate ar putea împiedica reacția la strategiile de tratament existente.“ Ceea ce scrisese părea de-a dreptul incompatibil cu femeia pe care o întâlnisem. „Părea, atunci, un caz de-a dreptul disperat“, a zis el, „dar m-am gândit că trebuie să-ncerc.“

În ciuda dezbatelor ample din ultimul deceniu privind cauzele depresiei, pare să fie destul de clar că este, îndeobște, consecința vulnerabilității genetice activate de stresul extern. A căuta depresie în rândurile nevoiașilor e ca și cum ai căuta cazuri de emfizem la lucrătorii din minele de cărbune. „Traumele din tot acest areal sunt atât de cumplite și atât de frecvente“, explică Jeanne Miranda, „încât chiar și cea mai ușoară formă de vulnerabilitate e susceptibilă să se activeze. Aceste persoane cunosc pe pielea lor frecvente forme de violență intruzivă, imprevizibilă, instantanee și au foarte puține posibilități să-i facă față. Ceea ce e surprinzător când examinezi vieți atât de pline de factori de risc psihosociale e că o proporție de cel puțin un sfert din această populație nu e depresivă.“ *The New England Journal of Medicine* a recunoscut o legătură între „greutățile economice prelungite“ și de-

presie; <sup>625</sup> rata depresiei în rândul nevoiașilor este cea mai înaltă dintre toate categoriile de populație ale SUA. Iar oamenii lipsiți de resurse sunt mai puțin capabili să-și revină din evenimentele adverse ale existenței lor. „Depresia e strâns legată de contrastele sociale“, spune George Brown, care a studiat

factorii sociali ce determină stările mentale. „Lipsurile, sărăcia te omoară.“ Depresia e atât de obișnuită în comunitățile nevoiașe, încât mulți oameni nici n-o observă sau nu-și pun întrebări. „Dacă așa sunt toți prietenii tăi“, spune Jeanne Miranda, „acest lucru are în el o anumită normalitate teribilă. Și crezi că durerea ta vine de la lucruri exterioare și, zicându-ți că aceste lucruri exterioare nu se pot schimba, presupui că nimic interior nu se poate schimba.“ Asemenea tuturor celorlalți oameni, la săraci apare, odată cu repetarea episoadelor, o disfuncție organică, și aceasta își urmează propriul traseu, după propriile legi. Tratamentele care nu iau în calcul viața reală a acestei categorii de populație nu au șanse de succes; scoaterea cuiva din haosul biologic derivat din traume repetate nu e de cine știe ce folos dacă acea persoană o să fie traumatizată din nou, constant, tot restul vieții ei. Dacă persoanele nedepresive sunt uneori în stare să-și adune slabele resurse ca să schimbe situația în care se află și să scape de unele dintre greutățile care le caracterizează viața, persoanele depresive abia izbutesc să-și păstreze locul în ordinea socială, cu atât mai puțin să capete un loc mai bun. Așa încât, în cazul oamenilor săraci, e nevoie de concepții noi.

Situațiile traumatice în cazul nevoiașilor americani nu sunt îndeobște legate nemijlocit de absența banilor. Relativ puțini dintre săracii Americii flămânzesc, dar mulți suferă de o stare de neputință dobândită,<sup>626</sup> care precedă depresia. Starea de neputință dobândită, studiată în lumea animală, apare când un animal e supus unui stimul dureros într-o situație în care nu e posibilă nici lupta, nici fuga. Animalul intră într-o stare de docilitate ce seamănă mult cu depresia omenească. Același lucru li se întâmplă oamenilor cu voință insuficientă; cel mai alarmant aspect al sărăciei americane este pasivitatea. Ca director al serviciilor pentru pacienții internați la Spitalul Universității Georgetown, Joyce Chung a colaborat strâns cu Jeanne Miranda. Joyce Chung se ocupa deja de o categorie de populație caracterizată de probleme. „Oamenii pe care-i tratez în general pot cel puțin să programeze o întâlnire și să urmeze procedura. Ei înțeleg că au nevoie de ajutor și-l cer. Femeile din studiul nostru n-ar veni niciodată în cabinetul meu din proprie inițiativă.“ Joyce



Chung și cu mine discutăm acest fenomen în liftul clinicii din districtul Prince George în care se face tratamentul. Am ajuns la parter și am găsit una dintre pacientele ei acolo, în dreptul ușilor de sticlă ale clinicii, așteptând taxiul ce fusese chemat pentru ea cu trei ore în urmă. Nu i-a trecut prin cap că taxiul nu mai vine; nu i-a trecut prin cap să încerce să sune la firma de taxi-uri; nu i-a trecut prin cap să fie furioasă sau frustrată. Joyce Chung și cu mine am dus-o cu mașina acasă. „Locuiește cu tatăl ei, care a violat-o în mod repetat“, a spus Joyce Chung, „pentru că altfel n-ar putea să se descurce cu banii. Îți pierzi dorința de a lupta pentru unele feluri de schimbări când te confrunți cu astfel de realități. Nu putem face nimic ca să-i găsim altă locuință; nu putem face nimic în privința realităților din viața ei. Sunt prea multe.“

Până și cele mai simple aspecte ale vieții practice sunt, pentru populația săracă, extrem de spinoase. Emily Hauenstein spunea: „O femeie mi-a explicat că, atunci când trebuie să vină la clinică, luna, o sună pe verișoara ei Sadie, care-l roagă pe fratele ei să vină și s-o aducă, în vreme ce cumnata ei are grijă de copii, în afară de cazul în care face rost de ceva de lucru în acea săptămână, și atunci o înlocuiește mătușa ei, dacă e-n oraș. Apoi, trebuie să vină altcineva s-o ducă acasă, deoarece fratele lui Sadie se duce la lucru după ce o lasă aici. Iar dacă ne întâlnim marțea, intră în scenă cu totul altă distribuție. Oricum, cam 75 la sută din timp sunt siliți să anuleze înțelegerea, lăsând-o să schimbe aranjamentele în ultimul minut.“ Acest lucru este la fel de adevărat și în orașe. Lolly Washington a ratat o întâlnire într-o zi cu furtună, deoarece, după ce aranjase cu supravegherea celor unsprezece copii și pusese tot restul la punct, a descoperit că nu are umbrelă. S-a dus, prin ploaia torențială, cale de cinci străzi, a așteptat vreo zece minute în stația de autobuz și, când a început să dărdăie, udă până la piele, s-a întors acasă. Jeanne Miranda și terapeutii ei s-au dus uneori cu mașina acasă la pacienți și i-au luat la terapie de grup; Marian Keyner a aranjat să se ducă ea acasă la femei, ca să le scutească de problema de a ajunge la cabinetul ei. „Uneori, n-ai cum să știi dacă e vorba de împotrivire la tratament, cum ai presupune în cazul unui

pacient din clasa de mijloc“, spunea Marian Keyner, „sau pur și simplu prea multe obstacole în viața lor ca să răzbească și să-și respecte întâlnirile.“

Joyce Chung a spus că una dintre pacientele sale „era foarte ușurată când o sunam pe vremea când făceam cu ea terapie prin telefon. Și totuși, când am întrebat-o dacă m-ar fi sunat ea pe mine, a spus «Nu.» Să dau de ea, s-o fac să-mi telefoneze – e așa de greu, și nu o dată am fost pe cale să renunț. I se termină medicamentele și nu se sinchisește. Trebuie să trec pe la ea și să-i dau medicamentele de pe rețetă. Mi-a trebuit mult până să pricep că purtarea ei nu însemna că nu vrea să vină. Pasivitatea ei era, de fapt, caracterologică, nu era atipică pentru o persoană care a suferit în copilărie abuzuri repetate.“

Pacienta respectivă, Carlita Lewis, este o persoană care a fost vătămată până în miezul ființei sale. Se pare că, având peste treizeci de ani, nu-și mai poate schimba substanțial viața; tratamentul a schimbat cu adevărat doar modul în care-și percepe propria viață, însă efectul pe care acea schimbare a percepției îl are asupra celor din jurul ei este substanțial. În copilărie și adolescență, tatăl i-a făcut viața coșmar, până ce a fost destul de mare ca să riposteze. A renunțat la școală când a rămas însărcinată. Fiica ei, Jasmine, s-a născut cu anemie falciformă. Carlita a avut, probabil, încă din copilărie o tulburare de dispoziție. „Cele mai mărunte lucruri mă *enervu*, și o luam razna“, mi-a povestit. „Mă luam la harță. Uneori, doar plângeam și tot plângeam, până mă apuca durerea de cap, și apoi durerea de cap ajungea atât de rea, că-mi venea să mă omor.“ Putea deveni cu ușurință violentă; o dată, la cină, l-a împuns pe unul dintre frații săi în cap cu furculița și aproape că l-a omorât. De câteva ori, a luat supradoze de pastile. După mai mulți ani, cea mai bună prietenă a sa a găsit-o după o încercare de suicid și i-a spus: „Știi cât de mult te iubește fiica ta. Jasmine nu are în viața ei un tată, și acum n-o să aibă nici mamă. Cum crezi că o să-i fie? O să ajungă la fel ca tine dacă te omori.“

Jeanne Miranda credea că problemele Carlitei depășeau nivelul situațional, și i-a prescris paxil. De când a început să ia medicamente, Carlita a vorbit cu sora ei despre ceea ce le-a făcut tatăl lor, nici una dintre ele neștiind până atunci că s-a întâmplat și cu cealaltă. „Sora mea nu mai vrea să știe

niciodată de tata“, a spus Carlita, care nu-și lasă niciodată fiica singură în casă cu bunicul. „Înainte, se-ntâmpla să nu-mi pot vedea fiica zile în șir, de teamă să nu-mi vărs nervii pe ea“, a spus Carlita. „Nu voiam s-o lovească nimeni, niciodată, și cel mai puțin s-o lovesc eu, iar în acele momente aș fi fost gata s-o lovesc.“

Când o copleșește tristețea, Carlita îi poate face față. „«Ce-i cu tine, mamă?», întrebă Jasmine, și eu zic: «Nimic, sunt doar obosită.» Încearcă să mă tragă de limbă, dar apoi zice: «Mami, totul o să fie bine, nu-ți face griji» și mă ia în brațe, mă pupă și mă bate ușurel pe spate. Acum e multă iubire între noi tot timpul.“ Dat fiind că Jasmine pare să aibă firea Carlitei, această capacitate de a o crește fără mânie semnaleză un mare salt înainte. „Jasmine zice: «O să fiu întocmai ca mami», iar eu nu zic decât: «Sper că nu», și cred că o să-i fie bine.“

Mecanismele prin care putem obține o schimbare pozitivă în viață sunt incredibil de simple, iar cei mai mulți dintre noi le învățăm în copilărie, în interacțiunile materne, care demonstrează o legătură între cauză și efect. Mi-am observat cei cinci fini, care au între trei săptămâni și nouă ani. Cel mai mic plânge ca să obțină atenție și hrană. Cel de doi ani încalcă regulile, ca să vadă ce poate și ce nu poate să facă. Celei de cinci ani i s-a spus că-și poate zugrăvi camera în verde dacă e în stare s-o păstreze curată timp de șase luni. Cel de șapte ani a colecționat reviste despre mașini și a căpătat cunoștințe enciclopedice despre automobile. Cel de nouă ani a anunțat că nu vrea să se ducă la școală în alt oraș, așa cum a făcut tatăl său, a făcut apel la sentimentele părintești și la rațiune, și acum e înscris la o școală locală. Fiecare dintre ei are voință și o să crească având simțul puterii. Această afirmare timpurie a puterii va avea mult mai mult efect decât relativa bunăstare și inteligența acestor copii. Absența unei persoane care să reacționeze la aceste manifestări, fie și negativ, e catastrofală. Marian Keyner spune: „A trebuit să le dăm unor pacienți liste cu sentimente și să-i ajutăm să înțeleagă ce este un sentiment, astfel încât să poată ști ce fac, nu să-și reprime pur și simplu viața afectivă. A

trebuie apoi să-i convingem că pot să-și varieze aceste sentimente. Am trecut, după aceea, la stabilirea de obiective. Pentru unii dintre acești oameni, până și ideea de a-ți schița în minte ceea ce vrei și de a-ți-o exprima ție însuși e ceva revoluționar.“ M-am gândit atunci la Phaly Nuon, care s-a străduit în Cambodgia să-i învețe pe oameni cum să simtă, după paralizia produsă de perioada khmerilor roșii. M-am gândit la cât de greu e să nu-ți cunoști sentimentele. M-am gândit la misiunea de a-i pune pe oameni de acord cu propria minte.

„Am uneori impresia că refacem, în noul mileniu, grupurile de sensibilizare a conștiinței din anii '60“, a spus Jeanne Miranda, care ea însăși a crescut printre „lucrătorii săraci“ din zona rurală a statului Idaho, dar n-a suferit „demoralizarea pe termen lung“ pe care o întâlnește acum zilnic la oamenii care sunt „fără serviciu și fără respect de sine“.

Danquille Stetson face parte dintr-un mediu dur, delincvent, din zona rurală din Sud. Este afro-americană în mijlocul prejudecăților rasiale și al violenței și se simte amenințată din toate părțile. Are la ea un pistol. Este o analfabetă funcțională. Locuința lui Danquille, unde am stat de vorbă, este o rulotă veche, șubredă, cu ferestrele blocate și mobilată cu vechituri. Singura lumină din încăpere venea de la televizor, unde, în tot timpul conversației noastre, a rulat *Pl net m imuțelor*. Cu toate acestea, locul era curat, și nu neplăcut.

„Îi ca o rană“ a fost primul lucru pe care l-a zis când am intrat, sărind peste orice prezentare. „Îi de parcă ți-ar scoate cu ghearele inima din piept, și tot timpu-i așa, de parcă cineva ar lua un cuțit și l-ar tot băga-n tine.“ În copilărie, Danquille a fost agresată sexual de bunicul din partea mamei, și l-a spus părinților. „Nu s-or sinchisit, or măturat-o sub preș“, a spus ea, și agresarea a continuat ani întregi.

Adesea, era greu de spus ce anume din mintea lui Danquille ținea de Marian Keyner, ce anume ținea de paxil și ce anume ținea de Dumnezeu. „Când m-am apropiat de Domnul“, mi-a spus, „El m-o adus în depresie și tot

El m-o scos din ea. M-am rugat la Domnul să m-ajute și El mi-o trimes-o pe doctorița Marian, și ea mi-o zis să gâdesc mai pozitiv și să iau pastilele aistea, ș-am putut fi mântuită.“ Controlarea gândirii negative ca modalitate de a provoca o schimbare comportamentală este esența terapiei cognitive. „Nu-ș’ de ce, bărbată-miu mă tot bătea“, a zis Danquille, lovindu-și brațul, „da’ după el am tot fugit de la un bărbat la altul, câtând iubire în toate locurile unde nu era.“

Copiii lui Danquille au acum douăzeci și patru, nouăsprezece și treisprezece ani. Cea mai mare revelație a ei în timpul tratamentului a fost una fundamentală. „Am priceput că ceea ce fac părinții îi afectează pe copii. Știi-ai? Io habar n-aveam. Ș-am făcut o groază de lucruri ce nu trebuia. Mi-am făcut băiatu’ să trăiască-n iad, băiatu’ meu. De-aș fi fost mai deschisă la minte – da’ pe vremea aia nu știam. Așa c-acuma șed cu copiii mei și le zic: «De vine cineva la voi și zice că mama voastră o făcut ș-o dres, vă zic acum că-i adevărat. Să nu care cumva să faceți ce-am făcut io.» Și le-am zis: «Nimica nu-i așa rău ca să nu puteți veni să-mi ziceți mie.» Și asta-i fiindcă, de-aș fi avut io pe cineva care să m-asculte și să mă-ncurajeze că totu’ o să fie bine, ar fi fost cu totu’ altminteri, văd asta acum. Părinții nu pricep că multe din necazurile tale vin de la ei, ei îs de vină când te apuci să cați iubire în toate locurile unde nu-i. Am un prieten bun, io i-am trimis banii să poată ieși din pârnaie când și-o împușcat nepotu’ – o văzut-o pe mă-sa cu băbați, și-a pus-o cu ei în mașină, sub ochii lui, și asta l-o făcut așa cum îi. Mă-sa habar n-are nici azi. Orice faci pe-ntuneric iese oarecând la lumină.“

Danquille a devenit acum un soi de liman comunitar, învățându-i pe prieteni și pe străini metodele sale de controlare a depresiei. „O droaie de tipi mă-ntreabă: «Cum de te-ai schimbat?» Fiindcă gâdesc pozitiv, rîd tot timpu’, zâmbesc tot timpu’. Acuma, mie mi s-a-ntâmplat asta, că Domnu’ a-nceput să-mi trimită oameni să m-ajute. Am zis: «Doamne, dă-mi, rogu-te, ce vrea ei s-audă și-ajută-mă s-ascult.»“ Danquille ascultă acum ce-i spun copiii ei și ascultă oamenii pe care îi cunoaște de la biserică. Când cineva de-acolo a avut gânduri de sinucidere, „i-am zâs: «Nu ești de unu’ singur. Așa am fost și io». Și-am zis: «Io am scos-o la capăt. Nimica nu-i așa rău să n-o poți scoate

la capăt.» Am zis: «Începe să gândești pozitiv și-ți jur că fata aia care acuma îți dă cu picioru' o să te cate.» El mi-a zis: «De nu erai tu, acu' eram mort.»“ Danquille are un nou loc în familia sa. „Am stricat oleacă obiceiul. Nepoatele mele vin la mine, în loc să se ducă la părinții lor, și obiceiul de nu ascultă îi stricat. Îmi zic: «De când am început să grăiesc cu tine, vreau să trăiesc.» Și le zic la toți, de ai vreun năcaz, poți fi ajutat. D-aia i-a lăsat Domnu' pe lume pe doctori, ca să te-ajute. Le zic asta-n gura mare, nu-s decât câni ce se mîncă-ntre ei. Și oricine poate fi mîntuit. A fost o femeie, a băut și-a fumat și-a umblat cu bărbatu-miu, taman cu el, ș-apoi cu nou' meu iubit, da' când o fi la greu o s-o ajut, că nu poa' s-ajungă mai bună de nu-i cineva s-o ajute.“

Oamenii săraci depresivi nu sunt reprezentați în statisticile despre depresie, deoarece cercetarea reflectată de aceste statistici se bazează, în primul rând, pe lucrul cu persoane cuprinse în planurile de sănătate existente, care sunt deja o categorie de populație din clasa mijlocie – sau, cel puțin, încadrată în muncă. Crearea de așteptări în rândurile categoriilor de populație dezavantajate e o chestiune încâlcită, și e adevărat că poate fi periculos să sădești în mintea oamenilor scopuri false. „N-o să-ncetez niciodată să mă duc la doctorița Chung“, mi-a spus în taină o femeie, cu toate că parametrii reali ai studiului i-au fost explicați de mai multe ori. E sfâșietor gândul că, dacă ea va mai avea peste câțiva ani o prăbușire, poate că nu va fi în stare să primească ajutorul care a scos-o la lumină – cu toate că toți terapeuții implicați în aceste studii simt o obligație morală de a continua să ofere, cu sau fără plată, servicii elementare pacienților lor. „A nu face tratament unor oameni cu suferință acută pentru că asta o să creeze așteptări“, spune Emily Hauenstein, „înseamnă să ignori o problemă etică mare din cauza uneia mici. Facem tot ce ne stă în puteri ca să le dăm oamenilor o serie de aptitudini pe care să le poată folosi singuri în altă situație – să facem tot ce putem ca să-i ajutăm să rămână pe linia de plutire.“ Costul medicației continue e o problemă enormă. Problema e rezolvată parțial de programe industriale care distribuie săracilor antidepresive, dar acestea de-abia încep să acopere

necesitățile. O doctoriță energică din Pennsylvania pe care am cunoscut-o mi-a spus că are „camioane de mostre“ de la reprezentanții farmaceutici pe care să le dea pacienților săi nevoiași. „Le spun că o să folosesc produsul lor ca primă linie de tratament la pacienții care pot să plătească și la care există probabilitatea să-l ia toată viața“, a zis. „Le spun că am nevoie, în schimb, de un stoc aproape nelimitat de produs ca să-mi pot trata gratuit pacienții cu venituri scăzute. Scriu o grămadă de rețete. Reprezentanții, isteți, spun totdeauna «da».“

Schizofrenia apare de două ori mai frecvent la categoria de populație cu venituri scăzute decât la clasa de mijloc.<sup>627</sup> Cercetătorii au presupus inițial că dificultățile declanșează într-un fel schizofrenia; dar cercetări mai recente au arătat că schizofrenia duce la dificultăți: boala mintală e costisitoare și derutantă, iar o boală cronică apărută în tinerețe și care afectează productivitatea tinde să împingă cu una sau două trepte mai jos pe scara socială întreaga familie a bolnavului. Această „ipoteză a derapajului“ pare să fie valabilă și pentru depresie. Glenn Treisman spune despre categoria nevoiașilor cu HIV: „Mulți dintre acești oameni n-au avut nici un succes în toată viața lor. Nu pot avea o relație sau implicare pe termen lung într-o muncă.“ Oamenii cred că depresia e consecința HIV, adesea însă e, de fapt, un antecedent. „Dacă ai o tulburare de stare sufletească, ești mult mai neglijent în privința sexului și a acelor pe care le folosești“, spune Treisman. „Foarte puțini oameni se aleg cu HIV din cauza unui prezervativ rupt. Mulți se aleg cu HIV când nu mai găsesc destulă energie ca să le pese. Aceștia sunt oamenii complet demoralizați de viață și care nu-i mai găsesc nici un rost. Dacă am avea tratamente pentru depresie care să fie mult mai disponibile, bănuiesc, pe baza experienței mele clinice, că rata infectării cu HIV în țara asta ar fi redusă cu cel puțin jumătate, având drept consecință uriașe economii în domeniul sănătății publice.“ Costurile sănătății publice pentru o boală care face oamenii să se infecteze cu HIV și apoi îi face să nu se mai poată îngriji așa cum se cuvine de ei (și de alții) sunt de-a dreptul gigantice. „HIV îți ia toți banii și bunurile și, adesea, prietenii și familia. Societatea te privează de drepturi. Așa că oamenii

„Știa se prăbușesc de-a binelea.“ Toți cercetătorii pe care i-am cunoscut au subliniat nevoia de tratament, dar au vorbit și despre nevoia de tratament un. „Sunt cu adevărat puțini cei cărora le-aș încredința îngrijirea acestor oameni“, a spus Emily Hauenstein. Standardele sănătății mintale pentru puținii nevoiași care sunt îndeajuns de bolnavi ca să primească tratament – în afara acestor studii – sunt cumplit de scăzute.

Singurii bărbați depresivi cu care am stat de vorbă sunt HIV-pozitivi. Se numără printre puținii care au fost siliți să se confrunte cu realitatea depresiei lor – deoarece felul în care se manifestă depresia la bărbații nevoiași își are finalitatea mai curând la închisoare sau la morgă decât în formule de tratare a depresiei. Când tulburările lor sufletești le sunt remarcate, bărbații se lasă, cu siguranță, mult mai greu decât femeile atrași în terapia antidepresivă. Le-am întrebat pe femeile cu care am stat de vorbă dacă soții sau iubiții lor ar putea fi depresivi, și multe au zis da; și toate mi-au povestit despre fiii lor depresivi. Una dintre femeile din studiul lui Jeanne Miranda a spus că iubitul ei, care i-a făcut niște vânătăi, a mărturisit că vrea să găsească un grup căruia să i se alăture – dar ideea de a merge până la capăt îi pare „prea jenantă“.

Am fost uluit când Fred Wilson a venit să stea de vorbă cu mine într-o după-amiază, la Hopkins. Avea vreo doi metri și purta inele de aur, un medalion de aur cât pumnul și ochelari de soare; avea capul aproape ras; avea mușchi impresionanți; și părea să ocupe de vreo cinci ori mai mult spațiu decât mine. Era exact genul de persoană pe care o ocolesc, trecând pe celălalt trotuar, și, în vreme ce vorbeam, mi-am dat seama că asta-i o politică bună. Înainte, lua multe droguri și, ca s-o poată face, jefuia trecătorii, spărgea case și magazine, doboră bătrâne ca să le fure poșeta. Trăise o vreme pe stradă și era dur. Cu toate că stârnea o indignare îndreptățită, bărbatul ăsta înspăimântător avea un aer de disperare și singurătate.

Deschiderea lui Fred spre ideea de terapie a avut loc când a recunoscut că avea o tulburare sufletească și că asta l-a împins, probabil, către droguri, că nu heroina l-a dat pur și simplu peste cap. Era, când l-am văzut eu, în căutare de antidepresive care să-l ajute. Fred avea charismă și un rânjel de mardeiaș; știuse cum e să fii pe val. „Întotdeauna m-am priceput să capăt ce



voiam. Și, când ai pricepera asta, nu muncești cu adevărat ori chestii d-astea, doar te duci și iei. Nu știam cum e să ai răbdare. Nu existau hotare“, a zis. „Nu existau precauții, pricepi ce zic? Doar să capăt ce voiam și să mă droghez. Să mă droghez, pricepi? Cu asta, aflam un soi de împăcare. Mă ajuta să trec peste vinovăție și rușine.“ Fred a făcut testul HIV după ce a fost „luat de pe stradă și azvârlit în închisoare“, și, curând după aceea, a aflat că și mama lui e pozitivă. De când ea a murit de SIDA „nu mai părea să conteze nimic, pentru că rezultatul ultim al vieții o să fie totdeauna moartea. Am niște scopuri, omule, mă gândesc la alte lucruri pe care trebuie să le fac, pricepi? Dar, oricum, pur și simplu începe să-mi placă și mai puțin de mine. Apoi, într-una dintre dățile când am fost arestat, pe când trăiam pe stradă, mi-am dat seama că trăiam așa cum trăiam din pricina alegerilor pe care le făceam. M-am schimbat ca să-nfrunt asta, pricepi ce zic? Căci eram singur tot timpul. Și n-o să-ți dea nimeni droguri când ai nevoie de ele decât dacă ai bani ca să le plătești.“

Lui Fred i se prescrieseră medicamente pentru HIV, dar nu le mai luase de o vreme, pentru că nu-l făceau să se simtă bine. Efectele secundare erau slabe, și nu era prea incomod să ia medicamentele, dar, „pân’ să dau ortu’ popii, aș putea să mă distrez nițel“, mi-a spus. Medicii care se ocupă de problema lui cu HIV, dezamăgiți, l-au convins să se țină de antidepresive; ei speră că aceste medicamente o să trezească în el dorința de a rămâne în viață, de a lua inhibitorii de protează.

Voința e adesea cea mai bună barieră pentru depresie, și, la această categorie de populație, voința de a merge mai departe și capacitatea de a suporta traumele sunt adesea excepționale. Personalitatea multora dintre nevoiașii depresivi e atât de pasivă, încât nu au aspirații, și aceste persoane pot fi cel mai greu de ajutat. Altor le-a mai rămas un strop din pofta de viață chiar și în timpul depresiei.

Theresa Morgan, una dintre pacientele lui Emily Hauenstein și Marian Kyner, e o femeie blândă, a cărei viață a fost presărată cu o doză incredibilă

de oroare. Trăiește într-o casă cam cât două rulote, în mijlocul districtului Buckingham, Virginia, la vreo zece kilometri sud de autostrada Faith Congregation și la vreo zece kilometri nord de biserica baptistă Gold Mine. Când ne-am întâlnit, mi-a spus povestea ei foarte amănunțit, ca și cum toată viața și-ar fi făcut însemnări.

Mama Theresei a rămas gravidă la cincisprezece ani, când avea șaisprezece a născut-o pe Theresa, iar, când avea șaptesprezece ani, tatăl Theresei a bătut-o atât de rău, că a trebuit să se târască afară din casă. Bunicul Theresei i-a spus mamei ei să plece și să se ascundă pe undeva, că, dacă se mai arată pe acolo, dacă încearcă măcar să ia legătura cu Theresa, o s-o trimită la închisoare. „Tăticu’ avea atunci douăzeci și doi de ani, așa că el e ticălosul cel mare – dar îmi spuneau că ea era o târfă, că o să fiu și eu o târfă ca ea. Iar tăticu’ îmi spunea că i-am distrus viața doar prin nașterea mea“, mi-a spus Theresa.

Cu ceva vreme în urmă, Theresei i s-a diagnosticat o tumoare benignă neoperabilă, un hemangiom localizat între rect și vagin. A fost agresată sexual de rudele apropiate în fiecare noapte, de când a împlinit cinci ani până la nouă ani, când unul dintre făptași s-a însurat și a plecat de acasă. Bunica i-a spus că bărbații conduc familia și că trebuie să-și țină gura. Theresa se ducea la biserică și la școală, și în asta se încadra viața ei. Bunica era adeptă a disciplinei severe, ceea ce însemna atacuri zilnice cu orice obiect din casă îi cădea în mână: biciuiri cu cabluri electrice, bătăi cu coada măturii și cu tigăi. Bunicul se ocupa cu deratizarea și, de când împlinise șapte ani, Theresa și-a petrecut mult timp pe sub case, încercând să prindă șerpi. În clasa a VIII-a, Theresa a luat o supradoză din medicamentele pentru inimă ale bunicii. Medicii de la spital i-au golit stomacul și i-au recomandat terapie, dar bunicul a zis că nimeni din casa lui n-are nevoie de ajutor.

În clasa a XI-a, Theresa s-a dus la prima ei întâlnire, cu un tip pe nume Lester, care „mi-a mers la inimă, pentru că puteam vorbi unul cu altul fără ascunzișuri“. Când Lester a condus-o acasă, a apărut tatăl ei, care și-a ieșit din minți. Nu avea decât puțin peste un metru și jumătate, dar cântărea peste o sută cincizeci de kilograme, și s-a așezat pe Theresa (care are sub un metru și

jumătate și, pe atunci, cântărea cincizeci și două de kilograme) și i-a izbit capul de pământ ore întregi, până ce sângele a început să i se scurgă printre degete. Fruntea și pielea capului Theresei sunt și acum pline de cicatrice atât de mari, că par să fie de la arsuri. În noaptea aceea, i-a mai rupt două coaste, falca, brațul drept și patru degete de la picioare.

În vreme ce Theresa îmi spunea povestea, fiica ei de nouă ani, Leslie, se juca pe acolo cu un pui de teckel. Amănuntele păreau să-i fie la fel de cunoscute cum sunt Patimile pentru un om bisericos. Însă le înregistra: Leslie devenea agresivă cu câinele când era pomenită o oroare. Dar n-a plâns deloc și nu ne-a întrerupt deloc.

După bătaia de pomină, Lester i-a propus să se mute la familia lui, „și, timp de trei ani, a fost minunat. Dar el voia cu adevărat să fiu ca mama lui, să nu muncesc, nici măcar să nu conduc mașina, doar să stau acasă și să-i spăl lui rufăria. Nu voiam asta.“ Theresa a rămas însărcinată și s-au căsătorit. Lester și-a dovedit independența „umblând cu altele“, în vreme ce Theresa se îngrijea de prunc. „Lui Lester i-a plăcut de mine, pentru că gândeam“, a spus Theresa. „I-a plăcut când i-am spus unele lucruri. L-am făcut să asculte jazz bun, altceva decât chestiile alea interpretate de Lynyrd Skynyrd. I-am vorbit de pictură și poezie. Iar acum, voia să stau acasă, și cu mama lui, pentru că era casa ei.“

La un an după aceea, la scurtă vreme după ce s-a născut Leslie, Lester a avut un atac cerebral grav, care i-a distrus cea mai mare parte a emisferei stângi. Avea douăzeci și doi de ani, era operator de utilaje grele pentru construcția de drumuri, iar acum era pe jumătate paralizat și nu putea să vorbească. În lunile următoare, înainte ca doctorii să-i descopere problema de bază – o formă de lupus care determina formarea de cheaguri de sânge –, alt blocaj i-a distrus piciorul, care a fost apoi amputat; alte cheaguri i-a vătămat plămâni. „Aș fi putut să plec“, a spus Theresa.

Leslie s-a oprit din joacă și s-a uitat în sus la ea, o privire goală, ciudată.

„Dar Lester era iubirea vieții mele, chiar dacă am avut și momente grele, iar eu nu renunț așa ușor la ceva. M-am dus să-l văd la spital, și avea un ochi închis și unul deschis. Fața începuse să i se umfle, iar trăsăturile îi căzuseră

într-o parte. Îi luaseră osul din partea stângă a capului, pentru că umflătura era prea mare, pur și simplu i-au tăiat țeasta. Dar era mulțumit să mă vadă.“ Theresa a stat cu el în spital, l-a învățat să folosească plosca, l-a ajutat să urineze, a început să învețe gesturile prin care comunicau acum.

Theresa s-a oprit un pic din povestire. Leslie a venit la mine și mi-a dat o fotografie. „Împlineai doi ani, nu, iubito?“ i-a spus Theresa cu blândețe. În fotografie, un bărbat uriaș și chipeș, înfășurat în bandaje ca o mumie și legat la monitoare, strângea în brațe o fetiță firavă. „Asta era la patru luni după atacul cerebral“ a spus Theresa, iar Leslie mi-a luat ceremonios poza din mână.

Lester s-a întors acasă după șase luni. Theresa și-a găsit un post cu program întreg la o fabrică, unde croia haine de copii. Trebuia să lucreze în apropierea casei, ca să se ducă la câteva ore o dată să vadă cum se simte Lester. În ziua în care și-a luat carnetul de conducere, i l-a arătat lui Lester, iar el a plâns. „Acum poți să mă părăsești“, a spus el prin semne. Theresa a râs, amintindu-și asta. „Dar a văzut că nu-i așa.“

Personalitatea lui Lester s-a deteriorat. Stătea treaz noaptea și o striga pe Theresa din oră-n oră, ca să-l ajute să-și facă nevoile. „Veneam acasă și pregăteam cina, spălăm vasele și câte două mormane de haine, făceam curățenie prin casă și mă lua somnul, uneori mă prăbușeam chiar acolo, în bucătărie. Lester își suna mama, și, când ea îi auzea răsuflarea, suna la noi și mă trezea. El nu voia să mănânce la cină și apoi mă puneam să-i fac un sandwich. Încercam să fiu luminoasă și veselă tot timpul, să nu-l fac să se simtă prost.“ Lester și Leslie se luptau mult pentru atenția Theresei; se zgâriau și-și smulgeau unul altuia părul. „Am început să pierd controlul“, a spus Theresa. „Lester nici măcar nu încerca să facă exercițiile fizice, și și-a pierdut din ce în ce mai mult mobilitatea și a ajuns enorm, gras. Presupun că eram într-o perioadă egocentrică și n-am putut să fiu înțelegătoare cu el, cum ar fi trebuit.“

Stresul a făcut ca hemangiomul Theresei, pe care-l ignorase o vreme, să se extindă, și a început să sângereze mult prin rect. Theresa devenise șefă de echipă, dar munca ei continua să implice opt ore de stat în picioare în fiecare zi. „Asta, și sângerarea, și îngrijirea lui Lester, și Leslie – ei bine, presupun

că ar fi trebuit să fac față presiunii, dar am scăpat hățurile. Aveam un pistol Remington de calibrul 22 cu țeavă de douăzeci și șapte de centimetri. M-am așezat pe podeaua bucătăriei, am rotit butoiășul, mi l-am băgat în gură și am apăsat pe trăgaci. Apoi, am făcut-o iar. Era așa de bine cu arma aia-n gură! Apoi, Leslie a bătut la ușă și a zis: «Mamă, te rog, nu mă părăsi. Te rog.» Am lăsat jos pistolul și am făgăduit că n-o să mă duc nicăieri fără ea.“

„Aveam patru ani“, a zis Leslie, mândră. „După asta, am dormit cu tine în fiecare noapte.“

Theresa a sunat la numărul de telefon al unui centru de criză pentru prevenirea suicidului și a vorbit la telefon patru ore. „Plângeam în hohote. Lester avea o infecție cu stafilococ. Eu am avut apoi pietre la rinichi. Durerea fizică era atât de mare, că i-am spus doctorului c-o să-i smulg pielea de pe față dacă nu mă ajută. Când corpul te lasă baltă, mintea vrea și ea o pauză. Nu puteam să mănânc; nu dormisem de o lună, eram atât de încordată, durerea era atât de îngrozitoare și sângeram atât de tare, că mai devenisem, peste toate, și anemică. Umblam de colo-colo ieșită din minți.“ Doctorul ei a dus-o la Marian Kyner. „Marian mi-a salvat viața, nu-ncape îndoială. M-a învățat cum să gâdesc din nou.“ Theresa a început să ia paxil și xanax.

Marian Kyner i-a spus Theresei că nu există vreo putere care s-o silească să facă tot ce face, că trebuie ca ea să creadă că merită efortul. La puțin timp după aceea, într-o noapte, când nu s-a mai putut descurca cu Lester, Theresa a lăsat din mână tigaia și a spus calm: „Hai, Leslie. Ia-ți niște haine și pleacă.“ Lester și-a amintit brusc că Theresa are puterea să-l părăsească și s-a prăbușit pe podea, plângând și implorând. Theresa a luat-o pe Leslie și s-au plimbat cu mașina trei ore, „ca să-i dăm lui tati o lecție“. Când s-au întors, l-au găsit copleșit de păreri de rău – și a început viața lor cea nouă. Ea a aranjat ca el să primească prozac. Și a explicat povara pe care viața lor o pune pe umerii ei. Doctorii i-au spus Theresei că, pentru a împiedica sângerarea hem-angiomului, nu trebuie să umble sau să facă mișcare dacă nu e nevoie. „Încă îl scot pe Lester din mașină și încă îi ridic scaunul cu roțile. Încă mai deretic prin casă. Dar Lester a trebuit să învețe destul de repede să fie independent.“ Din motive de sănătate, Theresa a trebuit să renunțe la serviciu.

Lester are acum o slujbă, împătorește șorțuri într-o spălătorie. E luat de un autobuz special pentru persoanele cu dizabilități și se duce acolo în fiecare zi. Acasă, spală vasele și, uneori, chiar ajută la curățenia cu aspiratorul. Având o dizabilitate, primește 250 de dolari pe săptămână, din care trăiesc.

„Nu l-am părăsit niciodată“, a spus Theresa. Și-a recăpătat deodată mândria: „Mi-au spus că o să mă epuizez, dar acum ne e bine. Putem vorbi despre orice. Fusesse un bădăran și jumătate, iar acum a căpătat vederi largi. L-am scăpat de o parte din prejudecățile și ura cu care a crescut.“ Lester a învățat să urineze singur și se poate îmbrăca aproape complet cu o singură mână. „Vorbim în fiecare zi și-n fiecare seară“, a spus Theresa. „Și știți ceva? E singura iubire a vieții mele și, chiar dacă-mi pare rău de multe lucruri care s-au întâmplat, n-aș vrea să renunț la nimic legat de noi și de familia asta. Dar, dacă nu era Marian, aș fi așteptat să sângerez până muream și, cu asta, basta.“

La vorbele astea, Leslie s-a așezat în poala Theresei. Theresa a început s-o legene. „Și anul ăsta“, a zis Theresa, cu o încântare bruscă, „mi-am găsit mama. I-am căutat numele de familie în cartea de telefon și, după vreo cincizeci de telefoane, am dat de un văr și am făcut ceva investigații și, când a răspuns la telefon, a zis c-a așteptat toți anii ăștia, sperând că o s-o sun. Acum, e cea mai bună prietenă a mea. O vedem mereu.“

„O iubim pe bunica“, a zis Leslie.

„Da, o iubim“, a confirmat Theresa. „Ea și cu mine am avut parte de aceeași purtare aspră din partea tatei și a familiei lui, așa că avem multe în comun.“ Theresa a spus că probabil n-o să mai poată să stea în picioare și să muncească în fabrică. „Cândva, când Leslie o să poată avea grijă de Lester serile, și dacă doctorii o să mă lase să mă mișc mai mult, dacă o să poată controla hemangiomul, o să-mi termin liceul la seral. Am învățat despre pictură, poezii și muzică de la o profesoară negresă, domnișoara Wilson, la liceu. O să mă duc înapoi și o să învăț mai multe despre scriitorii pe care-i iubesc cel mai tare, Keats, Byron, Edgar Allan Poe. Săptămâna trecută, i-am citit lui Leslie *Corul și nănelul* – nu-i așa, iubito? –, când am luat cartea aceea de la bibliotecă.“ M-am uitat la reproducerile de pe pereți. „Îmi place

Renoir“, a spus. „Să nu credeți că sunt înfumurată, dar chiar îmi place asta, și aceea cu calul, a unui pictor englez. Și-mi place și muzica, îmi place să-l ascult pe Pavarotti când e la radio.

Știți ce voiam când eram mică, în casa aia îngrozitoare? Voiam să fiu arheolog și să mă duc în Egipt și Grecia. Discuțiile cu Marian m-au împiedicat să ajung la epuizare și, de asemenea, m-au făcut să *gandes* iarăși. Mi-era atât de dor să-mi folosesc mintea! Marian e atât de deșteaptă și, după ani întregi numai cu Leslie și cu un soț care n-a terminat nici clasa a noua și nu poate să vorbească...“ A rămas un minut pe gânduri. „Doamne, sunt lucrurile astea frumoase care așteaptă acolo. O să le găsim, Leslie, nu-i așa c-o să le găsim pe toate? Așa cum am găsit poeziile alea.“ Am început să recit *nenel Lee*, și Theresa mi s-a alăturat. Leslie privea cu atenție, în vreme ce mama ei și cu mine scandam primele dintre acele versuri americane. „Dar iubirea ne-a fost mai presus de iubire“, [628](#) a spus Theresa, ca și cum ar fi descris călătoria făcută chiar de ea.

O parte din greutatea de a obține servicii mai bune pentru acești oameni este blocada neîncrederii. Am scris o primă versiune a acestui capitol ca articol într-o revistă de largă circulație, și mi s-a spus că trebuie să-l rescriu din două motive. Primul, pentru că viețile pe care le-am descris sunt neverosimil de îngrozitoare. „Devine comic“, mi-a spus un redactor. „Vreau să zic că nimănui nu i se pot întâmpla toate chestiile astea, iar, dacă i se întâmplă, nu-i de mirare că-i depresiv.“ Cealaltă problemă era faptul că vindecarea a fost prea rapidă și prea spectaculoasă. „Toată chestia asta despre femei cu tendințe de suicid care trăiesc pe stradă și care devin practic administratoare de fonduri de investiții“, a zis redactorul cam acru, „arată destul de ridicol.“ Am încercat să explic că aceasta e, de fapt, forța poveștii, că unor oameni în situații cu adevărat desperate li s-a schimbat cu totul viața, dar n-am scos-o la capăt cu ei. Adevărul pe care-l descoperisem era intolerabil mai străin decât ficțiunea însăși.

Când oamenii de știință au observat pentru prima oară gaura din stratul de ozon de deasupra Antarcticii, [629](#) au presupus că echipamentul lor de observare e defect, căci prea era uriașă gaura. S-a dovedit că gaura e reală. Gaura depresiei nevoiașilor din SUA e, și ea, reală și gigantică, dar, spre deosebire de gaura din stratul de ozon, ea poate fi umplută. Nu-mi pot închipui cum a fost pentru Lolly Washington, Ruth Ann Janesson, Sheila Hernandez, Carlita Lewis, Danquille Stetson, Fred Wilson, Theresa Morgan și zecile de oameni din rândurile nevoiașilor depresivi cărora le-am luat lungi interviuri. Dar știu un lucru: am încercat să rezolvăm problema sărăciei prin intervenție materială cel puțin din vremurile biblice încoace, iar în ultimul deceniu am obosit de o astfel de intervenție, dându-ne seama că banii nu sunt un antidot suficient. Acum, am revizuit ajutorul social cu gândul plin de bucurie că, dacă nu-i sprijinim pe săraci, ei vor munci mai mult. Nu merită oare să le oferim, prin medicamente și terapie, sprijinul care le-ar permite să funcționeze, care i-ar putea elibera, ca să-și facă o viață bună? Nu-i așa de ușor să găsești asistenții sociali care pot transforma viața acestei categorii de populație; dar fără programe de sensibilizare a conștiinței și fără alocare de fonduri, cei care au darul și devotamentul necesare lucrului cu astfel de oameni au puține mijloace ca s-o facă, iar cumplita, devastatoarea, solitara suferință continuă, merge mai departe, se prelungește.

### Note

[603](#). Faptul că persoanele sărace depresive tind să devină mai sărace și mai depresive este indicat de mai multe studii. Efectul depresiei asupra capacității de a-și câștiga pâinea cea de toate zilele e trecut în revistă de Sandra Danziger et al., *Barriers to Employment of Welfare Recipients*, publicat de Poverty Research and Training Center de la Ann Arbor, Michigan. Acest studiu arată că, la categoriile de populație mai sărace, în general persoanele cărora li s-a diagnosticat o depresie majoră nu pot lucra douăzeci de ore sau mai mult pe săptămână. Faptul că ele devin din ce în ce mai depresive poate fi dedus din studii care arată înregistrări reduse ale tratamentelor persoanelor sărace și fără adăpost, cum ar fi Bonnie Zima et al., *Mental Health Problems among Homeless Mothers*, în *Archives of General Psychiatry* 53 (1996), și Emily Hauenstein, *A Nursing Practice Paradigm for Depressed Rural Women: Theoretical Basis*, în *Archives of Psychiatric Nursing* 10, nr. 5 (1996). O prezentare excelentă



a relațiilor dintre sărăcie și sănătatea mintală găsiți în John Lynch et al., Cumulative Impact of Sustained Economic Hardship on Physical, Cognitive, Psychological, and Social Functioning, în *New England Journal of Medicine* 337 (1997).

**604.** Despre depresia la femei, v. capitolul 5.

**605.** Despre depresia la artiști, v. Kay Jamison, *Touched with Fire*.

**606.** Un exemplu de depresie la atleți se găsește în Buster Olney, *Harnisch Says He Is Being Treated for Depression*, în *New York Times*, 26 aprilie 1997.

