

Christophe André
PSIHOLOGIA FRICII

Temeri, angoase, și fobii

Introducere

Era o zi frumoasă.

M-am dus într-o crescătorie de păsări cu Sandrine. Ne-am apropiat de cuști și am observat păsările de la câțiva centimetri. Era prima dată în viața ei când se găsea atât de aproape de ele. Ea, care se teme atât de mult de ele...

Apoi am făcut cumpărături cu Jacques. Am rămas multă vreme în fața raioanelor, am stat de mai multe ori la coadă la case. N-a existat niciun incident, în ciuda temerilor lui: Jacques se teme foarte tare să nu fie trăsnit de o durere dacă stă mult timp în picioare.

Puțin mai târziu, am discutat cu Odile despre teama ei de a se sufoca dacă se trezește închisă într-un ascensor blocat sau în toaletă. Pe urmă am testat asta. Vă voi povesti unde și cum...

M-am trezit ulterior scoțind țipete puternice în metrou cu Sophie și Etienne. Pasagerii au avut un aer ușor amuzat, apoi s-au întors la lectura ziarelor lor. Sophie și Etienne și-au dat seama că teama lor de a fi ridicoli nu-i ucisese. Și că-i deranjase mai puțin decât prevăzuseră...

Ah, uitasem: cu Elodie, care se teme foarte tare de moarte, ne-am dus la cimitirul Montparnasse, am mers printre morminte, am citit numele defuncților, celebri sau anonimi, ne-am gândit la ei, le-am atins pietrele funerare. Am văzut viața îngemănându-se pașnic cu moartea. Asta i-a dat mult de gândit lui Elodie, care nu vedea cimitirele cu acești ochi...

În funcție de momente, am tremurat, am mers mai departe, ne-am retras, am discutat, am cugetat. Am zîmbit, adesea, și chiar am râs de-a binelea în două reprize. Cu Jacques, la magazin, am stat un sfert de oră absorbiți în contemplarea raionului cu periute de dinți. Cum să le explicăm paznicilor, veniți să vadă ce făceam, că realizam un exercițiu de stăpânire a fricii de dureri? Am râs și cu Sophie, când un pasager din metrou a venit s-o întrebe unde era camera ascunsă, convins că țipetele noastre erau filmate în secret pentru o emisiune umoristică.

Frici prețioase, care ne salvează uneori. Frici dureroase, care ne dau frisoane. Frici insidioase, care ne restrâng libertatea. Iată, sînt aproape douăzeci de ani de cînd îngrijesc persoane suferind de frici excesive, pe care le însoțesc în toate locurile de care se tem, încercînd să le ajut să lupte împotriva temerilor lor. Curajul și energia de care dau dovadă atunci pentru a-și înfrunta temerile arată că sînt la ani-lumină distanță de ceea ce unele persoane cred despre ele: fobicii ar fi slabi, resemnați, s-ar mulțumi cu situația lor.

Această carte le este destinată și dedicată. Ea propune sinteza cunoștințelor de care dispunem în prezent despre frici și fobii: de ce avem cu toții frici? Și de ce unii dintre noi sînt victimele acestor frici excesive și maladive care sînt fobiile? Este vina lor? Și, mai ales, ne putem vindeca pentru totdeauna de fricile proprii?

CAPITOLUL 1

Frici normale și frici patologice

Trebuie să-ți asculți fricile: ele sînt un sistem prețios de alarmă în fața pericolelor. Dar nu trebuie să te lași subjugat: uneori, acest sistem se dereglează. Ca un soi de alergie, teama se poate amplifica și deveni fobie.

Nu sîntem responsabili de aceste frici excesive, incontroabile, așa cum nu sîntem responsabili de faptul că sîntem alergici, diabetici sau astmatici.

Nu alegem să ne fie frică, și mai puțin să ne fie foarte frică. Dar putem alege, în schimb, să înțelegem mai bine frica. Pentru a ne pregăti să acționăm mai bine în fața ei...