**607.** Despre depresia la alcoolici, v. capitolul 6.

**608.** Faptul că la cei săraci se constată o rată mai mare a depresiei poate fi dedus din statisticile care arată că la persoanele care primesc ajutor social incidența depresiei este de trei ori mai mare decât la restul populației, prezentate în K. Olsen și L. Pavetti, *Personal and Family Challenges to the Successful Transition from Welfare to Work*, publicat de Urban Institute în 1996. Articolul Sandrei Danziger et al., *Barriers to Employment of Welfare Recipients*, publicat de Poverty Research and Training Center de la Ann Arbor, Michigan, arată că la persoanele depressive care primesc ajutor social există o probabilitate mai mare de a nu putea să-și păstreze serviciul, închizând astfel cercul sărăciei și depresiei. Articolul lui Robert DuRant et al., *Factors Associated with the Use of Violence among Urban Black Adolescents*, în *American Journal of Public Health* 84 (1994), arată legătura dintre depresie și violență. Articolul lui Ellen Bassuk et al., *Prevalence of Mental Health and Substance Use Disorders among Homeless and Low-Income Housed Mothers*, în *American Journal of Psychiatry* 155, nr. 11 (1998), trece în revistă câteva studii care arată niveluri înalte ale abuzului de substanțe toxice în rândurile celor depresivi.

**609.** Eficiența celor mai multe tratamente farmacologice și psihodinamice pare să fie destul de consecventă la diferitele categorii de populație. Prin urmare, depresia în rândurile nevoiașilor ar trebui să aibă aceleași rate de eficiență ca la categoriile generale. Problema la această categorie, în sistemul actual, este ca tratamentul să ajungă la pacienți.

**610.** Statistica în care apare faptul că 85-95 la sută dintre persoanele cu boli mintale grave din SUA sunt șomere este luată din două studii efectuate de W.A. Anthony et al., *Predicting the vocational capacity of the chronically mentally ill: Research and implications*, în *American Psychologist* 39 (1984), și *Supported employment for persons with psychiatric disabilities: An historical and conceptual perspective*, în *Psychosocial Rehabilitation Journal* 11, nr. 2 (1982).

**611.** Despre pubertatea precoce a copiilor cu mame depressive, v. Bruce Ellis și Judy Garber, *Psychosocial antecedents of variation in girls' pubertal timing: Maternal depression, stepfather presence, and marital and family stress*, în *Child Development* 71, nr. 2 (2000).

**612.** Comportamentul caracteristic al fetelor cu pubertate precoce e descris în Lorah Dorn et al., *Biopsychological and cognitive differences in children with premature vs. on-time adrenarche*, în *Archives of Pediatric Adolescent Medicine* 153, nr. 2 (1999). Găsiți o amplă trecere în revistă a literaturii despre pubertatea precoce, promiscuitate și activitate sexuală în Jay Belsky et al., *Children Experience, Interpersonal Development, and Reproductive Strategy: An Evolutionary Theory of Socialization*, în *Child Development* 62 (1991).

**613.** Despre programele Medicaid și persoanele cu boli mintale, v. Lillian Cain, Obtaining Social Welfare Benefits for Persons with Serious Mental Illness, în *Hospital and Community Psychiatry* 44, nr. 10 (1993); Ellen Hollingsworth, Use of Medicaid for Mental Health Care by Clients of Community Support Programs, în *Community Mental Health Journal* 30, nr. 6 (1994); Catherine Melfi et al., Access to Treatment for Depression in a Medicaid Population, în *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 10, nr. 2 (1999); Donna McAlpine și David Mechanic, Utilization of Specialty Mental Health Care among Persons with Severe Mental Illness: The Roles of Demographics, Need, Insurance, and Risk, în *Health Services Research* 35, nr. 1 (2000).

**614.** Exemple de programe ofensive de îngrijire comunitară se pot găsi în Carol Bush et al., Operation Outreach: Intensive Care Management for Severely Psychiatrically Disabled Adults, în *Hospital and Community Psychiatry* 41, nr. 6 (1990), și José Arana et al., Continuous Care Teams in Intensive Outpatient Treatment of Chronic Mentally Ill Patients, în *Hospital and Community Psychiatry* 42, nr. 5 (1991). Găsiți informații despre programele de îngrijire comunitară pentru cei fără adăpost în Gary Morse et al., Experimental Comparison of the Effects of Three Treatment Programs for Homeless Mentally Ill People, în *Hospital and Community Psychiatry* 43, nr. 10 (1992).

**615.** Workfare, formă de ajutor social, condiționat de efectuarea de către adulții apți de muncă a unor munci de interes public; cf. welfare, ajutor financiar sau de altă natură (necondiționat de prestarea de munci) dat de guvern persoanelor aflate în dificultate (n.tr. și n.ed.).

**616.** În L. Lamison-White, U.S. Bureau of the Census: Current Populations Report, se arată că 13,7 la sută dintre americani se află sub limita sărăciei, preluat din Jeanne Miranda și Bonnie L. Green, *Poverty and Mental Health Services Research*, p. 4.

**617.** Studiul care arată că 42 la sută dintre capii de familie care primesc AFDC îndeplinesc criteriile de depresie clinică este K. Moore et al., *The JOBS Evaluation: How Well Are They Faring? AFDC Families with Preschool-Aged Children in Atlanta at the Outset of the JOBS Evaluation*, publicat de U.S. Department of Health and Human Services, 1995.

**618.** Studiul din care reiese că 53 la sută dintre femeile însărcinate care primesc ajutor social îndeplinesc criteriile de depresie majoră este J.C. Quint et al., *New Chance: Interim Findings on a Comprehensive Program for Disadvantaged Young Mothers and Their Children*, publicat de Manpower Demonstration Research Corporation, 1994.

**619.** Faptul că la persoanele cu probleme psihiatrice probabilitatea de a trăi din ajutor social este cu 38 la sută mai mare decât la cele fără probleme psihiatrice este arătat în R. Jayakody și H. Pollack, *Barriers to Self-Sufficiency among Low-Income, Single Mothers: Substance Use, Mental Health Problems, and Welfare Reform*. Lucrarea a fost prezentată la Association for Public Policy Analysis and Management, Washington, D.C., noiembrie 1997.

**620.** Faptul că guvernele statelor și cel federal cheltuiesc cam 20 de miliarde de dolari pe an cu transferurile de bani lichizi către adulți săraci nevârstnici și copiii lor și cheltuiesc cam aceeași sumă pe tichete de masă pentru astfel de familii este luat din Green Book a U.S. House of Representatives Committee on Ways and Means, 1998. Sunt citate, la p. 411,

cheltuieli ale guvernului federal de 11,1 miliarde de dolari, iar ale guvernelor statale de 9,3 miliarde de dolari pentru ajutor acordat familiilor cu copii în îngrijire (Aid to Families with Dependent Children – AFDC). Aceasta nu include încă 1,6 miliarde ale costurilor administrative federale și 1,6 miliarde ale costurilor administrative federale statale. Costurile federale citate pentru ajutor temporar acordat familiilor nevoiașe (Temporary Assistance for Needy Families – TANF) sunt de 23,5 miliarde de dolari pentru tichete de masă și 2 miliarde cheltuieli administrative. Guvernul federal și cele statale au avut cheltuieli administrative de 1,8 miliarde de dolari. Statisticile legate de TANF sunt la p. 927.

**621.** Despre neajunsurile din sistemul ajutorului social – în acest exemplu, asistența socială pentru copii –, v. Alvin Rosenfeld et al., *Psychiatry and Children in the Child Welfare System*, în *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 7, nr. 3 (1998). Autorii scriu: „Spre deosebire de sistemul de îngrijire a sănătății mintale, de asistența socială pentru copii se ocupă, de obicei, personal nemedical [...]. Cei mai mulți dintre copiii aflați în grija statului au nevoie, probabil, de o evaluare psihiatrică; puțini au parte de ea“, p. 527.

**622.** Jeanne Miranda a fost un adevărat pionier în această zonă. Printre cele mai importante publicații ale sale se numără *Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: A randomized controlled trial*, Kenneth Wells et al., *Journal of the American Medical Association* 283, nr. 2 (2000); Jeanne Miranda et al., *Unmet mental health needs of women in public-sector gynecologic clinics*, în *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 178, nr. 2 (1998); *Introduction to the special section on recruiting and retaining minorities in psychotherapy research*, în *Journal of Consulting Clinical Psychologist* 64, nr. 5 (1996) și Jeanne Miranda et al., *Recruiting and retaining low-income Latinos in psychotherapy research*, în *Journal of Consulting Clinical Psychologist* 64, nr. 5 (1996).

**623.** Faptul că pentru toate programele de tratament menționate costurile totale pe pacient sunt sub 1.000 de dolari pe an a fost discutat într-un volum mare de corespondență cu cercetătorii. Cifrele exacte pentru aceste programe sunt, desigur, foarte greu de calculat și de comparat, din cauza diferențelor dintre programele de tratare, formule și servicii. Jeanne Miranda și-a estimat costurile sub 100 de dolari pe pacient; Emily Hauenstein a dat costuri totale de 638 de dolari pe persoană pentru regimuri de tratament care includ circa treizeci și șase de ședințe de terapie. Calcularea costurilor activității lui Glen Treisman se bazează pe cifrele pe care mi le-a trimis într-un e-mail din 30 octombrie 2000. El și-a estimat costurile de operare la 250.000-350.000 de dolari pe an pentru servicii de îngrijire a pacienților la domiciliu, care cuprind 2.500-3.000 de pacienți. Costul mediu pe pacient este, prin urmare, de circa 109 dolari.

**624.** Faptul că, de obicei, depresia celor săraci nu se manifestă în zona cognitivă a eșecului personal și a culpabilității, ci prin somatizare, este arătat în *Marvin Opler și S. Mouchly Small, Cultural variables Affecting Somatic Complaints and Depression*, în *Psychosomatics* 9, nr. 5 (1968).

**625.** Articolul din *The New England Journal of Medicine* despre legătura dintre greutățile economice și depresie este al lui John Lynch et al., *Cumulative Impact of Sustained*

Economic Hardship on Physical, Cognitive, Psychological, and Social Functioning, vol. 337 (1997).

[626](#). Despre fenomenul neputinței dobândite, v. Martin Seligman, *Learned Optimism*.

[627](#). Rata schizofreniei la persoanele cu venit mic este în Carl Cohen, *Poverty and the Course of Schizophrenia: Implications for Research and Policy*, în *Hospital and Community Psychology* 44, nr. 10 (1993).

[628](#). Annabel Lee, versul 9 (trad. rom. de Dan Botta, în Edgar Allan Poe, *Scrieri alese*, Editura Univers, București, 1979, p. 667).

[629](#). „Gaura“ din stratul de ozon antarctic este definită ca o „zonă care are mai puțin de 220 de unități dobson pe coloană (adică între sol și spațiul cosmic)“. După cum arată site-ul Environmental Protection Agency, „cuvântul gaură nu este potrivit; gaura este, de fapt, o subțiere semnificativă, sau o reducere a concentrației de ozon, care rezultă din distrugerea a aproape 70 la sută din ozonul care se găsește în mod normal deasupra Antarcticii. “ Citez din *One Earth, One Future: Our Changing Global Environment*, p. 135: „Primul semn neîndoielnic de modificare provocată de om a mediului global a apărut în 1985, când o echipă de oameni de știință britanici a publicat rezultate care au uimit comunitatea mondială a celor care se ocupă de chimia atmosferică. Joseph Farman, de la British Meteorological Survey, și colegii săi au raportat în jurnalul științific *Nature* că deasupra Antarcticii concentrația stratului de ozon stratosferic a scăzut cu peste 40 la sută față de nivelul de bază din octombrie, prima lună de primăvară în emisfera sudică, între 1977 și 1984. Cei mai mulți dintre oamenii de știință au primit vestea cu neîncredere.“ Vedeți site-ul EPA dedicat găurii din stratul de ozon, [www.epa.gov/ozone/science/hole/holehome.html](http://www.epa.gov/ozone/science/hole/holehome.html). British Antarctic Survey publică anual actualizări ale situației stratului de ozon antarctic. Pentru informații curente, v. [www.nbs.ac.uk/public/icd/jds/ozone/index/html](http://www.nbs.ac.uk/public/icd/jds/ozone/index/html).

## X

# Politica

În descrierea actuală a depresiei, politica joacă un rol la fel de însemnat ca știința. Cine cercetează depresia; ce se face în privința ei; cine este tratat; cine nu este; cine e socotit vinovat; cine are parte de îngrijire deosebită; cât se plătește pentru ea; ce nu se știe; toate aceste întrebări sunt decise în sanctuarele puterii. Politica stabilește, de asemenea, modalitatea de tratare: oamenii trebuie să fie internați? Trebuie să fie tratați în cadrul comunității? Tratamentul celor depresivi trebuie să rămână în mâinile medicilor, sau să fie asumat de asistenții sociali? Ce fel de diagnosticare e necesară pentru a garanta o intervenție bazată pe fonduri guvernamentale? Vocabularul depresiei, ce poate da abilități excepționale persoanelor marginale care n-au nici un mijloc de a-și descrie ori de a-și înțelege trăirile, este manipulabil la nesfârșit. Membrii mai avantajați ai societății își trăiesc boala prin intermediul acestui vocabular, alcătuit, în mod neconfidențial, de Congres, de Asociația Medicilor Americani și de industria farmaceutică.

Definițiile depresiei influențează puternic deciziile politice, care, la rândul lor, au impact asupra bolnavilor. Dacă depresia e o „simplă suferință organică“, atunci trebuie tratată asemenea altor simple suferințe organice – companiile de asigurări trebuie să ofere acoperirea depresiei majore așa cum acoperă tratamentul cancerului. Dacă depresia își are originea în natura omului, atunci e vina celor care suferă de ea și nu se bucură de mai multă

protecție decât prostia. Dacă poate să afecteze pe oricine, oricând, atunci trebuie avută în vedere prevenirea; dacă este ceva care-i lovește doar pe cei săraci, fără școală sau insuficient reprezentați pe plan politic, atunci accentul pus pe prevenire este mult mai mic în societatea noastră lipsită de echitate. Dacă oamenii depresivi vatămă alți oameni, starea lor trebuie controlată, spre binele societății; dacă pur și simplu stau acasă ori dispar, invizibilitatea lor îi face să fie ușor de ignorat.

Politica guvernului SUA în privința depresiei s-a schimbat în ultimul deceniu și continuă să se schimbe; [630](#) și în multe alte țări au avut loc schimbări substanțiale. Patru factori principali influențează perceperea depresiei – și, astfel, implementarea politicii privitoare la ea – la nivel guvernamental. Primul este factorul medical. În conștiința americanilor, este adânc înrădăcinată ideea că nu trebuie să tratăm o boală pe care cineva și-a provocat-o sieși ori pe care a stimulat-o din slăbiciune de caracter, deși măcar ciroza și cancerul sunt acoperite de asigurare. Persistă concepția publică generală că mersul la psihiatru este un fel de răsfăț, că e ceva mai degrabă ca mersul la coafor decât la oncolog. Tratarea unei tulburări sufletești ca boală ce ține de medicină contravine acestei absurdități, ia responsabilitatea de pe umerii persoanei care are acea boală și ușurează „justificarea” tratamentului. Al doilea factor care modelează percepția este excesiva simplificare (ce distonează ciudat cu cei două mii cinci sute de ani de insuficientă claritate în privința a ceea ce este depresia), în special prezumția populară că depresia e rezultatul nivelului scăzut de serotonină, în același fel în care diabetul e rezultatul nivelului scăzut de insulină – idee susținută mult și de industria farmaceutică, și de Departamentul pentru Alimente și Medicamente (FDA – Food and Drug Administration). Cel de-al treilea factor este vizualizarea. Dacă pui alături o imagine a creierului depresiv (colorat, ca să arate rata metabolismului) și o imagine a creierului normal (colorat și el), efectul este izbitor: oamenii depresivi au creierul cenușiu, iar cei fericiți au creierul tehnicolor. Diferența este emoționantă și științifică deopotrivă și, cu toate că e total artificială (culorile reflectă tehnici de vizualizare, nu tonurile și nuanțele reale), o astfel de imagine

valorează cât o mie de cuvinte și tinde să convingă oamenii de necesitatea unui tratament imediat. Cel de-al patrulea factor e lipsa de forță a lobby-ului pentru sănătatea mintală. „Oamenii depresivi nu cicălesc destul“, spune Lynn Rivers, membră a Camerei Reprezentanților (democrată, Michigan). Atenția față de anumite boli este, în general, rezultatul eforturilor conjugate ale grupurilor de lobby de a conștientiza acele boli: reacția grozavă față de HIV/SIDA a fost stimulată de tacticile spectaculoase ale categoriei de populație care avea această boală sau risca să se molipsească. Din păcate, persoanele depresive tind să considere viața de zi cu zi copleșitoare și, prin urmare, nu se pricep să facă lobby. În plus, mulți dintre cei care au fost depresivi, chiar dacă se simt mai bine, nu vor să vorbească despre asta: depresia e un secret degradant, și e greu să faci lobby pentru secretele tale degradante fără să le aduci la lumina zilei. „Suntem uimiți când oamenii vin la reprezentanții lor să declare gravitatea unei anumite boli“, spune John Porter, membru al Camerei Reprezentanților (republican, Illinois), care, ca președinte al Subcomitetului pentru Muncă, Sănătate și Atribuirea Serviciilor pentru Populație, domină discuțiile din Cameră despre bugetele pentru boli mintale. „Trebuie să resping amendamente supuse aprobării, pentru că reflectă surescitarea câte unuia față de o poveste pe care a auzit-o și care cere ca unei anumite boli să i se aloce o anumită sumă. Membrii Congresului încearcă adesea să facă asta – dar rareori pentru bolile mintale.“ Totuși, câteva grupuri de lobby pentru sănătatea mintală din SUA pledează pentru cauza celor depresivi, cele mai remarcabile fiind Alianța Națională pentru Bolnavii Mintal (National Alliance for the Mentally Ill – NAMI) și Asociația Națională a Depresivilor și Maniaco-Depresivilor (National Depressive and Manic Depressive Association – NDMDA).

Cea mai mare piedică în calea progresului rămâne, probabil, stigmatul social atașat depresiei, lucru care nu se întâmplă cu nici o altă boală și pe care Steven Hyman, directorul Institutului Național pentru Sănătatea Mintală l-a descris ca „dezastru al sănătății publice“. Multe dintre persoanele cu care am vorbit în vreme ce scriam această carte mi-au cerut să nu le folosesc numele adevărate, să nu le dezvălui identitatea. I-am întrebat ce anume cred că s-ar

Întâmpla dacă lumea ar afla că au fost depresivi. „Lumea ar ști că sunt slab“, a spus un bărbat, al cărui succes fantastic în carieră, în ciuda bolii cumplite, mi se părea semnul unei puteri grozave. Oamenii care „au ieșit din tainiță“ și au vorbit în public despre faptul că sunt gay, că sunt alcoolici, că sunt victimele unor boli transmisibile sexual – într-un caz, că a agresat un copil – rămâneau totuși prea ezitanți în a fi înregistrați drept depresivi. A fost nevoie de destulă trudă ca să gădesc oameni a căror istorie să apară în această carte – nu din cauză că depresia e rară, ci pentru că cei care – legat de ea – sunt sinceri cu ei înșiși și cu restul lumii sunt o excepție. „Nimeni n-ar avea încredere în mine“, a spus un avocat depresiv care-și luase mult timp liber în anul precedent, „să fac planuri de viitor“. Inventase o întreagă istorie despre sine pentru lunile în care a lipsit, și a cheltuit o energie considerabilă (inclusiv fotografiile de vacanță trucate) pentru a da credibilitate poveștilor. În vreme ce așteptam liftul în clădirea mare cu birouri în care tocmai îi luasem interviul, m-a abordat unul dintre angajații de rang mai mic. Alibiul meu era că trebuia să consult un avocat în privința unui contract, și tânărul m-a întrebat cu ce mă ocup. I-am spus că lucrez la cartea aceasta. „O!“, a spus, și l-a numit pe bărbatul căruia tocmai îi luasem interviul. „Ei bine, tipul ăsta“, a zis el din proprie inițiativă, „a trecut printr-o cădere psihică adevărată, totală. Depresie, psihoză, ziceți-i cum vreți. A fost dus de-a binelea cu pluta o vreme. Încă mai e cam ciudat; are în birou pozele alea aiurite de pe plajă și inventează povești despre sine. Cam dus cu pluta. Dar s-a întors la lucru și, profesional vorbind, e mai bun ca mulți alții. Ar trebui să vă vedeți cu el și să aflați despre asta, dacă puteți.“ În acest caz, avocatul părea să se bucure mai degrabă de prestigiu pentru abilitatea sa în lupta contra depresiei decât să sufere stigmatul bolii; iar disimularea sa a fost o minciună care n-a convins, asemenea unui transplant nereușit al părului – fapt mult mai ridicol decât orice ar fi putut crea natura. Secretul e însă ubicuu. După ce a apărut articolul meu din *New Yorker*, am primit scrisori care se încheiau cu „De la cineva care știe“, „Al dumneavoastră, fără nume“ și „Un învățător“.

N-am mai lucrat niciodată cu un subiect care să atragă atâtea confidențe ca acesta; oamenii mi-au spus cele mai uimitoare povești la dineuri, în tren și



oriunde altundeva pomeneam despre subiectul meu, dar aproape toți spuneau: „Dar vă rog să nu mai spuneți nimănui.“ O persoană cu care am stat de vorbă m-a sunat și a spus că mama ei a amenințat-o că nu mai vorbește niciodată cu ea dacă acceptă să-i apară numele în această carte. Starea firească a minții este închisă, iar sentimentele profunde sunt, de obicei, ținute ascunse. Cunoaștem oamenii doar prin ceea ce ne spun. Nici unul dintre noi nu poate să treacă de bariera tăcerii insondabile a altcuiva. „Nu vorbesc niciodată de asta“, mi-a spus cineva despre lupta sa, „pentru că nu văd ce rost ar avea.“ Suntem orbi la proporțiile epidemice ale depresiei pentru că realitatea e rostită atât de rar; iar realitatea e rostită atât de rar parțial din cauză că nu ne dăm seama cât de răspândită este.

Am avut o experiență extraordinară în timpul unei petreceri date de o familie la un sfârșit de săptămână, în Anglia. Am fost întrebat cu ce mă ocup și am recunoscut că scriu o carte despre depresie. După cină, o femeie frumoasă, cu păr lung și blond, strâns pe ceafă într-o buclă, s-a apropiat de mine în grădină. Punându-și ușor palma pe brațul meu, a întrebat dacă putem vorbi un pic, și, în următoarea oră, ne-am plimbat prin grădină, în vreme ce ea îmi povestea despre nefericirea ei și despre lupta cu depresia. Lua medicamente, și asta o ajuta întru câtva, dar tot se simțea incapabilă să facă față multor situații și se temea că starea ei de spirit are să-i distrugă, în cele din urmă, căsnicia. „Te rog“, a spus când am încheiat discuția, „să nu spui nimănui despre asta. Mai ales soțului meu. Nu trebuie să știe. N-ar înțelege și n-ar putea accepta.“ Mi-am dat cuvântul. Era un sfârșit de săptămână frumos, cu soare și, seara, cu foc plăcut în șemineu, iar grupul nostru, inclusiv femeia care-și deschisese inima în fața mea, o ținea tot într-o glumă. Duminică, după prânz, am pornit călare împreună cu soțul femeii depresive. Pe la jumătatea drumului de întoarcere la grajduri, el s-a răsucit brusc către mine și a zis, stingherit: „Eu nu vorbesc prea mult.“ Și apoi, s-a oprit din vorbit și din mers. M-am gândit că o să mă întrebe ceva despre soția sa, cu care mă văzuse vorbind în mai multe rânduri. „Nu cred că mulți tipi ar înțelege cu adevărat.“ Și-a dres glasul. Eu am zâmbit încurajator. „E depresia“, a spus, în cele din urmă. „Scrii despre depresie, nu?“ Am spus că da și am așteptat o vreme. „Ce te-a

făcut să scrii despre un astfel de subiect?” a întrebat. I-am spus că am avut eu însumi depresie și am început explicația obișnuită, dar m-a întrerupt. „Ai avut? Ai avut o depresie și acum scrii despre asta? Pentru că, uite – și nu-mi place s-o spun, dar e adevărul. Am avut o perioadă îngrozitoare. Nu pot să pricep de ce. O viață bună, căsnicie bună, copii buni, toate astea, sunt foarte apropiat de toți, dar a trebuit, de fapt, să mă duc la psihiatru, iar el mi-a prescris pastilele astea afurisite. Așa că acum mă simt un pic mai aproape de mine însumi – dar, știi, chiar sunt eu însumi? Dacă pricepi ce vreau să zic – nu le-aș spune niciodată soției ori copiilor, pentru că, pur și simplu, n-ar pricepe, aș scădea în ochii lor ca șef al familiei. Curând, o să renunț la pastile – dar, știi, cine sunt eu în toate astea?” La sfârșitul discuției m-a pus să jur că nu spun nimănu.

Nu i-am spus bărbatului că soția lui ia aceleași medicamente ca el; nici nu i-am spus soției că soțul ei ar fi în stare să înțeleagă cum nu se poate mai bine situația ei. Nu le-am spus nici unuia că a trăi cu secrete e tare greu și că depresia lor era probabil agravată de rușine. N-am spus că o căsnicie în care nu se face schimb de informații fundamentale e șubredă. Totuși, i-am spus fiecăruia dintre ei că depresia e adesea ereditară și că ar trebui să fie atenți la copiii lor. Am spus că sinceritatea e o obligație față de generația următoare.

E sigur că mărturisirile spectaculoase făcute recent de o serie de celebrițiți au ajutat la destigmatizarea depresiei. Dacă Tipper Gore,<sup>631</sup> și Mike Wallace,<sup>632</sup> și William Styron<sup>633</sup> pot, cu toții, să vorbească despre depresie, atunci poate că și persoanele aflate mai puțin în atenția generală pot vorbi despre ea. Odată cu publicarea acestei cărți, am renunțat la o intimitate convenabilă. Trebuie totuși să spun că faptul că am vorbit despre depresia mea a făcut să-mi fie mai ușor să suport boala și să împiedic revenirea ei. Recomand scoaterea la lumină a depresiei. Secretele sunt împovărătoare și epuizante, iar stabilirea momentului în care să transmiți informația pe care ai reținut-o până atunci e cu adevărat dificilă.

De asemenea, e uimitor, dar adevărat faptul că, indiferent ce spui despre depresia ta, oamenii nu te cred decât dacă arăți cu adevărat foarte depresiv când se uită la tine și-ți vorbesc. Mă pricep să-mi maschez starea de spirit; așa cum mi-a spus odată un psihiatru, sunt „dureros de suprasocializat“. Cu toate acestea, am rămas cu gura căscată când un tip pe care-l cunoșteam m-a sunat să-mi spună că se duce la Alcoolicii Anonimi și vrea să-și ceară scuze pentru că uneori s-a arătat rece, atitudine cauzată, a spus el, nu de snobism, ci de o profundă invidie față de viața mea, „care arăta perfect“. Nu m-am apucat să înșir nenumăratele imperfecțiuni ale vieții mele, dar l-am întrebat cum poate să spună că mă invidiază pentru articolul din *New Yorker*, să se intereseze cum merge cartea aceasta, și totuși să creadă că viața mea pare perfectă. „Știi că ai fost depresiv la un moment dat“, a spus el, „dar asta nu pare să fi avut vreun efect asupra ta.“ Am spus că, de fapt, asta mi-a schimbat și mi-a determinat restul vieții, dar îmi dădeam seama că vorbele mele nu ajungeau la țintă. Nu mă văzuse niciodată ghemuit în pat și nu putea percepe deloc imaginea. Intimitatea mea era uluitor de nepătrunsă. De curând, un redactor de la *New Yorker* mi-a spus că n-am fost cu adevărat depresiv niciodată. Am protestat, spunând că oamenii care n-au fost niciodată depresivi nu înclină să susțină că ar fi fost, dar nu l-am putut convinge. „Ei, haide“, a zis. „Ce naiba motiv de deprimare ai tu?“ Am fost înghițit de propria vindecare. Povestea și crizele mele păreau irelevante; iar faptul că am afirmat în public că iau anti-depresive nu părea să-i clatine convingerea. Acesta e ciudatul revers al stigmatului. „Nu mă duci tu pe mine cu toată povestea asta cu depresia“, mi-a zis. Era ca și cum eu și cei despre care scrisesem conspiram să smulgem de la lume mai multă simpatie decât ni se cuvenea. M-am izbit iar și iar de paranoia asta – și încă mă uimește. Nimeni nu i-a spus vreodată bunicii mele că nu are cu adevărat o boală de inimă. Nimeni nu spune că rata crescătoare a cancerului de piele este doar în imaginația publicului. Dar depresia este atât de înspăimântătoare și de neplăcută, încât mulți oameni neagă prompt boala și-i dezavuează pe cei care suferă de ea.

Și totuși, există o linie subțire între a fi deschis și a fi obositor. Vorbitul despre depresie strică buna dispoziție, și nimic nu e mai plictisitor decât

cineva care vorbește tot timpul despre suferința sa. Când ești depresiv, nu te prea poți controla, iar depresia e tot ce ți se-ntâmplă; dar asta nu înseamnă că depresia trebuie să fie principalul tău subiect de conversație tot restul vieții. Am auzit adesea oameni spunând: „Mi-au trebuit ani întregi până să fiu în stare să-i spun psihiatrului meu că...” și mi-am spus că e o nebunie să repeți la cocktailuri lucrurile pe care i le spui psihiatrului.

Prejudecata, adânc înrădăcinată în nesiguranță, există în continuare. De curând, în vreme ce eram în mașină cu niște cunoscuți, am trecut pe lângă un spital. „Ei, ia uite“, a spus unul dintre ei. „Aici a fost electrocutată Isabel.“ Și și-a rotit arătătorul stâng în jurul urechii, semnalând nebunia. Tot elanul meu de militant a țâșnit la suprafață și l-am întrebat ce s-a întâmplat cu Isabel, și am aflat, așa cum bănuisem, că i s-a făcut terapie cu electroșocuri la acel spital. „Trebuie să fi avut o perioadă grea“, am spus, încercând să-i iau apărarea bieteii fete fără să mă dau de gol. „Gândește-te cât de șocant trebuie să fie să ți se facă electroșocuri.“ El a izbucnit în râs. „Aproape că mi-am făcut singur tratament cu electroșocuri mai deunăzi, când am încercat să repar fohnul nevestii-mi“, a zis. Sunt un mare admirator al simțului umorului, și n-am fost jignit de-a binelea, dar am încercat – și n-am reușit – să-mi închipui că trecem prin fața unui spital în care lui Isabel i se făcuse chimioterapie și facem același soi de glume.

Legea pentru americanii cu dizabilități (Americans with Disabilities Act – ADA),<sup>634</sup> decretată de Congres, asigură persoanelor cu dizabilități o adaptare semnificativă și le impune angajatorilor să nu blocheze angajarea persoanelor cu boli mintale. Aceasta creează probleme grele, multe dintre ele ajunse în atenția publicului după apariția cărții *Listening to Proz*. Trebuie oare ca patronul tău să aibă dreptul să-ți ceară să iei antidepresive dacă nu lucrezi cu viteza dorită? Dacă devii retras, trebuie să aibă dreptul să te concedieze pentru că nu faci ceea ce se cuvine? E adevărat că oamenii care au o boală ținută sub control n-ar trebui să fie împiedicați să muncească atât cât le stă în puteri. Pe de altă parte, adevărul crunt este că paraplegicii nu pot munci ca hamali, iar fetele grase nu pot fi supermodele. Dacă aș angaja pe

cineva care cade periodic în depresie, aș fi tare frustrat. Prejudicata și pragmatica interacționează în defavoarea celor cu depresie, izbitor în unele zone și mai puțin izbitor în altele. Asociația Federală de Aviație (Federal Aviation Association)<sup>635</sup> nu le îngăduie persoanelor care suferă de depresie să piloteze avioane de pasageri; dacă un pilot începe să ia antidepresive, trebuie să-și dea demisia. Efectul acestui lucru este, probabil, că mulți piloți depresivi evită tratamentul, și bănuiesc că pasagerii sunt mult mai puțin în siguranță decât dacă ar zbura cu piloți care iau prozac. Acestea fiind spuse, putem ieși din crizele cele mai acute; medicamentele dau multă putere; dar flexibilitatea are limite. N-aș vota pentru un președinte fragil. Aș vrea ca lucrurile să nu stea așa. Ar fi plăcut să vezi că lumea e condusă de cineva care înțelege din experiența personală prin ce am trecut eu și alții ca mine. N-aș putea să fiu președinte, și ar fi un dezastru pentru lume dacă aș încerca. Cele câteva excepții de la regulă – Abraham Lincoln sau Winston Churchill au avut amândoi depresie – își folosesc anxietatea și starea de îngrijorare ca bază a conducerii, dar pentru asta e nevoie de o personalitate cu adevărat remarcabilă și un anume tip de depresie, care să nu te scoată din circulație în momentele cruciale.

Pe de altă parte, depresia nu face inutil pe cineva. Când am venit cu Paul Bailey Mason în contact pentru prima oară, el suferise de depresie în cea mai mare parte a vieții; era, de fapt, a cincizecea aniversare a primei sale serii de electroșocuri. A avut o viață plină de traume; în adolescență, când a avut „probleme disciplinare“, mama lui a pus niște prieteni, membri ai Ku Klux Klan, să-l atace. Mai târziu, a fost internat într-un institut de sănătate, iar acolo aproape că a fost omorât în bătaie; a reușit, în cele din urmă, în timpul unei revolte a pacienților, să fugă. A primit ajutor social pentru infirmitate totală aproape douăzeci de ani. În această perioadă, a făcut două masterate. Când se apropia de șaptezeci de ani, afectat de dubla povară a vârstei și a istoricului medical, a încercat să-și găsească de lucru, iar autoritățile de la toate nivelurile i-au spus că nu există nimic de lucru pentru cineva ca el și n-ar trebui să se mai agite. Eu știu ce lucrător productiv e Mason, pentru că am citit

șirul lung de scrisori pe care le-a trimis la serviciile de reintegrare în muncă din Carolina de Sud, unde locuiește, la biroul guvernatorului și la oricine i-a venit în minte – pe care mi le-a dat și mie, în copie. Cu medicamente, pare să funcționeze bine în cea mai mare parte a timpului. Simplul număr de cuvinte era copleșitor. Lui Mason i s-a spus că toate ofertele disponibile pentru oamenii aflați în situația lui sunt de muncă manuală, și că, dacă dorește o slujbă în care să-și folosească mintea, n-are decât să se descurce singur. Acceptând posturi ocazionale în învățământ, dintre care multe implicau o navetă îngrozitoare, a reușit să nu-și piardă mințile în vreme ce scria sute și sute de pagini în care-și susținea poziția, explica situația în care se află, cerea ajutor – toate acestea aducându-i, în schimb, câteva scrisori oficiale. Citindu-le, mă îndoiesc că scrisorile lui Paul au ajuns vreodată la cineva care ar fi fost în stare să-l ajute. „Depresia își creează propria închisoare“, mi-a scris. „Șed aici, într-un apartament cu care mă împac anevoie, și mă lupt să găsesc un serviciu. Când nu mai pot suporta singurătatea, ca anul trecut, de Crăciun, mă duc să mă plimb cu metrourul în jurul Atlantei. E apropierea cea mai mare de oameni pe care o pot avea în aceste condiții.“ Punctele sale de vedere le-am regăsit la multe alte persoane pe care le-am întâlnit. O femeie care se simțea izolată pe plan social de eșecurile profesionale scria: „Sunt cu totul sufocată de povara faptului că nu sunt angajată.“

Richard Baron a fost membru în consiliul de conducere al Asociației Internaționale a Serviciilor de Readaptare Psihosocială (*International Association of Psycho-social Rehabilitation Services* – IAPRS), organizație a lucrătorilor nemedici din domeniul psihiatriei, care are în prezent aproape două mii de membri. Oamenii depresivi înșiși, scrie el, „au început să-și exprime îngrijorarea profundă față de vacuitatea vieții lor comunitare, lipsită de beneficiile unei slujbe lucrative, care să le consolideze eul și să le creeze legături sociale, demonstrând cât de categorică rămâne – drept parte fundamentală a procesului de recuperare – munca“.<sup>636</sup> Analiza programelor actuale de ajutor dezvăluie o problemă imensă. Persoanele depresive din SUA ce reușesc să fie incluse în categoria celor cu dizabilități

sunt eligibile pentru sistemul de asigurări sociale pentru persoane cu dizabilități (Social Security Disability Insurance – SSDI) și sistemul veniturilor de asigurări suplimentare (Supplemental Security Income – SSI); se califică, de asemenea, pentru Medicaid, care plătește tratamente permanente ce au tendința de a fi costisitoare. Persoanele care primesc SSDI și SSI se tem să-și ia un serviciu, ca să nu le piardă; de fapt, mai puțin de jumătate de procent dintre cei care primesc SSDI și SSI renunță la ele, ca să reintre în forțele de muncă. „Subcultura bolilor mintale grave nu posedă «înțelepciunea populară»“, scrie Baron, „la fel de nezdruccinată (și complet greșită) ca ideea că oamenii care se întorc la locul de muncă își vor pierde pe dată beneficiile SSI și nicicând n-o să mai fie în stare să le primească. Sistemul sănătății mintale recunoaște importanța obiectivului ocupării forței de muncă, dar îi rămâne paralizată capacitatea de a găsi fonduri pentru serviciile de readaptare“.

Cu toate că în cadrul industriei farmaceutice s-au făcut studii cu aplicabilitate imediată în domeniul sănătății mintale, în SUA mecanismele cele mai simple ale creierului sunt identificate la Institutul Național pentru Sănătate Mintală (National Institute of Mental Health – NIMH), aflat într-un campus uriaș, care se întinde în Bethesda, Maryland. Este unul dintre cele douăzeci și trei de domenii din bugetul Institutelor Naționale pentru Sănătate (National Institutes of Health – NIH); [637](#) alt domeniu este Administrația Serviciilor pentru Abuzul de Substanțe Toxice și Sănătate Mintală (Substance Abuse and Mental Health Services Administration – SAMHSA), care desfășoară o activitate legată de depresie, dar nu face parte din NIMH. Și la NIMH, și la SAMHSA, beneficiul nemijlocit al cercetării aplicative este subordonat lărgirii cunoștințelor prin intermediul cercetării fundamentale. „Dacă poți descoperi secretele bolii“, spune în mod pragmatic John Porter, din Camera Reprezentanților, „poți face multe pentru a preveni boala. Dacă pui bani în cercetare, poți, în cele din urmă, să salvezi vieți și să elimini suferința. Oamenii încep să vadă că beneficiile sunt foarte mari în raport cu investiția făcută.“

La începutul anilor '90, Congresul SUA a cerut unui grup de șase mari câștigători ai Premiului Nobel să propună câte două subiecte pentru cercetări importante.<sup>638</sup> Cinci din șase au ales creierul. Congresul a declarat perioada dintre 1990 și 2000 „Deceniul creierului“ și a alocat resurse imense cercetării în domeniul creierului. „Aceasta va fi păstrată în memorie ca una dintre cele mai importante hotărâri votate de Congres pentru progresul cunoștințelor omenirii despre sine însăși“, a spus Bob Wise, membru al Camerei Reprezentanților (democrat, Virginia de Vest). În „deceniul creierului“, fondurile pentru bolile mintale au crescut enorm, iar „oamenii au început să înțeleagă că boala mintală e o boală ca oricare alta“, spune Porter, „Oamenii obișnuiau să vadă boala mintală ca pe o groapă fără fund, care înghite banii, cere tratament psihiatric interminabil, cu contorul învârtindu-se tot timpul, cu progres îndoielnic. Noile medicamente au schimbat toate astea. Acum totuși, mă îngrijorează faptul că începem să ne întoarcem privirea de la cei pe care nu-i ajută ori nu-i pot ajuta medicamentele.“

În guvernul SUA, senatorul Paul Wellstone (democrat, Minnesota) și senatorul Pete Dominici (republican, New Mexico) au fost avocații cei mai aprigi ai perfecționării legii sănătății mintale. Pe moment, lupta politică din faza centrală privește echivalarea asigurării. Chiar și americanii care au o acoperire cuprinzătoare a problemelor de sănătate au adesea prevederi limitate pentru sănătatea mintală; de fapt, peste 75 la sută din planurile de sănătate din SUA oferă o acoperire mai mică pentru problemele legate de sănătatea mintală decât pentru celelalte boli.<sup>639</sup> Atât la nivelul pe viață, cât și la cel anual, asigurarea noastră de sănătate mintală poate fi plafonată la mai puțin de 5 la sută din plafonul pentru bolile „normale“. De la începutul lui 1988 încoace, nu este legal pentru companiile din SUA cu peste cincizeci de angajați care oferă planuri de sănătate să aibă plafoane reduse ale acoperirii sănătății mintale, dar aceste companii pot încă să aibă o cofinanțare (suma pe care pacientul trebuie s-o plătească în comparație cu ceea ce plătește asiguratorul) mai mare pentru bolile mintale decât pentru alte afecțiuni, așa încât bolile încă nu sunt, de fapt, acoperite în mod comparabil. „Faptul că cele mai multe



polițe nu oferă pentru fiica mea, care are depresie, acoperire pe aceeași bază ca în cazul în care ar avea epilepsie este pur și simplu incredibil“, spune Laurie Flynn, care conduce Alianța Națională pentru Bolnavii Mintal (National Alliance for the Mentally Ill – NAMI), cel mai important grup de lobby pentru bolile mintale din țară. „Am o coplată favorabilă pentru artrită reumatoidă, deoarece e o boală «reală», iar boala fiicei mele nu este? Sănătatea mintală e foarte greu de definit; puțini oameni au sănătate mintală perfectă. Societatea noastră nu are vreo obligație, și nu-și poate permite, să-mi ofere asigurare pentru fericirea mea personală. Dar boala mintală e mult mai directă. E alăturarea la suita de grupuri lipsite de dreptul de reprezentare, care se ridică și-și cer partea cuvenită.“ Legea pentru americanii cu dizabilități (Americans with Disabilities Act – ADA) îi protejează pe cei cu „dizabilități fizice și mintale“, dar boala mintală continuă să fie o barieră strictă pentru angajare, iar stigmatul e apăsător. „Încă mai persistă ideea că, dacă ai fi cineva cu adevărat puternic“, spune Laurie Flynn, „nu ți s-ar fi întâmplat așa ceva. Dacă ai fi cu adevărat o persoană cu viață curată, un om cultivat, corect motivat, nu ți s-ar fi întâmplat.“

Asemenea tuturor mișcărilor politice, aceasta contează pe simplificarea excesivă. „E un dezechilibru chimic, ca la ficat sau rinichi“, spune Laurie Flynn. De fapt, există o dorință de a le avea pe amândouă: dorința de a fi tratat și dorința de a fi protejat. „Am avut o campanie de cinci ani pentru a pune capăt discriminării, prin convingerea lumii să privească aceste boli ca tulburări ale creierului, și nimic mai mult.“ Lucru dificil, căci ele sunt tulburări ale creierului – i ceva mai mult. Robert Boorstin e bipolar și se numără printre cei mai proeminenți oameni din țară care-și declară boala mintală. „Există în «mișcare» oameni“, spune el, „care-și ies cu totul din fire când văd cuvântul *ne un* folosit incorect.“

Organizațiile de întreținere a sănătății (*health maintenance organizations* – HMO) nu sunt o veste bună pentru cei cu depresie. Sylvia Simpson, care se confruntă în mod regulat în munca ei de medic la Johns Hopkins cu aceste organizații, nu are de spus decât povești de groază. „Îmi petrec din ce în ce mai mult timp la telefon cu reprezentanții companiilor de

sănătate, încercând să justifice faptul că pacienții sunt internați aici. Când pacienții sunt încă foarte, foarte bolnavi, dacă în acea zi n-au tendință acută de suicid mi se spune să-i externez. Eu spun că au nevoie să fie aici, iar ei spun: «Nu le dau voie.» Le spun membrilor familiei să ia telefonul, să-i sune pe avocați, să se lupte. Pacienții sunt, evident, prea bolnavi ca s-o facă. Simțim că trebuie să ținem oamenii aici până când nu e primejdios pentru ei să fie în altă parte. Așa că, până la urmă, familiile lor primesc nota de plată. Dacă n-o pot plăti, o anulăm. Nu putem continua această politică și, în plus, companiile de asigurări profită. Iar oamenii devin și mai depresivi; e pur și simplu groaznic.“ Adesea, la spitale mai puțin bogate, cu conducere mai puțin fermă, amortizarea datoriilor pacienților nu e posibilă; iar oamenii depresivi nu sunt în stare să pledeze pentru propriul caz în fața asiguratorilor lor. „Cunoaștem numeroase cazuri“, susține Laurie Flynn, „de oameni care – din cauza dispoziției organizațiilor de întreținere a sănătății (HMO) – au fost externați când nu erau pregătiți să iasă din spital și care s-au sinucis. Există decese produse de aceste polițe de asigurare.“ „Dacă ții pistolul la tâmplă“, spune Jeanne Miranda, „poate că ți se plătește tratamentul. Pune-l jos, și iar ești lăsat baltă.“

Depresia e o boală a naibii de costisitoare. Prima cădere psihică m-a costat pe mine – și asigurarea mea – cinci luni de muncă; consultații la psihofarmacolog în valoare de 4.000 de dolari; terapie conversațională în valoare de 10.000 de dolari; medicamente în valoare de 3.500 de dolari.<sup>640</sup> Firește, am economisit mult, pentru că n-am vorbit la telefon, nu m-am dus la restaurant, n-am cumpărat și n-am uzat haine; iar faptul că am locuit acasă la tata mi-a redus factura la electricitate. Dar chestiunile economice nu-s simple. „Să zicem că polița de asigurare îți acoperă 50 la sută din douăzeci de consultații pe an la psihiatru“, spune Robert Boorstin. „Plus, peste o mie de dolari, acoperă 80 la sută din medicamente. Și asta e socotită o poliță bună. Cine-și poate permite așa ceva? La a doua mea internare, asiguratorul mi-a spus că am atins plafonul, iar fratele meu a trebuit să pună pe cardul său American Express optsprezece mii de dolari, ca să fiu *primit* în spital.“ Ca

urmare, Boorstin și-a dat în judecată asiguratorul și l-a obligat să plătească facturile, dar resursele pentru astfel de procese sunt foarte puține. „Acum, cheltuiesc vreo douăzeci de mii de dolari pe an pentru menținerea sănătății mele mintale, fără spitalizare. Până și cea mai simplă depresie costă probabil de la două mii până la două mii cinci sute de dolari pe an, iar o internare de trei săptămâni începe de la paisprezece mii de dolari.“

De fapt, *Journal of Merit in Medicine* a estimat recent costul anual al depresiei în SUA la 48 de miliarde: 12 miliarde costuri directe și 31 de miliarde costuri indirecte. Din această sumă, se pierd 8 miliarde din cauza morții premature a unor membri cu potențial productiv ai forței de muncă; 23 de miliarde se pierd prin absență sau pierderea productivității la locul de muncă. Aceasta înseamnă că angajatorul mediu pierde doar circa 6.000 de dolari pe an per angajat depresiv.<sup>641</sup> „Modelul folosit în acest studiu“, scrie *JM*, „subvaluează costul real pentru societate, deoarece nu include efectele adverse ale durerii și suferinței și alte aspecte legate de calitatea vieții. În plus, aceste estimări evită exagerările, deoarece studiul n-a luat în calcul alte costuri importante, cum ar fi cheltuielile suplimentare acoperite din bugetul familiilor, spitalizarea excesivă pentru probleme nepsihiatrice cauzate de depresie și analizele excesive pentru diagnostice medicale generale, când depresia e cauza simptomelor pacientului.“

De când a introdus legislația sănătății mintale, în 1996,<sup>642</sup> senatorul Wellstone a condus bătălia pentru a scoate în afara legii acest fel de discriminări între bolile mintale și cele fizice. În vreme ce echivalarea legislativă încă mai are de așteptat, ideea că există o separație între bolile fizice și cele mintale eșuează, și este convenabil din punct de vedere politic, poate chiar necesar, să aderăm la concepția biologică, să fie lăsate reacțiile chimice să ușureze răspunderea personală, creând simetrie între boala mintală și bolile fizice grave. „Ar fi interesant să poți deschide cândva proces unui asigurator care a refuzat echivalarea și să afirmi, pe temeiul protecției egale, că tulburările mintale sunt tulburări fizice și că nu poți exclude boala mintală dacă vrei să acoperi toate problemele fizice definite și descrise de medici“, spune

senatorul Domenici. De curând, a fost aprobată legislația inițială a echivalării, dar este „o cutie cu spaghetti, are tare multe găuri“, după spusele membrei Camerei Reprezentanților Marcy Kaptur (democrată, Ohio). Nu se aplică la firmele cu puțini angajați; permite limite generale în dolari ale îngrijirilor medicale; le îngăduie asiguratorilor să aplice limitări stricte ale duratei internărilor sau ale serviciilor ambulatorii pentru persoanele cu boli mintale; și le permite asiguratorilor să ceară coplați mai mari și să stabilească sume deductibile mai mari pentru bolile mintale decât pentru cele fizice. Deși spiritul legii este îmbucurător, nu face prea multe pentru modificarea stării de fapt. Wellstone și Domenici speră să introducă o lege mai riguroasă.

E greu de găsit cineva din Congres care să se opună în principiu vindecării persoanelor cu boli mintale; „Opoziția e competiție“, spune John Porter, membru al Camerei Reprezentanților. Deși declarațiile despre natura tragică a sinuciderii și pericolul problemelor psihiatrice se îngrămădesc în Registrul Congresului, legile care vizează aceste statistici nu sunt date cu ușurință. Când crește aria asigurării, crește prețul asigurării, iar în SUA zilelor noastre asta înseamnă că mai puține persoane au asigurare medicală. Patru sute de mii de oameni ies din registrele asigurărilor pentru fiecare creștere de 1 la sută a costului asigurării.<sup>643</sup> Așa încât, dacă echivalarea bolilor mintale ar fi să salte costul îngrijirii medicale cu 2,5 la sută, încă un milion de americani ar rămâne fără asigurare.<sup>644</sup> Experimentele cu echivalarea au demonstrat că, de fapt, nu e obligatoriu să ridice costurile cu mai mult de 1 la sută; persoanele care primesc îngrijire adecvată a sănătății mintale sunt mult mai capabile să-și regleze regimul alimentar și exercițiile fizice și să se ducă la doctor la timp, pentru ca medicația preventivă să fie eficientă, astfel încât asigurarea de sănătate mintală își compensează din plin costul. În plus, având din ce în ce mai multe dovezi că persoanele cu depresie majoră sunt mult mai frecvent expuse la o serie de boli (printre care infecții, cancer și boli de inimă) decât restul populației, îngrijirea sănătății mintale devine o parte a unui program bine echilibrat din punct de vedere economic și social pentru sănătatea fizică. În locurile în care a fost introdusă echivalarea, costul general

suplimentar în primul an este sub 1 la sută pentru asigurarea familială.<sup>645</sup> Cu toate acestea, lobby-ul asigurărilor se teme întotdeauna de scăparea de sub control a costurilor, iar disputele din Senat arată că, în mintea multor oameni, aspectele economice ale îngrijirii sănătății mintale sunt încă foarte problematice.

„Amânarea intervenției din cauza restricțiilor asigurărilor *nu* are ca rezultat economii“, spune cu tărie membra Camerei Reprezentanților Marge Roukema (republicană, New Jersey). „De fapt, se ajunge la costuri mai mari.“ Camera a format Comisia de lucru pentru sănătatea mintală (după ce s-a decis că denumirea „Comisie de lucru pentru bolile mintale“ sună sinistru), condusă de membrele Camerei Reprezentanților Roukema și Kaptur. Discuțiile din Senat au fost despre echivalare, ca aspect al drepturilor civile. „Eu însumi sunt, de fapt, un om al pieței“, spune senatorul Domenici. „Dar cred că încălcăm drepturile civile când luăm un grup mare ca acesta și nu zicem decât: «Ei, zbateți-vă voi mai departe.» Nu-i putem trata pe cei cu boli mintale de parcă ar fi un soi de ciudați.“ Senatorul Harry Reid (democrat, Nevada) spune: „Acuma, dacă o tânără doamnă are probleme cu menstruația, o ducem pe dată la doctor; ori un tânăr cu astm primește cât ai zice pește îngrijiri. Dar dacă acea tânără doamnă și acel tânăr n-ar vorbi cu nimeni și ar cântări o sută cincizeci de kile la un metru jumate înălțime, ei na, și ce dacă? «Domnule președinte», am zis de curând, «cred că ar trebui să avem o audiere despre sinucidere.» Cheltuim o grămadă de bani ca să ne asigurăm că oamenii conduc cu grijă mașina. O facem ca să ne asigurăm că avioanele sunt sigure. Dar ce facem pentru cele treizeci și una de mii de vieți care dispar anual prin sinucidere?“

Cei din Camera Reprezentanților s-au axat pe ideea că persoanele bolnave mintal sunt periculoase. Diferite episoade de violență legată de boală au devenit simbolice: împușcarea lui Ronald Reagan de către John Hinckley; Unabomber; împușcarea a doi polițiști pe Dealul Capitoliului de către Russell Weston Jr.; episodul în care un bărbat diagnosticat ca schizofrenic, Andrew Goldstein, a împins o femeie în fața unei garnituri a metroului din New York;

salvele de focuri de armă din birourile de poștă și, mai mult ca orice, îngrozitoare focuri de armă din școli: la Littleton și Atlanta, în Kentucky și Mississippi și Oregon, la Denver și Alberta. Conform unor comunicate de presă recente, în 1998 peste o mie de omoruri au fost atribuite unor persoane cu boli mintale. <sup>646</sup> Depresia este implicată mult mai puțin frecvent decât boala maniaco-depresivă ori schizofrenia, dar depresia agitată împinge oamenii la acte de violență. Concentrarea pe oamenii bolnavi mental periculoși sporește stigmatul și întărește percepția negativă a publicului față de persoanele cu boli mintale. Totuși, este extrem de eficient pentru strângerea de fonduri; mulți oameni care n-ar da bani ca să ajute necunoscuți scot bucuroși bani din buzunar ca să se apere, iar folosirea argumentului „oameni ca aceia omoară oameni ca noi“ permite acțiunea politică. Un studiu britanic recent a arătat că, deși numai 3 la sută dintre persoanele cu boli mintale sunt socotite periculoase pentru ceilalți, aproape 50 la sută dintre articolele din toată presa despre persoanele cu boli mintale se concentrează pe pericolul reprezentat de ei. <sup>647</sup> „Membri foarte inteligenți ai Congresului preferă să aibă o mentalitate de buncăr în loc să încerce să înțeleagă problemele de sănătate care sunt motivul actelor îngrozitoare“, a spus membra Camerei Reprezentanților Marcy Kaptur, „așa că vor să ridice garduri din sârmă ghimpată și să întărească forțele de ordine, pentru a evita probleme care ar trebui să fie rezolvate prin creșterea fondurilor destinate sănătății mintale. Cheltuim miliarde de dolari ca să ne apărăm de acești oameni, când, cu mult mai puțini bani, am putea să-i ajutăm.“ Președintele Clinton – care a avut multe inițiative pentru apărarea drepturilor persoanelor bolnave mental și a sprijinit conferința despre bolile mintale ținută de Tipper Gore la Casa Albă – mi-a spus: „Ei bine, nu putem decât să nădăjduim că oamenii se vor ridica și vor acorda atenție urgenței acestei probleme după tragedia din Littleton, după Atlanta, după împușcarea acelor polițiști pe Dealul Capitoliului. Pentru o schimbare legislativă importantă în zona asta – e nevoie de o tragedie după alta.“

„Oamenii de aici, amabili din fire sau nu, nu iau hotărâri doar pentru că au dreptate într-un sens moral abstract“, arată membra Camerei

Reprezentanților Lynn Rivers. „Trebuie să faci în așa fel, încât întreaga populație să priceapă că este cu adevărat în interesul ei.“ Ea sprijină cu tărie legea propusă de Marge Roukema și Marcy Kaptur și, asemenea celor două membre ale Camerei Reprezentanților, cere iertare pentru formularea legii. Nu se folosește limbajul moral al responsabilității etice. Propusă după episodul în care Weston a împușcat oameni la Capitoliu, vorbește despre autoapărare. „*Sigur* că vrem la fel de mult să-i ajutăm pe oamenii cu boli mintale care nu sunt violenți pe cât vrem să-i controlăm pe cei violenți“, mi-a spus Marge Roukema. „Noi suntem însă cei de pe platforma interioară. Pentru a atrage orice fel de sprijin substanțial, trebuie să le arătăm oamenilor că a face ceva în această privință e în propriul lor interes *nemijlo it*. Trebuie să vorbim despre prevenirea crimelor oribile ale căror victime ar putea fi, în orice moment, ei sau cineva de-al lor. Nu putem pur și simplu să vorbim despre o stare mai bună, și mai prosperă, și mai umană.“ Argumentele economice au fost folosite relativ rar, iar ideea de a scoate oamenii din sistemul de asistență socială și de a-i introduce în sistemul capitalist este încă obscură pentru Congres – cu toate că un studiu efectuat recent de Massachusetts Institute of Technology a arătat că, atunci când oamenii au depresie majoră, capacitatea lor de muncă scade dramatic, dar revine la nivelul inițial prin tratament cu antidepresive.<sup>648</sup> Alte două studii arată că menținerea sponsorizată în muncă a persoanelor cu boli mintale este modalitatea cea mai benefică din punct de vedere economic de a ne ocupa de ei.<sup>649</sup>

Cercetări recente care leagă depresia de alte boli încep să aibă greutate din perspectiva legislativului și chiar a organizațiilor de întreținere a sănătății (HMO). Dacă depresia netratată ne face să fim mai expuși la infecții, cancer și boli de inimă, atunci ea este o boală prea costisitoare pentru a fi ignorată. Printr-o ironie a politicii, cu cât este mai costisitoare depresia netratată, cu atât mai mulți bani vor deveni disponibili pentru tratarea ei. John Wilson, care a candidat pentru funcția de primar al orașului Washington, D.C., și care s-a sinucis, a spus cândva: „Cred că mai mulți oameni mor din pricina

depresiei decât de SIDA, probleme cardiace, hipertensiune, de orice altceva, căci eu cred pur și simplu că depresia provoacă toate aceste boli.“

\*

În vreme ce se dezlănțuie disputele legate de echivalarea asigurării, nu se discută despre ce e de făcut cu depresia în rândurile celor care n-au asigurare. Medicare și Medicaid asigură servicii la diferite niveluri în diferite state, dar nu asigură programe de îngrijire comunitară, iar cei mai mulți dintre nevoiașii depresivi nu sunt în stare să se mobilizeze destul ca să caute ajutor. Argumentele în favoarea tratării nevoiașilor depresivi mi se par copleșitoare, așa că am urcat pe Dealul Capitoliului, ca să prezint experiențele relatate în capitolul precedent. Eram acolo într-o calitate ciudată, de activist accidental și de jurnalist. Voiam să știu ce se face deja, dar voiam să și conving guvernul american, cu ajutorul acelor întâmplări care m-au mișcat profund, să continue reformele, care ar sluji interesele națiunii și ale poporului. Voiam să arăt că vorbesc în cunoștință de cauză. Senatorul Reid a înțeles cu adevărat situația: „Acum câțiva ani, m-am deghizat în boschetar, cu șapcă de baseball și haine zdrențăroase, și am petrecut o seară și o noapte într-un adăpost pentru oamenii străzii din Las Vegas, iar a doua zi am făcut același lucru în Reno. Puteți scrie cât poftiți despre prozac și despre toate medicamentele miraculoase moderne care pun capăt depresiei. Acestei categorii de oameni nu-i sunt de nici un folos.“ Reid însuși a crescut în sărăcie, iar tatăl său s-a sinucis. „Am învățat că, dacă tata ar fi avut cu cine să vorbească și ar fi avut și niște medicamente, probabil că nu și-ar fi luat viața. În prezent însă, nu facem legislație pentru așa ceva.“

Când m-am întâlnit cu senatorul Domenici, copromotorul Legii pentru echivalarea sănătății mintale, i-am expus informațiile anecdotice și statistice pe care le strânsesem, și apoi am propus să documentez complet tendințele ce păreau să fie atât de evident implicate în aceste întâmplări. „Să presupunem“, i-am spus, „că am putea să punem cap la cap informații incontestabile și că prejudecățile, informarea inadecvată și spiritul partizan ar putea să fie



soluționate complet. Să presupunem că am putea spune că tratamentul corect pentru sănătatea mintală în cazul persoanelor nevoiașe cu depresie majoră este în avantajul economiei SUA, al Biroului pentru Problemele Veteranilor, în folosul binelui social – al contribuabililor care plătesc acum prețuri paralizant de mari pentru consecințele depresiei netratate, precum și al beneficiarilor acelei investiții, care sunt în pragul disperării. Care ar fi atunci calea către reformă?”

„În cazul în care întrebați dacă ne putem aștepta la o schimbare mare doar pentru că acea schimbare ar fi în avantajul tuturor atât în termeni economici, cât și umani“, a spus Domenici, „vă spun cu regret că răspunsul este nu.“ Patru factori blochează dezvoltarea programelor federale pentru îngrijirea nevoiașilor. Primul, și poate cel mai fioros, este pur și simplu structura bugetului național. „S-a creat deja spațiul pentru programe și costurile programelor“, a spus Domenici. „Problema cu care trebuie să ne confruntăm este dacă programul pe care-l descrieți va spori și va cere fonduri noi – nu dacă vor exista sau nu economii globale pentru Trezoreria SUA.“ Nu pot fi reduse imediat alte costuri: nu putem lua într-un an banii din sistemul închisorilor și de la ajutorul social pentru a plăti un nou serviciu de îngrijire comunitară pentru sănătatea mintală, deoarece avantajele economice ale acelui serviciu cresc lent. „Evaluarea pe care o facem sistemului de îngrijiri medicale nu e centrată pe rezultate“, a confirmat Domenici. Al doilea este faptul că membrilor conducerii republicane a Congresului SUA nu le place să dea directive industriei de îngrijire a sănătății. „Ar fi o mandatare“, a spus Domenici. „Există oameni care ar susține acest fel de legislație la fiecare nivel, dar care se opun din punct de vedere ideologic mandatării statelor, mandatării companiilor de asigurări, mandatării oricui.“ Legea federală, legea McCarran-Ferguson, face din administrarea asigurărilor de sănătate o problemă de stat.<sup>650</sup> Al treilea este că e greu să determini niște oameni aleși pe termen limitat să se concentreze pe îmbunătățirea pe termen lung a infrastructurii sociale, și nu pe spectacolul rapid al efectelor nemijlocit vizibile asupra vieții alegătorilor. Iar al patrulea este că, spus cu vorbele triste și ironice ale

senatorului Wellstone, „trăim într-o democrație reprezentativă. Oamenii apără cauzele de care le pasă celor care i-au votat. Oamenii nevoiași depresivi sunt, în ziua alegerilor, acasă, în pat, cu păturile trase peste cap – și asta înseamnă că nu au cine știe câtă reprezentare aici, sus. Nevoiașii depresivi nu sunt ceea ce am numi un grup cu putere.“

E totdeauna ciudat să treci de la experiențe intense cu o categorie de populație lipsită de forță electorală la experiențe intense cu una puternică. Am fost la fel de stimulat de conversațiile cu membri ai Congresului cât am fost de conversațiile cu nevoiașii depresivi. Subiectul echivalării sănătății mintale o taie de-a dreptul peste liniile de demarcație ale partidelor; republicanii și democrații sunt, după cum spune Domenici, „într-un război al ofertelor de preț, ca să vadă cine iubește mai mult Institutul Național pentru Sănătate Mintală (NIMH)“. Congresul votează în mod consecvent mai mulți bani pentru NIMH decât prevede bugetul; în 1999, președintele Clinton a alocat 810 milioane de dolari;<sup>651</sup> Congresul, condus de membrul Camerei Reprezentanților John Porter, extrem de capabilul președinte al subcomitetului pentru alocări, care este la al unsprezecelea mandat consecutiv în Congres și care este mare admirator al cercetării științifice fundamentale, a mărit cifra la 861 de milioane. Pentru anul calendaristic 2000, Congresul a mărit subvenția globală pentru serviciile de sănătate comunitare cu 24 la sută, aducând-o la 359 de milioane de dolari.<sup>652</sup> Președintele a cerut biroului său de personal să adopte o atitudine concesivă față de persoanele cu boli mintale care caută de lucru. „Dacă e să fim conservatori înțelegători“, a spus Marge Roukema, „am putea foarte bine să începem de aici.“ Fiecare proiect de lege semnificativ despre sănătatea mintală a avut susținere democrată și republicană.

Cele mai multe dintre persoanele care luptă în Congres pentru cei cu boli mintale au avut propria poveste care i-a adus în această arenă. Tatăl senatorului Reid s-a sinucis; senatorul Domenici are o fiică schizofrenică, foarte bolnavă; senatorul Wellstone are un frate schizofrenic; Lynn Rivers, membră a Camerei Reprezentanților, are o tulburare bipolară gravă; Marge Roukema, membră a Camerei Reprezentanților, e măritată de aproape cincizeci de ani

cu un psihiatru; pe Bob Wise, membru al Camerei Reprezentanților, l-a influențat să intre în serviciul public faptul că, într-o vară, pe când era la facultate, a lucrat într-un salon de psihiatrie, unde și-a creat relații cu pacienți bolnavi mintal. „N-ar trebui să fie așa“, a spus Wellstone. „Aș vrea să-mi fi dobândit cunoștințele despre acest subiect doar prin cercetare și investigare etică. Pentru mulți oameni însă, problemele bolilor mintale continuă să fie cu totul abstracte, iar urgența lor devine evidentă doar când, involuntar, ne adâncim cu mai multă atenție în acel univers. Avem nevoie de o inițiativă la nivelul educației care să niveleze drumul celei legislative.“ În 1996, când a fost prezentată în Senat legea echivalării, Wellstone, care vorbește cu atâta compasiune despre cei cu boli mintale, de parcă i-ar fi toți rude, a stat în fața Congresului și, într-un discurs de o elocvență uimitoare, și-a descris propria experiență. Domenici, care în nici un caz nu e un sentimental, și-a prezentat experiența mai pe scurt, și apoi alți senatori au luat cuvântul și au spus povestea prietenilor și a rudelor lor. În aceea zi, în Senat a fost mai degrabă EST<sup>653</sup> decât dezbateri politice. „Oamenii au venit la mine înainte de a vota“, își amintește Wellstone, „și au zis: «Acest lucru chiar e important pentru tine, nu-i așa?» Le-am zis: «Da, e mai important ca orice altceva.» Așa am primit voturile.“ A fost, de la început, mai mult o lege simbolică decât una care ar putea să aducă o schimbare importantă, deoarece lasă la mâna asiguratorilor hotărârea dacă să mărească sau nu costul total al tratamentului. N-a îmbunătățit calitatea îngrijirii pacienților.

În mod regulat, se dă vina pe programele pentru sănătatea comunitară, dintre care cele mai multe și-au redus cheltuielile odată cu tăierea fondurilor la sfârșitul anilor '90, pentru acțiunile violente ale celor care se presupune că sunt cuprinși în ele; dacă ar putea să-i țină pe toți potoliți, și-ar face treaba, după standardele unei mari părți din lume. Incapacitatea lor de a-i apăra pe oamenii sănătoși de cei bolnavi le atrage atacurile presei. Se examinează adesea problema dacă ele slujesc sau nu interesele binelui; rareori e pusă pe tapet problema dacă ele ajută sau nu comunitatea-țintă. „O parte uriașă din dolarii obținuți din taxele federale intră în aceste programe“, a spus membra

Camerei Reprezentanților Marge Roukema, „și există dovezi solide că banii sunt canalizați către tot soiul de proiecte locale irelevante“. Membrul Camerei Reprezentanților Wise a descris dezbaterile despre serviciile sanitare inițiate de Clinton în 1993 ca pe „o experiență deprimantă în sine“ și a spus că Institutele Naționale pentru Sănătate (National Institutes of Health – NIH) nu oferă informațiile concrete care să arate camerelor de comerț locale de ce echivalarea universală ar fi în avantajul lor. Clinicile comunitare pentru sănătatea mintală, acolo unde există, tind să se concentreze pe probleme relativ necomplicate, ca divorțul. „Ele ar trebui să se ocupe de oferirea medicamentelor, de urmărirea cazurilor și de consiliere în gama completă de afecțiuni“, a spus membra Camerei Reprezentanților Marcy Kaptur.

Internarea este un subiect de dispută între o comunitate legală care sprijină libertățile civile și o comunitate a ajutorului social și legislativă care vizitează oamenii nebuni și suferinzi și consideră că e un delict să nu intervină. „Susținătorii libertăților civile, care au concepții extreme în această privință, sunt atât incompetenți, cât și inconsecvenți“, a spus Marge Roukema. „În numele libertăților civile, le impun oamenilor pedepse crude și neobișnuite, în ciuda faptului că societatea dispune de știința care ar putea oferi o cale mai bună. Asta e cruzime; dacă le-am face așa ceva animalelor, ASPCA<sup>654</sup> ar sări pe noi. Dacă oamenii nu-și iau medicamentele și nu-și urmează până la capăt tratamentul, poate că ar trebui să se autorizeze reinternarea lor în instituții specializate.“ Aceste politici au precedente. Tratarea tuberculozei este un astfel de exemplu.<sup>655</sup> Dacă o persoană are TBC și nu e destul de disciplinată ca să ia medicamentele care trebuie în momentul în care trebuie, în unele state o asistentă medicală se duce la ea și-i dă, în fiecare zi, isoniazidul. Desigur, TBC e molipsitoare și, dacă nu este controlată, poate să aibă o mutație și să provoace o criză a sănătății publice; dacă însă boala mintală e periculoasă pentru societate, intervenția poate fi raționalizată pe modelul TBC.

Legile despre internarea fără acordul pacientului au reprezentat marea problemă a anilor '70, în zilele de glorie ale internării în instituții specializate. În zilele noastre, celor mai mulți dintre oamenii care doresc tratament le este greu să-l obțină; instituții mari se închid; iar serviciile de îngrijire pe termen scurt dau afară oameni care nu sunt gata să înfrunte lumea pe cont propriu. „Realitatea“, a spus *New York Times Magazine* în primăvara lui 1999, „este că spitalele nu se pot descotorosi [de pacienți] destul de repede“. Și totuși, în vreme ce se petrec toate astea, există și oameni internați împotriva voinței lor. Cel mai bine este, când se poate, ca oamenii să fie convinși – nu siliți – să facă tratamentul. În plus, e important să se stabilească standarde universale pe baza cărora se poate folosi forța. Cele mai grave abuzuri au fost comise când indivizi necalificați sau răuvoitori și-au arogat puterea de a judeca cine e bolnav și cine nu și au internat oameni fără respectarea procedurii cuvenit.

Poți fi internat într-o instituție cu liberă ieșire. Cei mai mulți dintre pacienții aflați în îngrijire pe termen lung sunt liberi să umble pe aleea de acces pentru mașini și pe stradă: doar câțiva sunt în supraveghere douăzeci și patru din douăzeci și patru de ore sau în unități medico-legale. Contractul dintre o instituție de îngrijire și cei aflați în ea este voluntar. Cei care studiază legile tind să încline spre a lăsa oamenii să-și conducă singuri viața, chiar dacă merg spre autodistrugere, în vreme ce asistenții sociali specializați în psihiatrie și oricine altcineva a avut a face cu persoane bolnave mintal tind să fie adepții intervenționismului. Cine trebuie să decidă când să i se dea cuiva libertatea de a face cum îl taie capul și când să i se refuze? În linii mari, concepția celor de dreapta este că nebunii trebuie să fie închiși, ca să nu tragă societatea în jos – chiar dacă nu reprezintă o amenințare activă. Concepția celor de stânga este că nimănui n-ar trebui să i se încalce libertățile civile de către oameni care acționează în afara principalelor structuri ale puterii. Concepția celor de la mijloc este că unii oameni au nevoie să fie duși la tratament, iar alții nu. Dat fiind că împotrivirea la diagnosticare și rezistența disperată la tratament se numără printre simptomele bolilor mintale, internarea fără acordul pacientului continuă să fie o parte necesară a terapiei.

„Trebuie să-i tratăm pe acești oameni ca pe oameni, să le respectăm individualitatea, dar să-i conectăm la curentul dominant“, explică membra Camerei Reprezentanților Marcy Kaptur. Uniunea Americană a Libertăților Civile (American Civil Liberties Union – ACLU)<sup>656</sup> adoptă o poziție moderată. S-a publicat declarația că „libertatea de a bântui pe străzi, de a fi psihotic, bolnav, într-o stare de degradare și netratat, în condițiile în care există o perspectivă rezonabilă de tratare eficientă, nu e libertate; e abandonare“. Problema este că, de prea multe ori, alegerea este între internarea completă și abandonarea totală: sistemul prezent e centrat pe psihoza explicită și duce mare lipsă de soluții de îngrijire intermediară de care au nevoie majoritatea depresivilor. Trebuie să verificăm oamenii care vorbesc incoerent pe străzile noastre, să evaluăm fluctuațiile tendinței lor de suicid, să stabilim pericolul lor potențial pentru ceilalți – și apoi să încercăm să prevedem cine anume, după ce se împotrivesc tratamentului, când se vindecă, va fi recunoscător pentru că i s-a impus tratamentul.

Nimeni nu vrea cu adevărat să fie depresiv, dar unii oameni nu vor să se facă bine așa cum aș defini eu acel *ine*. Ce opțiuni ar trebui să aibă? Trebuie să-i lăsăm să se închidă în boala lor? Trebuie să plătim cheltuielile sociale ale acestei replieri? Prin ce anume metode ar trebui să punem capăt acestor aspecte? Potențialul birocratic este îngrozitor, iar problema dificilei negocieri referitoare la cine are nevoie de ce anume nu va fi niciodată rezolvată de-a binelea. Dacă acceptăm ideea că va fi cu neputință să cumpănim perfect, trebuie să admitem că avem două opțiuni: să închidem niște oameni care ar trebui să fie liberi – sau să eliberăm niște oameni care se vor distruge singuri. Problema reală nu este *d* trebuie să li se impună oamenilor tratament, ci *nd* trebuie să li se impună și de către *ine*. Nu pot examina această problemă fără să-mi vină în minte Sheila Hernandez, biata femeie seropozitivă care s-a împotrivit internării la Hopkins Hospital, care voia să fie lăsată liberă să moară – și care acum e încântată că e vie, și telefonul ei mobil sună la fiecare minut. Îmi amintesc însă și de băiatul coreean cu paralizie cerebrală, un pacient cu multiple tulburări acute, inclusiv

disabilități fizice care-l împiedică să se sinucidă, silit să ducă o viață în care nu va fi nicicând fericire și din care nu i se îngăduie să evadeze. Deși m-am tot gândit și am sucit în minte lucrurile, nu pot găsi răspunsul corect la această întrebare.

Problema agresiunii a dat naștere legilor defensive; cu toate că puține persoane depresive sunt violente, ele se încadrează în prevederile legale ale schizofreniei. Cei cu boli mintale sunt un grup divers, iar abordarea monolitică a legilor despre bolile mintale provoacă multă suferință. De la procesul de referință din 1972 împotriva Școlii Willowbrook<sup>657</sup> – o instituție pentru persoane retardate mintal, care, printre altele, făcea experimente pe pacienți care nu erau informați despre acest lucru – a dominat politica de asigurare a „plasamentului cel mai puțin restrictiv“ cu puțință. Dacă bolnavii mintal sunt lipsiți de drepturi din cauza comportamentului lor agresiv, își pierd drepturile și din cauză că statul își asumă autoritatea de *prens p tri e*, luând o poziție protectoare, cam așa cum procedează în cazul minorilor. ACLU nu crede că autoritatea de *prens p tri e* trebuie extinsă, și e sigur că sunt locuri – cum ar fi Uniunea Sovietică – în care s-a abuzat de ideea de *prens p tri e*; e o sintagmă asociată prea mult cu puterea polițienească paternalistă. Dar cât de multă suferință trebuie suportată în apărarea unui astfel de principiu juridic?

Centrul de Promovare a Tratatului (Treatment Advocacy Center – TAC), cu sediul în Washington, D.C., este organismul cel mai tradițional în privința tratamentului, iar poziția celor de acolo este că oamenii ar trebui să fie internați chiar dacă nu reprezintă un pericol clar și actual. Jonathan Stanley, directorul adjunct al centrului, se plânge că numai elementele criminale primesc tratament. „Oamenii dau mult mai multă atenție riscului de unu la două milioane să fie împinși sub o garnitură de metrou decât riscului de sută la sută să întâlnească în orice zi douăzeci de psihotici în Central Park.“ Pentru Stanley, dezinstiționalizarea a fost rezultatul nefericit al faptului că susținătorii libertăților apără persoanele „greșite“, în vreme ce guvernul reduce frenetic costurile. Dezinstiționalizarea trebuia să se traducă printr-un

larg evantai de îngrijiri în cadrul comunității, dar nu s-a petrecut nimic de felul acesta. Consecința dezinstituționalizării a fost dispariția sistemului de tratament pe mai multe niveluri, în care oamenii sunt readuși cu tact în comunitățile lor: de mult prea multe ori pacienții au parte fie de încarcerare, fie sunt lăsați să se descurce cum vor fi știind. Ideea asigurării unor forțe complete de ajutor social, care să-i scoată pe oameni din disperare și să-i ducă la niveluri înalte de funcționare încă n-a prins rădăcini în cercurile guvernamentale. TAC a susținut cu forță acțiunile legislative cum sunt Legea Kendra, o lege dată la New York, care dă posibilitatea deschiderii de procese împotriva persoanelor cu boli mintale care nu-și iau medicamentele, incriminându-l pe bolnav. Oamenii depresivi sunt duși la tribunal, amendați și apoi lăsați iar pe străzi să se descurce singuri, dat fiind că nu există spații sau fonduri pentru a oferi un tratament extensiv. Dacă creează prea multe necazuri, sunt închiși ca delincvenți: rezultatul dezinstituționalizării a fost, în multe cazuri, mutarea oamenilor, din spitale, în închisori. Iar în închisori – unde au parte de tratament incorect și nepotrivit cu nevoile lor –, ei creează foarte multe necazuri. „Nimeni“, susține Stanley, „nu dorește atât de mult un bun sistem de sănătate mintală ca un gardian de închisoare.“

Cei de la Centrul Bazelon din Washington, D.C., de la extremitatea liberală a spectrului, cred că internarea trebuie să se facă totdeauna din propria inițiativă a pacientului și socotesc că bolile mintale sunt interpretabile. „Presupusa lipsă de înțelegere din partea persoanei“, au spus ei, „nu este adesea decât dezacordul cu specialistul care aplică tratamentul.“ Uneori, așa este; dar nu mereu.

Administrația Veteranilor, care continuă să fie convinsă că afecțiunile psihiatrice nu se potrivesc cu bărbații puternici din armată, cheltuiește pe domeniul psihiatric mai puțin de 12 la sută din bugetul său de cercetare.<sup>658</sup> În realitate, tulburările psihiatrice s-ar putea să fie cele mai frecvente probleme ale veteranilor, la care apare o rată înaltă de tulburări de stres posttraumatic, lipsa unui domiciliu și abuz de substanțe toxice.<sup>659</sup> Dat fiind că o mare parte din banii contribuabililor au fost deja cheltuiți cu antrenarea



acestor bărbați și femei, relativa neglijare a lor este deosebit de supărătoare și dezvăluie și mai mult simplitatea politicilor din domeniul sănătății mintale. Veteranii depresivi, mai ales cei care au luptat în Războiul din Vietnam, reprezintă o mare parte din populația fără domiciliu din America. Acești oameni au suferit două traume, una după alta. Prima este războiul însuși, oroarea de a omorî oameni, de a vedea dezolare peste tot și de a rezista în situații foarte periculoase. Cealaltă este intimitatea silită și dinamica de grup; mulți veterani aproape că au devenit dependenți de modelele organizatorice ale armatei și se simt pierduți când sunt lăsați să se descurce singuri și trebuie să-și organizeze singuri activitățile. Comitetul Veteranilor a estimat că 25 la sută dintre veteranii care ajuns la spital au diagnosticul principal de boală psihică. [660](#) Întrucât peste jumătate dintre toți medicii din SUA au avut o formă de pregătire în spitalele veteranilor, prejudecățile din aceste instituții se propagă spre spitalele civile și serviciile de urgențe. [661](#)

Membra Camerei Reprezentanților Marcy Kaptur relatează vizita pe care a făcut-o la un spital al Administrației Veteranilor din apropiere de Chicago. Era la serviciul de urgențe, când poliția a adus un bărbat care avea probleme, iar asistenta socială care era de serviciu a spus: „A, e unul dintre militarii de carieră.“ Marcy Kaptur a întreat-o ce a vrut să spună, iar femeia i-a explicat că bărbatul era internat a șaptesprezecea oară pentru probleme de sănătate mintală. „Îl primim aici; îl punem în ordine; îi dăm medicamentele convenite; îl lăsăm să plece; iar peste câteva luni vine înapoi.“ Ce se poate spune despre un sistem al sănătății mintale în care se întâmplă astfel de lucruri? „Șaptesprezece internări pentru îngrijiri de urgență“, spune Marcy Kaptur. „Știți câți bani ne-ar rămâne ca să ajutăm alți oameni dacă am evita șaptesprezece internări și am oferi o îngrijire adecvată în cadrul comunității? Costul tratamentului incorect este mult mai mare decât al tratamentului corect.“

Se pare că mergem înapoi, spre internarea fără acordul pacientului, că am închis cercul. Am trecut de la un sistem monolitic și malign al sănătății mintale pentru cei depresivi la unul destructurat, restrictiv. „Lucrurile stau mai bine decât în vechiul sistem“, spune Ben Haroules de la Uniunea pentru

Libertăți Civile din New York (New York Civil Liberties Union), „dar, dacă ne gândim cât de multe știm acum despre originile și tratarea bolilor mintale, sistemul public apare și mai înapoiat decât acum douăzeci de ani.“ Realitatea este că unii oameni nu sunt capabili să hotărască singuri și au cu adevărat nevoie de internare fără acordul lor; alții, cu toate că sunt bolnavi, n-au nevoie de o astfel de internare. Cel mai bine ar fi să se asigure un sistem proporționat de îngrijire, care să poată oferi servicii complete, la diferite niveluri, și care să includă programe energice de îngrijire comunitară pentru pacienții care se tratează ambulatoriu și la care există probabilitatea de a se abate de la tratament. E nevoie să se stabilească linii orientative pentru o procedură echitabilă, în vederea supunerii tuturor celor care au nevoie de internare la aceleași examinări, între care trebuie incluse verificările și ajustările. Respectiva procedură trebuie să țină cont atât de amenințarea pe care o poate reprezenta pentru societate un om bolnav, cât și de suferința de care ar putea fi cruțată o persoană bolnavă. Trebuie stabilite norme pe baza cărora oamenii să fie duși la închisoare, să fie internați fără acordul lor la o secție de psihiatrie sau să facă tratament psihiatric din proprie inițiativă. Trebuie să se creeze spațiu pentru persoanele care, pe deplin informate și fără costuri semnificative pentru ceilalți, doresc să evite tratamentul. Trebuie să se creeze un sistem eficient și dezinteresat, care să supravegheze aceste chestiuni.

Lynn Rivers e singurul membru al Congresului SUA care a ieșit din anonimul luptei sale cu boala mintală. S-a căsătorit la optsprezece ani, fiind gravidă. La început, a lucrat la bucătăria unui restaurant și ca vânzătoare de vase Tupperware, ca să-și ajute familia. Simptomele au început la puțină vreme după ce a născut prima fetiță. Când boala s-a agravat, s-a dus la doctor. Soțul ei, lucrător în industria automobilelor, avea o asigurare comună Blue Cross/Blue Shield. „Cred că acoperea șase consultații la psihiatru“, mi-a spus ironic. În următorul deceniu, o jumătate din banii câștigați de ea și de soțul ei s-a dus pe notele de plată la psihiatri. La douăzeci și unu de ani, îi era greu să lucreze și-i era frică să răspundă la telefon. „A fost groaznic. Vreme

îndelungată. Crizele de depresie durau luni întregi. Mi-am petrecut luni întregi în pat. Dormeam douăzeci și două de ore pe zi. Oamenii își închipuie adesea că depresia e ceva trist: indiferent ce le spun celorlalți din legislativ, ei nu știu. Ei nu înțeleg cum e cu acest gol, cum e cu acest imens nimic.“

Confruntat cu costurile tratamentului, soțul lui Lynn Rivers avea două slujbe cu program întreg și, în cea mai mare parte a timpului, o a treia, cu program redus: își păstrase locul într-o fabrică de automobile, lucra la universitate și livra pizza serile. O vreme, a distribuit ziare la domiciliu și a lucrat la un magazin de jucării. „Nu știu unde găsea atâta putere“, spune Lynn Rivers. „Amândoi am făcut ce trebuia făcut. Nu-mi închipui cum ar fi să treci printr-o boală mintală gravă fără sprijinul familiei. Oricum, a fost oribil, iar dacă familia, dacă furia...“ Lynn Rivers a tăcut un pic. „Nu știu cum poate supraviețui cineva. El m-a îngrijit și pe mine. Aveam doi copii mici. Puteam face câte ceva pentru ei, dar nu mare lucru. Ne-am ridicat cumva deasupra realității și am scos-o la capăt.“ Lynn Rivers încă se mai simte vinovată pentru copii, „cu toate că nici dacă mi-aș fi rupt spatele într-un accident de mașină n-aș fi fost mai neputincioasă, și m-aș fi simțit îndreptățită să am nevoie de atâta timp pentru vindecare. Dar așa, de câte ori copiii mei aveau probleme la școală sau intrau în vreo belea, îmi ziceam că e din cauza mea și din cauză că n-am fost acolo și n-am făcut asta și n-am făcut aia. Sentimentul de culpă m-a însoțit tot timpul, vinovăția pentru lucrurile pe care nu le puteam controla.“

În cele din urmă, a găsit, la începutul anilor '90, „combinația perfectă de medicamente“: acum, ia litium (doza ei ajunsese la 2.200 mg pe zi, dar acum s-a stabilizat la 900), desipramină și buSpar. De îndată ce s-a simțit destul de bine, a început să lucreze în serviciul public. „Sunt eu însămi reclamă umblătoare și vorbitoare pentru cercetarea din domeniul bolilor psihice. Am dovedit-o. Dacă investești în mine, te alegi cu beneficii. Iar acest lucru e adevărat pentru majoritatea oamenilor care suferă de această tulburare: nu-și doresc decât o șansă ca să devină productivi.“ Lynn Rivers a făcut o facultate, studiind și ocupându-se, în același timp, de familia ei; și-a luat licența cu rezultate dintre cele mai bune; și a urmat apoi facultatea de drept. Pe când se

apropia de treizeci de ani și-și ținea relativ sub control boala, a fost aleasă în consiliul de conducere de la Ann Arbor. După doi ani, din alte motive decât boala inițială, a suferit o histerectomie și, pentru că a devenit anemică, a lipsit de la muncă șase luni. Când s-a hotărât să candideze pentru Congres, „contracandidatul meu a aflat că am avut o boală mintală și a încercat să spună că am lipsit de la muncă în acea perioadă, deoarece am avut o cădere psihică.“ Lynn Rivers era invitată într-o emisiune radiofonică în care se primeau apeluri telefonice de la ascultători, și cineva, pus anume, a întrebat-o dacă e adevărat că a avut o problemă cu depresia. Ea a recunoscut imediat că a avut și că i-au trebuit zece ani ca să-și stabilizeze starea. După interviu, s-a dus la o întrunire a comitetului de conducere al filialei locale a Partidului Democrat. Când a intrat, un ștab de la filială i-a spus: „Lynn, te-am auzit la radio. Ce-ai făcut? Ți-ai ieșit din minți?“ Iar ea a răspuns, liniștită: „Sigur, doar ăsta-i scopul emisiunii.“ Atitudinea ei senină, calmă, față de problemă a făcut ca aceasta să nu mai fie o problemă. A fost aleasă.

Alți câțiva membri ai Congresului i-au spus lui Lynn Rivers despre boala lor depresivă, dar se tem să le spună alegătorilor lor. „Un coleg mi-a spus că ar vrea să le spună oamenilor, dar simte că nu poate. Nu-i cunosc pe alegătorii lui. Poate că nu poate. Cei mai mulți dintre oamenii care au depresie nu judecă foarte limpede, pentru că sunt împotmoliți în sentimentul de culpă. E o boală foarte singuratică. Dar, în același fel în care prietenii mei gay spun că dezvăluirea adevărului le-a luat de pe umeri o mare povară, m-am eliberat: depresia mea nu mai este o problemă.“ Bob Wise, membru al Camerei Reprezentanților, numește boala psihică „secretul de familie pe care-l are oricine“.

„Trebuie să te bazezi pe tine însuși“, spune Lynn Rivers. „Trebuie să găsești serviciile de sănătate mintală comunitară. Să se înregistreze că am ric-  
 anat când ați pomenit de «sănătate mintală comunitară». Auziți, dacă vă așteptați ca un muncitor din industria automobilelor să traverseze atelierul ca să-i zică reprezentantului său sindical: «Fecioru-meu are schizofrenie, nevastă-mea are boala maniaco-depresivă, fiică-mea are crize de psihoză» – ei bine, asta n-o să se-ntâmples niciodată. Țara asta“, spune ea, „n-a înaintat

destul de mult ca noi să putem spune de ce fel de îngrijire avem nevoie. În plus, prescripțiile sunt date adesea de doctori care nu știu destul; și, în încercarea de a economisi bani, organizațiile de întreținere a sănătății (HMO) le dau un formular care limitează numărul medicamentelor pe care le pot prescrie. Dacă reacția ta idiosincronică nu poate fi pusă de acord cu lista de medicamente, nu mai ai ce face!”, spune Lynn Rivers. „Chiar și când boala e stabilizată, trebuie să înlocuiești mecanismele de rezolvare a situațiilor care erau potrivite în contextul bolii și care nu mai sunt potrivite în contextul sănătății.” E îngrozită de reducerile de fonduri pentru sprijinul psihodinamic continuu, ceea ce, crede ea, va crește costurile sociale generale. „E un haos”, a spus.

Joe Rogers, director executiv al Asociației pentru Sănătate Mintală din Sud-Estul Pennsylvaniei, e un tip extrem de simpatic, amabil, cu un aer ciudat de autoritate zburliță și un fel de a vorbi curgător, atrăgător. Poate fi guraliv și filozofic, dar mai e și isteț și pragmatic, cu ochi care nu-și părăsesc nici o clipă ținta. Când ne-am cunoscut, la un prânz într-un hotel din Philadelphia, purta costum albastru, cravată în dungi și avea o servietă-diplomat din străfundurile căreia părea să izvorască aerul de director. În timp ce mă uitam peste lista de bucate, mi-a spus că a trăit o vreme la New York. „Da? Unde ați locuit?”, l-am întrebat. „Piața Washington”, a zis. A luat o chiflă din coșul cu pâine de pe masă. „Și eu locuiesc aproape de piața Washington”, am răspuns, închizând lista de bucate. „E o zonă grozavă. Unde ați stat?” A zâmbit un pic și a spus: „Piața Washington. n ea. Pe o bancă. Timp de nouă luni. O perioadă în care am fost fără adăpost.”

Joe Rogers, asemenea lui Lynn Rivers, a trecut de la extremitatea „consumator” al rețelei de sănătate mintală la extremitatea „furnizor”. Provine dintr-o familie cu patru copii, a crescut în Florida, cu o mamă alcoolică și un tată care avea arme de foc, și de obicei era absent, și, din când în când, avea impulsuri sinucigașe. Cu toate că părinții veneau din familii relativ bine situate, disfuncția lor i-a dus de-a dreptul la sărăcie. „Trăiam într-o casă care se

năruia, iar gândacii mișunau peste tot“, își amintește Rogers. „Câteodată, dispăreau banii de mâncare, și mai târziu am descoperit că tata avea patima jocurilor de noroc, așa că nu vedeam un ban din salariul lui, cât o fi fost. Nu muream de foame, dar, față de mediul din care veneau părinții mei, eram tare săraci.“ La treisprezece ani, Rogers s-a retras de la școală. Tatăl său obișnuia să ia un Luger și să-i spună băiatului că e gata să se omoare, iar Rogers a căpătat o oarecare iscusință în tratarea situației. „La doisprezece ani, am învățat să-i iau pistolul și să-l ascund.“ Între timp, alcoolismul mamei se agrava, așa că a fost internată de multe ori; și ea a încercat de câteva ori să se sinucidă, dar Rogers spune că n-o făcea cu toată convingerea. Tatăl lui Rogers a murit înainte ca el să împlinească șaisprezece ani; mama a murit când el avea douăzeci.