Verii mei alpiniști se tem de muntele înalt. Nu o teamă gen panică, ci ceea ce ei numesc o „teamă sănătoasă”, o teamă respectuoasă: ei știu că vîrfurile și lacurile glaciare sînt locuri magnifice, dar periculoase. Absența fricii, din lipsă de experiență sau orgoliu, este cea care provoacă adesea accidente. Teamă lor este salutară.

Bertrand se teme de rechini. Poate data exact originea acestei frici: *Fălci!* De cînd a văzut acest film, atunci cînd înoată departe de țărm sau cînd se află în larg pe velier, se gîndește automat la rechinul care se apropie lent,

calculînd cu ce parte a corpului își va începe prînzul. Se forțează să rămînă în apă, însă nu înoată relaxat... Teama lui este de-a dreptul jenantă.

Una dintre prietenele mele se teme să zboare cu avionul. Teama ei este mult mai supărătoare: mai întîi pentru că se întîmplă mai des - și este mai necesar - să fii nevoit să ieși avionul decît să înoți în larg. Apoi pentru că teama ei este mai intensă și mai dificil de controlat. Ea evită pe cît posibil să zboare cu avionul. Și, dacă trebuie s-o facă, utilizează un amestec de alcool și tranchilizante ca să poată, după formula ei, „să zboare fără a înnebuni”. Pînă la destinație stă într-o semicomă, cu ochii închiși, totuși foarte crispată, tresărind la cea mai mică trosnitură din compartimentul pentru bagaje. Teama ei o face să sufere.

Am întîlnit într-o zi o pacientă care nu ieșise din casă de mai bine de 20 de ani: se temea să n-o apuce o durere fulgerătoare dacă se îndepărta prea mult de casă. Această *agorafobie*, numele savant al fricii ei, era un handicap foarte grav, care îi afectase profund viața.

Cu toții putem resimți teamă, în prezența unui pericol sau în fața amenințării apariției ei: teama este o emoție numită „fundamentală”, adică universală, inevitabilă și necesară. La fel ca toate speciile animale, ființa umană este programată de către natură și evoluție pentru a resimți teamă în prezența anumitor situații. Avem nevoie de ea, deoarece reprezintă un semnal de alarmă menit să ne faciliteze vigilența în fața pericolelor și să ne sporească șansele de supraviețuire.

Frica: un sistem de alarmă

Imaginați-vă alarma unui automobil sau a unei case. Ea nu trebuie în mod normal să se declanșeze decît în caz de efracție sau de incendiu, de exemplu. În acest moment, și doar în acest moment, trebuie să sune, suficient de tare pentru a fi auzită, dar nu prea tare, ca să nu semene panică printre vecini; suficient de mult timp ca să atragă atenția, să poată fi oprită apoi, pentru a permite rezolvarea cu calm a problemei.

Există și sisteme de alarmă naturale care acționează în organismul nostru. Reflexul de tuse, de exemplu. Dacă sînteți într-un mediu plin de fum sau poluat, vi se declanșează tușea: ea rezultă dintr-un spasm bronșic (bronhiile dumneavoastră se îngustează pentru a limita intrarea toxinelor) și din

contractiile ale laringelui pentru a respinge eventualii corpi străini. În această situație, tusea dumneavoastră este utilă, ea vă semnalează că există o problemă în aerul pe care-l respirați și vă protejează alveolele pulmonare. Însă o criză de astm declanșată de prezența câtorva miligrame de polen de floare reprezintă o reacție de alarmă inutilă: nu există un pericol legat de polen. Problema nu o constituie în acest caz mediul, ci sistemul de alarmă dereglat. Și dificultatea de a respira, tusea uscată epuizantă a astmaticului în criză sînt mai mult toxice decît utile.

Același lucru este valabil în cazul fricii.