„Privind înapoi, cred că tata ar fi reacționat la tratament“, spune Rogers. „Nu știu dacă și mama.“ El însuși a fost multă vreme fără ocupație, de la treisprezece până la optsprezece ani, dar la optsprezece ani a început să studieze ca să-și ia bacalaureatul; a întâlnit o femeie de care i-a plăcut și a încercat să-și facă o viață a lui. S-a dus la o întrunire a quakerilor, unde a cunoscut un psiholog care a încercat să-l ajute. În cele din urmă, a avut o criză și, într-o zi, s-a pomenit că stă în mașina sa la un stop și nu se poate hotărî dacă s-o ia înainte, înapoi, la stânga ori la dreapta. „Nu făceam decât să stau acolo, simțindu-mă cu totul pierdut.“ Curând după aceea, a avut impulsuri serioase de suicid. Prietenul său quaker l-a ajutat să se interneze în spital, unde a fost diagnosticat și i s-a administrat litiu. Era 1971. Rogers nu avea unde să se ducă. Iubita îl părăsise; părinții muriseră; trăia din ajutorul social.

Rogers a fost internat de mai multe ori. Terapia bazată pe antidepresive era primitivă în acea vreme, iar el lua psihotrope sedative, „care mă făceau să mă simt mort“. Ura spitalul. „Am început să mă prefac că mi-e mai bine, pentru că voiam să plec naibii de acolo.“ Rogers încă nu poate vorbi despre spitalele publice fără să se-nfioare. „Mi-am petrecut șase luni într-unul și – să nu vorbim decât de miros. Cheltuiesc o sută douăzeci și cinci de mii de dolari pe an pentru un pacient – ar putea să aibă măcar condiții decente. Împarti camera cu alți doi sau trei oameni. Ești închis cu ei într-un spațiu mic. Nu-s

prea mulți angajați, și nu-s bine pregătiți, și n-ascultă nimic din ce le spui. Sunt adesea agresivi. Și foarte autoritari, aspect care nu se potrivește deloc cu firea mea rebelă. Locurile alea sunt închisori. Câtă vreme există fonduri, nimeni nu se gândește la externare – nimeni n-are sarcina să-i scoată pe oameni din birocrăția în care au fost înfășurați. Te distruge, ca persoană, să stai multă vreme într-un astfel de loc.“ În spitale, i s-au administrat sedative puternice, ca să-l facă „ascultător“, cu toate că adesea prin asta nu se reușea nimic serios în problemele lui; anxietatea sedată și iritabilitatea fără tratament cu antidepressive nu înseamnă altceva decât retragerea într-o ceață de suferință. Rogers nu crede că e bine să silești un om să facă tratament pe motiv că după aceea o să fie bucuros că ai făcut-o. „Dacă intri într-un bar și înșfaci un tip care a băut prea mult și-l bagi într-un centru de dezintoxicare și-i consiliezi nevasta, s-ar putea să fie bucuros c-ai făcut-o, dar ar însemna încălcarea normelor noastre sociale și a libertăților sale civile“, spune el.

Pentru mine, experiența vizitării spitalelor publice pentru boli mintale a fost șocantă. Să fii cu totul nebun într-o lume relativ sănătoasă la minte e ceva derutant și neplăcut, dar să fii închis într-un loc în care nebunia este norma e absolut oribil. Am aflat tot soiul de povești despre abuzuri în sistemul spitalelor publice. Într-o acțiune strălucită și curajoasă de cercetare sub acoperire, jurnalistul Kevin Heldman s-a internat la secția de psihiatrie de la Brooklyn Woodhull Hospital, afirmând că are tendință de suicid. „Tot mediul era mai degrabă de arest decât de terapie“, [662](#) scrie el, apoi îl citează pe Darby Penney, asistent special al comisarului Biroului pentru Sănătate Mintală al Statului New York, care a spus: „Din experiența mea, ultimul loc în care aș vrea să fiu dacă m-aș afla într-o stare de tulburare afectivă ar fi un salon [psihiatric dintr-un spital public].“ La Woodhull, nu era respectată nici una dintre politicile oficiale semnificative legate de sănătatea mintală. Pacienților nu li se dădea ocazia să discute sau să interacționeze cu psihiatri; nu li se făcea vreun program, pur și simplu se uitau la televizor câte zece ore pe zi; camerele erau murdare; nu puteau afla ce medicamente li se administrează. Erau supuși sedării și constrângerii deplin inutile și fără acordul lor.

Singura asistentă medicală cu care Heldman a avut o interacțiune semnificativă i-a spus că, dacă el ar avea un copil, asta i-ar putea ameliora depresia. Pentru aceste servicii, statul New York a plătit 1.400 de dolari pe zi.

Când am examinat instituțiile, eram interesat mai mult de calitatea unui spital bun decât de neajunsurile unui spital necorespunzător. Scopul meu nu era să caut abuzuri, ci să văd dacă însuși modelul instituției de stat este – sau nu – greșit. Problema internării în instituții specializate e foarte grea și n-am găsit o soluție. Serviciile pe termen scurt pentru cei bolnavi mintal pot fi bune sau rele; am petrecut destul de mult timp în saloanele unor astfel de locuri, și n-aș ezita să mă internez, de exemplu, la Johns Hopkins Hospital dacă aș avea nevoie de astfel de îngrijire. Dar serviciile publice de îngrijire pe termen lung, în care oamenii stau ani întregi sau tot restul vieții, sunt absolut și sfâșietor de diferite. Am făcut câteva vizite lungi la Spitalul Norristown, din apropiere de Philadelphia, o instituție condusă de oameni foarte dornici să-și ajute pacienții. Mi-au făcut o impresie bună medicii pe care i-am întâlnit, asistenții sociali care interacționează zilnic cu cei internați și administratorul spitalului. Mi-au plăcut câțiva dintre pacienții pe care i-am cunoscut. Și, cu toate acestea, Norristown m-a făcut să scrâșnesc din dinți și să simt fiori, iar vizitarea lui a fost una dintre cele mai tulburătoare și mai grele sarcini din cercetarea pentru carte. Aș vrea *mult* mai mult să înfrunt orice fel de deznădejde personală decât să petrec un timp îndelungat la Norristown. Chiar dacă internarea în instituții specializate poate fi cel mai bun lucru pe care-l avem în prezent, și chiar dacă problemele puse de Norristown s-ar putea să nu poată fi soluționate complet, ele trebuie să fie recunoscute dacă vrem să obținem veriga-lipsă din legea intervenționistă.

Spitalul Norristown este un complex care arată, la prima vedere, ca o facultate de rangul al doilea de pe Coasta de Est. E așezat în vârful unui deal înverzit și are vedere panoramică. Copaci înalți, cu coroane bogate, își aruncă umbra peste pajiști bine îngrijite; clădirile din cărămizi roșii, în stil neofederal, sunt acoperite de vișă sălbatică; porțile sunt deschise în timpul zilei. Din punct de vedere estetic, pacienților le e mult mai bine în spital decât afară. Realitatea locului e însă al naibii de apropiată de serialul clasic *Prizonierul*,



ori de o versiune lipsită de farmec a lui *li e în Ț r Minunilor*, în care aparența unei logici inaccesibile neagă prăbușirea completă a logicii. Locul are un vocabular absolut propriu, pe care l-am învățat încetul cu încetul. „A, nu se simte prea bine“, mi-a spus în taină o pacientă despre alta. „O să ajungă înapoi în clădirea cincizeci, dacă n-are grijă.“ Să-ntrebi pe cineva ce s-a-ntâmpnat în „clădirea cincizeci“ nu era bine: în ochii pacienților, clădirea cincizeci – serviciile de urgență – era blestemată. Când am intrat, în cele din urmă, în clădirea cincizeci, nu era deloc așa de rău cum lăsase să se înțeleagă amenințarea, dar, pe de altă parte, clădirea treizeci era îngrozitoare. Cei mai mulți dintre cei aflați acolo se aflau în condiții de constrângere fizică și supraveghere constantă, pentru a nu-și face rău singuri. Unii dintre ei erau înfășurați în plase, ca să fie opriți de la încercările reale de sinucidere. N-am văzut prea multe intervenții inadecvate; la cei mai mulți dintre oamenii tratați astfel, era nevoie de acest tratament, și totuși era groaznic să-i vezi, dar și mai rău era că erau adunați laolaltă, ca figurile de ceară ale criminalilor în pivniță la Madame Tussaud. Ierarhia clădirilor și numerelor, teama, interdicția libertății – toate șușotite prin complex – nu făceau decât să agraveze starea cuiva care suferea deja de depresie.

Eram îngrozit să fiu acolo. Era ca vorbitul despre funie în casa spânzuratului. Aș fi ajuns oare într-un astfel de loc dacă aș fi fost sărac și singur și dacă boala nu mi-ar fi fost tratată? Simpla posibilitate mă făcea să-mi vină s-o iau la goană zbierând prin porțile alea frumoase și să nu mă opresc decât în patul meu, în siguranță. Oamenii aceștia nu aveau afară vreun loc pe care să-l poată considera acasă. Chiar și când erau prezenți toți medicii și asistenții sociali, cei bolnavi mintal erau mai mulți, și am avut o senzație groaznică de „noi“ și „ei“. Dat fiind că tulburările afective ocupă locul doi pe lista celor mai obișnuite diagnostice din spitalele de stat pentru boli psihice,<sup>663</sup> nu mi-am dat seama, în ce mă privește, dacă făceam parte mai degrabă din categoria „noi“ decât din categoria „ei“. Ne trăim viața pe baza normelor consensuale și ne agățăm de rațiune, pentru că e afirmată iar și iar. Dacă ne-am duce într-un loc în care totul e plin cu heliu, am putea înceta să credem în gravitație,

pentru că ar fi atât de puține dovezi ale ei. La Norristown, am constatat că tangența mea cu realitatea devine fragilă. Într-un astfel de loc, n-ai nici o certitudine, iar sănătatea mintală devine la fel de ciudată în raport cu contextul ca nebunia în lumea de afară. De câte ori m-am dus la Norristown, am simțit că psihicul meu își pierde greutatea și începe să se dezintegreze.

Prima vizită acolo, organizată prin intermediul administrației, a fost într-o încântătoare zi de primăvară. Eram cu o femeie depresivă, care acceptase să stea de vorbă cu mine. Ședeam într-un fel de chioșc de pe o colină frumoasă și beam cafea cu neputință de băut din pahare de plastic pe jumătate înmuiate de băutura călăie. Femeia cu care stăteam de vorbă știa să se exprime și era „prezentabilă“, dar nu eram în largul meu, și nu numai din pricina cafelei cu aromă de plastic. Când am început să vorbim, au apărut persoane care nu cunoșteau convențiile sociale și s-au așezat între noi doi ori ne-au întrerupt ca să mă întrebe cine sunt și ce fac acolo, sau, la un moment dat, cineva a venit și m-a bătut ușurel pe ceafă, de parcă aș fi fost un terrier Bedlington. O femeie pe care n-o mai văzusem în viața mea a stat o vreme la vreo trei metri de noi, privind țintă, apoi a izbucnit în plâns și a ținut-o așa, în ciuda încercărilor mele de a o liniști. „A, e o smiorcăită“, mi-a explicat cineva, încurajator. Oamenii care nu erau nebuni înainte de a ajunge în locul ăsta erau cu siguranță nebuni când plecau. Cei internați la Norristown sunt mult mai puțini decât în zilele de glorie ale spitalului de boli mintale și ale antrepozitului, așa că peste jumătate dintre clădirile din complex sunt părăsite. Clădirile goale, multe construite în anii '60 în stilul utilitarist, modernist al școlilor de cartier, răspândesc o fantomatică amenințare; zăvorâte cu lanțuri, goale de ani întregi, evocă, între grinzile lor și în tăcerea lor absentă, un exces verzui de viață purulentă.

Pacienții schizofrenici umblă prin Spitalul Norristown, vorbind cu marșieni pe care noi, ceilalți, nu-i putem vedea. Un tânăr furios izbea în pereți cu pumnii, în vreme ce pacienți aflați în pragul catatoniei se holbau, cu chipurile încremenite, nemișcați, depresivi sau sedați. Mobilierul de felul celui „cu care nu te poți răni“ era vechi și uzat, la fel de degradat ca oamenii care-l foloseau. Decoruri spălăcite din carton, făcute pentru sărbători de mult trecute,

împodobeau un hol, ca și cum ar fi fost acolo de când pacienții erau la grădiniță. Nimeni nu-și amintise să le ofere acestor oameni starea de adult. În fiecare dintre cele vreo douăsprezece vizite la Norristown, cineva care susținea că sunt mama ei m-a bombardat cu întrebări al căror răspuns n-aveam cum să-l știu, iar cineva care părea neliniștit și foarte iritabil mi-a spus să plec de acolo imediat, s-o șterg înainte să iasă bucluc. Un bărbat cu o deformitate gravă a feței se declarase prietenul meu și mi-a spus că nu trebuie să bag în seamă, nu trebuie să plec; până-ntr-o lună, toată lumea o să se-nvețe cu mine. „Nu ești prea rău, nu ești prea urât, stai pe-aici, o să te obișnuiești“, zicea el cu mintea în altă parte, într-un fel de monolog monoton, la care eu, în cel mai bun caz, eram un accesoriu. O femeie necuviincios de grasă cerea bani și mă tot apuca de umeri, ca să fie mai convingătoare. Nici o clipă nu puteam scăpa de acel *sso continuo* al larmei nonverbale de la Norristown, care se auzea permanent dincolo de tirul cuvintelor: oameni care izbeau ceva, oameni care țipau, oameni care sforăiau tare, oameni care bolboroseau, oameni care plângeau, oameni care scoteau zgomote ciudate, gătuite, ori dădeau fără rușine vânturi, tusea chinuitoare a bărbaților și femeilor a căror singură plăcere e fumatul. Nu există iubire pripășită prin aceste locuri; vacarm, vacarm, vacarm: asta mustește din pereți și din podea. Nu-i destul loc la Norristown, în ciuda clădirilor încuiate și a pajiștii. Pacienții de aici sunt robii suferinței. Patruzeci la sută dintre pacienții din astfel de instituții sunt acolo din cauza depresiei; s-au dus – să se vindece – în unele dintre cele mai deprimante locuri de pe pământ.

Și totuși, Norristown a fost cea mai bună instituție publică de îngrijire pe termen lung pe care am vizitat-o, iar cei care o conduc m-au impresionat nu numai pentru că sunt devotați, ci și inteligenți și buni la suflet. Majoritatea pacienților sunt în cea mai bună stare de sănătate cu putință. Locul nici nu se compară cu Bedlam; toți pacienții sunt bine hrăniți, iau medicamentele potrivite și sunt salutar supravegheați cu toții, cu grijă părintească, de un personal experimentat. Rareori se rănește cineva la Norristown. Toți sunt curați și îmbrăcați decent. În general, pacienții pot să spună ce boală au și de ce sunt acolo. Personalul, cu multă dăruire, dă dovadă de un uimitor nivel de caritate

în secțiile de care răspunde și, deși locul dă impresia de nebunie, dă și impresia de siguranță. Pacienții sunt protejați aici atât de lumea exterioară, cât și de eul lor, ce inspiră frică. Punctele slabe ale locului sunt doar cele specifice îngrijirii de lungă durată.

După câțiva ani în spital, Joe Rogers a fost mutat din instituția de îngrijire pe termen lung într-o casă intermediară de sănătate din Florida, unde a primit un tratament mai bun și niște medicamente potrivite. „Dar am început să mă văd altfel – am început să mă văd ca suferind de o boală psihică. Mi-au spus că sunt incurabil și nu vedeau ce rost ar avea să mă duc la școală. Aveam douăzeci și ceva de ani. Au spus că trebuie să iau ajutor social și să stau acolo. Până la urmă, m-am îmbolnăvit foarte tare și mi-am pierdut cu totul conștiința de sine.“ Când a plecat, a rămas pe stradă, unde a trăit o mare parte din acel an. „Cu cât încercam mai mult să mă adun, cu atât mă împrăștiam mai tare. Am încercat o cură geografică. Era vremea să mă descotorosesc de obiceiuri și de relații. Am hotărât că ar fi grozav să fiu în New York City. Habar n-aveam ce fac acolo. În cele din urmă, am găsit o bancă din parc care nu era prea rea – pe atunci, nu erau atât de mulți oameni fără adăpost în New York, și eram un puști alb destul de arătos. Aveam părul mare, dar nu slinos, și oamenii au început să se intereseze de mine.“

Rogers își spunea povestea străinilor, care-i dădeau un ban, dar nu dezvăluia nici o informație care l-ar fi putut duce înapoi la spital. „Îmi ziceam că, dacă mă-ntorc acolo, nu mai ies niciodată. Mă gândeam c-o să pună gheara pe mine. Pierdusem orice speranță, dar mi-era prea frică de durere ca să mă omor.“ Era în 1973. „Îmi amintesc de toată acea zarvă la care am asistat odată, de toți oamenii ăia care se bucurau, și, când i-am întrebat de ce, au zis că s-a terminat Războiul în Vietnam. Și am zis: «O, asta da!» Dar nu pricepeam ce e aia, ori ce se petrece. Cu toate că-mi amintesc că am participat odată la un marș împotriva războiului.“ Apoi, a început să fie tot mai frig, și Rogers nu avea palton. Dormea pe pontonul cel mare de pe râul Hudson. „Pe atunci, credeam că m-am înstrăinat așa de tare de restul lumii, încât, dacă mă

apropii de cineva, o să se-ngrozească. Nu mă spălasem și nu-mi schimbasesm hainele de multă vreme. Probabil că eram dezgustător. Au venit tipii ăia de la o biserică – știam că mă văzuseră împleticindu-mă pe acolo – și mi-au zis că mă duc la YMCA, în East Orange. Dacă ar fi zis că mă duc la spital, fugeam mâncând pământul și nu mă mai vedeau vreodată. Dar n-au făcut asta; m-au observat o vreme, și au așteptat până ce am fost pregătit, și mi-au dat de făcut ceva ce eram în stare să fac. N-aveam nimic de pierdut.“

Așa a avut Rogers a face pentru prima oară cu programele de îngrijire comunitară, care aveau să devină piatra de temelie a politicii sale sociale. „De obicei, oamenii izolați și dezorientați își doresc cu disperare un pic de contact uman“, spune Rogers. „Programele de îngrijire comunitară pot funcționa. Trebuie să vrei să te duci tu la ei și să-i tot angrenezi până ce sunt gata să vină cu tine.“ Joe Rogers a fost depresiv; depresia este o boală ce năpădește personalitatea și o strivește, dar personalitatea lui Rogers a fost foarte perseverentă. „Simțul umorului a fost, poate, lucrul cel mai important“, spune el acum. „Chiar și când eram în culmea nebuliei și a deprimării, tot găseam prilej de glumă.“ A stat câteva luni la YMCA din East Orange și a primit de lucru într-o unitate de spălat mașini. Mai târziu, s-a mutat la YMCA din Montclair, unde și-a întâlnit viitoarea soție. Căsătoria a avut „o uriașă influență stabilizatoare“. Rogers a hotărât să se ducă la facultate. „Într-un fel, făceam cu schimbul. Ea trecea prin perioade de comportament depresiv și eu o îngrijeam, după care schimbam rolurile.“ Rogers a început să facă muncă voluntară în domeniul sănătății mintale – „singura zonă despre care știam câte ceva în momentul acela“ – când avea douăzeci și șase de ani. Cu toate că nu putea suferi spitalele, „oamenilor care aveau nevoie serioasă de ajutor le trebuia ceva, și m-am gândit că am putea pur și simplu să reformăm spitalele și să le facem să fie locuri mai bune. Am încercat asta ani întregi, dar am constatat că sistemul nu poate fi reformat“.

Asociația pentru Sănătate Mintală din Sud-Estul Pennsylvaniei este o organizație nonprofit fondată de Rogers. E destinată sporirii capacităților persoanelor cu boli psihice. Rogers a contribuit la transformarea Pennsylvaniei în unul dintre cele mai progresiste state din federație în privința sănătății

mintale, a supravegheat personal închiderea unor spitale de stat și a propus inițiative comunitare pentru sănătatea mintală care sunt remarcabil de bune, iar în prezent operează cu un buget anual de circa 1,4 miliarde de dolari.<sup>664</sup> Dacă ai de gând să te năruți afectiv, Pennsylvania e un loc bun în care s-o faci, și, de fapt, mulți oameni din statele învecinate vin în Pennsylvania ca să poată profita de sistemele de aici. Persoanele fără adăpost au fost o problemă tradițională în Philadelphia, și, când a fost ales, primarul actual s-a arătat în favoarea redeschiderii spitalelor de boli mintale care fuseseră închise și umplerii celor care încă mai funcționau. Rogers l-a convins să închidă instituțiile specializate și să se apeleze la alte sisteme de îngrijire.

Principiul director al sistemului actual din Pennsylvania este că oamenii nu trebuie izolați în spitale în care nebunia este regula, ci să trăiască în comunitatea mai mare, expuși constant la efectele salutare ale sănătății mintale.<sup>665</sup> Pacienții din Pennsylvania cu boli grave sunt în grija unor servicii rezidențiale structurate pe termen lung. Acestea sunt așezăminte mici, de circa cincisprezece paturi, care oferă ajutor intensiv, îngrijire riguroasă și un accent permanent pe reintegrare. Ele sprijină gestionarea cuprinzătoare a cazurilor, ceea ce îngăduie unui asistent social specializat în psihiatrie să stabilească o relație de unu la unu cu pacientul. „E cineva care, într-un fel, te urmărește, află ce se întâmplă și intervine un pic“, spune Rogers. „Trebuie să fie un program ofensiv. O persoană cu care am lucrat la începutul carierei mele m-a amenințat că o să ceară ordin judecătoresc de interdicție. Nu acceptam să mi se răspundă cu «nu»; făceam ce făceam și intram, iar, dacă ar fi trebuit, i-aș fi scos ușa din țâțâni.“ Aceste locuri oferă, de asemenea, programe de reabilitare psihosocială, al căror scop este să ajute oamenii în privința elementelor pragmatice ale vieții „normale“. Circa 80 la sută dintre pacienții internați pentru depresie din Pennsylvania par să se simtă mai bine în aceste condiții. Când cineva reprezintă un pericol pentru alții sau pentru sine, ca atunci când este pe străzi și e foarte frig, se apelează la intervenție completă, inclusiv adăpostire și tratament cu de-a sila. Singurele persoane care se împotrivesc constant tratamentului de acest fel sunt drogații bolnavi

psihic, în special cei care iau heroină; acești pacienți trebuie dezintoxicați înainte ca sistemul statal de sănătate mintală să le ofere îngrijire.

Rogers a creat și un lanț de „centre provizorii“, cum le numește el, spații cu intrare din stradă, în care lucrează, de obicei, persoane care sunt ele însele pe cale de a se vindeca de o boală mintală. Aceasta creează locuri de muncă pentru oameni care de-abia încep să facă față unui mediu structurat, și le oferă oamenilor care se află într-o formă proastă un loc în care să se ducă, să stea și să primească o consiliere structurată. După ce au cunoscut un astfel de loc, oamenii fără adăpost, speriați de intervențiile mai viguroase, se întorc mereu acolo. Centrele provizorii oferă o zonă de tranziție între izolarea psihică și societate. Pennsylvania a pus la punct acum un sistem masiv de depistare, cu conotații de poliție de stat, dar reușește să împiedice oamenii să cadă de pe margine și să dispară. O bază de date cuprinde toate tratamentele prin sistemele statale, inclusiv fiecare vizită la urgențe pe care a făcut-o vreodată un pacient. „Mi-am scris numele acolo“, spune Rogers, „și am fost șocat de ceea ce a ieșit.“ Dacă un pacient din Pennsylvania lipsește nemotivat, asistenții sociali îl caută și continuă să verifice în mod regulat ce face. E cu neputință să te sustragi acestei atenții altfel decât vindecându-te.

Problema cu tot acest program este fragilitatea sa. La nivelul cel mai pragmatic, este instabil din punct de vedere fiscal: marile spitale de boli psihice sunt entități elefantine, cu costuri stabilite, în vreme ce programele neinstituționale pot fi reduse cu ușurință în vremurile de criză bugetară. Apoi, pentru includerea persoanelor cu boli mintale într-o comunitate e nevoie de toleranță, chiar și în zonele prospere și cu oameni deschiși la minte. „Toată lumea e liberală în privința renunțării la internarea în instituții specializate, până se pomenește la ușă cu primul boschetar“, spune deputatul Bob Wise. Cea mai mare problemă este că, pentru unii oameni cu boli mintale, toată această independență și imersiune în comunitate este mai mult decât pot suporta. Unii nu pot ființa în afara unui mediu complet izolat, cum sunt spitalele. Acești oameni sunt proiectați în mod regulat într-o lume a cărei funcționare îi copleșește, iar acest lucru nu le este de ajutor nici lor, și nici celor pe care-i întâlnesc și care pun umărul la îngrijirea lor.

Nimic din toate acestea nu l-a descurajat pe Rogers. A forțat închiderea spitalelor, folosind politica momelii și amenințării, atrăgându-și simpatia unor înalți funcționari guvernamentali și, de asemenea, dându-i în judecată, în procese colective care fac trimitere la Legea americanilor cu dizabilități. Rogers a luat ca model pentru acțiunile sale mișcarea Lucrătorilor Uniți din Ferme a lui Cesar Chavez; de fapt, a încercat să sindicalizeze persoanele bolnave psihic, dând acelui corpus extrem de difuz de oameni fără putere reprezentativă un glas colectiv. În anii '50, în zilele de glorie ale internării în instituții specializate, circa cincisprezece mii de pacienți au fost adăpostiți în instituții din jurul Philadelphiei. Rogers a închis două dintre ele, iar Norristown, ultima rămasă, nu are decât câteva sute de pacienți. Principala opoziție la procesele colective ale lui Rogers a venit din partea sindicatelor lucrătorilor din spitale (în special, a celor de la întreținere). Închiderea spitalelor s-a făcut prin scoaterea pacienților de acolo când au fost destul de sănătoși ca să se ocupe de ei serviciile comunitare de îngrijire pe termen lung. „Le închidem treptat și prin uzură“, spune Rogers.

Dacă în spitalele importante s-au comis abuzuri, sunt șanse ca și în programele bazate pe comunitate să apară abuzuri comparabile sau mai grave. Verificările și echilibrările din aceste programe sunt greu de menținut. Un mare număr de oficialități și de lucrători din domeniul sănătății mintale își exercită puterea asupra câte unui mic teritoriu din sistemul de îngrijire, fiecare cu mecanismele sale interne. Cum ar putea operațiunile din aceste centre să fie pe deplin vizibile pentru cei care, în principiu, le supervisează, oameni care de obicei calcă pe acolo doar în vizite ocazionale, rapide? E posibil să păstrezi standarde înalte de vigilență când autoritățile au fost corupte?

Întrebarea cum anume apare boala mintală și cine ar trebui să fie tratat se bazează, în mare măsură, pe felul în care percepe publicul sănătatea mintală. Există ceva numit sănătate mintală și există ceva numit nebunie, iar diferența dintre cele două este deopotrivă categorială și dimensională, de natură și de grad. În ultimă instanță, este modul de abordare a ce anume solicită cineva de



la creierul său și de la creierile celorlalți. Nu-i nimic rău în acest mod de abordare. Este o parte esențială a autodefinirii noastre, o piatră de temelie a ordinii sociale. E greșit să vezi înapoia ei o înșelătorie; în afară de cazul în care crezi că un consens pe subiecte complicate poate ieși la iveală deformat, trebuie să operezi cu acel amestec ciudat de opinie personală și istorie obștească ce determină toate obiceiurile noastre ca ființe sociale. Problema nu e atât politica de abordare a depresiei, cât faptul că nu recunoaștem că *există* o politică de abordare a depresiei. Nu există o eliberare de această politică de abordare. Cei fără bani au mai puțină libertate decât cei care au prerogativa resurselor financiare; politica de abordare a depresiei se repercutează asupra întregii vieți. Cei cu boală mai ușoară au mai multă libertate decât cei foarte bolnavi; și probabil că așa și trebuie să fie. Spre sfârșitul anilor '70, Thomas Szasz, cel mai cunoscut apărător al dreptului la sinucidere, a adus argumente împotriva medicamentelor, susținând că nu există vreo lege naturală conform căreia psihiatrul e îndreptățit să intervină cu rețete în viața personală a pacientului.<sup>666</sup> E interesant de aflat că avem dreptul să fim depresivi. E la fel de bine să știm că, în condiții raționale corecte, putem hotărî să nu luăm medicamente. Totuși, Szasz și-a depășit atribuțiile și a dat posibilitatea apariției în rândurile pacienților săi a credinței că, prin renunțarea la medicamente, realizează o puternică împlinire de sine. Este un act politic să faci asta? Unii dintre pacienții lui Szasz credeau că este. Și definițiile „comportamentului responsabil“ pe care ni le dau psihiatrii sunt un act politic. Ca societate, ne decidem de concepția lui Szasz, el trebuind să plătească 650.000 de dolari văduvei unuia dintre pacienții săi, după ce omul s-a sinucis într-un mod deosebit de brutal și de tulburător.<sup>667</sup>

E mai important să protejezi pe cineva de moartea sa? Ori e mai important să-i acorzi libertatea civilă de a evita tratamentul? Problema a fost aprig dezbătută. Într-un articol de opinie recent, deosebit de tulburător, din *New York Times* – scris de o psihiatră din cadrul unui cerc de experți de orientare conservatoare din Washington ca răspuns la Raportul despre Sănătatea Mintală prezentat de directorul Serviciilor de Sănătate Publică din SUA –, se

propune ideea că ajutorarea celor cu boală ușoară i-ar lipsi de ajutor pe cei cu boală gravă, de parcă îngrijirile din domeniul sănătății mintale ar fi o resursă minerală finită.<sup>668</sup> Ea a afirmat categoric că nu e cu putință să faci ca oamenii nesupravegheați să-și ia medicamentele și a afirmat că persoanele bolnave mintal („cu boli debilitante, ca schizofrenia și tulburarea bipolară“) care ajung la închisoare probabil că acolo trebuie să fie. În același timp, a afirmat că cei 20 la sută dintre cetățenii SUA care poartă povara unui tip de boală mintală (incluzându-i, se pare, pe toți cei care au depresie majoră) în multe cazuri n-au nevoie de terapie și, prin urmare, n-ar trebui s-o primească. Aici, cuvântul-cheie este *nevoie*, deoarece problema nevoii vizează calitatea – nu existența – vieții. E adevărat că mulți oameni pot rămâne în viață cu o depresie mutilantă, dar pot rămâne în viață și, de pildă, fără dinți. Faptul că te poți descurca pentru restul vieții cu iaurt și banane nu e un motiv ca să lași oamenii moderni fără dinți. O persoană poate trăi și cu un picior strâmb din naștere, dar în zilele noastre nu e un lucru neobișnuit să se ia măsuri pentru reconstruirea lui. Argumentul e practic similar cu cel care se tot aude din exteriorul lumii bolnavilor psihici, și anume că singurele persoane care *trebuie* tratate sunt cele care reprezintă o cheltuială sau o amenințare nemijlocită pentru ceilalți.

Adesea, medicii, în special cei din afara sistemului spitalelor universitare, află despre progresele medicinei de la reprezentanții firmelor farmaceutice. Acesta este – și nu este – un lucru bun. Se asigură medicilor educație continuă și li se oferă informații despre calitățile noilor produse, când devin disponibile. Dar nu este o formă adecvată de educație continuă. Această industrie se concentrează pe medicamente, nu pe alte terapii. „Aceasta a ajutat la tendința noastră de a favoriza medicamentele“, a spus Elliot Valenstein, profesor pensionar de psihologie și neuroștiință la Universitatea din Michigan. „Medicamentele sunt excelente, și le suntem recunoscători companiilor pentru că le produc, dar e penibil că procesul educațional nu e mai bine echilibrat.“<sup>669</sup> În plus, din cauză că această industrie finanțează unele

dintre cele mai ample și detaliate studii, există studii mai bune despre substanțele pentru care se poate obține brevet decât pentru celelalte, cum e sunătoarea; există mai multe studii despre terapiile bazate pe medicamente decât despre tratamente noi, cum e desensibilizarea și reprocesarea prin mișcări oculare. Nu avem destule programe naționale ca să echilibreze lucrările sponsorizate de companiile farmaceutice. Într-un articol recent din *The L n-* *et*, un jurnal medical de frunte, profesorul Jonathan Rees a propus restructurarea completă a procesului de brevetare, pentru a include motivația profitului în terapiile care, în prezent, nu sunt brevetabile, inclusiv în ceea ce el numește „genomica și informatica“. Totuși, pe moment, în această zonă există puține stimulente financiare.

Cei din industria farmaceutică știu că pe piața liberă probabilitatea de a avea cel mai mult succes o au tratamentele cele mai bune. Căutarea tratamentelor bune e, desigur, asociată cu căutarea profitului; eu însă cred, spre deosebire de unii politicieni care perorează de la tribună, că directorii din industria farmaceutică exploatează cu mai puțină lipsă de cuviință societatea decât oamenii din majoritatea celorlalte industrii. Multe dintre descoperirile care onorează medicina modernă au fost cu puțință doar datorită uriașelor programe de cercetare și dezvoltare din industria farmaceutică, în care se cheltuiește cam de șapte ori mai mult timp cu crearea de noi produse decât în alte industrii. Aceste programe au ca motor profitul; dar poate că e mai nobil să obții profit din inventarea de tratamente decât din inventarea de arme puternice sau din crearea de reviste care flatează gustul publicul. „Trebuie să fie în cadrul industriei“, a spus David Chow, unul dintre cei trei oameni de știință de la Eli Lilly care au inventat prozacul. William Potter, care acum e tot la Lilly, după ce a plecat de la Institutul Național pentru Sănătate Mintală (NIMH), a spus: „Savanții din laboratoarele de aici au condus crearea prozacului. Cercetarea importantă e finanțată de industrie. Societatea a făcut o alegere și ne-a dat acest sistem al progresului uriaș.“ Mă cutremur la gândul unde aș fi fost eu dacă industria n-ar fi creat medicamentele care mi-au salvat viața.

Și totuși, cu tot binele pe care l-a făcut această industrie, *este* o industrie, afectată de toate capcanele bizare ale capitalismului modern. Am participat la multe seminarii organizate de companii de cercetare, seduse și de aspectul material. La una dintre ele, ținută la Acvariul din Baltimore, aveam de ales între o conferință despre „Neurobiologia și tratarea tulburării bipolare“ și „Hrănirea și prezentarea pisicilor-de-mare oaspeților deosebiți și familiilor lor“. În cele din urmă, m-am dus la lansarea, în SUA, a unuiia dintre cele mai importante antidepresive, un produs care avea să cucerească rapid o parte semnificativă a pieței. Cu toate că lansarea a avut loc ținând seama de rigorile impuse de un organism de reglementare sever – Departamentul pentru Alimente și Medicamente (Food and Drug Administration – FDA) –, care a hotărât ce atribute se poate spune despre produs, a fost un fel de spectacol de circ, în care emoțiile au fost reglate la fel de bine gândit pe cât ar fi putut-o face trupa de acrobați Wallenda. A fost, în plus, o fiesta indecent de extravagantă, plină cu petreceri de discotecă, cu grătare în aer liber și unde s-au ținut idile. A fost un exemplu de Americă corporatistă îmbătată de produsele sale. E modul în care sunt motivați vânzătorii oricărui produs pe piața promoțională extrem de competitivă din SUA, iar sclipiciul a fost, cred, inofensiv; era însă cumva nefiresc la promovarea unui produs pentru oameni care suferă de o afecțiune groaznică.

Pentru discursurile care au dat tonul, agenții de vânzări s-au adunat într-un centru de conferințe de mari dimensiuni. Proporțiile audienței au fost coștitoare: peste două mii de oameni. După ce ne-am așezat cu toții, s-a înălțat din podeaua scenei, ca pisicile din muzicalul *Cats*, o întregă orchestră, cântând *Forget Your Troubles, C'mon Get Happy* „Uită-ți necazurile, hai, fii fericit“, după care piesa formației Tears for Fears *Everybody Wants to Rule the World* „Fiecare vrea să cârmuiască lumea“. Pe acest fond, o voce ca a Vrăjitorului din Oz ne-a urat bun-venit la lansarea unui nou produs fantastic. Fotografii gigantice ale Marelui Canion și ale unui pârâu dintr-o pădure erau proiectate pe ecrane de zece metri, iar luminile s-au intensificat, dezvăluind un decor care arăta ca un șantier de construcții. Orchestra a început să cânte selecții din *The Wall* „Zidul“ al formației Pink

Floyd. Un zid din cărămizi uriașe s-a înălțat încet în fundal, iar pe el au apărut numele produselor competitive. În vreme ce membrii unei trupe de dans acrobatic cu căști de protecție și târnăcoape executau contorsiuni atletice pe o schelă cu comandă electronică, dintr-un simulacru de navă spațială din fundul sălii a țâșnit un curcubeu de lasere în forma logoului produsului, care a eliminat celelalte antidepresive. Dansatorii și-au azvârlit bocancii de lucru și au executat o gigă irlandeză care se potrivea ca nuca-n perete, în vreme ce cărămizile, care păreau făcute din ipsos, se prăbușeau stârnind nori de praf. Șeful departamentului de vânzări a pășit peste ruine și s-a apucat să cânte voios, în vreme ce pe un ecran apăreau cifre; era atât de entuziasmat de profiturile viitoare, de parcă tocmai ar fi câștigat la *Family Feud*<sup>670</sup>.

Extravaganța mi-a indus un profund sentiment de jenă. Pe toți ceilalți însă, a părut să-i mobilizeze. Rareori au stârnit mai multă înfocare în rândurile spectatorilor echipele de majorete în pauzele meciurilor. Când tot spectacolul ăsta burlesc s-a încheiat, mulțimea era pregătită să pocnească suferința drept în nas. După ceremonia de deschidere, a urmat o pledoarie serioasă privind binefacerile departamentului de vânzări. În sală, s-a stins lumina. Urma prezentarea unui scurtmetraj turnat anume pentru această ocazie, cu persoane care au luat produsul în faza a treia de cercetări. Acești oameni în carne și oase scăpaseră de o grea suferință; unii și-au revenit cu ajutorul produsului dintr-o depresie refractară, care-i privase de sănătate jumătate din viață. Imaginile erau gresate, potrivite cu celelalte aspecte ale lansării, dar erau reale, și am văzut reprezentanți comerciali profund mișcați de oroarea prin care cei filmați trecuseră cu adevărat. Impresia de misiune încheiată cu care lumea a plecat din sala uriașă era sinceră. În următoarele zile, stilul contradictoriu al lansării a continuat; erau încurajate deopotrivă agresivitatea și empatia intermediarilor comerciali. La sfârșit totuși, toată lumea a fost copleșită cu obiecte: m-am întors acasă cu un tricou, o cămașă polo, un hanorac, un bloc-notes, o șapcă de baseball, o trusă pentru călătoria cu avionul, douăzeci de pixuri și o serie de alte bunuri care aveau pe ele logoul produsului, imprimat la fel de îndrăzneț ca logoul Gucci.

David Healey, fost secretar al Asociației Britanice de Psihofarmacologie, a pus sub semnul întrebării procesul de aprobare a tratamentelor pentru depresie. După părerea sa, industria a folosit formularea „inhibitori selectivi de recaptare a serotoninei“ (*selective serotonin reupt ke inhibitors – SSRI*) pentru a sugera o falsă simplitate a funcționării. Healey scrie: „Medicamentele care blochează recaptarea serotoninei pot fi antidepresive, asemenea compușilor care blochează selectiv recaptarea catecolaminei. De fapt, există puternica impresie că, în cazurile grave de depresie, unii dintre compușii mai vechi, care acționează asupra mai multor sisteme, ar putea să fie mai eficienți decât compușii noi. Electroșocurile sunt, aproape sigur, tratamentul cel mai puțin specific pentru un anumit sistem de transmițători, dar mulți medici cred că este cel mai rapid și mai eficient dintre tratamentele actuale. Ceea ce sugerează aceasta despre depresie nu este că e o tulburare a unui neurotransmițător sau a unui anumit receptor, ci mai degrabă că, în tulburările depressive, mai multe sisteme fiziologice sunt compromise, sau închise, sau desincronizate în vreun fel.“ Aceasta sugerează că, de fapt, tocmai trăsăturile pe care multe companii farmaceutice le folosesc în reclamele la medicamentele lor nu le sunt deosebit de utile celor care iau aceste medicamente. Pe baza unui model bacterial al bolii, sistemul federal de reglementare, înființat în anii '60, presupune că orice boală are un antidot specific și că fiecare antidot acționează asupra unei boli specifice. Nu încapе îndoială că declarațiile actuale ale Departamentului pentru Alimente și Medicamente (Food and Drug Administration – FDA), ale Congresului SUA, ale companiilor farmaceutice și ale publicului general reflectă ideea că depresia invadează o persoană și că tratamentul corect o poate elimina. Oare categoria „antidepresiv“ – care presupune boala „depresie“ – are sens?

Dacă depresia este o boală ce afectează 25 la sută din populația lumii, [671](#) poate cu adevărat să fie o boală? Aș fi putut scrie această carte de două ori mai repede dacă aș fi putut funcționa cu patru ore de somn pe noapte. Sunt handicapat în mod semnificativ de nevoia mea de somn. N-aș putea să fiu secretar de stat, pentru că funcția cere mai multă activitate decât

poate să încapă în cincisprezece ore pe zi. Unul dintre motivele pentru care am ales să devin scriitor este faptul că-mi pot face singur programul, iar toți cei cu care am lucrat știu că nu particip la ședințe dimineața decât dacă n-am încotro. Am luat câteodată un medicament dintre cele fără rețetă – se cheamă cafea –, ca să mă ajute să funcționez cu mai puțin somn decât mi-ar trebui fără el. E un medicament imperfect; e foarte eficient pentru tratamentul pe termen scurt al problemei mele, dar, luat pe termen lung, ca înlocuitor al somnului, provoacă anxietate, greață, amețeală și reduce eficiența. Din această cauză, nu acționează destul de bine ca să pot avea un program ca al secretarului de stat. S-ar putea ca, dacă Organizația Mondială a Sănătății ar face un studiu și ar afla câte ore utile se pierd, în fiecare an, din cauza oamenilor care au nevoie de peste șase ore de somn pe noapte, să se descopere că somnolența e mai costisitoare chiar decât depresia.

Am cunoscut persoane care au nevoie să doarmă paisprezece ore pe noapte, iar ele, asemenea persoanelor cu depresie majoră, se confruntă cu probleme de funcționare în lumea socială și profesională a zilelor noastre. Ele au un dezavantaj groaznic. Care este limita bolii? Și cine, dacă apare un medicament mai bun decât cafeina, ar fi clasificat drept bolnav? Oare am inventa un ideal al programului de somn al secretarului de stat și am începe să recomandăm medicamente tuturor celor care dorm peste patru ore pe noapte? Ar fi oare rău să facem asta? Ce s-ar întâmpla cu oamenii care ar refuza terapia prin medicamente și ar dormi atât cât au nevoie? N-ar fi în stare să țină pasul; ritmul rapid al vieții moderne ar fi mult mai rapid dacă cei mai mulți dintre oameni ar putea acum să folosească această medicație ipotetică.

„În anii '70“, scrie Healey, „principalele tulburări psihiatrice au fost definite ca tulburări ale câte unui sistem de neurotransmițători și receptori ai săi. N-au existat niciodată dovezi în sprijinul vreuneia dintre ipotezele respective, dar acest limbaj a contribuit pregnant la transformarea psihiatriei dintr-o disciplină care se percepea în termeni dimensionali, într-una care se preocupa de termenii categoriali.“<sup>672</sup> De fapt, acesta e, poate, lucrul cel mai alarmant în privința concepției actuale despre depresie: se respinge ideea unui continuum

și se afirmă că un pacient fie are, fie nu are depresie, este sau nu este depresiv, de parcă „a fi un pic depresiv“ ar fi totuna cu „a fi un pic gravidă“. Modelele categoriale sunt ispititoare. Într-o epocă în care suntem din ce în ce mai înstrăinați de sentimentele noastre, am putea fi consolați de ideea că un medic poate să facă o analiză a sângelui sau o scanare a creierului și să ne spună dacă avem sau nu depresie și de care fel anume. Depresia e însă o patologie care există în fiecare dintre noi, fluctuând între starea controlată și necontrolată; depresia-boală e un exces al unui lucru obișnuit, nu apariția unui neobișnuit. E diferită de la o persoană la alta. Ce anume face oamenii să fie depresivi? Am putea întreba, la fel de bine, ce anume face oamenii să fie mulțumiți.

Un medic poate înlesni alegerea dozelor, dar, într-o bună zi, ar putea fi la fel de simplu să-ți prescrii de unul singur unul dintre inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei, așa cum ai lua vitamine antioxidante, ale căror beneficii pe termen lung sunt evidente și ale căror efecte secundare sunt minime, nonletale și ușor de controlat. Acești inhibitori selectivi de recaptare a serotoninei ajută sănătatea mintală, care este fragilă; păstrează mintea în stare bună. Dozarea greșită sau luarea lor în mod inconsecvent le împiedică să funcționeze așa cum ar trebui, dar, așa cum subliniază Healey, oamenii iau medicamentele care nu sunt pe rețetă cu o atenție rezonabilă.<sup>673</sup> Nu luăm, de obicei, supradoze. Ne asumăm testarea empirică atunci când stabilim cât să luăm (ceea ce fac, mai mult sau mai puțin, și medicii, când prescriu inhibitori selectivi de recaptare a serotoninei). Inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei nu sunt fatali sau periculoși nici măcar în supradoze extreme.<sup>674</sup> Healey crede că lauda adusă medicamentelor prin intermediul prospectului lor cu recomandări este izbitoare mai ales în cazul antidepresivelor, care au relativ puține efecte secundare și care sunt folosite la tratarea unei boli care, pe moment, există doar în explicațiile pacientului, o boală ce nu poate fi testată în alți termeni medicali decât prin autoevaluările pacientului. Nu există altă modalitate de a stabili dacă un antidepresiv este – sau nu – necesar, în afară de cea de a-i pune pacientului întrebări – și aceste întrebări sunt puse



cel mai adesea de medici generaliști, care nu au mai multe informații despre pastile decât un profan care a citit destule materiale.

Regimul meu medicamentos este acum minuțios și precis echilibrat, și n-aș fi avut cunoștințele necesare ca să trec prin ultima mea cădere psihică dacă n-aș fi consultat un expert priceput. Dar mulți dintre cunoscuții mei care iau prozac s-au dus pur și simplu la doctor și i-au cerut să li-l prescrie. Ei și-au pus singuri diagnosticul, iar medicul n-a văzut nici un motiv să se îndoiască de discernământul lor în privința propriei minți. Dacă iei prozac fără să fie nevoie, se pare că nu se întâmplă nimic, iar cei la care nu se dovedește de ajutor probabil că nu-l mai iau. De ce să nu fie oamenii liberi să ia astfel de hotărâri pe cont propriu?

Mulți dintre cei pe care i-am intervievat iau antidepresive pentru „depresie ușoară” – și, datorită acestui lucru, trăiesc mai bine și sunt mai fericiți. Așa stau lucrurile și cu mine. Poate că ceea ce vor ei să schimbe este, de fapt, personalitatea, așa cum a sugerat Peter Kramer în *Listening to Prozac*. Vestea că depresia este o problemă chimică sau biologică reprezintă o știre senzatională în sfera relațiilor publice; am putea, cel puțin în teorie, să găsim procesele chimice cerebrale ale violenței și să ne facem de lucru cu ele dacă avem această înclinație. Ideea că orice depresie este o maladie invazivă se bazează fie pe extensia de sens a cuvântului *maladie*, care să includă tot felul de însușiri (de la somnolență până la sentimentul de a fi antipatic și cel de a fi stupid), fie pe o ficțiune modernă convenabilă. Și totuși, depresia majoră este o afecțiune ce distruge sănătatea, dar care acum se poate trata, și trebuie să fie tratată cât mai energic posibil, în numele unei societăți drepte, în care oamenii duc o viață îmbelșugată și sănătoasă. Ar trebui să fie inclusă în asigurări, protejată de legi date de Congres, abordată de mari cercetători ca problemă de maximă importanță. Există aici un aparent paradox care pune în evidență chestiuni existențiale privitoare la ce e omul și ce reprezintă suferințele sale. Drepturile noastre la viață și la libertate sunt relativ lipsite de ambiguitate; dreptul nostru la căutarea fericirii devine, pe zi ce trece, mai încălcit.

O veche prietenă mi-a spus odată că sexul a fost distrus de existența lui publică. Când era tânără, a zis, discuta cu iubiții ei despre un lucru nou, având drept călăuză doar instinctele cele mai rudimentare. Nu se așteptau la ceva anume unul de la altul, nu aveau standarde. „Am citit atâtea articole despre cine ar trebui să aibă mai multe orgasme și în ce fel“, mi-a spus. „Ni s-a spus ce să facem, și în ce poziții, și ce să simțim. Ni s-a spus cum e corect și cum e incorect să faci totul. Ce șansă de descoperire mai avem acum?“

Și disfuncția creierului a fost cândva o chestiune personală, în ciuda istoriei pomenite în această carte. Ajungeai la ea fără așteptări, iar felul în care lucrurile o luau razna era, în mare măsură, individual. Felul în care cei din jurul tău îi făceau față era, și el, individual. Acum, pătrundem în suferința psihică pe bază de programe. Beneficiem de clasificări artificiale și formule simplificatoare. Când depresia a fost dată afară din anonimul colectiv, a devenit o secvență ordonată din exterior. Aici este punctul în care politica se întâlnește cu depresia. Această carte este ea însăși prinsă iremediabil în plasa politicilor bolii. Dacă citiți atent aceste pagini, puteți învăța cum să fiți depriimați: ce să simțiți, ce să gândiți, ce să faceți. Cu toate acestea, individualitatea luptei fiecăruia este inviolabilă. Depresia, asemenea sexului, păstrează o nestinsă aură de mister. Este nouă de fiecare dată.

### Note

**630.** Pentru o trecere generală în revistă a politicilor guvernamentale schimbătoare din domeniul sănătății mintale, există câteva site-uri de informare centrate pe susținerea sănătății mintale, sprijin și educație. Recomand în mod special site-urile create de National Institute of Mental Health ([www.nimh.nih.gov](http://www.nimh.nih.gov)), National Alliance for the Mentally Ill ([www.nami.org](http://www.nami.org)), Treatment Advocacy Center ([www.psychlaws.org](http://www.psychlaws.org)), National Depressive & Manic-Depressive Association ([www.ndmda.org](http://www.ndmda.org)) și American Psychiatric Association ([www.psych.org](http://www.psych.org)).

**631.** Găsiți remarcile lui Tipper Gore despre propria depresie în interviul său publicat sub titlul *Strip Stigma from Mental Illness*, în *USA Today*, 7 mai 1999.

**632.** O mulțime de articole au fost publicate despre Mike Wallace și depresia lui. V. Jolie Solomon, *Breaking the Silence*, în *Newsweek*, 20 mai 1996; Walter Goodman, *In Confronting Depression the First Target is Shame*, în *New York Times*, 6 ianuarie 1998; Jane Brody, *Despite the Despair of Depression, Few Men Seek Treatment*, în *New York Times*, 30 decembrie 1997.

**633.** Găsiți descrierea de către William Styron a propriei depresii în amintirile sale, scrise cu eleganță, la persoana întâi, *Darkness Visible*, carte care a fost unul dintre primele portrete moderne sincere ale bolii depresive.

**634.** Alianța Națională pentru Bolnavii Mintal (National Alliance for the Mentally Ill – NAMI) oferă informații excelente despre ADA, inclusiv rezumate, informații pentru consumatori și promotori și informații de contact. Le puteți găsi pe <http://www.nami.org/helpline/ada.htm>.

**635.** Civil Aeromedical Institute (CAMI) este departamentul de certificare medicală, cercetare și educație al USA Department of Transportation Federal Aviation Administration. Găsiți reglementările complete ale FAA pe site-ul CAMI, [www.cami.jccbi.gov/AAM-300/part67.html](http://www.cami.jccbi.gov/AAM-300/part67.html).

**636.** Citatele din Richard Baron sunt preluate din manuscrisul său nepublicat „Employment Programs for Persons with Serious Mental Illness: Drawing the Fine Line Between Providing Necessary Financial Support and Promoting Life-time Economic Dependence“, pp. 5–6, 18, 21.

**637.** Informații despre NIH, ca și despre numeroasele sale departamente și bugete, găsiți pe site-ul [www.nih.gov](http://www.nih.gov).

**638.** Cei șase câștigători ai Premiului Nobel care au vorbit în fața Congresului, cum am menționat aici, au apărut înainte la o audiere anuală a House Subcommittee on Labor, Health and Human Services, and Education, la începutul anilor '90. Printre alții, deputatul John Porter a descris evenimentul în câteva interviuri orale.

**639.** Ideea că peste 75 la sută dintre planurile de sănătate din SUA oferă o acoperire mai mică pentru problemele legate de sănătatea mintală decât pentru celelalte boli este luată din Jeffrey Buck et al., *Behavioral Health Benefits in Employer-Sponsored Health Plans*, 1997, în *Health Affairs* 18, nr. 2 (1999).

**640.** Cifrele legate de căderea mea psihică sunt următoarele: șaisprezece ședințe la psihofarmacolog, 250 de dolari ședința, cincisprezece ședințe la psihiatru (aproximativ trei ore pe săptămână), 200 de dolari pe oră, și rețetele, care însumează cel puțin 3.500 de dolari pe an.

**641.** Statistica privind povara financiară a depresiei la locul de muncă provine din Robert Hirschfeld et al., *The National Depressive and Manic-Depressive Association Consensus Statement on the Undertreatment of Depression*, în *Journal of the American Medical Association* 277, nr. 4 (1997), p. 335.

**642.** Legea echivalării sănătății mintale din 1996 a intrat în vigoare la 1 ianuarie 1998.

**643.** Ideea că patru sute de mii de persoane ies din registrele asigurărilor pentru fiecare creștere cu 1 la sută a costurilor este citată dintr-o scrisoare trimisă, pe 17 noiembrie 1997, de John F. Sheils, vicepreședintele Companiei Lewin Group, Inc., lui Richard Smith, vicepreședintele departamentului Public Policy and Research al American Association of Health Plans. Firește, această estimare variază în funcție de „politica sănătății care este analizată“. Scrisoarea mi-a fost oferită de Lewin Group, Inc.

**644.** Consecințele economice ale echivalării asigurării sunt extrem de complicate și se bazează pe variabile prea diverse ca să poată fi reflectate în vreun studiu. Chiar dacă mulți experți sunt de acord că echivalarea asigurării va crește costurile totale ale asigurării cu mai puțin de 1 la sută – această statistică e citată în mod regulat în presa profesională și în cea care se adresează publicului larg –, unele studii au găsit alte cifre. Studiul efectuat de Rand Corporation a arătat că egalizarea limitelor anuale ar „crește costurile cu numai circa un dolar per angajat“. Într-un raport interimar despre costurile echivalării emis de National Advisory Mental Health Council, apar câteva posibilități – de la scăderea cu 0,2 la sută, până la creșteri cu mai puțin de 1 la sută. Într-un studiu efectuat de Lewin Group asupra asiguratorilor din New Hampshire, nu s-au găsit creșteri ale costurilor. Găsiți mai multe informații despre aceste studii pe site-ul NAMI, [www.nami.org/pressroom/costfact.html](http://www.nami.org/pressroom/costfact.html).

**645.** Cifra costurilor totale suplimentare pentru primul an de echivalare apare în Robert Pear, Insurance Plans Skirt Requirement on Mental Health, în New York Times, 26 decembrie 1998.

**646.** Faptul că în 1998 peste o mie de omoruri au fost atribuite unor persoane cu boli mintale este afirmat în dr. E. Fuller Torrey și Mary Zdanowicz, Why Deinstitutionalization Turned Deadly, în Wall Street Journal, 4 august 1998.

**647.** Amploarea discrepanței dintre proporția celor bolnavi mintal care sunt periculoși și articolele din presă despre acești oameni este raportată în Depression: The Spirit of the Age, în The Economist, 19 decembrie 1998, p. 116.

**648.** Studiul recent de la MIT care a arătat că oamenii care au depresie majoră și-și pierd capacitatea de muncă pot să revină la nivelul de bază cu ajutorul medicamentelor este al lui Ernst Berndt et al., Workplace performance effects from chronic depression and its treatment, în Journal of Health Economics 17, nr. 5 (1998).

**649.** Cele două studii care arată că menținerea sponsorizată în muncă a persoanelor cu boli mintale este modalitatea cea mai benefică din punct de vedere economic de a ne ocupa de ei sunt E.S. Rogers et al., A benefit-cost analysis of a supported employment model for persons with psychiatric disabilities, în Evaluation and Program Planning 18, nr. 2 (1995) și R.E. Clark et al., A cost-effectiveness comparison of supported employment and rehabilitation day treatment, în Administration and Policy in Mental Health 24, nr. 1 (1996).

**650.** Legea McCarran-Ferguson a fost dată în 1945. Dr. Scott Harrington, în The History of Federal Involvement in Insurance Regulation, spune că legea afirmă „că nici o lege a Congresului nu trebuie «să invalideze, să perturbe sau să înlocuiască» o lege statală dată în scopul de a regla sau de a taxa asigurările“. Această lucrare este în Optional Federal Chartering of Insurance, editată de Peter Wallison.

**651.** Statisticile despre bugetul propus de Clinton pentru anul financiar 2000 se găsesc pe site-ul Institutului Național pentru Sănătate Mintală (NIMH), la [www.nimh.nih.gov/about/2000budget.cfm](http://www.nimh.nih.gov/about/2000budget.cfm). Conform NIMH, bugetul final pentru anul financiar 2000 nu va fi definitivat decât la începutul lui 2001.

**652.** Faptul că Community Health Services Block Grant a crescut cu 24 la sută apare în NAMI E-News 99-74, 2 februarie 1999.

**653.** Erhard Seminar Training – terapie de grup creată de Werner Erhard în 1971 (n.tr.).

**654.** ASPCA – American Society for the Prevention of Cruelty to Animals (Asociația

Americană pentru Prevenirea Cruzimii față de Animale) (n.tr.).

**655.** Sugestiile la nivel național pentru tratamentul obligatoriu al tuberculozei sunt în programul Direct Observed Treatment (DOT) emis de Division of Tuberculosis Elimination din Center For Disease Control. Acest program propune întâlniri săptămânale cu asistenți sanitari care fac tratamentul și verifică respectarea formulelor de tratament. Găsiți mai multe informații despre recomandările emise de Center For Disease Control la [www.cdc.gov/nchstp/tb/faqs/qa.htm](http://www.cdc.gov/nchstp/tb/faqs/qa.htm). Chiar dacă toate cele cincizeci de state recunosc programul DOT, implementarea la nivel de stat și de oraș se face în funcție de necesitățile locale. De exemplu, în statul New York reglementările privind tratamentul obligatoriu al tuberculozei sunt emise și aplicate prin intermediul New York State Department of Health, în colaborare cu autoritățile orașenești și guvernamentale. New York State Department of Health stipulează un program DOT, care asigură „administrare sub supraveghere directă a medicamentelor împotriva tuberculozei pentru persoanele care nu vor sau nu sunt capabile să respecte planificarea medicamentelor prescrise“. Găsiți mai multe informații la [www.health.state.ny.us/nysdoh/search/index.htm](http://www.health.state.ny.us/nysdoh/search/index.htm). În statul New York, peste 80 la sută dintre bolnavii de TBC intră într-un program DOT. La New York City, în Decizia împoternicitului pentru respectarea tratamentului anti-TBC se afirmă: „Departamentul Sănătății colaborează cu furnizorii de servicii de sănătate pentru a ușura respectarea de către pacienți a tratamentului împotriva tuberculozei și pentru protejarea sănătății publice. Cei mai mulți oameni respectă tratamentul dacă sunt educați în privința tuberculozei și primesc stimulente sau ajutoare, sprijin în problemele legate de locuință, servicii sociale la domiciliu sau de teren de mai bună calitate și programe de terapie aflate sub control direct (directly observed therapy – DOT). Totuși, dacă aceste măsuri par să eșueze, sau au eșuat deja, împoternicitul pentru sănătate este autorizat de articolul 11.47 (d) al New York City Health Code să emită orice decizie consideră necesară pentru protejarea sănătății publice.“ Găsiți mai multe informații pe site-ul New York City Department of Health, la [www.ci.nyc.ny.us/hm/doh/html/tb/tb5a.html](http://www.ci.nyc.ny.us/hm/doh/html/tb/tb5a.html). Găsiți o analiză statistică a tratamentului obligatoriu pentru tuberculoză din New York City la Rose Gasner et al., The Use of Legal Action in New York City to Ensure Treatment of Tuberculosis, în The New England Journal of Medicine 340, nr. 5 (1999).

**656.** Poziția ACLU în privința tratamentului fără acordul lor al persoanelor cu dizabilități mintale poate fi găsită în Robert M. Levy și Leonard S. Rubinstein, The Rights of People with Mental Disabilities, p. 25.

**657.** Mai multe informații despre Școala Willowbrook se găsesc în David și Sheila Rothman, The Willowbrook Wars.

**658.** Cifra despre cheltuielile pentru sănătatea mintală ale Administrației Veteranilor (Veteran Administration) apare în raportul pe care American Psychiatric Association l-a prezentat la Department of Veteran Affairs pe 13 aprilie 2000 și se găsește pe site-ul APA [www.psych.org](http://www.psych.org), dând clic pe „Public Policy and Advocacy“ și apoi „APA Testimony“.

**659.** Am preluat de la membra în Camera Reprezentanților Marcy Kaptur dovada anecdotică a faptului că tulburările de tip psihiatric s-ar putea să fie cele mai frecvente la veterani.

**660.** Ideea că 25 la sută dintre veteranii din spitalele VA au o boală mintală este preluată din raportul pe care American Psychiatric Association l-a prezentat la Department of Veteran Affairs pe 13 aprilie 2000, și se găsește pe site-ul APA [www.psych.org](http://www.psych.org), dând clic pe „Public Policy and Advocacy“ și apoi „APA Testimony“.

**661.** Faptul că peste jumătate din numărul total al medicilor din SUA au avut o formă de pregătire în sistemul de servicii sanitare VA este de pe site-ul Veteran Administration. Acolo, se raportează: „Actualmente, Veteran Administration este afiliată la o sută cinci facultăți de medicină, cincizeci și patru de facultăți de stomatologie și peste o mie o sută patruzeci de alte facultăți din întreaga țară. Peste jumătate din numărul total al medicilor din SUA au avut o formă de pregătire în sistemul de servicii sanitare VA. În fiecare an, circa 100.000 de profesioniști din domeniul sănătății fac pregătire în centrele medicale ale VA.“ De pe [www.va.gov/About\\_VA/Orgs/vha/index.htm](http://www.va.gov/About_VA/Orgs/vha/index.htm).

**662.** Articolul lui Kevin Heldman este 7½ Days, publicat în City Limits, iunie/iulie 1998.

**663.** Estimările procentelor de pacienți cu tulburări afective din instituțiile de stat și districtuale pentru boli mintale sunt luate din Joanne Atay et al., Additions and Resident Patients at End of Year, State and County Mental Hospitals, by Age and Diagnosis, by State, United States, 1998, publicat de U.S. Department of Health and Human Services în mai 2000. Se raportează că tulburările afective ocupă locul doi pe lista celor mai frecvente afecțiuni ale pacienților internați, cu 12,7 la sută, p. 53. În cazul pacienților ambulatorii, numărul crește la 22,7 la sută, p. 3.

**664.** Cifrele din bugetul pentru sănătatea mintală din Pennsylvania au fost oferite de Mental Health Association of Southeastern Pennsylvania, prin bunăvoința Susanei Rogers, căreia îi mulțumesc pentru enormul său efort de a obține această statistică și alte câteva.

**665.** În privința eficienței programelor comunitare, faptul că serviciile comunitare „sunt, din punctul de vedere al rezultatelor, practic aproape totdeauna mai eficiente decât serviciile instituționale“ este declarat într-un raport care apare în Amici Curiae Brief for the October 1998 Supreme Court Case of Tommy Olmstead, Commissioner of the Department of Human Resources of the State of Georgia, et al., vs. L.C. and E.W., Each by Jonathon Zimring, as Guardian ad Litem and Next Friend, întocmit de National Mental Health Consumers' Self-Help Clearinghouse et al. în sprijinul celor care răspund, p. 24. Acest raport citează numeroase studii care îi sprijină descoperirile, dintre care două sunt deosebit de pertinente: A. Kiesler, Mental Hospitals and Alternative Care: Noninstitutionalization as Potential Public Policy for Mental Patients, în American Psychologist 349 (1982) și Paul Carling, Major Mental Illness, Housing, and Supports, în American Psychologist, august 1990.

**666.** Concepțiile lui Thomas Szasz sunt exprimate în numeroasele lui scrieri. Un loc bun de la care să începeți sunt cărțile lui Cruel Compassion și Primary Values and Major Contentions.

[667](#). Povestea procesului împotriva lui Thomas Szasz e spusă de Kay Jamison în *Night Falls Fast*, p. 254.

[668](#). Articolul despre refuzarea îngrijirii persoanelor cu boală mintală ușoară este al lui Sally L. Satel, *Mentally Ill or Just Feeling Sad?*, în *New York Times*, 15 decembrie 1999.

[669](#). Există o gamă foarte largă de programe de educare ale industriei farmaceutice. La întrunirea anuală a *American Psychiatric Association (APA)*, forumurile sponsorizate de industrie includ prezentări făcute de unii dintre cei mai renumiți psihiatri din SUA, dintre care mulți au primit de la companiile farmaceutice granturi independente de cercetare. Agenții de vânzări din industria farmaceutică ajung adesea să le ofere medicilor cea mai bună parte din educația lor continuă; activitatea lor îi ține pe medici la curent cu tratamentele disponibile, însă, firește, activitatea lor educativă este, în mod indirect, influențată.

[670](#). Emisiune-concurs a postului de televiziune ABC (n.tr.).

[671](#). Sugestia că tulburările de dispoziție afectează un sfert din populația lumii este din Myrna Weissman, *Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder*, în *Journal of American Medical Association* 276, nr. 4 (1996).

[672](#). Aceste citate din David Healey sunt din *The Antidepressant Era*, p. 163.

[673](#). Ideea de a lua antidepresive fără rețetă: *ibid.*, pp. 256–265.

[674](#). Faptul că inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei nu sunt fatali sau periculoși nici măcar în supradoze este arătat în J.T. Barbey și S.P. Roose, *SSRI safety in overdose*, în *Journal of Clinical Psychiatry* 50, supl. 15 (1998), în care scriu: „Supradozele moderate – de treizeci de ori mai mult decât doza zilnică obișnuită – sunt asociate cu simptome minore sau absența simptomelor.“ Doar la „doze foarte mari – de șaptezeci și cinci de ori mai mult decât doza zilnică obișnuită“ se produc evenimente grave, „printre care se numără crize, modificări în ECG și reducerea stării de conștiență“.

## XI

### Evoluția

S-au spus o mulțime de lucruri despre depresie: „cine“, și „ce“, și „când“, și „unde“. Evoluționiștii și-au îndreptat atenția către „de ce“. Interesul pentru „de ce“ începe cu aspectul istoric: biologia evoluționistă explică felul în care lucrurile au ajuns să fie așa cum sunt. De ce o stare atât de evident neplăcută și esențialmente neproductivă a ajuns să afecteze o parte atât de mare a populației? Ce avantaje ar fi putut sluji vreodată? Să fie oare un simplu cusur al omenirii? De ce n-a fost eliminat de mult, prin selecția naturală? De ce anumite simptome tind să se agregheze? Care este relația dintre evoluția socială și cea biologică a afecțiunii? E imposibil să răspundem fără să examinăm întrebarea care precedă fondul depresiei. De ce, în termenii evoluției, avem totuși stări sufletești? De fapt, de ce avem afecte? Ce anume a determinat natura să selecteze dispararea, și frustrarea, și iritabilitatea și să selecționeze, relativ vorbind, atât de puțină bucurie? Examinarea întrebărilor evoluționiste privind depresia înseamnă să examinezi ce înseamnă să fii om.

Este evident că tulburările de dispoziție nu sunt stări simple, singulare, distincte. Michael McGuire și Alfonso Troisi, în cartea lor *rwini n Psy hi try*, arată că depresia „poate să apară cu sau fără elemente care s-o declanșeze, poate uneori să opereze și uneori să nu opereze în cadrul familiei, poate să prezinte diferite procente de concordanță la gemenii univitelini, poate uneori să dureze toată viața și alteori să se vindece de la sine“. În plus,



depresia este, evident, rezultatul comun a mai multe cauze; „unele persoane cu depresie au crescut și trăiesc în medii sociale adverse, în vreme ce altele nu; și au fost raportate diferențe individuale semnificative ale sistemelor fiziologice care produc depresie (de exemplu, norepinefrina, serotonina). Mai mult, unii reacționează la un tip de antidepresive, în vreme ce alții nu; unii reacționează la nici un tip de medicamente, dar reacționează la tratamentul cu electroșocuri; iar unii nu reacționează la nici un fel de intervenție cunoscută.“<sup>675</sup>

Se sugerează că ceea ce numim depresie pare să fie o combinație specifică de stări care n-au limite evidente. E ca și cum am avea o stare numită „tuse“ cuprinzând tusea care reacționează la antibiotice (tuberculoza), tusea care reacționează la modificări legate de umiditate (emfizem), tusea care reacționează la tratamente psihologice (tusea poate fi un comportament nevrotic), tusea care reacționează la chimioterapie (cancer pulmonar) și tusea ce pare să fie netratabilă. Un tip de tuse poate fi fatal dacă nu e tratat, altul e cronic, altul e temporar, iar altul depinde de anotimp. Un tip de tuse trece de la sine. Un tip e legat de viroză. Ce anume e tusea? Am hotărât să definim tusea mai degrabă ca simptom a diverse boli decât ca boală de sine stătătoare, deși nu putem uita și la ceea ce am putea numi simptomele ce decurg din tusea însăși: durere în gât, perturbarea somnului, dificultatea de a vorbi, senzații de mâncărime enervante, respirație grea și așa mai departe. Depresia nu e o categorie de boală rațională; asemenea tusei, e un simptom cu simptome. Dacă n-am cunoaște gama bolilor care produc tuse, n-am avea o bază pentru cunoașterea „tusei refractare“ și am aduce tot soiul de explicații ale motivelor pentru care un anumit fel de tuse pare să nu reacționeze la tratament. În momentul de față, nu avem un sistem limpede de sortare a diferitelor tipuri de depresie și a diferitelor lor implicații. E improbabil ca o astfel de boală să aibă o singură explicație. Dacă apare dintr-o serie întregă de motive, trebuie folosite mai multe sisteme la examinarea ei. Există ceva inerent imprecis în modalitățile curente, pentru care trebuie să luăm un strop de gândire psihanalitică, un strop de biologie și câteva circumstanțe externe și să facem din ele o

salată excentrică. Trebuie să clarificăm depresia, suferința, personalitatea și boala înainte de a putea înțelege cu adevărat stările mintale depresive.

Reacția animală fundamentală este senzația. Senzația de foame e neplăcută, iar cea de sațietate e plăcută pentru toate ființele vii, și de aceea facem efortul de a ne hrăni. Dacă foamea n-ar fi o senzație neplăcută am muri de foame. Avem instincte care ne conduc spre mâncare, iar când acele instincte sunt contracarate – de exemplu, de indisponibilitatea hranei – simțim o foame extremă, o stare de care vrem să scăpăm prin orice mijloace. Senzațiile tind să declanșeze emoții: când sunt nefericit pentru că mi-e foame, am o reacție emoțională la o senzație. Se pare că insectele și multe nevertebrate au senzații și reacții la senzații, și e greu de spus unde anume începe emoția în ierarhia animală. Emoția nu e caracteristică exclusiv mamiferelor superioare; dar nici nu e cuvântul potrivit pentru descrierea comportamentului unei amibe. Suntem afectați de un impresionant paralogism și avem tendință antropomorfizantă când spunem, bunăoară, că o plantă care n-a fost udată destul e nefericită când se apleacă spre pământ – sau, pe de altă parte, că automobilul e nervos când se tot oprește. Nu e ușor să faci deosebire între aceste proiecții și emoția reală. Un roi de albine e furios? Un somon care înoată în susul torentului e hotărât? Foarte respectatul biolog Charles Sherrington scria, spre sfârșitul anilor '40, privind prin microscop un purice care ciupea, că „actul, reflex sau nu, părea încărcat de emoția cea mai violentă. Dacă lăsăm deoparte scara liliputană, scena se putea compara cu leul care sare asupra prăzii în *S l mm* . Era o imagine fugitivă sugerând un ocean de «afecte» care umple lumea insectelor“.<sup>676</sup> Ceea ce descrie Sherrington este că acțiunea pare pentru ochiul omenesc că reflectă emoție.

Dacă emoția este o chestiune mai complexă decât senzația, starea este o noțiune și mai sofisticată. Biologul evoluționist C.U.M. Smith descrie emoția drept vreme (dacă plouă chiar în acest moment), iar starea drept climat (dacă e o parte umedă, ploioasă a lumii).<sup>677</sup> Starea e un fapt emoțional constant, ce dă culoare reacției la senzații. E alcătuită din emoție, care a căpătat viață proprie în afara factorilor declanșatori nemijlociți. Putem fi nefericiți din cauza

foamei, și ajungem într-o stare de iritabilitate ce nu va fi eliminată obligatoriu dacă mâncăm ceva. Starea există la mai multe specii; în general, cu cât specia e mai dezvoltată, cu atât starea apare în mod independent de circumstanțele exterioare nemijlocite. Acest lucru e cel mai adevărat la oameni. Chiar și cei care nu suferă de depresie au uneori stări de tristețe, când lucruri mărunte par să fie depline mementouri ale caracterului nostru muritor, când cei care au plecat ori momentele ce s-au dus ne lipsesc subit și profund, când simplul fapt că existăm într-o lume trecătoare pare paralizant de trist. Uneori, oamenii sunt triști fără motiv aparent. Și chiar și cei care sunt adesea deprimați trec uneori prin stări minunate, când soarele pare mai strălucitor ca de obicei, totul are un gust delicios, iar lumea e doldora de posibilități, când trecutul pare să fie doar o mică uvertură la splendoarea prezentului și a viitorului. Cum se face că se întâmplă așa este o enigmă și a biochimiei, și a evoluției. Avantajele pe care le are pentru selecția naturală emoția sunt mult mai ușor de văzut decât nevoia speciei de a avea stări.

Oare depresia este o perturbare, cum este cancerul, sau poate fi defensivă, asemenea greței? Evoluționiștii argumentează că ea apare mult prea des ca să fie o simplă disfuncție. Pare probabil ca această capacitate de depresie să implice mecanisme care, într-o anumită etapă, au avut un avantaj reproductiv. Pe această bază, se pot enunța patru posibilități. Fiecare este cel puțin parțial adevărată. Prima este că depresia a avut, în timpurile preumane ale evoluției, un scop pe care nu-l mai are. A doua este că stresurile vieții moderne sunt incompatibile cu creierul care ni s-a dezvoltat și că depresia e consecința faptului că facem ceea ce nu se încadrează în evoluția noastră. A treia este că depresia are o funcție utilă în sine în societățile omenești, că uneori e un lucru bun ca oamenii să fie deprimați. Ultima este că genele și structurile biologice rezultante implicate în depresie sunt implicate și în alte comportamente sau sentimente, mai utile – că depresia e rezultatul secundar al unei variante utile din fiziologia cerebrală.

Ideea că depresia a avut cândva o funcție utilă pe care n-o mai are – că este, de fapt, o relicvă – a reieșit din numeroasele noastre reacții emoționale reziduale. Așa cum a subliniat psihologul Jack Kahn, „oamenii nu încearcă o spaimă firească în fața primejdiilor reale, cum sunt automobilele și prizele de curent, ci-și pierd vremea și energia temându-se de păianjeni și șerpi inofensivi”<sup>678</sup> – animale de care ar fi fost util să ne temem în alte timpuri și în altă etapă a dezvoltării noastre ca specie. Urmând acest tipar, depresia se grupează adesea în jurul a ceea ce pare cu totul lipsit de importanță. Anthony Stevens și John Price<sup>679</sup> au propus teoria că o anumită formă de depresie e necesară pentru formarea societăților de nivel primitiv. Cu toate că organisme inferioare și unele mamifere superioare, cum este urangutanul,<sup>680</sup> sunt singuratiche, cele mai multe animale evolute formează colectivități, care le oferă o mai bună apărare față de animalele răpitoare, acces mai bun la resurse, mai mari șanse de reproducere și perspectiva vânătorii în comun. Nu există îndoială că selecția naturală a favorizat colectivitatea. Impulsul către colectivitate este extrem de puternic la oameni. Trăim în societăți și cei mai mulți dintre noi se bazează mult pe simțul apartenenței. A fi plăcut de ceilalți este una dintre cele mai mari plăceri ale vieții; a fi exclus, ignorat sau nepopular în vreun alt fel este una dintre cele mai rele trăiri pe care le putem avea.

Cineva se află totdeauna în fruntea unui grup;<sup>681</sup> o societate fără conducător e haotică și se fărâmițează curând. De obicei, pozițiile indivizilor dintr-un grup se schimbă cu timpul, iar conducătorul trebuie să-și apere în permanență poziția față de rivali, până ce, în cele din urmă, e învins. În astfel de societăți, depresia e un factor critic pentru rezolvarea conflictului legat de dominare. Dacă un animal inferior ca rang îl provoacă pe conducător și nu e descurajat, o să-l tot provoace și n-o să fie niciodată pace, iar grupul nu va putea să funcționeze ca grup. Dacă, după ce iese în pierdere, un astfel de animal nu mai dispune de siguranță de sine și se retrage într-o stare întru câtva depresivă (caracterizată mai mult prin pasivitate decât printr-o criză existențială), el recunoaște astfel triumful învingătorului și acceptă vrând-nevrând

structura de dominare. Această ființă subdominantă, prin faptul că cedează în fața autorității, îl scutește pe învingător de obligația de a-l ucide sau de a-l izgoni din grup. Așadar, prin apariția adecvată a unei depresii ușoare sau moderate, se poate obține consensul social într-o societate bazată pe ierarhie.<sup>682</sup> Faptul că adesea depresia recidivează poate să arate că e necesar ca aceia care au luptat și au fost învinși să nu mai lupte, reducându-și astfel la minimum prejudiciile. Evoluționistul J. Birtchnell<sup>683</sup> a spus că centrii cerebrale monitorizează continuu starea noastră în raport cu ceilalți și că funcționăm cu toții conform înclinației noastre de asimilare inconștientă a ierarhiei. Rezultatul unei lupte determină felul în care cele mai multe dintre animale se ierarhizează; depresia poate fi utilă în prevenirea contestării de către aceste animale a rangului lor, în condițiile în care n-au șanse reale de a o face. Oamenii suferă adesea criticile și atacurile altora, chiar dacă nu-și propun îmbunătățirea propriei poziții sociale. Depresia îi scoate din zona în care sunt expuși acestei atitudini critice; ei se repliază, ca să nu fie reduși la tăcere (această teorie mi se pare că are ceva din dilema „omorării jânțarului cu ciocanul“). Elementul de anxietate al depresiei se leagă, așadar, de teama de a fi obiectul unui atac atât de puternic, încât să fii exclus din grup, lucru care, în lumea animală și în vremurile în care omul era vânător-culegător, ar fi avut consecințe fatale.

Acest argument particular pentru structurile evolutive ale depresiei nu este prea relevant pentru depresia pe care o trăim actualmente în societăți cu enorm de multe principii structurante externe. Structura grupurilor de animale de tipul haitei este determinată de forța fizică exprimată prin lupte, în care una dintre părți triumfă prin slăbirea sau înfrângerea celeilalte. Russell Gardner,<sup>684</sup> care timp de mulți ani a fost conducătorul Societății de Comparare a Speciilor și de Psihopatologie (Across-Species Comparisons and Psychopathology Society – ASCAP), a examinat felul în care depresia umană se leagă de modelele animale. El propune ipoteza că la oameni succesul este mai puțin legat de învingerea altora și mai mult de faptul că faci tu însuși ceva. Oamenii nu au succes doar pe baza faptului că împiedică pe oricine altcineva să aibă

succes; au succes datorită propriilor realizări. Asta nu înseamnă că sunt complet feriți de competiție și de tendința de a face altora rău, dar competiția care caracterizează cele mai multe sisteme sociale omenești e mai degrabă constructivă decât distructivă. În grupurile de animale, subiectul esențial al succesului este „Sunt mai tare ca tine“, în vreme ce în societățile omenești este, în mai mare măsură, „Sunt nemaipomenit de bun“.

Gardner propune ipoteza conform căreia, în vreme ce forța verificabilă reală stabilește ordinea în grupurile de animale, indivizii mai slabi având stări depresive, în societățile omenești opinia publică este cea care stabilește ordinea socială. Așadar, dacă un babuin poate să arate depresiv din cauză că fiecare dintre ceilalți babuini poate să-l bată (și o face), un om poate să devină depresiv din cauză că nimeni nu-l apreciază. Ipoteza elementară despre ierarhie e sprijinită de experiența contemporană – oamenii care coboară pe scara ierarhică devin depresivi, și asta îi face uneori să accepte mai ușor un rang inferior în societate. Cu toate acestea, ar trebui să notăm că, de obicei, cei care refuză să accepte rangul inferior nu sunt, nici măcar ei, alungați din societățile contemporane – de fapt, unii dintre ei devin revoluționari respectabili.

Depresia e vărul neliniștit al hibernării, tăcere și repliere ce conservă energia, încetinire a tuturor sistemelor – ceea ce pare să sprijine ideea că depresia este o relicvă. Faptul că oamenii depresivi tânjesc după patul lor și nu vor să iasă din casă evocă hibernarea: animalul ar trebui să hiberneze nu în mijlocul unui câmp, ci în siguranța relativă a bârlogului său confortabil. Conform unei ipoteze, depresia este o formă naturală de retragere ce trebuie să aibă loc într-un context sigur. „S-ar putea ca depresia să fie asociată cu somnul“, a sugerat Thomas Wehr, specialistul în somn de la Institutul Național pentru Sănătate Mintală (NIMH), „deoarece este asociată efectiv cu un loc în care are loc somnul, cu faptul de a fi acasă“. Depresia mai poate fi însoțită de modificarea nivelurilor de prolactină, hormonul care determină păsările să-și clocească ouăle săptămâni în șir. De asemenea, e o formă de retragere și de inactivitate. Despre depresia mai ușoară, Wehr spune: „Membrii speciei care erau prea temători ca să aibă a face cu mulțimile, care nu se duceau în locuri

înalte, care nu intrau prin tuneluri, care nu se evidențiau prin nimic, care se fereau de străini, care se duceau acasă când simțeau primejdia – probabil că trăiau mult și aveau o mulțime de copii.“<sup>685</sup>

Este important să ținem seama de presupusa originalitate a finalității evoluției. Selecția naturală nu elimină dereglările și nu se îndreaptă spre perfecțiune. Selecția naturală favorizează manifestarea anumitor gene în comparație cu altele. Creierul nostru evoluează mai lent decât felul nostru de viață. McGuire și Troisi numesc aceasta „ipoteza decalajului genomic“.<sup>686</sup> Nu încapе îndoială că viața modernă implică poveri incompatibile cu creierul care ni s-a dezvoltat. Prin urmare, depresia ar putea fi consecința actului nostru de a face ceea ce n-am atins nivelul evolutiv de a face. „Cred că, la o specie concepută să trăiască în grupuri de cincizeci-șaptezeci de indivizi“, spune Randolph Nesse, specialist de frunte în psihologia evoluționistă, „a trăi într-un grup de câteva miliarde este greu pentru toți. Dar, cine știe? Poate că e vorba de regimul alimentar, sau de proporția activității practice, sau de modificările structurii familiei, sau de schimbările în privința obiceiurilor de împerechere și a accederii sexuale, poate că e vorba de somn, sau de faptul că avem a ne confrunța cu moartea însăși ca idee conștientă, sau poate că nu e vorba de nici una dintre acestea.“ James Ballenger, de la Universitatea de Medicină din Carolina de Sud, adaugă: „Stimulii pentru anxietate pur și simplu nu existau în trecut. Rămâneai la mică distanță de casă, iar cei mai mulți dintre oameni puteau învăța să se descurce într-un singur loc. Societatea modernă e anxioasă.“ Evoluția a inventat o paradigmă în care o anumită reacție era utilă în anumite împrejurări; viața modernă provoacă acea reacție, acea constelație de simptome, în multe împrejurări în care acestea nu sunt utile. Proporțiile depresiei tind să fie scăzute în societățile de vânător-culegători sau în cele eminentement agrare; mai mari – în societățile industriale; și cele mai mari – în societățile aflate în tranziție. Aceasta sprijină ipoteza lui McGuire și Troisi. Există în societățile moderne o puzderie de dificultăți cărora societățile mai tradiționale nu au a le face față. Adaptarea la ele

fără să fi avut timpul de a învăța strategiile de soluționare a problemelor este aproape imposibilă. Dintre aceste dificultăți, cea mai mare este probabil stresul cronic. În starea de sălbăticie, animalele tind să ajungă trecător într-o situație îngrozitoare, pe care apoi s-o rezolve prin supraviețuire sau moarte. În afară de foamea persistentă, nu există stres cronic. Animalele sălbatice nu și iau locuri de muncă de care apoi să le pară rău; nu se silesc să interacționeze calm, an după an, cu cei care nu le plac; nu se luptă pentru custodia copiilor.

Poate că principala sursă a nivelului de stres extrem de înalt din societatea noastră nu sunt aceste suferințe evidente, ci libertatea ce ni se oferă sub forma unui număr copleșitor de opțiuni pentru care nu avem informații. Psihologul olandez J.H. van den Berg, care a publicat în 1961 *The Changing Nature of Man*,<sup>687</sup> susține că societăți diferite au sisteme diferite de motivație și că fiecare epocă necesită o nouă serie de teorii – așa încât ceea ce a scris Freud poate foarte bine să fie adevărat pentru oamenii de la cumpăna secolelor al XIX-lea și al XX-lea din Viena și Londra, dar nu mai e obligatoriu adevărat pentru oamenii de la jumătatea veacului al XX-lea, și niciodată n-a fost strict adevărat pentru oamenii din Beijing. Van den Berg sugerează că nu există nimic de felul unei alegeri bazate pe informații în privința modului de viață în cultura modernă. Vorbește despre caracterul insesizabil al profesiilor, a căror continuă diversificare a avut ca rezultat o gamă de posibilități ce depășește puterea de înțelegere. În societățile preindustriale, un copil putea să se plimbe prin satul său și să vadă adulții la muncă. El avea tendința să-și aleagă (acolo unde putea fi vorba de alegere) meseria pe baza cunoașterii destul de cuprinzătoare a ceea ce implica fiecare opțiune disponibilă – ce însemna să fii fierar, morar sau brutar. Poate că amănuntele vieții de preot erau neclare, dar felul în care trăia un preot era pe deplin vizibil. Acest lucru pur și simplu nu mai este adevărat în societatea postindustrială. Puțini oameni au înțeles încă din copilărie cu ce se ocupă de fapt un administrator de fonduri speculative, sau un administrator din domeniul sanitar, sau un conferențiar universitar – sau cum ar fi să facă ei asta.



La fel stau lucrurile și pe tărâm personal. Până în secolul al XIX-lea, opțiunile sociale erau limitate. Cu excepția câtorva aventurieri și eretici, oamenii creșteau și mureau în același loc. Făceau parte din structuri de clasă rigide. Un țăran arendaș din Shropshire avea puține opțiuni în privința căsătoriei: el alegea dintre femeile localnice de vârstă potrivită și din clasa potrivită. Poate că aceea pe care o iubea cu adevărat se dovedea a fi indisponibilă și trebuia să se mulțumească să se însoare cu altcineva, dar cel puțin trecuse în revistă opțiunile, știa ce ar fi putut face și știa ce face. Membrii claselor superioare trăiau într-o lume cu un pic mai puține constrângeri geografice, dar erau mai puțini la număr. Și la ei exista tendința de a cunoaște toate persoanele cu care ar fi putut avea ocazia să se căsătorească și de a fi conștienți de gama deplină a opțiunilor lor. Aceasta nu vrea să însemne că nu erau și căsătorii între clase sau că oamenii nu se mutau dintr-un loc în altul, dar aceste cazuri erau rare și reflectau negarea conștientă a convenției. Societățile foarte bine structurate care nu prezintă oportunități nelimitate pot să-i facă pe membrii lor – cel puțin un mare procent din populație – să-și accepte soarta, cu toate că, desigur, acceptarea deplină a propriei situații prin intermediul introspecției este rară în orice societate, din orice epocă. Odată cu perfecționarea transporturilor, dezvoltarea orașelor și apariția mobilității claselor, gama posibililor parteneri a crescut brusc, până la proporții cu neputință de măsurat. Oamenii – care, la jumătatea secolului al XVIII-lea, puteau spune că i-au trecut în revistă pe toți membrii disponibili ai sexului opus și l-au ales pe cel mai bun – au fost siliți, în vremurile mai recente, să se împace cu asigurarea mai puțin încurajatoare că au ales cea mai bună persoană dintre cele cu care s-a nimerit să intre în contact până atunci. Cei mai mulți dintre noi întâlnim, în cursul vieții, mii de persoane. Astfel, pierderea siguranței fundamentale – impresia că știi dacă ai ales sau nu meseria potrivită și impresia că știi dacă ai ales sau nu partenerul de viață potrivit – ne face mai săraci. Pur și simplu, nu putem accepta că nu știm ce să facem; ne agățăm de ideea că alegerile ar trebui să ni le facem pe baza cunoștințelor.

În termeni politici, libertatea este adesea împovărătoare – motiv pentru care perioada de tranziție ulterioară căderii unei dictaturi provoacă adesea

depresie. <sup>688</sup> În termeni personali, sclavia și libertatea excesivă sunt deoptrivă realități apăsătoare și, în vreme ce o parte a lumii e paralizată de stringența disperării pricinuite de sărăcia de care nu poate scăpa, popoarele cele mai dezvoltate sunt paralizate de însăși mobilitatea populațiilor lor, de nomadismul neîncetatei dezrădăcinări și strămutări, în vederea acomodării cu locurile de muncă, cu relațiile și chiar cu preferințele – fenomen specific secolului al XXI-lea. Un scriitor care se ocupă de această problemă povestește despre un băiat – a cărui familie s-a mutat de cinci ori într-o perioadă scurtă – care s-a spânzurat de un stejar din curtea casei, lăsând un bilet prins de scoarța copacului, în care scria: „Ăsta-i singurul lucru de pe aici care are rădăcini.“ <sup>689</sup>

Senzația de perpetuă disoluție o are directorul executiv, care, într-un an, ajunge cu avionul, în medie, în treizeci de țări, și orașeanul din clasa medie, al cărui serviciu se tot modifică, deoarece firma la care lucrează e cumpărată succesiv de alte firme și care nu știe, de la un an la altul, cine va lucra pentru el sau pentru cine va lucra el, sau persoana care trăiește singură și dă de alți vânzători ori de câte ori se duce să-și cumpere alimente. În 1957, un supermarket american mediu avea șaiszeci și cinci de articole la raionul de legume-fructe: cumpărătorii cunoșteau toate aceste fructe și legume și mai gustaseră până atunci din ele. În 1997, un supermarket american mediu avea peste trei sute de articole la raionul de legume-fructe, în multe

supermarketuri ele ajungând la o mie. <sup>690</sup> Suntem pe tărâmul nesiguranței chiar și când alegem ce să mâncăm la cină. Acest gen de escaladare a posibilităților de alegere nu e comod; e amețitor. Când apar posibilități de alegere între produse asemănătoare în fiecare domeniu – unde trăiești, ce faci, ce cumperi, cu cine te căsătorești –, rezultatul este un sentiment colectiv de disconfort, care spune mult, după părerea mea, despre proporția creșterii depresiei în lumea industrializată.

În plus, trăim într-o epocă a tehnologiilor sclipitoare, uluitoare, și nu știm concret cum funcționează cele mai multe dintre lucrurile din jurul nostru. Cum funcționează un cuptor cu microunde? Ce e un cip de silicon? Cum se modifică genetic porumbul? Cum se deplasează vocea mea când folosesc

telefonul mobil în comparație cu telefonul fix? Sunt bani adevărați cei pe care un bancomat din Kuwait îi scoate din contul meu din New York? Putem face cercetări legate de fiecare dintre aceste chestiuni, dar aflarea răspunsurilor la toate micile întrebări științifice din viața noastră e o sarcină care ne depășește puterile. Chiar și în cazul cuiva care știe cum funcționează motorul unei mașini și de unde vine electricitatea, mecanica reală a vieții de zi cu zi a devenit din ce în ce mai obscură.