Frica funcționează ca un semnal de alarmă a cărui funcție, la fel ca toate semnalele de alarmă, este de a ne atrage atenția asupra unui pericol, pentru a ne permite să-i facem față mai bine. Problema este că acest semnal de alarmă poate fi mai mult sau mai puțin bine reglat.

► *Ce este o frică normală?*

O frică normală este o alarmă eficient calibrată în activarea, precum și în reglarea ei. În activare, alarma de frică nu se declanșează decît cu bună știință, în fața unui adevărat pericol, și nu la posibilitatea sau la amintirea unui pericol. Ea ține seama de context: dacă sînteți la trei metri de un tigru în junglă, vă este frică; dacă este în cușcă, frica se diminuează. Intensitatea ei este proporțională cu pericolul și ne dictează cum să acționăm corespunzător. De exemplu, să ne dăm înapoi încet din fața unui șarpe gata să muște, și nu să o luăm la fugă. Desigur, pot exista erori și alarme false - atunci ne este frică „degeaba” -, deoarece natura crede că e mai bine să ne fie teamă degeaba decît să fie prea tîrziu. Însă aceste alerte false sînt ocazionale și controlabile.

În reglarea ei, teama normală se stinge repede și ușor, o dată ce pericolul a trecut și am conștientizat că nu era atît de amenințător. Este cazul fricilor legate de surpriză: zgomote violente, persoane ajunse pe neauzite în spatele nostru. Această reglare rapidă a fricii reflexe facilitează acțiunea de adaptare: o dată ce și-a jucat rolul de alarmă, frica trebuie să dispară, în caz contrar ea devine inutilă și periculoasă. Vom vedea că o frică nereglată este ceea ce se numește un „atac de panică”, ce anihilează capacitățile de adaptare a persoanei și o paralizează complet: este echivalentul unei crize de astm la un alergic. Frica normală poate fi modulată țintită spre un pericol

sau altul. Îi pot regla sensibilitatea în funcție de contextele și de nevoile mele: pe calculatorul meu mental, nu-mi activez programul de teamă când mă duc să-mi fac cumpărăturile în cartier, însă îl activez dacă trebuie să merg prin junglă sau printr-un cartier dubios noaptea. Pot exercita un control relativ asupra acestei „programări” a fricilor mele.

Un bun exemplu de teamă adaptată este senzația pe care o simțiți în timpul unei plimbări la munte dacă mergeți pe un drum foarte abrupt: o privire în golul care se deschide pe partea dumneavoastră arată că o cădere ar fi mortală, avînd în vedere înălțimea pantei și stîncile ascuțite de mai jos. Veți simți, așadar, *un pic* de teamă. Însă știți și că, mergînd încet și uitîndu-vă unde vă puneți picioarele, n-aveți motive să cădeți. Vă puteți controla frica, așadar, însă este util că ați simțit-o: teama dumneavoastră vă protejează. Ea vă face ca în timp ce mergeți să nu puteți privi somptuosul peisaj din jurul dumneavoastră: în această etapă periculoasă a plimbării, fie mergeți, fie priviți.

► *Cînd devine patologică o frică?*

O frică patologică se aseamănă unei alarme prost reglate, atît în activarea, cît și în reglarea ei.

Cînd activarea ei este anormală, frica se declanșează prea des pentru praguri de pericolozitate prea joase. Sînteți victima alertelor false frecvente, ca un animal hăituit, o gazelă la adăpat, care tresare și o ia la fugă la cel mai mic zgomot sau mișcare a frunzelor. Declanșarea fricii este prea puternică, fără flexibilitate, tot timpul sau pentru nimic: teama nu este modulată și se transformă foarte repede în panică. Rigiditatea asta în declanșarea fricii, această funcționare de tip stimul-răspuns, este epuizantă: „Sînt mereu ca un animal hăituit”, îmi spunea un pacient cu fobie socială în legătură cu fiecare dintre ieșirile lui în stradă sau în magazine, „mi-a fost întotdeauna teamă că o să mi se vorbească și că o să încep să mă înroșesc, să tremur sau să transpir în mod absurd, pentru o întrebare banală.”

Atunci cînd reglarea ei este anormală, alarma de frică nu este modulată. Ea poate degenera foarte repede în panică incontrollabilă. De aceea mulți pacienți fobici suferă de fenomenul numit „teama de frică”: „De îndată ce începe să-mi fie frică, mă tem să nu se transforme într-o panică generalizată, care mă va îngrozi și mă va împinge să fac cine știe ce, inversul a ceea ce ar

trebui făcut în realitate." Frica patologică are nevoie de mai mult timp pentru a scădea în intensitate și a se calma. În plus, are tendința de a se declanșa foarte ușor: este fenomenul de *recurență a fricii*. Cu cât mi-e teamă mai violent și mai des, cu atât teama va reveni mai puternic și mai ușor. Persoanele fobice pot suferi chiar de adevărate „autodeclanșări” ale fricii: de exemplu, cei care au fobia îmbujorării se pot înroși la față în mod absurd, chiar și la telefon când nimeni nu-i vede, chiar crezând, pur și simplu, că ar putea roși, chiar vorbind despre ploaie și vreme bună. Un alt exemplu sînt atacurile de panică spontane sau nocturne la persoanele agorafobe, aceste crize de angoasă care pot apărea chiar la distanță de situațiile angoasante...

Să revenim la exemplul precedent al unei drumeții pe munte, dar de data asta din punctul de vedere al unei persoane *acrofobe*, adică suferind de o fobie de înălțime, și nu de o simplă frică. În timpul trecerii pe drumul foarte abrupt, încă de la prima privire în gol, se simte paralizată de spaimă. Corpul persoanei nu mai este decît un catalog de senzații înspăimîntătoare și îngrijorătoare: inimă care o ia la galop, picioare care se înmoaie, tremurături, nod în gît, cap care se învîrte... Halucinații cu căderi înspăimîntătoare îi acaparează mintea: ea se vede căzînd în gol, corpul zdrobindu- i-se și deșirîndu-i-se pe stîncile ascuțite de jos. Imposibil să-și smulgă din minte aceste imagini. Tulburarea ei este atît de mare, încît începe să se îndoiască de propria persoană: într-un impuls sinucigaș, nu se va arunca ea în gol, pentru a sfîrși odată cu asta? Se lipește cu spatele de stîncă: imposibil să mai avanseze. Odată bine sprijinită de perete, închide ochii pentru a nu mai vedea aceste vîrfuri vertiginoase, aceste orizonturi înspăimîntătoare care parcă nu au limite. Nu va putea sfîrși drumeția decît pas cu pas, escortată de toți însoțitorii ei, compătitori sau agasați: unul în față, unul în spate și unul între ea și rîpă, pentru a o împiedica s-o vadă...

Aceste temeri patologice, aceste „frici rele” cum erau numite altădată, reprezintă terenul fobiei: însă unde se situează pragul între fricile patologice și patologia fricii?

De la fricile maladive la maladiile fricii: fobiile

Nuanța între frică normală și frică fobică nu este perceptibilă în limba noastră, însă era, de exemplu, în Grecia antică. Grecii foloseau două cuvinte pentru a-și desemna spaimele: *deos*, care însemna o teamă reflectată și

mentalizată, controlată; și *phobos*, care descria o teamă intensă și irațională, însoțită de o fugă.