Există multe stresuri specifice pentru care suntem slab pregătiți. Distrăgerea familiei este, cu siguranță, unul dintre ele, iar altul este începutul vieții în singurătate. Așa cum e și pierderea contactului, și uneori a apropierii, dintre mamele care au serviciu și copiii lor. Așa cum e și o viață profesională care nu comportă mișcări fizice sau exerciții. Așa cum e și traiul la lumina artificială. Așa cum e și pierderea sprijinului pe care îl dă religia. Așa cum e și asimilarea exploziei de informații din epoca noastră. Lista poate continua aproape la nesfârșit. Cum ar putea fi creierul nostru pregătit să prelucreze și să suporte toate acestea? De ce n-ar fi pentru el un efort?

Mulți oameni de știință au subscris la ideea că depresia are o funcție utilă în societatea noastră, așa cum este ea astăzi. Evoluționiștii ar vrea să vadă că prezența depresiei favorizează reproducerea anumitor gene – dar, dacă ne uităm la procentele de reproducere ale depresivilor, constatăm că, de fapt, depresia scade reproducerea. Asemenea durerii fizice, depresia are rol de avertisment în privința unor activități sau comportamente periculoase, făcându-le prea neplăcute pentru a fi suportate, funcția depresiei fiind, în felul acesta, de cea mai evidentă utilitate. Paul J. Watson și Paul Andrews, specialiști în psihiatria evoluționistă,<sup>691</sup> au venit cu propunerea conform căreia depresia e realmente un mijloc de comunicare și au modelizat scenarii evolutive conform cărora depresia este o boală socială, care există pentru rolul ei interpersonal. După părerea lor, depresia ușoară determină o introspecție intensă, pe baza căreia se pot lua hotărâri bine gândite despre modalitatea de a efectua în propria viață schimbări care să se potrivească mai bine propriului

caracter. Această depresie poate fi – și adesea este – ținută ascunsă, iar funcționarea ei este confidențială. Anxietatea – tulburarea anterioară apariției unui eveniment – este adesea o componentă a depresiei și poate fi utilă în prevenirea necazurilor. Depresia ușoară – stare de descurajare ce a căpătat o viață separată de împrejurările care au declanșat-o – poate să motiveze revenirea la ceea ce a fost în mod nechibzuit lăsat deoparte, la ceea ce a fost prețuit doar după ce a fost pierdut. Poate să ne determine să regretăm greșelile reale și să evităm repetarea lor. Deciziile privind viața noastră urmează adesea vechea regulă a investițiilor: deciziile riscante pot să aducă recompense mari, dar cu un preț care poate fi prea mare pentru cei mai mulți dintre oameni. O situație în care o persoană nu se poate detașa de un țel cu adevărat imposibil de atins poate fi rezolvată prin depresie, care ne silește să ne detașăm. Oamenii care-și urmăresc țelurile cu o tenacitate excesivă și nu pot renunța la legături care sunt evident lipsite de înțelepciune sunt deosebit de expuși la depresie. „Ei încearcă să facă ceva interpersonal care n-o să reușească, dar nu pot să renunțe, pentru că s-au supraimplicat emoțional”, spune Randolph Nesse.<sup>692</sup> Starea de descurajare slujește la demarcarea stăruinței.

Depresia poate cu siguranță să pună stavilă comportamentelor cu efecte negative, pe care altfel le-am putea accepta. Nivelul excesiv de stres provoacă bunăoară depresie, iar depresia ne poate face să evităm stresul. Prea puțin somn poate să ducă la depresie, iar depresia ne poate trimite înapoi către mai mult somn. Printre funcțiile principale ale depresiei, se numără schimbarea comportamentelor neproductive. Depresia este adesea un semn că resursele sunt investite necorespunzător și e nevoie să li se schimbe ținta. Exemple practice de acest gen se găsesc din belșug în viața modernă. Am auzit de o femeie care încerca să-și croiască drum în lume ca violonistă profesionistă, în ciuda faptului că profesorii și colegii o descurajau, și care a avut o depresie acută, refractară la medicamente și alte terapii. Când a renunțat la muzică și și-a concentrat energia pe un domeniu mai potrivit cu aptitudinile ei, depresia

a dispărut.<sup>693</sup> Oricât de paralizantă pare, depresia poate fi un factor de motivare.

Depresia mai gravă poate să atragă atenția și sprijinul celorlalți. Watson și Andrews sugerează că a pretinde că ai nevoie de ajutorul celorlalți nu-ți aduce obligatoriu acel ajutor: ceilalți sunt prea isteți ca să fie păcăliți de nevoile false. Depresia este un mecanism convenabil, deoarece furnizează realitatea convingătoare: dacă ești depresiv, atunci ești cu adevărat neajutorat, iar dacă ești cu adevărat neajutorat ai putea să storci de la ceilalți ajutor. Depresia este o formă de comunicare costisitoare, dar e cu atât mai convingătoare datorită costului ei ridicat. Groaza sinceră de depresie este ceea ce-i motivează pe ceilalți, asta spun Watson și Andrews; disfuncția provocată de instalarea depresiei poate să aibă o funcție utilă prin faptul că este „un dispozitiv de atragere a altruismului“.<sup>694</sup> De asemenea, îi poate convinge pe cei care-ți fac necazuri să te lase în pace.

Depresia mea a determinat tot soiul de comportamente ajutătoare de la rude și prieteni. Am primit mult mai multă atenție decât m-aș fi așteptat, iar cei din jurul meu au luat măsuri ca să mă scutească de unele poveri – financiare, emoționale și comportamentale. Am fost eliberat de tot felul de obligații față de prieteni, pur și simplu pentru că eram prea bolnav ca să mă ocup de ei. Am încetat să lucrez: n-am avut de ales în privința asta. Ba chiar m-am folosit de boală ca să obțin permisiunea de a amâna plata facturilor, iar tot soiul de tipi nesuferiți au fost siliți să nu mă mai sâcâie. De fapt, când am avut al treilea episod depresiv, am cerut o prelungire a termenului de predare a acestei cărți, și am făcut-o cu deplină siguranță; oricât de fragil m-aș fi simțit, am fost în stare să declar categoric că nu, în nici un caz nu pot continua să lucrez, și trebuie să se împace cu situația mea.

Pentru specialistul în psihologia evoluționistă Edward Hagen, depresia este un joc de putere: implică retragerea serviciilor pe care le oferim celorlalți, până ce ei se adaptează la nevoile noastre.<sup>695</sup> Nu sunt de acord. Persoanele depresive le cer o mulțime de lucruri celor din jur, însă, dacă n-ar fi depresive, n-ar avea nevoie să ceară toate acele lucruri. Șansele acestor cereri

de a fi satisfăcute pe deplin sunt relativ slabe. Depresia poate fi un șantaj util, dar, în general, e prea neplăcut pentru șantajist și cu rezultate prea inconsecvente pentru a fi o modalitate anume aleasă ca el să-și atingă scopurile. Cu toate că poate fi o satisfacție să obții sprijin când te simți îngrozitor, și poate, de fapt, să ajute la atingerea unei profunzimi a iubirii inimaginabilă în alte condiții, e mult mai bine să nu te simți îngrozitor și să n-ai nevoie de atâta sprijin. Nu, eu cred că starea de descurajare are funcția durerii fizice, făcându-ne să evităm anumite comportamente din cauza consecințelor neplăcute, dar ideea în vogă că depresia este o modalitate de a atinge obiective *so i le* nu mi se pare că are sens. Dacă depresia majoră e strategia naturii de a face indivizi independenți să caute ajutor, în cel mai bun caz e o strategie riscantă. Realitatea este că pe cei mai mulți oameni depresia îi îngrozește. Cu toate că unii reacționează la o manifestare de depresie cu un spor de simpatie și altruism, cei mai mulți reacționează cu repulsie și dezgust. Nu e neobișnuit să descoperi în perioada depresiei că, de fapt, nu te poți bizui pe oamenii pe care credeai că te poți bizui – o informație valoroasă pe care poate că ai fi preferat să n-o ai. Depresiile mele au despărțit grâul de neghină în cazul prietenilor. Dar cu ce preț? Și merită oare să uit – doar pentru că nu m-am putut bizui pe ele într-un moment cumplit – de alte relații care-mi ofereau plăcere? Ce fel de prieten ar trebui să fiu cu astfel de oameni? Și, în orice caz, în ce măsură ține de prietenie faptul că e demnă de încredere? Cât se raportează la blândețe, generozitate sau bunătate faptul de a fi demn de încredere într-o criză?

\*

Ideea că depresia înseamnă funcționarea greșită a mecanismelor care au și funcții utile este, poate, cea mai convingătoare dintre toate teoriile evoluționiste. Cel mai adesea, depresia apare dintr-o formă de suferință psihică – și o reprezintă. Nu putem concepe melancolia separat de doliu: modelul de bază al depresiei există în durere. Depresia poate fi un mecanism util care s-a blocat. Avem o gamă de ritmuri cardiace care ne permit să funcționăm în

diferite împrejurări și climate. Depresia reală este, asemenea unei inimi care nu pompează sânge către degetele de la mâini și de la picioare, o extremă în care practic nu există vreun avantaj inerent.

Suferința psihică are o profundă însemnătate pentru condiția umană. Cred că funcția ei cea mai importantă este formarea iubirii. Dacă n-am suferi destule pierderi ca să ne temem de ele, n-am putea să iubim intens. Trăirea iubirii încorporează tristețea în intensitatea și amplitudinea ei. Dorința noastră de a nu-i vătăma pe cei dragi – de fapt, de a-i ajuta – slujește și la conservarea speciei. Iubirea ne ține în viață când ne dăm seama de greutatea existente în lume. Dacă ne-am fi dezvoltat conștiința și nu ne-am fi dezvoltat, în aceeași măsură, iubirea, n-am mai fi putut să suportăm loviturile și săgețile pe care ni le rezervă viața. N-am văzut vreun studiu controlat pe această temă, dar cred că oamenii care au cea mai mare capacitate de iubire au o probabilitate mai mare de a adera la viață, de a rămâne vii, decât cei lipsiți de ea; au și o probabilitate mai mare să fie iubiți, și asta, de asemenea, îi ține în viață. „Mulți oameni văd raiul ca pe un loc plin de însuflețire și diversitate“, spunea Kay Jamison. „Nu ca pe un loc fără necazuri. Vrem să eliminăm unele extreme, dar nu să reducem spectrul la jumătate. E o linie foarte subțire între a spune că vrei ca oamenii să sufere și a spune că nu vrei ca oamenii să fie lipsiți de gama emoțională.“ A iubi înseamnă a fi vulnerabil; a respinge sau a blama vulnerabilitatea înseamnă a refuza iubirea.

În mod hotărâtor, iubirea ne împiedică să renunțăm prea ușor la legăturile afective. Vom suferi dacă-i părăsim pe oamenii pe care-i iubim cu adevărat. Poate că anticiparea suferinței psihice este vitală pentru formarea atașamentelor emoționale. Contemplarea pierderii este ceea ce ne face să ne ținem strâns de ceea ce avem. Dacă n-am simți disperare după pierderea cuiva, am cheltui cu acea persoană timp și energie emoțională doar atâta vreme cât e plăcut s-o facem, nici o clipă mai mult. „În general, teoria evoluționistă“, spune Nesse, „e considerată o practică cinică. Specialiștii în biologia evoluției interpretează întreaga complexitate a comportamentului moral ca și cum ar fi doar un sistem pentru a beneficia în mod egoist de propriile gene. Desigur, o mare parte din comportamentul nostru e destinată în

mod explicit aceluși scop. Adesea însă acțiunile noastre se situează în afara acestor parametri. “ Domeniul de studiu al lui Nesse este asumarea angajamentului. „Animalele nu-și pot face unul altuia promisiuni condiționate referitoare la viitor. Nu pot negocia și nu pot spune: «Dacă o să faci asta pentru mine în viitor, atunci eu o să fac asta pentru tine.» Asumarea unui angajament este o făgăduință din prezent de a face în viitor ceva ce s-ar putea să nu fie în acel moment pe deplin în interesul tău. Cei mai mulți dintre noi trăim pe baza unor astfel de asumări de angajamente. Hobbes a observat asta. El a înțeles că însușirea noastră de a ne asuma angajamente este ceea ce ne face umani.”

Însușirea de a ne asuma angajamente este în avantajul evolutiv al genelor noastre; este baza unității familiale stabile, care asigură mediul ideal pentru tineri. Odată ce dispunem însă de această însușire, care este un avantaj evolutiv, ne putem folosi de ea așa cum optăm s-o facem; iar în aceste opțiuni sălășluiește busola morală a ființei omenești. „Ideile simplificatoare despre știință ale oamenilor ne-au făcut să vedem relațiile mai ales ca pe niște manipulări reciproce și exploatări reciproce“, spune Nesse, „dar, de fapt, sentimentele de iubire și de ură se extind adesea, până la a deveni impracticabile. Nu se potrivesc deloc cu sistemul nostru raționalist. Însușirea de a iubi poate să slujească unui avantaj evolutiv, dar felul în care acționăm în privința iubirii este un procedeu care ne aparține. Supraeul ne determină să facem lucruri care sunt în folosul altora, cu prețul plăcerii noastre.“ Ne invită pe tărâmul alternativelor morale, un tărâm care nu mai are sens dacă încercăm să eliminăm suferința psihică și vărul ei mai blând, regretul.

Unele insecte se nasc din saci de ouă nesupravegheați de adulți și în care există provizii de hrană pentru toată viața; au nevoie de impuls sexual, dar nu de iubire. Precursorii ale legăturilor afective există însă chiar și în lumea reptilelor și păsărilor. Instinctul de a sta pe ou și de a-l ține la căldură – spre deosebire de a face un ou, apoi de a pleca de lângă el, lăsându-l fără căldură, cu posibilitatea de a fi strivit sau înghițit de animalele care trec pe acolo – e clar că îmbunătățește reproductivitatea. La cele mai multe specii postreptiliene, mamele care-și hrănesc puii, așa cum fac păsările bune, au mai mulți pui care



supraviețuiesc, și aceasta le mărește succesul în producerea de pui care să ajungă păsări adulte și să procreeze. Prima reacție emoțională, și cea pentru care s-ar produce mai semnificativ selecția, este o versiune a ceea ce numim iubirea dintre mamă și puiul ei. Pare posibil ca iubirea să fi apărut la primele mamifere și să fi motivat aceste vietăți să se îngrijească de puii relativ neajutorați, care au venit pe lume – o lume amenințătoare – fără protecția cojii de ou. O mamă care se leagă puternic de progeniturile ei, care și le apără de agresori și care e dispusă să le îngrijească și să le hrănească are mai multe șanse să-și transmită zestrea genetică decât o mamă care-și lasă puii atacați și mâncați de prădători. Urmașii mamelor protectoare au șansă mult mai mare de a ajunge la maturitate decât cei ai mamelor indiferente. Selecția naturală o favorizează pe mama iubitoare.

Diferite alte afecte slujesc alte felurite avantaje. Masculul care nutrește furie și ură e mai eficient în lupta cu ceilalți; încearcă să-i distrugă și, prin urmare, își avantajează propriile tendințe reproductive. Masculul care e protector cu partenera este, de asemenea, în avantaj; iar masculul care-i ține pe ceilalți masculi departe de partenera sa păstrează șansele genelor sale de a fi transmise ori de câte ori femela devine fertilă. La animalele care nasc puțini pui, cea mai bună variantă de promovare a materialului genetic este combinația dintre o mamă iubitoare și grijulie și un tată gelos și protector (sau invers). Animalele aprige au șansa de a se reproduce mai frecvent. La animalele stăpânite de furie, există o probabilitate mai mare de a câștiga în împrejurări competitive. Iubirea – *ros, g p*, prietenie, sentimente filiale, maternitate și toate celelalte forme ale acelei emoții greu de stăpânit – funcționează pe modelul recompensei și pedepsei. Ne exprimăm iubirea, deoarece satisfacția adusă de iubire este enormă, și continuăm să ne exprimăm iubirea și să acționăm protector, deoarece pierderea iubirii este traumatizantă. Dacă n-am simți durere la pierderea ființei iubite, dacă am avea plăcerea iubirii, dar n-am simți nimic când obiectul iubirii noastre e ruină, am fi considerabil mai puțin protectori decât suntem. Suferința psihică face iubirea autoprotectoare: avem grijă de cei pe care-i iubim, ca să ne ferim de durerea insuportabilă.

Acest argument mi se pare cel mai plauzibil: că depresia însăși slujește o funcție utilă minoră, dar că furia emoțională e suficient de valoroasă ca să justifice toate extremele pe care le cunoaștem.

Evoluția socială a depresiei și evoluția ei biochimică sunt legate între ele,<sup>696</sup> dar nu sunt același lucru. Cartografierea noastră genetică nu e suficient de specifică în acest moment pentru a putea cunoaște funcțiile exacte ale genelor care ar putea duce la depresie, dar se pare că starea este legată de sensibilitatea afectivă, care este o trăsătură utilă. De asemenea, s-ar putea ca însăși structura conștiinței să deschidă calea depresiei. Evoluționiștii contemporani lucrează cu ideea unui creier tripartit (în trei straturi).<sup>697</sup> Stratul cel mai adânc al creierului, cel reptilian, asemănător cu cel care apare la animalele inferioare, e sediul instinctului. Stratul de mijloc, cel limbic, care există la animalele mai evoluate, e sediul afectelor. Stratul de deasupra, care se găsește doar la mamiferele superioare, cum sunt primatele și oamenii, este cel cognitiv și este implicat în raționare și în formele avansate de gândire, precum și în limbaj. Cele mai multe acțiuni umane implică toate cele trei straturi ale creierului. Depresia, în viziunea proeminentului evoluționist Paul MacLean, este un proces afectiv specific uman. E rezultatul disjuncțiilor procesării la aceste trei niveluri: consecința inevitabilă a faptului că instinctul, afectele și cogniția acționează simultan în orice moment. Creierul tripartit nu reușește uneori să-și coordoneze reacția la adversitatea socială. În mod ideal, când cineva simte o repliere instinctivă, ar trebui să simtă negativitate afectivă și reconversie cognitivă. Dacă acestea trei sunt sincronizate, simțim o repliere normală și nondepresivă din acea activitate sau împrejurare care provoacă dezactivarea creierului instinctual. Uneori însă, nivelurile superioare ale creierului luptă cu partea instinctuală. Putem, de pildă, să ne repliem la nivelul instinctual, dar să ne simțim activați afectiv și furioși. Aceasta provoacă depresie agitată. Sau ne putem simți repliați la nivelul instinctiv, dar să luăm decizia conștientă de a lupta pentru ceea ce dorim, supunându-ne astfel unui stres îngrozitor. Acest gen de conflict l-am trăit cu toții și pare, într-

adevăr, să aibă ca rezultat depresia sau alte perturbări. Teoria lui MacLean se potrivește bine cu ideea conform căreia creierul nostru face mai mult decât îi îngăduie stadiul evoluției sale.

Timothy Crow de la Oxford a depășit principiul creierului tripartit. Teoriile sale sunt foarte personale;<sup>698</sup> indiferent dacă sunt sau nu adevărate, sunt la fel de bune ca gimnastica ritmică pentru mințile uzate de afirmațiile, uneori improbabile, făcute de teoreticienii evoluționiști tradiționali din domeniul minții. El propune un model lingvistic-evoluționist, în care vorbirea este originea conștiinței, iar conștiința este originea bolilor mintale. Crow începe prin respingerea sistemelor de clasificare moderne și plasează bolile mintale pe un spectru continuu. Pentru el, diferențele dintre nefericirea obișnuită, depresie, tulburarea bipolară și schizofrenie sunt în realitate diferențe de grad, nu de gen – diferențe dimensionale, nu categoriale. În viziunea sa, toate bolile mintale apar din cauze comune.

Crow crede (în vreme ce fiziologii se contrazic în această privință) că la primat creierul e simetric, iar ceea ce-i face pe oameni să fie oameni – punctul de speciație – e creierul asimetric (care, afirmă el, pe baza unor argumente genetice destul de complicate, a apărut printr-o mutație a cromozomului X la bărbați). În vreme ce mărimea creierului creștea în funcție de mărimea corpului – în evoluția primatelor și apoi a omului –, o mutație a îngăduit dezvoltarea cu o anumită independență a celor două emisfere ale creierului. Așadar, în vreme ce primata nu poate, ca să spunem așa, să privească dintr-o parte a creierului său în cealaltă, ființa omenească poate. Aceasta a deschis calea conștiinței, a conștientizării eului individual ca eu. Unii adepți ai teoriei evoluționiste au spus că aceasta ar putea să fie o simplă mutație – legată de factorii de creștere ai fiecărei părți a creierului – care, în decursul evoluției, a devenit o asimetrie semnificativă.

Asimetria creierului este, la rândul ei, baza limbajului,<sup>699</sup> ce reprezintă expresia sau prelucrarea în emisfera stângă a conceptelor și percepțiilor din emisfera dreaptă. Ideea că limbajul este localizat în ambele emisfere pare să fie confirmată de dovezile victimelor atacului cerebral. Pacienții care au avut

atac limitat la emisfera stângă pot să înțeleagă concepte și să perceapă obiecte, dar nu pot numi nimic și n-au acces la limbaj sau la memoria lingvistică. Nu este pur și simplu o chestiune verbală. Persoanele surde care au suferit un atac în emisfera stângă<sup>700</sup> sunt în stare să utilizeze gestul și gesticulația registrului afectiv (așa cum fac toți oamenii și primatele), dar nu pot folosi limbajul semnelor și nici nu înțeleg, în toată complexitatea ei, gramatica<sup>701</sup> pe care o utilizăm cu toții pentru a pune în ordine cuvinte în propoziții și propoziții în fraze. Pe de altă parte, pacienții cu atac în emisfera dreaptă<sup>702</sup> își păstrează competențele intelectuale, dar au pierderi la nivelul noțiunilor abstracte și al sentimentelor pe care acele competențe le pot exprima în mod obișnuit. Ei nu pot să prelucreze abstracții complexe, iar capacitățile afective le sunt compromise grav.

Care sunt structurile anatomice care ne predispun la tulburări de dispoziție? Crow a propus teoria că tulburările schizofrenice și afective ar putea să fie prețul pe care-l plătim pentru creierul asimetric – aceeași dezvoltare neurologică căreia îi atribuie calitatea subtilității, cogniția și limbajul.<sup>703</sup> Apoi, propune teoria că toate bolile mintale sunt consecința perturbării interacțiunii normale dintre cele două emisfere cerebrale. „Poate să fie prea multă sau prea puțină comunicare între ele; dacă ceea ce fac emisferele nu este coordonat, rezultatul va fi o boală mintală“, explică el. Crow sugerează că asimetria oferă „o mai mare flexibilitate a interacțiunii“, „o mai mare capacitate de învățare“ și „o capacitate din ce în ce mai mare de comunicare cu membrii aceleiași specii“. Aceste evoluții încetinesc însă maturizarea creierului, proces care durează mai mult la oameni decât la alte specii. Oamenii par să-și păstreze o mai mare plasticitate a creierului la maturitate decât majoritatea celorlalte specii – nu-i ușor să-l înveți pe un câine bătrân să facă trucuri noi, dar oameni bătrâni pot să învețe sisteme complet noi de activitate motorie, adaptându-se la infirmitățile dinspre sfârșitul vieții.

Flexibilitatea noastră ne îngăduie să avem acces la noi idei și la noi cunoștințe. Mai înseamnă însă și că ne putem schimba prea mult. Pentru Crow,

aceeași elasticitate ne aduce în situația să suferim schimbări dincolo de plaja normală a personalității, până la nivel de psihoză. Schimbările pot fi declanșate de evenimente externe. Ceea ce ar fi selectat evoluția în acest model nu sunt expresiile particulare ale plasticității, ci plasticitatea însăși.

Studierea asimetriei cerebrale este un subiect foarte la modă în acest moment, și cea mai impresionantă cercetare din SUA este făcută de specialistul în neuroștiință Richard J. Davidson de la Universitatea din Wisconsin, aflată în Madison. Lucrările lui Davidson au fost posibile datorită echipamentului din ce în ce mai performant de scanare a creierului. Savanții pot, în prezent, să vadă în creier tot soiul de lucruri pe care nu le-ar fi putut vedea acum cinci ani, și pare probabil ca peste cinci ani să fie în stare să vadă mult mai multe. Folosind o combinație de tomografie cu emisie de pozitroni (*positron-emission tomography* – PET) și imagistică prin rezonanță magnetică (*magnetic resonance imaging* – MRI), specialiștii în imagistică cerebrală pot să obțină, la fiecare două secunde și jumătate, o fotografie tridimensională a întregului creier, informațiile spațiale având marjă de precizie de până la circa trei milimetri și jumătate. Imagistica prin rezonanță magnetică are o mai bună rezoluție temporală și spațială; tomografia cu emisie de pozitroni e mai bună la cartografierea reacțiilor neurochimice din creier.

Davidson a început prin cartografierea activității neurale și chimice din creier ca reacție la un stimul „normal” – care zone anume fac ce anume atunci când un subiect vede o fotografie erotică sau aude un zgomot înspăimântător. „Vrem să cercetăm parametrii reactivității emoționale”, spune el. După ce am aflat unde anume în creier se produce reacția la un anumit tip de imagine, putem măsura câtă vreme rămâne creierul activat, și s-a dovedit că aceasta variază de la o persoană la alta. La unii oameni cărora li s-a arătat o fotografie oribilă, un flux neurochimic apare și dispare rapid; la alții, apare același flux, dar durează mult până să dispară. Acest aspect e consecvent la orice pacient: la unii dintre noi, creierul reacționează fulgerător în această privință, iar la alții reacționează lent. Davidson crede că oamenii cu timp lent de revenire sunt mult mai vulnerabili la bolile mintale decât cei cu revenire rapidă. Grupul condus de Davidson la Universitatea din Wisconsin a arătat

modificări detectabile ale vitezei de revenire a creierelor individuale după șase săptămâni de tratament cu antidepresive.

Aceste modificări par să aibă loc în cortexul prefrontal și nu sunt simetrice – când cineva își revine dintr-o depresie, viteza de activare și dezactivare crește în partea stângă a cortexului prefrontal.<sup>704</sup> Se știe că antidepresivele modifică nivelurile neurotransmițătorilor. S-ar putea ca neurotransmițătorii să controleze fluxul sangvin în diferite zone ale creierului. Oricare ar fi mecanismele, explică Davidson, „asimetriile de activare“ – diferențele dintre activitatea din emisfera stângă și din cea dreaptă – „din cortexul prefrontal sunt legate de dispoziție, starea de spirit și simptomele de anxietate și depresie. La oamenii cu o activare mai intensă a părții drepte, există o probabilitate mai mare de a avea depresie și anxietate“. Davidson, asemenea lui Crow, pune și el, în ultimă instanță, sub semnul întrebării puritatea categorică a depresiei ca stare suflătoare. „Unul dintre lucrurile care deosebește comportamentul uman de cel al altor specii este faptul că avem o capacitate mai mare de a ne regla emoțiile. De asemenea, avem și reversul medaliei: o capacitate mai mare de a ni le deregla. După părerea mea, se va dovedi că ambele mecanisme sunt strâns legate de activitatea din cortexul prefrontal.“<sup>705</sup> Cu alte cuvinte, problemele noastre sunt consecința forțelor noastre.

Acest gen de cercetare, pe lângă faptul că arată cum s-a putut dezvolta genetica tulburărilor de dispoziție, are implicații practice enorme. Dacă cercetătorii pot să localizeze zona în care se modifică activitatea într-un creier depresiv, pot să creeze aparatul pentru stimularea sau inhibarea acelei zone. Lucrări recente sugerează că la pacienții cu depresie apar anomalii ale metabolismului serotoninei în cortexul prefrontal. Stimularea asimetrică a creierului ar putea să rezulte din acest lucru; sau poate că există în unele creiere o asimetrie fizică – de exemplu, a distribuției capilarelor și, de aici, a fluxului sangvin.

Anumite tipare ale activității creierului sunt stabile de la începutul vieții. Altele se modifică. S-a descoperit acum că celulele cerebrale pot să se reproducă – și se și reproduc – la oamenii adulți.<sup>706</sup> Poate că, atunci când

treceam printr-o depresie, sporește numărul celulelor în unele zone sau scade în altele. Noile tehnologii s-ar putea să ne permită, în ultimă instanță, să stimulăm creșterea anumitor zone cerebrale sau vătămarea altora. Unele studii de început arată că stimularea magnetică transcraniană repetitivă (*repetitive transcranial magnetic stimulation* rTMS),<sup>707</sup> care folosește mici impulsuri electromagnetice de scurtă durată pentru a crește activitatea într-un anumit loc, ar putea, când este îndreptată către cortexul prefrontal stâng, să ducă la ameliorarea simptomelor depresiei. Ar fi cu puțință, prin intervenție externă sau printr-o măsurare efectuată de noi înșine, să învățăm să activăm emisfera stângă. Flexibilitatea însăși poate fi învățată, mai ales de către tineri.<sup>708</sup> Poate că ar fi posibil să scanăm creierul, să vedem devreme dezactivarea cortexului frontal stâng<sup>709</sup> și să luăm măsuri preventive – „care, de pildă, ar putea să includă meditația“, spune Davidson – pentru a ajuta oamenii să nu mai cadă în prăpastia depresiei.

La unii oameni, mai activat este cortexul prefrontal stâng, iar la alții mai activat este cortexul prefrontal drept. (Aceasta n-are nimic a face cu chestiunea dominației emisferice – ce determină dacă suntem dreptaci sau stângaci –, aflată în alte zone din creier.) Cei mai mulți dintre oameni au o activare mai mare în partea stângă.<sup>710</sup> Oamenii cu activare mai mare în partea dreaptă tind să aibă mai multe emoții negative decât cei cu activare mai mare în partea stângă. De asemenea, activarea părții drepte prezice ușurința cu care poate fi făcut să slăbească sistemul nostru imunitar. Activarea părții drepte e corelată și cu niveluri de bază înalte ale cortizolului, hormonul de stres.<sup>711</sup> Deși tiparele de activare fixate nu se stabilizează înainte de vârsta adultă, sugarii cu activare mai intensă a părții drepte devin agitați când mama iese din încăperea; la sugarii cu activare mai intensă a părții stângi, există o mai mare probabilitate de a explora încăperea fără să pară tulburați. La sugari, echilibrul e însă schimbător. „Probabil“, spune Davidson, „că există mai multă plasticitate în sistem în primii ani de viață, mai multe ocazii pe care le are mediul de a modela aceste circuite.“

Din combinarea acestei gândiri cu unele dintre ideile lui Crow despre limbaj,<sup>712</sup> pot să reiasă idei extrem de interesante. „Unul dintre primele lucruri pe care le vezi când copiii mici încep să articuleze cuvintele e faptul că arată cu degetul“, spune Davidson. „Rostirea este eticheta pentru un obiect. Și ei arată, aproape invariabil, la început, cu degetul mâinii drepte. Copilul are o trăire pozitivă și e clar că e interesat de obiect și se îndreaptă către el. Folosirea inițială a limbajului este foarte plăcută la majoritatea copiilor. Ideea mea intuitivă, care n-a fost studiată în vreun mod sistematic, este că lateralizarea emisferei stângi pentru limbaj s-ar putea să fie, de fapt, un produs secundar al lateralizării emisferei stângi pentru emoțiile pozitive.“

Această intuiție este, s-ar părea, baza unei neuroanatomii a catharsisului. Vorbirea este pozitivă; ea rămâne pozitivă. Vorbirea este una dintre cele mai mari plăceri ale vieții, iar dorința de a comunica este extrem de puternică în noi toți (inclusiv în cei care nu pot produce sunete coerente și, prin urmare, folosesc limbajul semnelor, gesturile sau scrisul pentru a se exprima). Oamenii care sunt depresivi nu mai au chef să vorbească; cei maniaci vorbesc fără oprire. Peste toate marile divizări culturale, cel mai consecvent mod de îmbunătățire a stării de spirit este vorbirea. Poate fi dureros să trăiești evenimente negative, dar a vorbi despre ceea ce te doare aduce alinare. Când sunt întrebat – așa cum se întâmplă permanent – care e cea mai bună cale de tratare a depresiei, le spun oamenilor să vorbească despre ea, nu să devină isterici pe tema asta, ci pur și simplu să continue să spună ce simt. Să vorbească despre ea cu cei din familie, dacă-i ascultă. Să vorbească despre ea cu prietenii. Să vorbească despre ea cu un terapeut. S-ar putea ca Davidson și Crow să fi găsit mecanismele prin care vorbirea ajută: s-ar putea ca anumite feluri de a vorbi să activeze acele zone din emisfera stângă a căror funcționare insuficientă să fie implicată în bolile mintale. Ideea articulării cuvintelor ca eliberare este cu adevărat fundamentală pentru societatea noastră. Hamlet se plânge că trebuie „să-mi vărs în vorbe focul, ca o târfă“<sup>713</sup> – și totuși, ceea ce ne-am dezvoltat, alături de capacitatea noastră de a avea boli mintale, este acea



capacitate de a ne vărsa focul (sau, așa cum s-ar putea să stea lucrurile, cortexul prefrontal stâng) în vorbe.

Cu toate că există tratamente eficiente chiar și pentru boli pe care încă n-am ajuns să le înțelegem, a ști în ce fel se leagă între ele componentele unei boli ne ajută să discernem factorii care o declanșează în mod nemijlocit și să ne ocupăm de ei. Ne ajută să înțelegem o constelație de simptome și să vedem în ce fel un simptom poate să-l influențeze pe altul. Cele mai multe dintre sistemele de explicare a bolii – biochimic, psihanalitic, comportamental și socio-cultural – sunt fragmentare, lasă multe lucruri neexplicate și sugerează că până și concepțiile combinatorii, care sunt acum la modă, sunt cât se poate de confuze și nesistematice. De ce anumite senzații și anumite acțiuni se corelează în cazul bolii, dar nu și în cazul sănătății? „Cea mai presantă nevoie a psihiatriei“, scriu McGuire și Troisi, „este adoptarea teoriei evoluționiste și începerea procesului de identificare a celor mai importante date și de verificare a noilor explicații ale afecțiunilor. Încercările de explicare a comportamentului, normal sau nu, fără a cunoaște profund specia pe care o studiezi duc la interpretări eronate.“<sup>714</sup>

Nu sunt convins că înțelegerea evoluției depresiei ar fi deosebit de utilă la tratarea ei. E totuși esențial pentru luarea deciziilor legate de tratare. Știm că amigdalele au o utilitate restrânsă; știm ce rol au ele în corp; știm că lupta cu infecția din amigdale e mai dificilă decât eliminarea lor, iar răul pe care-l face corpului eliminarea lor e minor. Știm că apendicele poate fi mai ușor scos decât vindecat. Pe de altă parte, știm că o infecție a ficatului trebuie tratată, pentru că, dacă-i scoți cuiva ficatul, omul acela o să moară. Și că e nevoie de îndepărtarea porțiunilor cu cancer ale pielii, dar coșurile nu provoacă o inflamație sistemică. Cunoaștem mecanismele acestor zone diferite ale eu-lui fizic, și știm în mare ce fel de intervenție, și în ce grad, este potrivită în cazul disfuncției.

Este foarte limpede că nu există consens în privința tratării depresiei. Depresia ar trebui oare îndepărtată ca o amigdală, tratată ca o boală a ficatului, sau ignorată ca un coș? Contează dacă depresia este ușoară sau majoră?

Pentru a răspunde corect la aceste întrebări, trebuie să știm de ce există, de fapt, depresia. Dacă a avut o funcție folositoare pentru vânători-culegători, dar este irelevantă pentru viața modernă, probabil că trebuie îndepărtată. Dacă depresia este o disfuncție a creierului, care implică circuite necesare pentru alte funcții cerebrale cruciale, atunci ea trebuie tratată. Dacă o depresie mai ușoară constituie un mecanism de reglare, atunci trebuie ignorată. Evoluția poate să ofere un fel de teorie a câmpului unificat, dezvăluind relații structurale între celelalte școli de gândire folosite la studiul depresiei; aceasta ne va permite să hotărâm dacă, în ce moment și cum să tratăm afecțiunea.

### Note

[675](#). Citatele din Michael McGuire și Alfonso Troisi sunt din cartea lor *Darwinian Psychiatry*, pp. 150 și 157.

[676](#). Citatul din C.S. Sherrington l-am luat din *The Integrative Action of the Nervous System*, p. 22.

[677](#). Explicația lui C.U.M. Smith despre emoție și stare se găsește în articolul său *Evolutionary Biology and Psychiatry*, în *British Journal of Psychiatry* 162 (1993), p. 150.

[678](#). Sclipitoarea observație a lui Jack Kahn este preluată din John Price, *Job's Battle with God*, în *ASCAP* 10, nr. 12 (1997). Găsiți mai multe informații în Jack Kahn, *Job's Illness: Loss, grief and Integration: A Psychological Interpretation*.

[679](#). Anthony Stevens și John Price își exprimă concepțiile în cartea lor *Evolutionary Psychiatry*.

[680](#). Despre urangutan ca animal solitar, v. Nancy Collinge, *Introduction to Primate Behavior*, pp. 102–104.

[681](#). Despre principiul fundamental al masculului alfa: *ibid.*, pp. 143–157.

[682](#). Există un volum mare de literatură pe tema generală a depresiei și a societăților ierarhizate. Leon Sloman et al., *Adaptive Function of Depression: Psychotherapeutic Implications*, în *American Journal of Psychology* 48, nr. 3 (1994), reprezintă, probabil, una dintre primele formulări solide ale unei teorii coerente.

[683](#). Concepțiile lui John Birtchnell sunt în cartea sa *How Humans Relate*.

[684](#). Părerile lui Russell Gardner despre mecanismele de dominare modificate la mamiferele superioare sunt prezentate în mai multe dintre textele publicate de el. Găsiți cea mai detaliată prezentare a ideilor sale despre legătura dintre depresie și interacțiunile sociale în John Price et al., *The Social Competition Hypothesis of Depression*, în *British Journal of Psychiatry* 164 (1994). Discuții mai concentrate pe subiect găsiți în Russell Gardner, *Psychiatric Syndromes as Infrastructure for Intra-Specific Communication*, în *Social Fabrics of the*

Mind, M.R.A. Chance (coord.), și Mechanisms in Manic-Depressive Disorder, în Archives of General Psychiatry 39 (1982).

**685.** Concepția lui Tom Wehr despre legătura dintre depresie și somn și strategia de conservare a energiei apare în articolul său Reply to Healy, D., Waterhouse, J.M.: The circadian system and affective disorders: Clocks or rhythms, în Chronobiology International 7 (1990).

**686.** Concepția lui Michael McGuire și Alfonso Troisi despre decalajul genomic se găsește în cartea lor Darwinian Psychiatry, p. 41.

**687.** Cartea lui J.H. van den Berg a apărut inițial cu titlul Metabletica, pe care-l prefer. Ideile exprimate aici sunt dezvoltate pe parcursul întregului text.

**688.** Despre problemele libertății, v. lucrarea clasică a lui Erich Fromm Escape from Freedom. Și la Ernst Becker, The Denial of Death, apare o discuție pertinentă despre libertate și relația ei cu depresia, care începe la p. 213.

**689.** Povestea despre băiatul a cărui familie s-a tot mutat și care s-a spânzurat apare în George Colt, The Enigma of Suicide, p. 50.

**690.** Statistica despre numărul de produse care apar la raionul de legume-fructe din supermarket este preluat din Regina Schrambling, Attention Supermarket Shoppers!, în Food and Wine, octombrie 1995, p. 93.

**691.** Informațiile despre lucrările lui Paul J. Watson și Paul Andrews sunt preluate, în principal, din manuscrisul lor nepublicat „An Evolutionary Theory of Unipolar Depression as an Adaptation for Overcoming Constraints of the Social Niche“. O versiune prescurtată a acestui articol a fost publicată în ASCAP 11, nr. 5 (1998), cu titlul Niche Change Model of Depression.

**692.** Principiul că starea de descurajare îi împiedică pe oameni să investească în strategii excesiv de dificile este expus în Randolph Nesse, Evolutionary Explanations of Emotions, în Human Nature 1, nr. 3 (1990). Găsiți ideile sale actuale despre legătura dintre depresie și evoluție în Is Depression an Adaptation?, în Archives of General Psychiatry 57, nr. 1 (2000).

**693.** Povestea cu violonista apare în Erica Goode, Viewing Depression as a Tool for Survival, în New York Times, 1 februarie 2000.

**694.** Ideea de depresie ca dispozitiv de atragere a altruismului e descrisă în lucrările lui Paul J. Watson și Paul Andrews. Le-am preluat ideile din manuscrisele nepublicate „An Evolutionary Theory of Unipolar Depression as an Adaptation for Overcoming Constraints of the Social Niche“ și „Unipolar Depression and Human Social Life: An Evolutionary Analysis“.

**695.** Concepțiile lui Edward Hagen sunt prezentate în articolul său The Defection Hypothesis of Depression: A Case Study, în ASCAP 11, nr. 4 (1998).

**696.** Despre legătura dintre depresie și sensibilitatea interpersonală, v. K. Sakado et al., The Association between the High Interpersonal Sensitivity Type of Personality and a Lifetime History of Depression in a Sample of Employed Japanese Adults, în Psychological Medicine 29, nr. 5 (1999). Despre relația dintre depresie și sensibilitatea la anxietate, v.

Steven Taylor et al., Anxiety, Sensitivity and Depression: How Are They Related?, în *Journal of Abnormal Psychology* 105, nr. 3 (1996).

**697.** Concepțiile lui Paul MacLean despre creierul tripartit apar în cartea sa *The Triune Brain in Evolution*.

**698.** Concepțiile lui Timothy Crow sunt exprimate într-o serie mare de lucrări, cele relevante fiind citate în bibliografie. Cea mai directă formulare a principiilor sale lingvistice și a teoriilor sale despre asimetria creierului apare în articolul său *A Darwinian Approach to the Origins of Psychosis*, în *British Journal of Psychiatry* 167 (1995).

**699.** Despre limbaj ca funcție a asimetriei creierului, v. Marian Annett, *Left, Right, Hand and Brain: The Right Shift Theory*, și Michael Collins, *The Lopsided Ape: Evolution of the Generative Mind*.

**700.** Despre persoanele surde și atacul cerebral în emisfera stângă, v. Oliver Sacks, *Seeing Voices*.

**701.** Despre gramatica profundă, v. Noam Chomsky, *Reflection on Language*.

**702.** Despre efectele specifice ale atacului cerebral în emisfera dreaptă, v. Susan Egelko et al., *Relationship Among CT Scans, Neurological Exam, and Neuropsychological Test Performance in Right-Brain-Damaged Stroke Patients*, în *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 10, nr. 5 (1988).

**703.** Ipoteza lui Timothy Crow că schizofrenia și tulburările afective sunt prețul plătit pentru un creier biemisferic apare în *Is schizophrenia the price that Homo sapiens pays for language?*, în *Schizophrenia Research* 28 (1997).

**704.** Găsiți informații generale despre legătura dintre asimetriile cortexului prefrontal și depresie în Carrie Ellen Schaffer et al., *Frontal and Parietal Electroencephalogram Asymmetry in Depressed and Nondepressed Subjects*, în *Biological Psychiatry* 18, nr. 7 (1983).

**705.** Studiile despre anomalii ale fluxului sangvin în cortexul prefrontal al pacienților cu depresie sunt: J. Soares și John Mann, *The functional neuroanatomy of mood disorders*, în *Journal of Psychiatric Research* 31 (1997), și M. George et al., *SPECT and PET imaging in mood disorders*, în *Journal of Clinical Psychiatry* 54 (1993).

**706.** Informații despre neurogeneză – reproducerea celulelor cerebrale adulte – găsiți, de exemplu, în P.S. Eriksson, *Neurogenesis in the adult human hippocampus*, în *Nature Medicine* 4 (1998).

**707.** O discuție generală valoroasă despre TMS găsiți în Eric Hollander, *TMS*, în *CNS Spectrums* 2, nr. 1 (1997).

**708.** Informații despre flexibilitatea învățată, un domeniu încă deschis, în care datele solide de-abia încep să se adune, găsiți în Richard Davidson, *Affective style, psychology and resilience: Brain mechanisms and plasticity*, în *American Psychologist*, 2001.

**709.** Găsiți informații despre activarea și dezactivarea cortexului stâng în Richard Davidson et al., *Approach-Withdrawal and Cerebral Asymmetry: Emotional Expression and Brain Physiology I*, în *Journal of Personality and Social Psychology* 58, nr. 2 (1990). Despre legătura dintre asimetria cerebrală și sistemul imunitar, v. Duck-Hee Kang et al., *Frontal Brain Asymmetry and Immune Function*, în *Behavioral Neuroscience* 105, nr. 6 (1991). Mai

multe informații despre cercetările lui Richard Davidson pe tema sugarilor și absenței mamei găsiți în Richard Davidson și Nathan Fox, *Frontal Brain Asymmetry Predicts Infants*, în *Journal of Abnormal Psychology* 98, nr. 2 (1989).

**710.** În sprijinul afirmației că la majoritatea oamenilor activarea este mai mare în partea stângă, v. A.J. Tomarken, *Psychometric properties of resting anterior EEG asymmetry: Temporal stability and internal consistency*, în *Psychobiology* 29 (1992).

**711.** Ideea că activarea părții frontale drepte este corelată adesea și cu niveluri înalte ale cortizolului e studiată în N.H. Kalen et al., *Asymmetric frontal brain activity, cortisol, and behavior associated with fearful temperament in Rhesus monkeys*, în *Behavioral Neuroscience* 112 (1998).

**712.** În articolele lui Timothy Crow despre folosirea mâinii, se discută legătura dintre limbaj, aptitudinile manuale și afecte. V. *Location of handedness Gene on the X and Y Chromosomes*, în *American Journal of Medical Genetics* 67 (1996), și *Evidence for Linkage to Psychosis and Cerebral Assymetry (Relative Hand Skill) on the X Chromosome*, în *American Journal of Medical Genetics* 81 (1998).

**713.** Hamlet, actul 2, scena 2, versul 561 (cf. trad. rom. de Ion Vinea, în William Shakespeare, Teatru, Editura Univers, București, 1971, p. 217 – n.tr.).