► *Care este diferența între frică și fobie?*

Să ne imaginăm că vă este *teamă* de păianjeni. Detestați să coborâți în pivniță, însă perspectiva de a scoate de acolo o sticlă pentru a primi invitați vă va motiva în a depăși dezgustul față de arahnide. La fel cum nu veți tremura dinainte la ideea unui weekend la țară la niște prieteni, sub pretextul că se află acolo câțiva păianjeni în dulapuri. Și, de altfel, dacă veți întâlni unul, îl veți zdrobi fără milă. Dacă, din contra, aveți o teamă *fobică* de păianjeni, veți refuza sigur să urcați în podul casei ca să căutați poze vechi de familie, chiar sub amenințare. Ideea de a vă duce în vacanță într-o țară exotică, unde sînt păianjeni mari, vă va bîntui mai multe luni înainte. Și dacă vă găsiți față-n față cu un păianjen, teama dumneavoastră va fi atît de mare, încît riscați ca nici măcar să nu-l puteți zdrobi.

O fobie se caracterizează, așadar, printr-un anumit număr de simptome:

- o teamă foarte intensă, putînd degenera pînă la un atac de panică;
- această teamă este adesea incontrollabilă;
- antrenează evitări ale obiectelor sau ale situațiilor fobogene de fiecare dată cînd acest lucru este posibil;
- dacă trebuie să ne confruntăm cu obiectul fricii - uneori n-avem de ales suferința este extremă;

O teamă provoacă un handicap, legat de anticiparea anxioasă a situațiilor și de evitări. Fobiile nu pun viața în pericol, însă pot distruge calitatea vieții.

Există, desigur, forme intermediare între frici normale și frici fobice, frici nu tocmai normale, fără a fi încă fobii. Aceste temeri „intermediare” sînt foarte dependente de micile detalii ale mediului. De exemplu, pentru fricile sociale, precum teama de a vorbi în public, între cele două extreme există toate nuanțele: pe de o parte, persoane care n-au avut nici odată trac, și pe de alta, cele care, de-a dreptul fobice, nu pot deschide gura de față cu mai mult de două persoane. La majoritatea oamenilor, acest trac va depinde de mărimea publicului (zece sau o sută de persoane), de bunăvoința lui presupusă, de familiaritatea lui (cunoscuți sau necunoscuți), de nivelul lui (sînt ei mai mult sau mai puțin experți ca oratorul emotiv?) etc.

Să notăm și că gradul de handicap legat de fobii depinde în parte de mediul în care apar. Astfel, fobicul de șerpi care trăiește într-o societate occidentală suferă mai puțin ca în trecut, deoarece șerpii sînt, puțin cîte puțin, goniți din existența noastră cotidiană. Însă omologul lui claustrofob, care suferă de teama spațiilor închise, este mult mai dezavantajat de viața într-o societate în care este nevoie de deplasări multiple și repetate în mijloacele de transport în comun, unde spațiul este limitat, și în care azi se trăiește mai mult în interior.

În sfîrșit, apelativul de frică sau de fobie va depinde și de pericolul de care vă temeți: se vorbește rareori despre fobia de tigri sau de rechini, deoarece se consideră că fricile acestea, chiar foarte mari, sînt legitime. În realitate, asemenea fobii pot exista: teama ar fi atunci declanșată de o fotografie, o povestire, sau vederea acestor animale în cușcă sau în acvariu. În schimb, teama excesivă de pisici sau sardine va fi pusă în prim plan în familia fobiilor.

Diferența între frici normale și frici fobice

Frici normale	Frici fobice
Registrul emoției	Registrul bolii
Teamă de intensitate limitată, adesea controlabilă	Teamă care poate merge pînă la panică, adesea incontrollabilă
Asociate cu situații în mod obiectiv periculoase	Asociate cu situații uneori nepericuloase
Evitări moderate și handicap ușor	Evitări importante și handicap semnificativ
Frică de anxietate anticipativă: existența nu este organizată în jurul fricii	Anxietate anticipativă majoră: existența este organizată în jurul fricii
Confruntările repetate pot, puțin cîte puțin, scădea intensitatea fricii	Se întîmplă frecvent ca, în ciuda confruntărilor repetate, teama să nu scadă

► *Care este frecvența fricilor și fobiilor?*

Cifrele sînt foarte clare: fricile și fobiile sînt extrem de răspîndite. Fricile, după cum am menționat, afectează pe toată lumea. Fricile excesive, foarte frecvente la adulți, se întîlnesc la aproximativ un *adult din doi*. În sfîrșit, printre persoanele care spun că suferă de o teamă excesivă, se observă, în general, că un sfert pînă la jumătate dintre ele sînt, în realitate, fobice. Fobiile sînt, așadar, mai rare ca fricile, considerabil chiar, totuși ele reprezintă patologia psihologică cea mai frecventă, alături de maladiile depresive și de alcoolism (care, de altfel, le pot însoți). Cît despre ceea ce ne poate provoca teamă, obiectele „fobogene” sînt foarte variate, însă vom vedea că ele nu sînt întîmplătoare: în mare, ne este teamă de ceea ce natura ne-a *învățat* să ne fie cu ușurință teamă. Pentru că asta reprezintă, sau reprezenta în evoluția noastră, un pericol pentru specia noastră.

Frecvența fricilor numite „simple” în ansamblul populației pe un eșantion reprezentativ de 8.098 de persoane adulte¹ (aceste cifre se referă la riscul de apariție pe toată viața)

Natura fricii	Persoane suferind de această teamă excesivă în ansamblul populației	Persoane suferind de această teamă într-un stadiu fobie în ansamblul populației
Gol și înălțimi	20,4%	5,3%
Zbor cu avionul	13,2%	3,5%
A fi închis (claustrofobie)	11,9%	4,2%
A fi singur(ă)	7,3%	3,1%
Vijelii, tunet, furtuni	8,7%	2,9%
Animale	22,2%	5,7%
Sînge, răni, injecții	13,9%	4,5%
Apă	9,4%	3,4%
Toate la un loc	49,5%	11,3%

Frecvența celorlalte două mari categorii de frici^{2,3}

	Teamă excesivă	Teamă invalidantă	Fobie
Teama de Timiditate: 60% părerea și de Trac: 30% judecata altora		Anxietate socială invalidantă: 10%	Fobie socială: 2-4%
Teama de a avea o problemă și de a pierde controlul Atacuri de panică izolate: 30% pe toată viața		Tulburări de panică (atacuri de panică repetate): 2%	1/3-2/3 dintre motivi devin agorafobi

► *Fobiile: frici intense și rezistente*

Fobiile nu se caracterizează doar prin existența temerilor excesive, ele sînt adevărate maladii ale fricii, cu dinamica lor proprie. Odată apărute, ele au tendința de a fi cronice, și uneori chiar, pentru cele mai severe dintre ele, să se agraveze și să se extindă.

Copiii, care au numeroase frici „normale”, învață, puțin cîte puțin, teamă cu teamă, să le depășească: pur și simplu, viața îi vindecă de fricile lor, oferindu-le ocazii să se confrunte cu ele, să învețe să le stăpînească și să păstreze părțile bune, precum prudența, provenită din experiență. În egală măsură, la adult, fricile normale sînt sensibile la aceste forme de autovindecare, care trec prin confruntarea constantă și liber consimțită (nu ne putem vindeca prin constrîngere) cu ceea ce provoacă teamă.

Să luăm exemplul unei căderi cu bicicleta pe pietriș. Puteți păstra partea bună a incidentului: începeți să mergeți din nou cu bicicleta, însă acum știți că trebuie să încetiniți la virajul pe pietriș. Urma fricii este o informație utilă, o amintire prețioasă. Dar puteți păstra și partea rea: deveniți fobic în legătură cu deplasările pe bicicletă. Vă este teamă să vă urcați din nou pe bicicletă, deoarece amintirea căderii nu mai este stocată doar în memoria dumneavoastră sub forma unei informații neutre („știu că trebuie să merg încet pe pietriș”) sau fără prea mare intensitate emoțională („asta mă sperie puțin”), ci rămîne marcată printr-o puternică emoție de frică („nu mai pot urca pe bicicletă, asta mă panichează”).