**714.** Faptul că evoluția va aduce lumină în ceața psihiatriei moderne este unul dintre argumentele principale din cartea lui Michael McGuire și Alfonso Troisi, *Darwinian Psychiatry*. Rândurile citate sunt la p. 12.

## XII

### Speranța

Angel Starkey a dus-o tare greu. Era cea mai mică dintre șapte frați, într-o familie în care rareori a fost înțeleasă ori îmbrățișată; îngrijitorul școlii a abuzat sexual de ea; la treisprezece ani, a fost violată. „Am fost depresivă de când aveam trei ani“, spune ea. În copilărie, se închidea în dulapul de sub scări și desena pe perete pietre de mormânt. Când avea șapte ani, tatăl ei a murit de cancer la pancreas. La treizeci și opt de ani, „uneori încă-l mai aud strigând. Parcă stau culcată în pat sau șed în camera mea și iar aud, și-mi ies din minți de spaimă.“ Când era mică, cea mai bună prietenă a ei a fost o vecină care – după cum s-a dovedit – s-a spânzurat în vreme ce Angel bătea la ușa ei. Angel a stat prin spitale aproape tot timpul de când, cu șaptesprezece ani în urmă, a terminat liceul, cu scurte mutări într-o locuință socială. Are tulburare schizo-afectivă, ceea ce înseamnă că, pe lângă o depresie profundă, mai are și halucinații și aude voci care-i spun să se sinucidă. Panica îi blochează legăturile obișnuite cu lumea. Nimeni nu-și poate aminti de câte ori a încercat să-și ia viața – dar, de vreme ce a fost internată cea mai mare parte din viața ei adultă, a fost salvată iar și iar, chiar și când s-a aruncat în fața unei mașini. Brațele îi sunt pline de cicatrice de la nenumăratele tăieturi; un doctor i-a spus de curând că nu mai are porțiuni cu carne elastică, și că, dacă se mai taie, rănilor nu se vor mai putea vindeca. Pe stomac, are pielea cârpăcită, deoarece și-a dat foc de multe ori. A încercat să se sugrume (cu

saci de plastic, cu un șiret de pantof, cu manșonul tensiometrului) – până ce „capul mi s-a învinețit“, și are pe gât urmele care o dovedesc. Pleoapele i s-au zbârcit în locurile în care le-a ars cu țigara. Are părul rar, pentru că și-l smulge, iar dinții i-au putrezit parțial, ca efect secundar al medicamentelor pe care le ia – gura veșnic uscată poate duce la gingivită. Pe moment, medicamentele care-i sunt prescrise sunt clozaril, 100 mg, de cinci ori pe zi; clozaril, 25 mg, de cinci ori pe zi; prilosec, 20 mg, o dată pe zi; seroquel, 200 mg, de două ori pe zi; ditropan, 5 mg, de patru ori pe zi; lescol, 20 mg, o dată pe zi; buSpar, 10 mg, de șase ori pe zi; prozac, 20 mg, de patru ori pe zi; neorontin, 300 mg, de trei ori pe zi; topamax, 25 mg, o dată pe zi; cogentin, 2 mg, de două ori pe zi;

Am cunoscut-o pe Angel la Spitalul Norristown, instituția de stat pe care am vizitat-o în Pennsylvania. Era pacientă acolo. Am fost uimit de cicatrice, de balonarea produsă de medicamente, de simplul fapt fizic al prezenței sale. Dar într-un loc în care mulți ochi păreau de sticlă, ea părea că se implică mai mult. „Are nevoie de foarte multă atenție“, mi-a spus o asistentă, „dar e și foarte blândă. Angel e aparte.“ Nu încapă îndoială că toți oamenii sunt aparte, însă Angel are o înduioșătoare particularitate dătătoare de speranță, lucru extraordinar la cineva cu biografia ei. Dincolo de suferința ei și de consecințele acesteia, este o persoană plină de căldură, imaginație și generozitate, destul de atrăgătoare ca, până la urmă, să nu-i mai vezi aparența brutalizată. Personalitatea lui Angel e umbrită, dar nu distrusă de boala ei.

Angel și felul ei de a se automutila urmau să mă marcheze. Unealta pe care o preferă ca să se taie este capacul unei cutii de conserve. Odată și-a sfâșiat brațele atât de rău, că a fost nevoie de patru sute de puncte de sutură. „Să mă tai e singurul lucru care-mi oferă plăcere“, mi-a spus. Când n-a avut la dispoziție o cutie de conserve, a reușit să dezdoieie partea inferioară a unui tub de pastă de dinți, cu care și-a tăiat fâșii de piele. A făcut acest lucru chiar în perioada în care i se făcea o debridare chirurgicală – i se îndepărta chirurgical țesutul devitalizat – pentru arsuri autoprovocate. În mica lume a Spitalului de Boli Mintale Norristown, „am tot intrat și ieșit din clădirea cincizeci, centrul de urgențe“, mi-a spus. „Trebuie să mă duc acolo dacă mă tai. Înainte,

era clădirea șaisprezece, acum e însă cincizeci. Eu locuiesc în clădirea unu, pentru internații obișnuiți. Câteodată, ca să mă destind, mă duc la serile de karaoke din clădirea treizeci și trei. De data asta, a trebuit să vin la spital, fiindcă aveam în permanență atacuri de panică. Iar mintea – știți – nu-mi funcționa cum trebuie. Era ca și cum ar fi luat-o la sănătoasa; asta mă speria. Și trebuia să fug mereu la baie – e de-a dreptul ciudat cum îmi reacționează tot corpul la un pic de neliniște! Ne-am dus ieri la mall – și a fost atât de înspăimântător. Chiar și magazinele mici. A trebuit să iau o grămadă de ativan, și nici așa n-a ținut. Mă îngrozește gândul că-mi pierd mințile. Ieri, am intrat și am ieșit din magazine foarte repede și m-am dus de vreo zece ori la baie. Nu puteam înghiți. Când am plecat de aici într-acolo, mi-era frică să plec; iar când a venit vremea de înapoiere, mi-era frică să mă întorc la spital.“

Durerea fizică i-a fost totdeauna indispensabilă. „Le spun să nu mă coasă și să ușureze lucrurile“, a spus. „Să le îngreuneze. Mă simt mai bine când e greu. Dacă e să simt durere, mai bine să fie fizică decât emoțională. Pentru mine, e ca o purificare când sunt atât de secată de puteri că nici nu mai pot răsufla. Prinderea cu capse e mai bună decât cusăturile, pentru că doare mai tare, dar nu doare destul de mult timp. Când mă tai, aș vrea să mor – cine să mai aibă grijă de mine, când sunt toată făcută fâșii, și arsă, și toate astea? Vedeți, nu sunt o făptură bună.“ Angel a fost în regim de supraveghere unu-la-unu – nici măcar la baie nu putea fi singură – timp de trei ani, într-o perioadă deosebit de grea. Erau momente în care trebuia să fie legată de pat. A fost ținută în saloane încuiate și și-a petrecut o vreme într-o plasă – o bucată mare de împletitură, care înfășoară un pacient violent, imobilizându-l complet. A descris acea trăire ca nespus de înspăimântătoare. A învățat totul despre medicamentele pe care le ia. Este un pacient bine documentat. „Dacă mă mai gândesc o dată la clozaril“, a spus, „o să încep să vărs, zău așa.“ De asemenea, a făcut multe serii de electroșocuri.

Angel mi-a spus că, la una dintre internările recente la Norristown, a sunat-o pe mama ei în fiecare zi și s-a dus să stea cu ea două sfârșituri de săptămână, în fiecare lună. „O iubesc pe mama mai mult ca orice pe lume. Mult mai mult decât mă iubesc pe mine, știți. E greu pentru ea. Uneori, mă



gândesc că a avut șapte copii, poate că i-ar fi fost bine cu șase. Nu că aş lăsa-o singură. Am chinuit-o destul. N-are nevoie să mă vadă cum o dau în bară. Îi fac rău cu kilogramele mele, kilogramele și jena. Depresia mea, depresia ei, depresia surorilor mele, fraților mei, știți? Asta n-o să se termine, cred, până ce nu murim cu toții. Nu-mi doresc decât să pot să am un serviciu și să-i dau bani. Ei zic că-mi fac prea multe griji pentru mama, dar știți, are șaptezeci și trei de ani. Mă duc la ea și fac curățenie. Mă duc acasă agitată și curăț. Curăț, și curăț, și curăț, și o iau razna. Devin fanatică în privința asta. Îmi place să spăl. Și mamei îi place asta.“

Când ne-am întâlnit, era limpede că Angel e încordată, iar problemele de memorie, endemice la ea în urma tratamentului pe termen lung cu electroșocuri (a făcut treizeci de serii) și a dozelor mari de medicamente, erau deosebit de perturbante. Uita despre ce vorbea pe la jumătatea propoziției. Vorbea despre micile răsfățuri din lumea ei mică. „Nu pricep de ce oamenii sunt așa de drăguți cu mine“, a spus. „Eu mă uram cumplit. Uram tot ce făceam. Lui Dumnezeu probabil că-i pasă de mine, pentru că, zău, am fost lovită de două mașini, și m-am tăiat până mi s-a scurs tot sângele, și încă mai trăiesc. Sunt pocită. Sunt foarte grasă. Nu pot... uneori, mintea mi-e prea răvășită ca să pot măcar să gândesc. Spitalul, asta-i viața mea, știți? Simptomele n-o să treacă pur și simplu. Depresia și sentimentul de singurătate.“

Fiind foarte conștientă de dificultatea comunicării cu mine, mi-a trimis, după câteva săptămâni, o scrisoare, „ca să fie limpede“. În ea, scria: „Am făcut atâtea lucruri ca să mă omor și să mă rănesc. Totul devine foarte obositor. Nu cred că mi-a mai rămas creier. Uneori, dacă încep să plâng, mă tem că n-o să mă mai pot opri. Am pierdut fără încetare. Sunt atâția oameni pe care aş fi vrut să-i ajut, fie și numai cu o îmbrățișare. Doar asta – și mă face fericită. Uneori, scriu poezii. Ele îmi spun mie și celorlalți cât de bolnavă am fost. Dar arată că există Speranță. Cu drag, Angel.“

În anul următor, Angel a plecat de la Norristown, mai întâi într-o unitate de terapie intensivă asistată, și apoi într-una mai puțin intensivă, din Pottstown, Pennsylvania. <sup>715</sup> După paisprezece luni, nu și-a mai făcut tăieturi pe

brațe. Lista de medicamente pe care le lua părea să izbutesc să țină departe de ea vocile cele îngrozitoare. Înainte de a pleca de la Norristown, mi-a spus: „Ceea ce mă sperie cu adevărat e că n-o să mă mai pot aduna destul, să fac lucruri ca mersul la cumpărături, și scările, trei etaje. Și oamenii. Toate asta.“ Dar a suportat tranziția surprinzător de bine. „În clipa asta“, mi-a spus cam la o lună de la mutare, „mă simt mai bine ca oricând.“ Și apoi, a mers, încetul cu încetul, tot mai bine, căpătând o încredere la care nu se așteptase. A continuat să audă o voce care o striga pe nume, dar nu era vocea demonică, chinuitoare, pe care o auzise înainte. „În cea mai mare parte a timpului, nu simt imboldul să mă rănesc. Era ca o contrângere. Iar acum, mă gândesc la asta, dar nu ca înainte. Deloc ca înainte, când, dacă strănuta cineva, eu mă tăiam. Acum, simt că doresc să exist, sper, tot restul vieții mele!“ mi-a spus.

M-a izbit faptul că Angel, spre deosebire de mulți pacienți cu tendințe suicidare, nu s-a gândit niciodată să ucidă pe altcineva. N-a lovit pe nimeni în toți anii petrecuți la spital. Spunea că odată și-a dat foc, aprinzându-și pijama. Apoi, a cuprins-o panica la gândul că, în vreme ce ea arde, ar putea să dea foc întregii clădiri. „M-am gândit la oamenii cărora le-aș da foc, și am stins pe dată focul de pe mine.“ A fost implicată în grupul de susținere a drepturilor pacienților din acel spital din cadrul Echipii de Protecție a Consumatorului de la Norristown. S-a dus, împreună cu medicii ei, oricât o îngrozea lucrul acesta, să vorbească prin școli despre viața din spital. Când am ajuns să stau de vorbă cu ea în locuința supravegheată, am observat că ea era cea care-i învăța pe ceilalți cum să facă unele lucruri: le arăta cum să pregătească mâncare (sendvișuri cu unt de arahide și banane), cu o răbdare aproape nesfârșită. „Trebuie să-mi trăiesc viața“, mi-a spus. „La fel de mult vreau să ajut oamenii. Și poate, cu timpul, o să simt, o să fac ceva și pentru mine. Femeia cu care împart camera acum are o inimă tare bună. Când suni aici și răspunde ea, nu-i așa că-i o drăguță? Are o grămadă de probleme; nici măcar nu gătește, nu face curățenie. Nu prea face nimic. Dar e agreabilă, nu poți fi rău cu ea. Am încercat vreo două luni s-o învăț să curețe de coajă un afurisit de castravete, dar nu-i în stare.“

Angel scrie poezii și se străduiește să dea glas trăirilor sale:

vre s pot pl nge  
 semeni erului de u or L rimile nu vin  
 pre simplu um mi sunt  
 în remenite în suflet

E pustiu i mi-e fri  
 Simți golul? nuies  
 -i fri me din untru r tre ui  
 s fiu vite z is lupt u fri  
 d r e un r z oi re ontinu  
 de pre mult vreme Ostenit- m

Copiii res il rimile  
 din o hii mei urg S nu v d  
 re tere lor e i um n- vede s him re  
 notimpurilor, n- vede tr nd firii-nflorind  
 prim v r in- vede fulgii re d  
 i rn C ți nim itre uie  
 s tre pel ng mine? nii nu  
 se vor opri pentru mine ori pentru ei, ide e  
 rf e-o? Vor ontinu  
 s -nmugure s  
 is -nflores , ivi ț me v ontinu  
 s ste lini tit un ele teu

M-am dus s-o văd pe Angel chiar înainte de a se muta, din locuința supravegheată, în alta, cu supraveghere mai redusă. Mi-a făcut un cadou – o colivie vopsită într-un albastru viu, cu o însemnare prinsă în partea din spate: „Se plătește chirie.“ Ne-am dus să prânzim la un restaurant chinezesc din centrul comercial al orașului Pottstown. Am vorbit despre *Pippin*,

spectacolul pe care l-a văzut singura oară când a fost la New York. Am vorbit despre faptul că încercase să obțină un serviciu cu program redus, ca ajutor la pregătirea de sendvișuri într-un magazin de delicatese. A fost respinsă și era abătută; fusese atât de entuziasmată de ideea de a munci – cu toate că se temea de casa de marcat și de faptul că trebuia – când le dădea clienților restul – să aibă a face cu aritmetica. „Nivelul meu la matematică e de clasa a treia“, mi-a mărturisit. „E groaznic. Și nici nu mă pot concentra prea mult pe ceva, ca un copil de trei ani. Cred că medicamentele îmi fac asta.“ Am vorbit despre cartea ei preferată – *e veghe în l nul de se r*. Am vorbit despre visele pe care le are. „Visez tot timpul oceanul“, a zis. „E ca încăperea asta, și e un zid. Iar în partea din spate a zidului e un ocean. Și nu pot niciodată să trec peste plaja de acolo, spre apă. Mă tot trudesesc să ajung la apă, și nu pot intra în ea. Alteori, visez despre dogoare. Soarele începe să mă ardă, și părul mi-e pârlit. Mi-e frică de dogoarea soarelui. Știi, chiar și în viața reală încerc să mă duc în locuri în care nu sunt ferestre spre apusul soarelui, când acesta devine roșu. Mă îngrozește.“ Am vorbit un pic despre problemele cu memoria ei. „Sunt nașa uneia dintre nepoatele mele“, a spus, „dar nu-mi pot aminti care, și mi-e prea jenă să întreb.“

După asta, am ținut, mai mult sau mai puțin, legătura timp de șase luni, și, când ne-am revăzut, Angel m-a întrebat ce-am mai făcut. I-am spus că am avut o mică recidivă. Nu trecuse mult de la episodul cu umărul dislocat și a treia cădere psihică. Eram iar la restaurantul chinezesc. Angel își plimba pe farfurie frunzele ofilite de varză chinezească. „Știi“, a zis după un minut, „chiar mi-am făcut griji pentru tine. Vreau să zic că mă gândeam să nu cumva să te fi omorât, chestii de-astea.“

Am încercat s-o liniștesc. „Păi, n-a fost chiar așa, Angel. A fost îngrozitor, dar probabil că n-a fost prea periculos. Ori, cel puțin, s-a dovedit că nu-i chiar așa de periculos. Știi, am luat zyprexa și am înlocuit niște chestii, și lucrurile s-au schimbat destul de repede.“ Am zâmbit și mi-am desfăcut larg brațele. „Vezi, acum sunt bine.“

Angel a ridicat privirea și a surâs. „E minunat. Am fost atât de îngrijorată.“ Am mâncat amândoi. Apoi: „Eu n-o să fiu niciodată bine“, a zis cu

îndrăzneală. I-am spus că trebuie să facă pe rând câte un pas și că se descurcă grozav de bine. I-am spus că era de o mie de ori mai bine decât în urmă cu doi ani, când ne-am cunoscut. I-am spus, uite, acum un an nu erai în stare nici să-ți închipui că o să ieși și o să locuiești într-un loc ca acela în care te duci. „Da“, a zis, și o clipă a fost – sfielnic – mândră. „Uneori, urăsc din răspuțeri medicamentele, dar mă ajută.“

Am mâncat înghețată și ne-am dus, în vecinătatea restaurantului, la un magazin unde toate mărfurile costă câte un dolar, iar Angel și-a cumpărat cafea și alte câteva lucruri de care avea nevoie. Ne-am urcat în mașină, ca să ne întoarcem la locuința ei. „Mă bucur tare mult că ai venit“, mi-a spus. „N-am crezut că o să vii astăzi. Aș vrea să nu te simți ca și cum eu te-aș fi târât încă.“ Am spus că era interesant să văd ce se petrece cu ea și că și eu sunt bucuros că am venit. „Știi“, a spus, „de-aș putea să mă fac destul de bine ca să fac niște lucruri, mi-ar plăcea să mă duc la unul dintre marile talk-show-uri, poate la *Opr h*.<sup>716</sup> Țasta ar fi visul meu.“

Am întrebat-o de ce vrea să apară la un talk-show.

„Vreau doar să le transmit oamenilor mesajul meu“, a spus, pe când ne întorceam cu mașina. „Vreau să le spun tuturor: nu te tăia, și nu te răni, și nu te urî. Știi? Chiar e important. Aș vrea să fi știut asta mult mai devreme. Vreau să le spun tuturor.“ Am mers o vreme în tăcere. „O să încerci să le spui asta oamenilor când îți scrii cartea?“ m-a întrebat. Și a râs, un pic stingherită.

„O să încerc să le spun oamenilor exact ceea ce ai spus“, i-am răspuns.

„Promiți? E foarte important.“

„Promit.“

Ne-am dus apoi la noua ei locuință, cea cu supraveghere redusă, și ne-am învârtit în jurul ei, și ne-am uitat pe ferestre, și am urcat scările de afară, ca să văd priveliștea de pe o terasă amenajată în spatele clădirii. Era atât de diferită de locul un pic părăginit în care locuia ea. Era renovată recent și arăta a hotel: fiecare apartament, cu două dormitoare, era complet mochetat, avea un televizor mare, un fotoliu și o canapea, o bucătărie cu tot ce trebuie.

„Angel, locul ăsta e grozav“, am zis, iar ea a zis: „Da, e cu adevărat frumos. E mult mai frumos.“

Ne-am întors la locuința pe care avea s-o părăsească în scurtă vreme. Am ieșit amândoi din mașină și am îmbrățișat-o îndelung pe Angel. I-am urat noroc, iar ea mi-a mulțumit iarăși pentru că am venit s-o văd și mi-a spus ce mult înseamnă pentru ea vizita mea. I-am mulțumit pentru colivie. „Doamne, ce frig e“, a zis. M-am întors în mașină și am privit-o cum pășește lent din parcare până la intrarea în casă. Am pornit motorul. „La revedere, Angel“, am zis, iar ea s-a întors spre mine și mi-a făcut semn cu mâna. „Nu uita, ai promis“, mi-a strigat când plecam.

Părea un film cu final fericit, și așa rămâne în mintea mea – dar nici n-au trecut șase luni, și Angel și-a tăiat încheieturile și stomacul, a fost dusă înapoi la spital și a ajuns în îngrijire psihiatrică intensivă. Când m-am dus s-o văd la Norristown, avea brațele acoperite cu bășici pline de sânge, care arătau ca niște vulcani, pentru că-și turnase pe tăieturi cafea clocotită, ca să-și aline un puseu de anxietate. În vreme ce vorbeam, se legăna înainte și înapoi pe scaun. „Pur și simplu, nu vreau să trăiesc“, repeta. Am stat să scormonesc în minte vreo observație folositoare, oricare, din această carte. „N-o să fie mereu așa“, i-am spus, chiar dacă bănuiesc că, pentru ea, va fi așa o mare parte din timp. Curajul și lumina din ochi nu sunt suficiente când ai a face cu depresia.

O femeie schizofrenică ținea să intervină în discuția noastră, protestând că omorâse o buburuză, nu o călugăriță, și că rudele ei au siluit-o, fiindcă au înțeles greșit și au crezut că a fost vorba de o călugăriță adevărată. Voia ca noi să scoatem adevărul la lumină. Un bărbat cu picioare ciudat de mari îmi tot șușotea la ureche teorii ale conspirației. „Duceți-vă-n *olo*“, a strigat, în cele din urmă, Angel la ei. Apoi, s-a cuprins strâns cu brațele, care arătau îngrozitor. „Nu pot suporta asta“, a spus furioasă, și nefericită, și vrednică de plâns. „N-o să scap niciodată de-aici. Nu vreau decât să-mi bușesc capul de perete până crapă și iese de-acolo totul, știi?“

Înainte să plec, unul dintre îngrijitori mi-a spus: „Sunteți optimist?“, și am dat din cap în semn că nu. „Nici eu“, a zis. „Am fost o vreme, pentru că

nu se poartă nebunește, ca majoritatea lor. M-am înșelat. E destul de bine ancorată în realitate acum, și e tot foarte bolnavă.“

Angel mi-a spus: „M-au scos o dată din starea cea mai rea, așa că bănuiesc c-o vor face din nou.“

N-au trecut nici șase luni, și furtuna trecuse, și era liberă din nou, înapoi, în apartamentul cel frumos. Era plină de voie bună. În cele din urmă, a găsit de lucru – să împacheteze produse de băcănie – și era tare mândră. La restaurantul chinezesc, păreau bucuroși să ne vadă. Am evitat cuvinte ca „mereu“ și „niciodată“ cât am stat la taclale.

De ce, mă tot întrebă lumea, de ce scrii o carte despre depresie? Le pare de neînțeles să mă implic în acest subiect neplăcut, și trebuie să spun că, pe când mă apucam de cercetare, mi s-a părut adesea că am făcut o alegere nechibzuită. Am dat o serie de răspunsuri care mi se păreau că sunt la înălțimea situației. Am zis că m-am gândit că am de spus niște lucruri care n-au fost rostite. Am spus că scrisul e un act de responsabilitate socială, că vreau să-i ajut pe oameni să fie sensibili în fața depresiei și să afle cum pot să-i ajute cel mai bine pe cei care suferă de ea. Am recunoscut că mi s-a oferit un avans generos pentru carte și că am socotit că subiectul poate să stimuleze imaginația publicului și că voiam să fiu celebru și iubit. De-abia însă după ce scrisesem cam trei sferturi din carte scopul mi s-a dezvăluit deplin.

Nu prevăzusem vulnerabilitatea acută, copleșitoare a oamenilor depresivi. Nici nu mi-am dat seama în ce feluri complicate interacționează această vulnerabilitate cu personalitatea. Pe când lucram la carte, o prietenă apropiată s-a logodit cu un bărbat care-și folosea depresia ca scuză pentru lipsa de auto-control emoțional care-l făcea turbulent. Era respingător și rece pe plan sexual; îi cerea ei să-i asigure hrana și banii și să-i gestioneze viața personală, pentru că lui îi era prea greu să-și asume responsabilitatea; stătea fără să facă nimic ore întregi, în vreme ce ea îl încuraja cu tandrețe – dar el nu putea să-și amintească nici un amănunt din viața ei ori să vorbească cu ea despre ea. Multă vreme, am îndemnat-o să rabde toate astea, crezând că o să treacă odată cu boala, dar nu mi-am dat seama că nici un tratament de pe pământ nu l-ar putea transforma pe el într-o persoană de caracter. Mai târziu, altă

prietenă mi-a povestit că a fost atacată fizic de soțul ei, care a izbit-o cu capul de podea. Se purtase ciudat de câteva săptămâni – reacționa paranoic la apeluri telefonice obișnuite și se purta urât cu câinii lor. După atacul lui fizic sălbatic, ea a chemat, îngrozită, poliția; el a fost internat într-un spital de boli mintale. E adevărat că avea un soi de tulburare schizo-afectivă, dar tot e vinovat. Boala psihică dezvăluie adesea latura urâtă a cuiva. Nu face din acea persoană una cu totul nouă. Uneori, latura urâtă e vrednică de milă, indigență și rapace, trăsături regretabile, dar care impresionează; alteori, latura urâtă e brutală și crudă. Boala aduce la lumină realitățile dureroase pe care cei mai mulți dintre oameni le învăluie în beznă. Depresia accentuează caracterul. Până la urmă, cred că pe oamenii buni îi face mai buni; pe cei răi îi face mai răi. Poate să ne anihileze simțul proporțiilor și să ne dea fantezii paranoide și un fals sentiment de neajutorare; e însă și o fereastră către adevăr.

Logodnicul primei prietene și soțul celei de-a doua ocupă un loc minor în această carte. În cadrul cercetării pe care am făcut-o și în afara ei, am întâlnit mulți oameni depresivi care mi-au stârnit sentimente negative, sau nici un sentiment – și, în general, am hotărât să nu scriu despre ei. Am ales să scriu despre oamenii pe care-i admir. Cele mai multe dintre persoanele care apar în această carte sunt puternice, sau inteligente, sau dificile, sau se disting în alt fel. Nu cred că există ceea ce se numește „om obișnuit“ sau că, prin relatarea unei realități prototipice, putem transmite un adevăr universal. Căutarea ființei omenești nonindividuale, generice e cusurul cărților de psihologie populare. Văzând felurimea flexibilității, a forței și a imaginației, putem aprecia nu numai oroarea depresiei, ci și complexitatea vitalității omenești. Am stat de vorbă cu un bărbat mai vârstnic, cu depresie majoră, care mi-a spus că „oamenii depresivi n-au povești; nu avem nimic de spus“. Fiecare dintre noi are o poveste, iar adevărații supraviețuitori au povești fascinante. În viața reală, starea de spirit trebuie să-și afle locul în mijlocul harababurii de prăjitoare de pâine, și bombe atomice, și lanuri de grâu. Existența acestei cărți este cea a unui mediu mai protejat pentru poveștile unor oameni remarcabili și ale succeselor lor, povești care cred că-i pot ajuta pe alții așa cum m-au ajutat pe mine.



Unii oameni suferă de o depresie ușoară, care-i reduce la neputință; alții au depresie majoră, și totuși reușesc să realizeze ceva în viață. „Unii oameni pot să funcționeze în orice condiții“, spune David McDowell, care face cercetări la Universitatea Columbia, în domeniul abuzului de substanțe toxice. „Asta nu înseamnă că-i doare mai puțin.“ Măsurătorile absolute sunt dificile. „Din păcate“, remarcă Deborah Christie, psiholog pediatric la University College London, „sinucidometru, sau durerometru, sau tristometru nu există. Nu putem măsura în termeni obiectivi cât de bolnav este cineva sau ce simptome are. Nu putem decât să ascultăm ceea ce spun oamenii și să acceptăm faptul că așa se simt ei.“ Există o interacțiune între boală și personalitate; unii oameni pot să tolereze simptome care pe alții i-ar distruge; alții nu pot accepta aproape nimic. Unii par să cedeze în fața depresiei lor; alții par să se lupte cu ea. Dat fiind că depresia e foarte demotivantă, e nevoie de impulsul de supraviețuitor ca să mergem mai departe prin ea și să nu capitulăm. Simțul umorului este cel mai bun indicator că o să ne revenim; e adesea cel mai bun indicator că oamenii ne vor iubi. Dacă ni-l păstrăm, avem speranță.

Poate fi, desigur, greu să ne păstrăm simțul umorului de-a lungul unei experiențe sufletești deloc amuzante. Dar este necesar s-o facem. Cel mai important lucru pe care trebuie să-l avem în minte în timpul unei depresii este acesta: timpul n-o să-l căpătăm înapoi. El nu e însăilat la sfârșitul vieții noastre, ca să compenseze anii dezastrului. Oricât timp ar înghiți depresia, el dispare pe vecie. Minutele care trec cât trăim boala sunt minute pe care nu le vom mai avea niciodată. Oricât de rău ne-ar fi, trebuie să facem tot ce ne stă în puteri ca să trăim mai departe, chiar dacă tot ce putem face pe moment e să respirăm. Trebuie să așteptăm să treacă și să umplem cât mai bine timpul de așteptare. Acesta e sfatul meu important pentru oamenii depresivi. Rămâneți conectați la timpul dumneavoastră; nu vă doriți să vă treacă viața. Până și minutele în care simțiți că o să explodați sunt minute din viața voastră, și n-o să le mai trăiți niciodată.

Credem în chimia depresiei cu un fanatism năucitor. Încercând să separăm depresia de persoana depresivă, ne năpustim cu capul înainte în străvechea dispută pe tema limitei dintre esențial și inventat. Încercând să

detașăm depresia de persoană și tratamentul de persoană, reducem persoana la nimic. „Viața omului“, scrie Thomas Nagel în *The Possibility of Altruism*, „nu înseamnă, în primul rând, acceptarea pasivă a stimulilor, plăcuți sau neplăcuți, satisfăcători sau nesatisfăcători; înseamnă, într-o proporție semnificativă, activități și căutări. Omul trebuie să-și trăiască viața; nimeni altcineva nu e în măsură s-o trăiască în locul lui, și nici el nu este în măsură s-o trăiască pe a altora.“<sup>717</sup>

Ce e firesc ori autentic? Am face mai bine să căutăm piatra filozofală ori izvorul tinereții fără bătrânețe decât să stăm să urmărim adevărata chimie a afectelor, a moralității, a durerii, a credinței și a virtuții.

Aceasta nu e o problemă nouă. În una dintre ultimele piese ale lui Shakespeare, *Poveste de iarnă*, Perdita și Polixenes discută într-o grădină despre hotarele dintre real și artificial – autentic și creat. Perdita pune sub semnul întrebării altoirea plantelor drept „măiestrie / Lucrând cu firea, marea creatoare“. Polixenes răspunde:

*Ei i? Nu poți să sîm ilu r re firii  
 e t -un mijlo pl smuit de e  
 C nd rt i se- d ug , e- o rt  
 înse i firii Vezi [...]  
 E rt re s him ursul firii,  
 r e tot fire este <sup>718</sup>*

Mă bucur grozav că am înțeles modalitățile prin care să impunem naturii propria creativitate: că ne-am gândit să ne gătim hrana și să combinăm ingrediente de pe cinci continente pe o singură farfurie, că am obținut rasele moderne de câini și de cai; că am extras metalul din minereul său; că am încrucișat fructe sălbatice ca să creăm piersicile și merele pe care le cunoaștem astăzi. Mă bucur și că ne-am gândit cum să facem încălzire centrală și țevi pentru aducerea apei în case, cum să construim clădiri uriașe, nave, avioane. Sunt fascinat de mijloacele de comunicare rapidă; mă bazez stingheritor de

mult pe telefon, fax și poșta electronică. Mă bucur că am inventat tehnologii ca să ne ferim dinții de degradare, ca să ne păzim corpul de unele boli, pentru ca o parte atât de mare a populației noastre să se poată bucura de bătrânețe. Nu neg că această creativitate a avut și consecințe negative, până la – și inclusiv – poluare și încălzirea globală; suprapopulare; război și arme de distrugere în masă. În schimb însă, creativitatea ne-a dus înainte și, întrucât ne-am adaptat la fiecare nouă descoperire, ele au ajuns să pară de-a dreptul banale. Am uitat că trandafirii cu multe petale, care ne plac atât de mult, au fost cândva o provocare umilitoare la adresa naturii, care nu produsese o astfel de floare în pădurile lumii înainte să intervină horticultorii. Ce a fost – natura, ori creativitatea? – când castorul a construit primul baraj, ori când maimuțele cu degete opozabile au curățat de coajă bananele? Oare faptul că Dumnezeu a creat struguri care fermentează și dau o băutură alcoolică face ca beția să fie o stare oarecum naturală? Nu mai suntem noi înșine când suntem în stare de ebrietate? Când ne e foame ori mâncăm prea mult? Și atunci, cine suntem?

Dacă altoirea e paradigma asaltării naturii în veacul al XVII-lea, antidepresivele și manipularea genetică – devenită din ce în ce mai posibilă – sunt paradigma asaltării naturii în secolul al XX-lea. Aceleași principii formulate acum patru sute de ani se aplică tehnologiilor noastre mai noi, ce par să revizuiască, în același fel, ordinea firească a lucrurilor. Dacă omenirea este a naturii, atunci tot ale ei sunt și invențiile noastre. Oricare ar fi forța vitală inițială care a făcut primele amibe, a făcut și un creier omenesc ce ar putea fi afectat de produse chimice, și a făcut ființe omenești care ar putea finalmente să înțeleagă ce substanțe chimice să sintetizeze și cu ce efect. Când corectăm natura, sau o schimbăm, o facem cu tehnici aflate la dispoziția noastră grație asociației noastre speciale de idei inspirate din lumea naturală. Cine este adevăratul eu? Adevăratul eu este o persoană care trăiește într-o lume în care sunt posibile tot felul de manipulări, și care a acceptat unele dintre aceste manipulări. Iată cine sunt eu. Eu cel suferind nu este un eu personal mai mult sau mai puțin autentic; eu cel care fac terapie nu este un eu personal mai mult sau mai puțin autentic.

A fi bun înseamnă o strădanie permanentă. Poate că logodnicul prietenei mele n-a avut de ales și a trebuit să se poarte ca un ticălos; poate că avea turpitudinea programată în creier. Poate că soțul celeilalte prietene s-a născut nemilos. Nu cred că e chiar așa de simplu. Cred că noi toți avem de la natură un lucru numit voință; resping ideea de predestinare chimică și resping ambiguitatea morală pe care o creează. Există un consens ce include cine suntem, și felul în care ne străduim să fim buni, și felul în care se alege praful, și felul în care ne adunăm iarăși la loc. În care intră luarea de medicamente și suportarea electroșocurilor și îndrăgostirea și credința în divinități și în științe. Angel Starkey, cu un optimism neclintit, s-a dus să prezinte în public viața de la Norristown. Cu o infinită tandrețe frustrată, a petrecut nenumărate ceasuri, încercând s-o învețe pe vecina ei de cameră să curețe de coajă un castravete. Și-a făcut timp să-și scrie gândurile pentru mine, ca să poată ajuta la această carte. Face lună casa mamei sale. Depresia îi afectează funcționarea, dar nu și caracterul.

Am vrea să demarcăm limpede conturul eului personal. De fapt, nici un eu personal esențial nu stă, ca un filon de aur, sub haosul trăirii și al proceselor chimice. Organismul omenesc este o succesiune de euri personale care cedează unul celuilalt sau se alege între ele. Suntem, fiecare, suma anumitor alegeri și împrejurări; eul personal există în spațiul strâmt în care se întâlnesc lumea și opțiunile noastre. Mă gândesc la tata sau la prietenii care au venit să stea cu mine când am avut cea de-a treia depresie. Ar fi oare cu puțință să te duci la cabinetul unui doctor, să faci tratament și să apari gata de o asemenea generozitate și iubire? Generozitatea și iubirea necesită o mare cheltuială de energie, efort și voință. Ne închipuim oare că, într-o bună zi, aceste calități vor fi disponibile gratuit, că ni se va injecta caracter care să ne schimbe pe fiecare dintre noi, fără efort, într-o mulțime de Gandhi și Maici Teresa? Au oare oamenii remarcabili dreptul la propria glorie? Sau și gloria e doar o alcătuire chimică?

Citesc plin de nădejde articolele științifice de prin ziare. Antidepresivele vor lăsa locul altor poțiuni magice. Nu mai este de neconceput să întocmim harta proceselor chimice cerebrale și să putem oferi cuiva un tratament care

să-l facă să se îndrăgostească până peste cap de cineva hotărât dinainte, în condiții stabilite. Nu mai e așa de mult până o să putem alege între a face o cură conversațională pentru o căsnicie care merge prost și a ne îmborsăși dragostea prin intervenția unui farmacist. Cum ar fi dacă am izbuti să scoatem la lumină tainele îmbătrânirii și tainele tuturor eșecurilor noastre și am da naștere unei rase de zei în loc de oameni, de ființe care trăiesc veșnic, lipsite de răutate, de mânie și invidie, care acționează cu râvnă morală și care practică un devotament plin de dăruire față de idealul păcii universale? Poate că toate acestea se vor întâmpla, dar experiența îmi spune că toată medicina din lume nu poate oferi mai mult decât o cale prin care să ne reinventăm pe noi înșine. Medicina nu ne va reinventa. Nu vom putea scăpa niciodată de opțiunea însăși. Eul nostru personal rezidă în actul de a opta, în fiecare opțiune, de fiecare zi. Sunt cel care aleg să-mi iau medicamentele de două ori pe zi. Sunt cel care optez să vorbesc cu tata. Sunt cel care optez să-mi sun fratele, și cel care optez să am un câine, și cel care optez să mă ridic (sau nu) din pat când s-a oprit sunetul ceasului deșteptător, și cel care este, de asemenea, uneori nemilos, uneori egocentrist și adesea iertător. Există procese chimice în spatele scrierii acestei cărți, și poate că, dacă aș putea să stăpânesc aceste procese, le-aș utiliza la scrierea altei cărți, dar și aceasta ar fi o opțiune. Mie mi se pare că a gândi este o dovadă mai puțin convingătoare a faptului că există decât este actul de a opta. Nu în procesele noastre chimice, și nici în mediul înconjurător nu rezidă natura noastră omenească, ci în voința noastră de a lucra cu tehnologiile de care dispunem mulțumită epocii în care trăim, mulțumită caracterului nostru, mediului nostru înconjurător și vârstei.

Îmi doresc uneori să-mi pot vedea creierul. Mi-ar plăcea să știu ce semne au fost gravate în el. Mi-l închipui cenușiu, umed, complicat. Mi-l imaginez plasat în cap, și uneori mi-l simt ca fiind eu, care trăiesc viața asta, iar acest lucru ciudat vârat în capul meu uneori funcționează, iar alteori nu. E cât se poate de bizar. Asta-s eu. Asta-i creierul meu. Asta-i durerea care există în creierul meu. Uită-te aici și o să poți vedea locul unde durerea a zgâriat chestia asta, locurile care sunt cu probleme și tumefiate, locurile incandescente.

Oamenii depresivi au, fără îndoială, o viziune mai corectă a lumii din jurul lor decât cei nedepresivi. Cei care-și dau seama că lumea nu-i prea place sunt probabil mai aproape de țintă decât cei care cred că se bucură de iubirea tuturor. Persoana depresivă s-ar putea să judece mai bine decât una sănătoasă. Cercetările au arătat că persoanele depresive și nedepresive răspund la fel de bine la întrebările abstracte. Când sunt întrebată însă despre cât de stăpâne sunt pe câte un eveniment, în mod invariabil persoanele nedepresive cred că au mai mult control decât au cu adevărat, iar cele depresive oferă o estimare corectă. Într-un studiu făcut pe baza unui joc video, persoanele depresive care au jucat timp de o jumătate de oră știau câți monstruleți omorâseră; cele nedepresive au apreciat că omorâseră de patru până la șase ori mai mulți decât o făcuseră în realitate. Freud a observat că melancolicul are „ochi mai buni pentru adevăr decât cei care nu sunt melancolici“.<sup>719</sup> Cunoașterea pe deplin exactă a lumii și a eului personal n-a fost o prioritate a evoluției; nu e în slujba conservării speciei. O viziune prea optimistă are ca rezultat asumarea de riscuri prostești, însă optimismul moderat este un puternic avantaj selectiv. „La om, gândirea și percepția normale“, a scris Shelley E. Taylor în recenta ei lucrare *Positive Illusions*, „nu sunt marcate de acuratețe, ci de iluzii pline de autosuficiență despre eul personal, lume și viitor. În plus, aceste iluzii par să fie, de fapt, flexibile, sprijinind, nu subminând sănătatea mintală. [...] Oamenii cu depresie ușoară par să aibă o imagine despre sine, lume și viitor mai corectă decât în cazul celor normali, [...] e clar că duc lipsă de iluziile care, la oamenii normali, vin în sprijinul sănătății mintale și amortizează eșecurile.“<sup>720</sup>

Fapt este că existențialismul e la fel de adevărat ca depresivitatea. Viața e fără rost. Nu putem ști de ce suntem aici. Iubirea e totdeauna imperfectă. Singurătatea persoanei fizice nu poate fi niciodată pusă în discuție. Indiferent ce facem pe acest pământ, vom muri. Este un avantaj selectiv capacitatea de a accepta aceste realități, de a întoarce privirea către alte lucruri și de a merge mai departe – de a trudi, a căuta, a găsi și a nu ceda. Mă uit la filme cu membri ai grupului etnic tutsi din Rwanda și cu mulțimile flămânde din

Bangladesh: mulți dintre ei și-au pierdut întreaga familie și pe toți cei cunoscuți, n-au nici o perspectivă financiară, nu pot găsi de mâncare și suferă de boli care dau dureri. Sunt oameni pentru care aproape că nu există perspective de viață mai bună. Și totuși, trăiesc! Ei stau fie sub semnul unei fatale orbiri, care-i face să nu cedeze în lupta pentru existență, fie al unei viziuni care mă depășește. Depresivii au văzut lumea prea clar, și-au pierdut avantajul selectiv al orbirii.

Depresia majoră este un învățător mult prea aspru: nu trebuie să te duci în Sahara ca să te ferești de degerături. Cea mai mare parte din durerea psihologică din lume nu e necesară; iar unii oameni cu depresie majoră simt o durere care ar fi mai bine să fie ținută în frâu. Eu cred totuși că există un răspuns la întrebarea dacă dorim controlul total asupra stărilor noastre afective, un analgezic emoțional perfect, care să facă tristețea la fel de inutilă ca durerea de cap. A pune capăt motivului de nemulțumire ar însemna autorizarea comportamentului anormal: dacă n-am regreta niciodată consecințele acțiunilor noastre, ne-am distruge curând unul pe celălalt și lumea întregă. Depresia este un rateu al creierului, iar, când cortizolul scapă de sub control, trebuie readus la ordine. Să nu ne lăsăm însă duși de val. Renunțarea la contradicția esențială dintre ceea ce avem chef să facem și ceea ce facem, eliminarea stărilor sufletești sumbre, ce reflectă acel conflict și problemele lui – sunt totuna cu renunțarea la ceea ce înseamnă să fii om, la ceea ce e bun în ființa omenească. Există, probabil, oameni care nu dispun de destule motive de neliniște și tristețe ca să fie apărați de necazuri, și dau impresia că nu le merge bine. Sunt prea voioși, prea neînfricați, și nu sunt toleranți. La ce le-ar trebui unor astfel de suflete toleranța?

Oamenii care au trecut printr-o depresie și s-au stabilizat au adesea o sensibilitate mai mare la bucuria existenței de zi cu zi. Sunt apți pentru un fel de extaz gata să se declanșeze și pentru o vie prețuire a tot ceea ce e bun în viața lor. Dacă înainte erau oameni cumsecade, se prea poate să fi devenit remarcabil de generoși. La fel se poate spune și despre supraviețuitorii unor

alte boli, dar nici măcar cineva care a scăpat miraculos de cea mai rea formă de cancer nu are acea bucurie de dincolo de bucurie, cea de a fi în stare să simtă sau să împărtășească bucuria, care îmbogățește viața celor care au trecut printr-o depresie majoră. Ideea e dezvoltată în cartea *Produ tive nd Unprodu tive epression* a lui Emmy Gut, în care ea sugerează că deseori lungul interval de timp la care ne silește depresia și reflecția ce are loc în acest răstimp îi fac pe oameni să-și schimbe viața în direcții utile, mai cu seamă după pierderea cuiva iubit. [721](#)

Etalonul nostru, ca ființe umane, nu este realitatea. Ce înseamnă crearea unor medicamente și tehnici care să aline depresia și care ar putea, în cele din urmă, să influențeze chiar și tristețea? „Putem acum controla, în mare parte a timpului, durerea fizică“, observă specialistul în psihologia evoluției Randolph Nesse, „și cât de mult din durerea fizică pe care o simțim ne este cu adevărat de trebuință? Poate cinci procente? Avem nevoie de durerea care ne avertizează de o vătămare, dar avem oare nevoie cu adevărat de durerea persistentă? Întrebați pe cineva cu artrită reumatoidă cronică, sau colită, sau migrene! Bun, asta nu-i decât o analogie, dar cât de mult din durerea psihică pe care o simțim ne este cu adevărat de trebuință? Peste cinci procente? Ce-ar fi dacă ați putea lua o pilulă în dimineața succesivă zilei în care v-a murit mama și ați scăpa de suferința îngrozitoare și neproductivă a jelierii ei?“ Psihiatra franceză Julia Kristeva a găsit depresiei o funcție psihologică profundă. „Tristețea care ne copleșește, lentoarea care ne paralizează sunt, și ele, un mijloc de apărare – uneori, cel din urmă – împotriva nebuliei.“ [722](#) Poate că e mai ușor să spui pur și simplu că ne biziim pe tristețile noastre mai mult decât ne dăm seama.

Folosirea antidepresivelor ia amploare, deoarece oamenii încearcă să normalizeze ceea ce, mai nou, e clasat ca aberant, „făcându-i-se reclamă și tratându-se în mod simplist“, după cum arată Martha Manning, care a scris elocvent despre propria depresie foarte gravă. În 1998, s-au scris peste șazeci de milioane de rețete pentru inhibitori selectivi de recaptare a serotoninei – ca să nu mai vorbim despre un număr considerabil de antidepresive de alte



tipuri.<sup>723</sup> În prezent, inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei sunt prescrși pentru dorul de casă, tulburările de alimentație, sindromul premenstrual, animalele de companie care scurmă prea mult, durerile cronice de încheieturi și, mai mult ca orice, tristețe ușoară și suferință psihică obișnuită. Sunt prescrise nu numai de psihiatri, ci și de medicii generaliști, specialiști în obstetrică-ginecologie; unui cunoscut al meu podologul i-a prescris prozac. Când zborul TWA 800 s-a încheiat tragic, familiilor care așteptau vești despre cei dragi li s-au distribuit antidepresive cu aceeași ușurință cu care li s-ar fi dat niște perne sau păaturi suplimentare.<sup>724</sup> Nu sunt împotriva folosirii pe scară largă, dar cred că aceasta trebuie făcută în cunoștință de cauză, studiat, cu chibzuință.

S-a spus că fiecare dintre noi are virtuțile defectelor sale. Oare dacă se elimină defectele dispar și virtuțile? „De-abia suntem în zorii abundenței farmacologice“, spune Randolph Nesse. „Noile medicamente care se creează în prezent probabil că vor putea face ca blocarea emoțiilor nedorite să fie rapidă, ușoară, ieftină și fără riscuri. Ar trebui să ajungem la asta în generația viitoare. Și prezic că vom merge pe calea asta, deoarece, dacă oamenii pot găsi mijloace să se simtă mai bine, de obicei le folosesc. Îmi pot închipui că, în câteva decenii, lumea va fi o țară de basm farmacologică; îmi pot închipui, la fel de ușor, oamenii atât de nepăsători, încât să-și neglijeze responsabilitățile personale și sociale.“ Robert Klintzman, de la Universitatea Columbia, spune: „De la Copernic încoace, nu ne-am mai confruntat cu o transformare atât de spectaculoasă. În secolele viitoare, s-ar putea să existe societăți care să privească înapoi la noi ca la niște făpturi pe care emoțiile necontrolate le țineau în sclavie și le blocau.“ Dacă va fi așa, vom avea mult de pierdut; fără îndoială, vom avea și mult de câștigat.

După ce am fost depresivi, ne pierdem o parte din teama de criză. Am un milion de defecte, dar sunt mai bun decât înainte de a trece prin toate astea. A trebuit să fiu depresiv înainte să doresc să scriu această carte. Unii prieteni au încercat să mă convingă să nu intru în relații cu unele dintre persoanele despre care scriam. Mi-ar plăcea să spun că depresia m-a făcut altruist și că am

ajuns să-i iubesc pe cei săraci și călcați în picioare, dar lucrurile n-au stat chiar așa. După ce ai trecut prin așa ceva, nu poți să vezi cum se desfășoară viața altcuiva fără să fii îngrozit. Mi-e mai ușor, din multe puncte de vedere, să mă scufund în mâhnirea altora decât să văd acea mâhnire și să mă țin deoparte. Urăsc sentimentul că nu sunt în stare să creez contact cu ceilalți. Virtutea nu e neapărat propria răsplată, dar, când iubești pe cineva, există în tine o anumită pace care nu există când te distanțezi de cineva. Când văd suferința oamenilor depresivi, simt în mine un neastâmpăr. Cred că pot să ajut. A nu te amesteca e ca și cum ai vedea pe cineva că varsă vinul bun pe fața de masă. E mai ușor să întorci sticla cu gura în sus și să ștergi balta decât să ignori ceea ce se petrece.

Depresia, în faza ei cea mai rea, e cea mai îngrozitoare solitudine, și de la ea am învățat valoarea apropierii dintre oameni. Odată, pe când se lupta cu cancerul, mama mi-a spus: „Tot ce fac ceilalți pentru mine e minunat, dar tot e cumplit de greu să fiu singură în trupul ăsta care s-a întors împotriva mea.“ E cel puțin la fel de greu să fii singur într-o minte care s-a întors împotriva ta. Ce poți face când vezi pe cineva prins în capcana propriei minți? Nu poți scoate o persoană depresivă din suferința ei cu ajutorul iubirii (cu toate că uneori poți distrage atenția cuiva care e depresiv). Poți, din când în când, să i te alături cuiva în casa în care locuiește. Nu-i plăcut să stai fixat în întunericul minții altei persoane, cu toate că e aproape și mai rău să-i privești din afară declinul mintal. Poți să te frământă de departe sau poți să vii aproape, mai aproape, cel mai aproape. Uneori, modalitatea de a fi aproape e să taci, sau chiar să fii rezervat. Nu de tine depinde, din afară, să decizi; depinde de tine să discerni. Depresia e solitară mai presus de orice, dar poate da naștere opusului singurătății. Iubesc mai mult și sunt iubit mai mult din cauza depresiei mele, și pot spune același lucru despre mulți dintre cei pe care i-am întâlnit când pregăteam această carte. Foarte multă lume m-a întrebat ce să facă pentru prieteni și rude care suferă de depresie, iar răspunsul meu este, de fapt, simplu: să le reducă izolarea. Să facă asta la o cană de ceai, sau în discuții îndelungate, sau stând în tăcere într-o cameră alăturată, sau în orice fel se potrivește acelei situații – dar s-o facă. Și s-o facă din toată inima.

Maggie Robbins, care a luptat atât de mult cu boala maniaco-depresivă, spunea: „Eram tare nervoasă și nu făceam decât să tot îndrug verzi și uscate. Am început apoi să lucrez ca voluntar la un așezământ pentru bolnavi de SIDA. După-amiezile, se dădea ceai, iar eu trebuia să ajut la aducerea ceaiului, a prăjiturilor și sucurilor pentru pacienți și să stau de vorbă cu ei, căci mulți nu aveau pe nimeni care să vină la ei, și se simțeau singuri. Îmi amintesc că, într-una dintre primele zile, am stat cu câțiva dintre ei și am încercat să deschid o discuție, întrebându-i ce au făcut pe 4 iulie. Mi-au spus, dar nu-și dădeau deloc interesul să continuăm conversația. Mi-am zis că nu-i un lucru prea simpatic ori de folos pentru ei. Și apoi, mi-am dat seama: oamenii ăștia n-au chef de taclale. De fapt, după primele răspunsuri, scurte, n-aveau să mai spună nimic. Dar de plecat, nu voiau să plec. Așa că, mi-am zis, sunt aici, cu ei, și o să fiu cu ei. O să fie pur și simplu o întâmplare că nu sunt o persoană cu SIDA, și nu arăt cu adevărat bolnav, și nu-s pe moarte, dar pot accepta că ei au SIDA și sunt așa. Așa că n-am făcut decât să stau cu ei în acea după-amiază, fără să vorbim. Dragostea pentru cei din jur înseamnă să fii acolo și să dai tuturor, pur și simplu, necondiționat, atenție. Dacă cineva își va alege chiar atunci să sufere, atunci asta va face. Asta e situația, și nu încerci, ca un dezechilibrat, să faci ceva în privința asta. Am învățat cum să fac.“

Supraviețuitorii continuă cu pastilele, așteptând. Unii fac terapie psihodinamică. Alora li se fac electroșocuri sau intervenții chirurgicale. Mergem mai departe. Nu putem alege dacă să fim – sau nu – depresivi și nu putem alege când sau cum să ne simțim mai bine, dar putem alege ce să facem cu depresia, mai ales când ieșim din ea. Unii ies pentru puțin timp și știu că o să se tot întoarcă. Când sunt însă afară, încearcă să-și folosească experiența acumulată privitoare la depresie, ca să-și facă viața mai bogată și mai frumoasă. Pentru alții, depresia nu-i altceva decât o suferință ce cuprinde totul; nu se aleg cu nimic din ea. Oamenii depresivi ar putea face bine să caute mijloace ca această experiență să-i poată duce, *post-f tum*, la abordarea

înțeleaptă a lucrurilor. În *niel erond*, George Eliot descrie momentul revenirii depresiei, acea senzație miraculoasă. Mirah fusese gata să se sinucidă și s-a lăsat salvată de Daniel. Ea spune: „Dar atunci, în ultima clipă – ieri, când îmi doream ca apa să mă cuprindă, și-mi ziceam că moartea e cea mai bună imagine a îndurării –, atunci bunătatea a venit la mine vie, și m-am simțit încrezătoare în viață.”<sup>725</sup> Bunătatea nu vine vie la cei a căror viață e în totalitate ca o mare liniștită.

Când am avut cea de-a treia cădere psihică, minicăderea, eram în ultimele etape ale scrierii acestei cărți. Întrucât în acea perioadă n-am putut ține nici o legătură, de nici un fel, am pus pe e-mail un răspuns automat, în care spuneam că, pe moment, nu pot fi contactat, și un mesaj asemănător pe robotul telefonic. Cunoștințele care avuseseră depresie au știut ce să înțeleagă din aceste mesaje. N-au pierdut nici o clipă. Am avut zeci de apeluri de la oameni care ofereau tot ce le stătea în puteri – și o făceau cu căldură. „Vin să stau cu tine de îndată ce mă suni“, mi-a scris Laura Anderson, care mi-a trimis o pădure de orhidee, „și stau oricât trebuie, până te faci bine. Dacă preferi, desigur, ești bine-venit aici; dacă vrei să te muți aici pentru un an, sunt la dispoziția ta. Sper că știi că o să fiu totdeauna la dispoziția ta.“ Claudia Weaver mi-a scris, punându-mi întrebări: „E mai bine pentru tine să te sune cineva zilnic? Sau mesajele sunt o povară prea mare? Dacă sunt o povară, nu trebuie să răspunzi la acesta, dar dacă ai nevoie de orice – nu trebuie decât să mă suni, la orice oră, din zi sau din noapte.“ Angel Starkey m-a sunat de multe ori de la telefonul public din spital, ca să vadă dacă sunt bine. „Nu știu ce ți-ar trebui“, spunea, „dar îmi fac griji pentru tine tot timpul. Te rog să ai grijă de tine. Vino să mă vezi dacă ți-e foarte rău, indiferent când. Mi-ar plăcea mult să te văd. Dacă ai nevoie de ceva, o să încerc să fac rost. Promite-mi că n-o să-ți faci rău.“ Frank Rusakoff mi-a trimis o scrisoare remarcabilă și mi-a amintit de calitatea prețioasă a speranței. „Îmi doresc să primesc vestea că ești bine și ai pornit în altă aventură“, scria, și a semnat „Prietenul tău, Frank“. Mă simțisem legat în multe feluri de toți acești oameni, dar efuziunile spontane m-au uluit. Tina Sonogo a spus că poate să-și ia concediu

medical dacă am nevoie de ea – ori că-mi cumpără un bilet și mă duce într-un loc în care să mă destind. „Mă pricep și să gătesc“, mi-a spus. Janet Benshoof a trecut pe la mine cu crizanteme și versuri optimiste din poeziile preferate, copiate cu scrisul ei citeț, și o geantă cu tot ce-i trebuia, ca să poată rămâne să doarmă pe canapea, să nu fiu singur. A fost o capacitate de reacție uimitoare.

Chiar în cea mai deznădăjduită întrebare a depresivului – „De ce?“ sau „De ce eu?“ – se află germenii examenului de conștiință, proces care, de obicei, e rodnic. Emily Dickinson vorbește de *th t White Susten- n e – esp ir* „acea Hrană Albă – Disperarea“, <sup>726</sup> iar depresia poate, într-adevăr, să justifice și să sprijine o existență. Viața nesupusă interogației nu e validă pentru cel depresiv. Aceasta este, poate, cea mai mare revelație pe care am avut-o: nu faptul că depresia e fascinantă, ci că oamenii care o au pot să devină fascinanți datorită ei. Sper că acest fapt elementar le va oferi hrană tuturor celor care suferă și le va însufla răbdare și iubire celor care sunt martorii acelei suferințe. Asemenea lui Angel, am misiunea de a le aduce tămăduire pentru respectul de sine celor care nu-l au. Sper că din povestirile din această carte vor învăța, poate, nu numai să spere, ci să se și iubească un pic pe ei înșiși.

Anumite feluri de adversitate au o mare valoare. Nici unul dintre noi n-ar alege să învețe în acest fel: necazul e neplăcut. Doresc cu înfocare o viață ușoară și aș face – cum am și făcut – compromisuri considerabile în căutarea ei. Dar am descoperit că există lucruri de făcut cu acel dat pe care mi l-a sortit viața, că există valori ce pot fi găsite acolo, cel puțin când nu ești în faza cea mai acută.

John Milton<sup>727</sup> vorbea în *reop giti* despre neputința de a aprecia binele dacă nu cunoști răul. „Prin urmare, acea virtute care-i doar un novice în contemplarea răului, și nu cunoaște gradul ultim al celor făgăduite de viciu adepților săi, și-l respinge, nu-i decât o virtute deșartă, nu una imaculată; puritatea ei e puritatea murdăriei.“ În felul acesta, maxima cunoaștere a tristeții devine temelia deplinei aprecieri a bucuriei; ea sporește astfel însăși acea bucurie. După treizeci de ani, un Milton mai înțelept a fost cel care a

scris, în *P r disul pierdut*, despre înțelepciunea pe care au căpătat-o Adam și Eva după izgonire, când au cunoscut întregul spectru al umanității:

[...] *sin e our eyes*  
*Opened we find indeed, nd find we know*  
*oth good nd evil, good lost nd evil got,*  
*d fruit of knowledge*

Există cunoaștere care, oricât de multe ne-ar învăța, ar fi mai bine să n-o căpătăm. Depresia nu doar ne învață foarte multe despre bucurie, ci anulează bucuria. E fructul stricat al cunoașterii, cunoaștere pe care aș fi preferat să n-o fi căpătat nicicând. Și totuși, după ce am ajuns la cunoaștere, putem încerca să ne mântuim. Adam și Eva au găsit:

*Strength dded from ove, new hope to spring*  
*Out of desp ir, joy*

Și, înarmați cu această nouă bucurie omenească, de altă natură, au pornit să-și trăiască scurtele și minunatele vieți:

*They looking k, ll th'E stern side eheld*  
*Of P r dise, so l te thir h ppie se t,*  
 [...]
   
*Some n tur l te rs they dropp'd, ut wip'd them soon;*  
*The World w s ll efore them, where to hoose*  
*Thir pl e of rest, nd Providen e thir guide:*  
*They h nd in h nd with w ndrimg steps nd slow,*  
*Through Eden took thir solit ry w y*

Așa se-ntinde lumea în fața noastră, și cu exact asemenea pași urmăm o cale solitară, supraviețuitori, cum trebuie să fim, ai unei cunoașteri împovărătoare, neprețuite. Mergem înainte cu bărbăție și cu prea multă experiență de viață, dar hotărâți să aflăm ceea ce e frumos. Dostoievski e cel care a spus:

„Și totuși, frumusețea va mântui lumea.“<sup>728</sup> Acea clipă de întoarcere de pe tărâmul credinței triste este mereu miraculoasă și poate fi uluitor de frumoasă. Aproape că merită călătoria prin deznădejde. Nici unul dintre noi n-ar fi ales, din traista cu însușiri a Raiului, depresia, dar, după ce ni s-a dat, aceia dintre noi care am supraviețuit trebuie să găsim în ea ceva. Așa suntem noi.

Heidegger credea că angoasa este obârșia gândirii;<sup>729</sup> Schelling considera că este esența libertății omului.<sup>730</sup> Julia Kristeva se înclină în fața ei: „Datorez depresiei mele o luciditate critică, metafizică. [...] Eleganța în tristețe sau doliu e pecetea umanității, care, cu siguranță, nu e triumfătoare, ci ingenioasă, gata de luptă și creativă.“<sup>731</sup>

Îmi iau des temperatura mintală. Mi-am schimbat obiceiurile legate de somn. Renunț mai ușor la lucruri. Sunt mai îngăduitor cu ceilalți. Sunt mai hotărât să nu irosesc clipele fericite pe care le pot întâlni. Cu eul meu personal s-a petrecut un lucru mai delicat, mai fin; nu acceptă acel gen de atacuri pe care-l accepta înainte, și puține sunt ferestrele către adâncul lui, dar există și coridoare fine, și delicate, și translucide ca un embrion. Să-mi pară acum rău pentru depresia mea ar fi ca și cum mi-ar părea rău de partea mea absolut esențială. Prea iute și prea des mă simt ofensat, și cu prea mare ușurință le impun altora vulnerabilitățile mele, dar cred că sunt, de asemenea, mai generos cu alții decât eram înainte.

„În casă se face harababură“, mi-a spus o femeie care s-a luptat o vreme cu depresia, „și nu pot să citesc. Când o să revină? Când o să mă prindă iar? Doar copiii mă mai țin în viață. Sunt stabilizată în acest moment, dar nu te părăsește niciodată. Nu poți s-o uiți, indiferent cât de fericit ești la un moment dat.“

„M-am împăcat cu gândul că o să iau medicamente tot restul vieții“, spune Martha Manning, brusc animată într-o conversație. „Și sunt recunoscătoare. Sunt recunoscătoare pentru asta. Uneori, mă uit la pastilele alea și mă minunez, ele sunt tot ce stă între mine și chin? Când eram mică, îmi amintesc asta, n-am fost nefericită, dar nu mă puteam împiedica să gândesc, va trebui să-mi trăiesc toată viața, poate că optzeci de ani, de ceva sau de altceva. Îmi părea așa o povară. Am vrut de curând să mai fac un copil, dar, după două avorturi, mi-am dat seama că nu pot suporta stresul. Mi-am restrâns viața socială. Nu poți învinge depresia. Înveți să te descurci cu ea și faci compromisuri cu ea. Încerci să rămâi la renunțări. Trebuie neapărat să ai atâta hotărâre, să-ți cheltuești atât de mult timp, ca să nu cedezi. Când ajungi atât de aproape să-ți iei viața – dacă o capeți înapoi ai face mai bine să profiți de ea, nu?“

Străduindu-ne să profităm de ea, ne agățăm de ideea depresiei productive, ceva vital. „De-ar fi s-o mai fac, n-aș mai face-o așa“, a spus Frank Rusakoff la câteva luni după ce a fost tratat prin intervenția pe creier. Mi-am petrecut după-amiaza împreună cu el, cu părinții săi și cu psihiatrul său, și discutau despre trista realitate: că cingulotomia care i se făcuse nu dădea încă roade și s-ar fi putut să fie nevoie de a doua operație. Totuși, în felul său blând și curajos, el plănuia să fie iar pe picioare în șase luni. „Cred însă că am crescut mult și am câștigat mult datorită acestui lucru. Sunt mult mai aproape de părinții mei, de fratele meu, de prieteni. Am această experiență foarte bună cu doctorul meu.“ Seninătatea dobândită cu trudă suna mișcător de sincer. „Există cu adevărat laturi bune ale depresiei; atâta doar că e greu să le vezi când ești în ea.“ Mai târziu, după ce intervenția chirurgicală a dat rezultate, a scris: „Am spus că aș face-o altfel dacă ar mai trebui s-o fac. Și presupun că aș fi făcut-o. Dar acum, când simt că a trecut ce a fost mai rău, sunt recunoscător pentru faptul că am fost acolo unde am fost. Cred cu adevărat că mi-a priit să fiu în spital de treizeci de ori și să mi se facă operație pe creier. Am întâlnit, în acest răstimp, o mulțime de oameni buni.“

„Mi-am pierdut o mare parte din inocență când am înțeles că eu și mintea mea n-o să ne înțelegem bine tot restul vieții“, spune Kay Jamison,



ridicând din umeri. „Nu-ți pot spune cât de obosită sunt de experiențele care formează caracterul. Dar prețuiesc această parte a mea; cine mă iubește, mă iubește cu tot cu asta.“

„Soția mea, cu care sunt însurat doar de câțiva ani, nu m-a văzut niciodată deprimat“, spune Robert Boorstin. „Nu m-a văzut. Și i-am povestit cum e, și i-am lăsat pe alții să-i spună cum e. Am făcut tot ce am putut ca s-o pregătesc, deoarece, fără îndoială, o să am iar depresie. Cândva, în următorii patruzeci de ani, iar o să mă târăsc prin cameră. Și asta mă sperie rău. Dacă mi-ar spune cineva: «O să-ți înlătur boala psihică dacă-ți tai piciorul și mi-l dai în schimb» – nu știu ce-aș face. Și totuși, înainte să fiu bolnav, am fost cât se poate de intolerant, incredibil de arogant, fără nici o înțelegere pentru debilitate. Sunt un om mai bun ca urmare a faptului că am trecut prin toate astea.“

„Cea mai importantă temă din lucrările mele e mântuirea“, spune Bill Stein. „Încă nu știu ce rol joc eu pe lume. Mă atrag poveștile cu sfinți și martiri. Nu cred că aș putea suporta lucrurile prin care au trecut ei. Nu sunt gata să deschid un azil în India, dar depresia m-a pus pe calea cea bună. Mă întâlnesc cu oameni și știu că ei nu au nivelul meu de experiență. Faptul că am trecut printr-o boală atât de dezastruoasă mi-a schimbat pentru totdeauna peisajul interior. Am fost mereu atras de credință și bunătate, dar, fără căderea psihică, mi-ar fi lipsit determinarea, scopul moral.“

„Am traversat Iadul ca să gădesc Raiul“, spune Tina Sonogo. „Răsplata mea e foarte simplă. Acum, sunt în stare să înțeleg lucruri pe care nu le înțelegeam nicicum înainte; iar lucrurile pe care nu le înțeleg acum le voi înțelege cu timpul, dacă au importanță. Depresia e cea care m-a făcut cine sunt astăzi. Ceea ce câștigăm e atât de pacific, dar atât de strident.“

„Nevoile noastre sunt cele mai mari bunuri pe care le avem“, spune Maggie Robbins. Dacă prin intermediul nevoilor noastre ajungem să-i cunoaștem pe ceilalți, să ne deschidem către ceilalți, atunci nevoia de atenție poate naște apropiere între oameni. „Sunt în stare să fiu pur și simplu acolo, cu oamenii, din cauza nimicurilor de care am avut nevoie de la oameni. Presupun că am învățat să dau toate lucrurile de care am eu nevoie.“

„Starea de spirit – e alt hotar, asemeni adâncurilor oceanului sau adâncurilor spațiului cosmic“, spune Claudia Weaver. „Faptul că ai fost într-o stare de deprimare atât de marcată îți dă curaj; cred că fac față pierderilor grele mai bine decât cei mai mulți oameni pentru că am atâta experiență legată de stările pe care le atrag după sine. Depresia nu-i un obstacol în drumul meu; e un soi de parte a mea, pe care o port pe acest drum, și cred că probabil o să mă ajute în diferite momente. În ce fel? Asta n-o știu. Și totuși, cred în depresia mea, în puterea ei salvatoare. Sunt o femeie foarte puternică, și astea e, în parte, datorită depresiei.“

Iar Laura Anderson a scris: „Depresia mi-a dat bunătatea și puterea de a ierta, acolo unde alți oameni nu știu destule ca s-o arate – sunt atrasă de oameni care, printr-o mișcare greșită, ori o ironie inoportună, ori o părere evident absurdă, ar putea să nu le facă altora plăcere. Aseară, am avut o dispută cu cineva pe tema pedepsei cu moartea și am încercat să explic, fără să mă refer prea mult la mine, că putem să înțelegem acțiunile înspăimântătoare – să înțelegem fatalele legături dintre starea sufletească și îndeletnicire, și relații, și tot restul. N-aș vrea ca vreodată depresia să fie o scuză publică sau politică, dar cred că, odată ce ai trecut prin ea, dobândești o înțelegere mai amplă și mai nemijlocită față de lipsa temporară a judecății, care-i face pe oameni să se poarte atât de urât – poate că înveți chiar și să tolerezi răul în lume.“

În ziua fericită în care o să uităm de depresie, o să pierdem foarte mult odată cu ea. Dacă pământul s-ar putea hrăni pe sine și ne-ar putea hrăni și pe noi fără ploaie, și dacă am pune stăpânire pe vreme și am declara că trebuie să fie mereu soare, oare n-am duce dorul zilelor cenușii și al furtunilor de vară? Așa cum soarele, când apare în rarele zile de vară englezească, după zece luni de cer mohorât, arată mai strălucitor și mai limpede decât poate arăta vreodată la tropice, tot așa și fericirea proaspătă pare imensă și învăluitoare și depășește tot ce mi-am închipuit vreodată. Lucru destul de ciudat – mi-e dragă depresia. Nu mi-e drag s-o trăiesc, dar mi-e dragă ea însăși. Mi-e drag de cel care sunt după ce ea a trecut. Schopenhauer a spus: „Omul este [mulțumit] în funcție de cât e de anost și insensibil“, [732](#)

Tennessee Williams, când i s-a cerut să definească fericirea, a răspuns: „Indiferența”.<sup>733</sup> Nu sunt de acord cu ei. De vreme ce am fost în Gulag și am supraviețuit, știu că, dacă ar fi să mă duc iar în Gulag, pot să supraviețuiesc și acestui lucru; sunt mai încrezător, într-un fel ciudat, decât mi-aș fi închipuit vreodată că aș putea să fiu. Aproape că (dar nu cu totul) aceasta face ca depresia să pară că merită s-o ai. Nu cred că voi mai încerca vreodată să mă omor; și nici nu cred că aș renunța cu ușurință la viață dacă aș fi în război, ori dacă avionul în care sunt s-ar prăbuși într-un deșert. M-aș lupta pentru viață cu dinții și cu ghearele. E ca și cum viața mea și cu mine – după ce ne-am înfruntat, urându-ne, vrând să scăpăm unul de celălalt – ne-am legat acum pe vecie, și ne ținem strâns unul de altul.

Opusul depresiei nu e fericirea, ci vitalitatea, iar viața mea, acum, când scriu asta, este – chiar și când e tristă – plină de puterea de a trăi. Poate că iar o să mă trezesc din somn cândva, anul viitor, fără mintea mea; probabil că n-o să stea prin preajmă tot timpul. Totuși, între timp, am descoperit ceea ce ar trebui să numesc suflet, o parte din mine însumi pe care nu mi-aș fi închipuit-o până într-o zi, acum șapte ani, când Iadul mi-a făcut o vizită neașteptată. E o descoperire prețioasă. Aproape în fiecare zi simt scurte izbucniri de disperare și, de fiecare dată, mă întreb dacă nu cumva derapez din nou. Preț de o clipă care mă paralizează, din când în când, într-o străfulgerare, îmi doresc să mă calce o mașină și trebuie să-mi încleștez dinții ca să rămân pe trotuar până se aprinde culoarea verde a semaforului; sau îmi închipui cât de ușor mi-aș putea tăia încheieturile; ori simt cu lăcomie în gură gustul țevii de metal a pistolului; sau îmi închipui că mă culc și nu mă mai trezesc. Urăsc aceste stări de spirit, dar știu că ele m-au făcut să privesc viața mai profund, să găsesc motive de a trăi și să mă agăț de ele. Nu reușesc să mă fac să regret cu desăvârșire calea pe care a pornit viața mea. În fiecare zi, aleg – uneori cu greu, iar alteori împotriva rațiunii acelu moment – să fiu viu. Nu e asta oare o bucurie<sup>734</sup> fără seamăn?

## Note

**715.** Angel s-a mutat de la Norristown, care era o instituție de îngrijire pe termen lung, sau spital de boli nervoase, la Pottstown Community Residential Rehab (CRR), apoi în locuința de pe South Keim Street, definită prin programul intensiv de construcții de locuințe sau amenajări de locuințe în sprijinul buneii desfășurări a vieții pentru persoanele cu nevoi speciale, destinată celor care au trecut prin programul CRR.

**716.** Oprah Gail Winfrey (născută la 29 ianuarie 1954) este mare proprietară de media (cea mai bogată afro-americană a secolului XX), actriță și cea mai mare filantroapă de culoare din istoria Statelor Unite ale Americii, cunoscută mai cu seamă datorită multipremiatului său talk-show Oprah Winfrey Show, difuzat la nivel național între 1986 și 2011. Supranumită „Regina multimedia“, e socotită drept una dintre cele mai influente femei din lume. A primit, în 2013, din partea președintelui Barack Obama, Medalia Prezidențială a Libertății (Presidential Medal of Freedom) și un doctorat onorific al Universității Harvard (n.ed.).

**717.** Thomas Nagel, *The Possibility of Altruism*, pp. 126 și 128–129.

**718.** Poveste de iarnă, actul 4, scena 4, versurile 86–96 (cf. trad. rom. de Ion Vinea, în William Shakespeare, Teatru, Editura Univers, București, 1971, p. 670 – n.tr.).

**719.** S. Freud, *Mourning and Melancholia* („Doliu și melancolie“), în *A General Selection from the Works of Sigmund Freud*, John Rickman (coord.), p. 128.

**720.** Shelley E. Taylor, *Positive Illusions*, pp. 7 și 213.

**721.** Emmy Gut, *Productive and Unproductive Depression*, capitolul 3.

**722.** Julia Kristeva, *Black Sun*, p. 42.

**723.** Aceste cifre despre prescrierea de inhibitori selectivi de recaptare a serotoninei au fost luate din Joseph Glenmullen, *Prozac Backlash*, p. 15.

**724.** Informațiile despre zborul TWA 800 mi-au fost date de un prieten care și-a pierdut o rudă în acel accident din iulie 1996.

**725.** Daniel Deronda, p. 251.

**726.** Cuvintele lui Emily Dickinson despre disperare sunt din poemul 640, la p. 318 a ediției îngrijite de Thomas H. Johnson, *The Complete Poems of Emily Dickinson*. Primul vers este *I cannot live with You*, „Nu pot trăi cu Tine“.

**727.** Citatul din Areopagitica este din *Paradise lost*, p. 384. Primul citat din *Paradise lost* este de la p. 226 (cartea IX, versurile 1070–1073), al doilea este de la p. 263 (cartea XI, versurile 137–140), iar al treilea este de la p. 226 (cartea XII, versurile 441–449) (cf. trad. rom. de Aurel Covaci, în John Milton, *Paradisul pierdut*, Editura Minerva, București, 1972. Cartea a IX-a, p. 331: „Da, ochii ni-s deschiși într-adevăr; / Acum cunoaștem binele și răul: / Pierdut întâiul – dobândit al doilea!“; cartea a XI-a, p. 391: „Puterea / adăugită cu puteri de sus; / simțeau acum țâșnind nădejde nouă“; cartea a XII-a, pp. 453–454: „Priviră ei în urmă – și văzură / Cum toată partea dinspre răsărit a Paradisului, odinioară / Lăcașul lor cel fericit – se-arată / [...] Firesc, vărsară lacrimi atunci, / Dar iute le și șterseră; acum / Le sta în față Lumea – să-și aleagă / Un loc pentru odihnă-n ea, având / Drept călăuză însăși Providența. / Și mână-n mână ei, cu pași înceți, / Nesiguri pași, trecură prin Eden, / Pe calea lor sihastră apucând“).

[728](#). The Idiot, p. 363 (cf. trad. rom. de Nicolae Gane, în F.M. Dostoievski, *Idiotul*, vol. al II-lea, Editura Adevărul Holding, București, 2009, p. 78.).

[729](#). Găsiți mai multe lucruri despre Heidegger și relația dintre angoasă și gândire în monumentală sa capodoperă, *Ființă și timp*.

[730](#). Cuvintele lui Friedrich Wilhelm Joseph von Schelling sunt din eseul *Über das Wesen der menschlichen Freiheit*, „Despre esența libertății omenești“, din *Sämtliche Werke*, vol. 7. p. 399. Îi mulțumesc lui Andrew Bowie pentru ajutorul dat la interpretarea acestui pasaj. Informații suplimentare găsiți în Andrew Bowie, *Schelling and Modern European Philosophy*.

[731](#). Julia Kristeva, *Black Sun*, pp. 4 și 22.

[732](#). Citatul din Schopenhauer este din eseul său *On the Sufferings of the World*, din *Essays and Aphorisms*, p. 45.

[733](#). Remarca dezinvoltă a lui Tennessee Williams este din *Five O’Clock Angel: Letters of Tennessee Williams to Maria St. Just, 1948–1982*, p. 154. Îi mulțumesc veșnic studioasei Emma Lukic pentru că mi-a găsit acest citat.

[734](#). The Oxford English Dictionary definește joy „bucuria“ drept a vivid emotion of pleasure arising from a sense of well-being or satisfaction; the feeling or state of being highly pleased or delighted; exultation of spirit; gladness, delight „o emoție plăcută, intensă, care se naște dintr-o senzație de bine sau de satisfacție; sentimentul sau starea de a fi foarte mulțumit sau încântat; bucurie spirituală; fericire, încântare“, vol. 5, p. 612

## *Mulțumiri*

La sfârșitul lunii decembrie 1999, o prietenă a constatat că sunt într-o dispoziție foarte bună și m-a întrebat cu ce mă ocup. I-am răspuns entuziasmat că tocmai stabilisem pentru ajunul Anului Nou o întâlnire la o clinică psihiatrică din zona rurală a Poloniei și, de asemenea, că dădusem peste niște însemnări despre sinucidere pe care crezusem că le-am pierdut. A clătinat îngrijorată din cap și mi-a spus că nebunia asta trebuie să înceteze. Constat cu mare ușurare că am terminat cartea. Nebunia a conținut.

Se împlinesc doisprezece ani de când agentul meu, Andrew Wylie, îmi este alături. M-a preluat înainte ca eu să fi publicat vreo carte și mi-a călăuzit toate strădaniile de maturitate. A fost un partizan neobosit al meu și al lucrării de față; prețuiesc prietenia și discernământul lui. Îi sunt, de asemenea, recunoscător Lizei Walworth, de la Wylie Agency, care a făcut ca toate acestea să aibă un început atât de plăcut, precum și lui Jeff Posternak, care a înlesnit cu amabilitate toate măsurile pregătitoare ulterioare. Nan Graham, eminenta mea editoare din SUA, a fost mereu generoasă și înțeleaptă și a lucrat în deplin acord cu mine; a fost acel gen de persoană plină de entuziasm pe care am sperat totdeauna s-o găsesc. Brant Rumble, competentul ei asistent, a păstrat vie ideea ordinii în înfruntarea cu haosul. Alison Samuel, editoarea mea din Marea Britanie, a fost o cititoare excepțională și o adeptă fidelă. Îi sunt recunoscător lui Pat Eiseman, pentru conducerea excelentă și energică a echipei americane de publicitate, Giuliei Melucci, lui Beth Wareham și celorlalți care

s-au ocupat de promovarea acestei cărți, precum și lui Patrick Hargadon, pentru publicitatea din Marea Britanie. Îi mulțumesc, de asemenea, lui Christopher Hayes, pentru coordonarea componentei de pe internet a activității de relații publice legate de *The Noonday Demon*. Mai vreau să-i mulțumesc avocatului meu, Chuck Googe, pentru migăloasa atenție acordată contractelor mele.

Părți din această carte au apărut, înainte de apariție, în *The New Yorker*, *The New York Times Magazine* și *Food and Wine*. Îi datorez mulțumiri Tinei Brown, pentru publicarea articolului *On the Edge of Depression* în *The New Yorker*, în 1998. Cea mai mare recunoștință în ce privește cea revistă i-o datorez redactorului meu, Henry Finder. Nimeni altcineva pe lumea asta nu are nobilul său tact, erudiția, prudența și devotamentul lui. Niciodată nu m-aș fi apucat de un subiect atât de greu dacă n-aș fi fost sigur de generoasa lui răbdare. O parte mai mică din această carte a apărut în *The New York Times Magazine*. Jack Rosenthal mi-a oferit un inestimabil suport la *Times*, iar Adam Moss mi-a sprijinit munca îndelungată pe subiectele depresiei, sărăciei și politicii, fiindu-mi de folos în discernerea adevărului din spatele anecdotelor stufoase. Diane Cardwell m-a ajutat în punerea la punct a acestui material. Dana Cowin, în numele revistei *Food and Wine*, m-a trimis în momente-cheie la cel mai plăcut dintre numeroasele tratamente pe care le-am încercat, și-i mulțumesc pentru acest privilegiu. Stephen Rossoff a avut amabilitatea să mă invite să-mi continuu cercetarea la Universitatea din Michigan, pentru *The University of Michigan Alumni Magazine*. Primele părți ale acestei cărți le-am scris în vreme ce am stat la Villa dei Pini a Fundației Bogliasco din Liguria, în februarie 1998. Apreciez profund sprijinul generos al fundației.

Pentru concursul lor la cercetarea pe care am făcut-o în Cambodgia, le mulțumesc lui Laurie Beckelman, Fred Frumberg, Bernard Krishna și John Stubbs. Pentru ajutorul acordat activității mele din Groenlanda, le mulțumesc în special lui René Birger Christiansen și Lisbet Lyager, precum și lui Flemming Nicolaisen, Johanne Olson și locuitorilor din Illiminaq. Sunt, de asemenea, recunoscător pentru sprijinul primit de la Erik Sprunk-Janssen și

Hanne Skoldager-Ravn, fără care n-aș fi putut să demarez proiectul din Groenlanda. Pentru colaborarea lor la activitatea mea din Senegal, le mulțumesc lui David Hecht și Hélène Saivet, ale căror eforturi pentru mine au depășit cu mult limitele îndatoririi sau prieteniei. Le sunt recunoscător Annei Applebaum și lui Radek Sikorski, pentru pregătirile făcute în Polonia. Îmi sunt îndatorat lui Enrico Marone-Cinzano, pentru că m-a ajutat mult la cercetarea din capitolul 6.

Atât prietenii, cât și specialiștii din domeniu și-au rezervat timp să comenteze primele versiuni ale acestei cărți. Pentru munca extraordinară de pregătire pentru tipar, vreau să le mulțumesc celor mai atente cititoare: dr. Katherine Keenum și dr. Claudia Swan. Atenția lor excepțională a fost deopotrivă stimulantă și neprețuită, iar perspicacitatea și dragostea lor mi-au permis să ajung la o oarecare claritate atât în gândire, cât și în exprimarea acelor gânduri. Le sunt recunoscător, de asemenea, tuturor celor care au citit și au comentat ultimele versiuni ale manuscrisului: dr. Dorothy Arnsten, Sarah Billinghamurst, Mary Bisbee-Beek, Christian Caryl, Dana Cowin, Jennie Dunham, dr. Richard A. Friedman, dr. Richard C. Friedman, dr. Rhonda K. Garelick, dr. David Grand, John G. Hart, dr. Steven Hyman, Eve Kahn, Fran Kiernan, Betsy Joly de Lotbinière, Sue Macartney-Snape, dr. David McDowell, Alexandra Munroe, dr. Randolph M. Nesse, dr. Julie S. Peters, Margaret Robbins, dr. Peter Sillem, Amanda Smithson, David Solomon, Howard Solomon, Bob Weil, Edward Winstead și Helen Whitney.

Doresc să le mulțumesc lui Philippe de Montebello, Emily Rafferty și Harold Holzer, pentru remarcabilul sprijin acordat acestui proiect și pentru marea lor generozitate de a-mi oferi acces deplin la Metropolitan Museum of Art.

Le sunt îndatorat lui Eugene Cory, Carol Czarnecki și Brave New Words, pentru transcrierea a peste zece mii de pagini de interviuri înregistrate pe casete. Apreciez sprijinul lui Fred Courtwright în vederea obținerii acordului pentru materialele citate în această carte. Emma Lukic a căutat neobosit referințe, și-i apreciez ajutorul dat la cercetare.



Le sunt recunoscător numeroșilor specialiști care mi-au împărtășit ideile când am început să lucrez la acest proiect. Dr. Frederick Eberstadt a petrecut mult timp cu mine și m-a ajutat să cunosc mulți oameni. Dr. Steven Hyman, de la Institutul Național pentru Sănătate Mintală (NIMH), a făcut ca el însuși și personalul de acolo să fie întru totul de disponibili pentru mine. Dr. Kay Redfield Jamison m-a sfătuit în privința primelor cercetări și a avut amabilitatea să mă invite, în 1996, la conferința sa despre suicid. Dr. David McDowell a fost la fel de generos și m-a îndrumat prin tainele lui American Psychiatric Association – un ajutor inestimabil. Sally Mink, de la Depression & Related Affective Disorders Association, care ține de Johns Hopkins Hospital, a fost de o nesecată generozitate cu bogata ei corespondență și ideile personale. Dr. Randolph Nesse a fost cel care m-a introdus în domeniul psihologiei evoluționiste și, ca atare, a avut o influență profundă asupra proiectului meu. Dr. Anne Stanwix mi-a pus la dispoziție erudiția ei plină de limpezime și mi-a oferit multe dintre aforismele pe care le-am încorporat aici. Dr. Peter Whybrow mi-a semnalat, cu mare generozitate, multe dintre chestiunile generale de care mă ocup în această carte.

Este evident pentru oricine care citește acest text cât de mulți alți oameni mi-au acordat din timpul lor. N-am cum să-i înșir pe toți cei ale căror idei și concepții au fost încorporate în ale mele, dar doresc să le mulțumesc celor cu care m-am întâlnit personal, pentru interviuri lungi, care au fost înregistrate pe casete: dr. Dorothy Arnsten, dr. James Ballenger, dr. Richard Baron, Agata Bielik-Robson, dr. Poul Bisgaard, dr. George Brown, Deborah Bullwinkle, dr. René Birger Christiansen, dr. Deborah Christie, dr. Joyce Chung, dr. Mirosław Dabkowski, Hailey Dart, dr. Richard Davidson, dr. J. Raymond DePaulo, senatorul Pete Domenici, Vicki Edgson, Laurie Flynn, dr. Ellen Frank, dr. Richard C. Friedman, dr. Edward Gardener, dr. David Grand, dr. John Greden, dr. Anna Halberstadt, dr. Emily Hauenstein, dr. M. Jabkowski, dr. Mieczysław Janiszewski, Karen Johnson, dr. Paramjit T. Joshi, Marcy Kaptur, membră a Camerei Reprezentanților, dr. Herbert Kleber, dr. Donald Klein, Gladys Kreutzman, Marian Kyner, dr. Bob Levin, dr. Reinhard Lier, dr. Juan López, Sara Lyngge, dr. John Mann, dr. Melvin McGuinness, dr. Henry

McCurtiss, dr. Jeanne Miranda, dr. William Normand, Phaly Nuon, Kristen Peilman, John Porter, membru al Camerei Reprezentanților, dr. Robert Post, dr. William Potter, senatorul Harry Reid, dr. Norman Rosenthal, Marge Roukema, membră a Camerei Reprezentanților, dr. Arnold Sameroff, senatorul Chuck Schumer, dr. Sylvia Simpson, dr. Colin Stine, dr. Glen Treisman, dr. Elliot Valenstein, dr. James D. Watson, senatorul Paul Wellstone, dr. Myrna Weissman, Bob Wise, membru al Camerei Reprezentanților, și dr. Elizabeth Young.

Câtă vreme am lucrat la această carte, foarte mulți oameni și-au deschis inima în fața mea și mi-au spus povestea lor grea, m-am bucurat de încrederea lor și am ajuns să mă bucur de prietenia multora dintre ei. Nici o altă lucrare din viața mea n-a fost atât de tristă, dar nici una nu m-a convins atât de mult că e posibilă comunicarea și că lumea e un loc al strânsei prietenii. Mulțumiri cu adevărat extraordinare li se cuvin subiecților care mi-au îngăduit să le spun povestea în această carte: Laura Anderson, Janet Benshoof, Robert Boorstin, Brian D'Amato, Walt Devine, Sarah Gold, Ruth Ann Janesson, Amalia Joelson, Karen Johansen, Eve Kahn, Amelia Lange, Carlita Lewis, Betsy de Lotbinière, Martha Manning, Paul Bailey Mason, Theresa Morgan, Diéry Prudent, Lynn Rivers, Maggie Robbins, Joe Rogers, Joel P. Smith, Tina Sonego, Angel Starkey, Mark Weiss, precum și persoanele pe care le-am numit Sheila Hernandez, Frank Rusakoff, Bill Stein, Danquille Stetson, Lolly Washington, Claudia Weaver și Fred Wilson. Acești bărbați și femei, și mulți alții, mi-au relatat cu mărinimie poveștile lor dureroase; nu pot decât să nădăjduiesc că am oferit curajului lor o prezentare mulțumitoare.

Dat fiind că această carte este despre depresie, le mulțumesc, de asemenea, celor fără de care nu mi-aș fi revenit destul de mult ca să-mi scriu povestea. Le sunt recunoscător numeroșilor medici de la care am primit tratament pentru depresie. Mă simt foarte norocos că mintea mea a ajuns pe mâini atât de pricepute. Munca medicilor a fost completată de generozitatea prietenilor, pe care n-o să-i înșir aici, dar care știu ei înșiși că au creat modalități ca să supraviețuiesc. Formula mea antidepresie ar include, în capul listei, iubirea pe care mi-au arătat-o acești oameni; sunt sinceri și au inima bună, iar

sfaturile lor blânde, bunul-simț plin de înțelegere și controlul rațional definesc spațiul în care am putut să fiu, în deplină siguranță, bolnav psihic. Le mulțumesc lui Juan și Amandei Fernandez, a căror îngrijire și atenție iubitoare pe perioada scrisului mi-au dat libertatea să compun ceea ce doream.

Nu mai folosisem până la această carte un asistent de cercetare. Am fost nespus de norocos să-l găesc pe talentatul artist Stephen Bitterolf, care a stat sute de ore departe de pânzele sale și a lucrat la *The Noonday Demon* la fel de sânguincios ca mine. Oricare ar fi gradul de rigurozitate pe care l-am atins aici, acesta n-ar fi fost posibil fără rigurozitatea lui; iar multe dintre ideile mele au luat forma ideilor lui. Cartea de față n-ar putea să existe în această înfățișare fără contribuția lui. În plus, s-a dovedit a fi un om de caracter; umorul, afecțiunea și bunătatea lui au fost pentru mine o permanentă sursă de bucurie.

Tata avea șaiszeci și șapte de ani când am avut primul episod depresiv. Merită laude nu numai pentru iubirea și generozitatea lui, ci și pentru flexibilitatea minții și spiritului său, care i-a permis în mod consecvent să-mi înțeleagă și să-mi țină, în acești ultimi șase ani, maladia sub control. N-am cunoscut pe nimeni care să reunească atât de frumos vitalitatea imaginativă a tinereții și prețuita înțelepciune a bătrâneții. Mi-a fost totdeauna sprijin nesecat și marea mea inspirație. I-am dedicat din toată inima această carte.