Aceste procese de autovindecare a fricilor - învățarea lecției și înfruntarea din nou a situațiilor - sînt împiedicate, în fobie, de două categorii de atitudini:

- Evitățile și eschivările, care constau în neasumarea riscului unei confruntări. De exemplu: „Dacă m-aș fi apropiat de porumbelul ăsta, ar fi înnebunit și s-ar fi putut arunca asupra mea în fuga lui” sau: „Bine că n-am pus întrebări la sfîrșitul reuniunii, în caz contrar aș fi fost, cu siguranță, ridicol”. Evitățile ne ajută să nu resimțim frica prea violent, însă ele mențin intactă convingerea că pericolul exista cu adevărat și că ne-ar fi amenințat dacă ne-am fi confruntat cu el.

- Străduințele izolate, care constau în a ne constrînge, într-un impuls de nebunie sau de enervare, să ne înfruntăm temerile, însă care riscă mult să adauge frică la frică. Deoarece ele sînt însoțite de durere („a fost infernal, nu voi scăpa nici odată de asta”) și de convingerea retrospectivă că am avut, pur și simplu, noroc dacă s-a terminat cu bine („dar data viitoare...”).

► ***Fobia nu-i doar teamă și fugă, ci și eșecul emoțional al confruntărilor cu frica***

Cel mai adesea, persoanele fobice trebuie să fugă de ceea ce se tem, sub efectul fricii și al înțepăturii ei. Dar nu întotdeauna. Se știe faptul potrivit căruia comportamentele de evitare depind și de variabile de personalitate: există persoane fobice care evită și altele care se confruntă.

De exemplu, puteți avea fobie de avion și totuși să vă forțați să călătoriți cu el, pentru că așa ați decis sau pentru că sînteți obligat s-o faceți. Însă aceste confruntări riscă să fie epuizante și toxice: departe de a se calma, teama dumneavoastră va putea persista și chiar crește de la un zbor la altul.

Deoarece, în realitate, soluția nu este doar de a ne confrunta frica prin constrîngere. Soluția constă mai ales în reușita emoțională a acestor confruntări: dacă puțin cîte puțin mi-e din ce în ce mai puțin frică înseamnă că, de fapt, creierul meu emoțional a „înțeles” că nu există niciun pericol. Și nu mai rămîne decît să continui să-l desensibilizez de teama excesivă. Dacă, în schimb, cu cît mă forțez mai mult, cu atît mi-e mai teamă, asta înseamnă că, de fapt, creierul meu emoțional rămîne convins că pericolul încă există, chiar dacă inteligența și logica mea îmi repetă, și-mi tot repetă că nu există niciun pericol.

Vom vedea cum creierul emoțional nu se schimbă decît în acțiune: și deci cum evitarea și logica nu vor modifica deloc fricile. De asemenea, vom vedea și cum trebuie „domesticit” ca un animal, cu blîndețe și regularitate. Și nu să-l bruscăm.

Fricile foarte mari și fobiile: o formă de teamă alergică?

Le explic adesea pacienților mei că marile lor frici sînt ca niște alergii. Imunitatea este unul dintre numeroasele modalități naturale de protecție a organismului nostru: sistemul nostru imunitar ne permite să depistăm „pericolele biologice”, fie că sînt externe (microbi, virusuri), fie interne

(celule anormale), care ar putea reprezenta o amenințare pentru organismul nostru. Această imunitate poate fi înăscută, numită „de primă linie”: toate ființele umane dispun de ea încă de la naștere. Ea poate fi și deprinsă după un prim contact: este ceea ce se numește „imunitate învățată”.

Vom vedea că asta este valabil și pentru fricile noastre. Unele dintre ele sînt înăscute, proprii speciei noastre, și fiecare specie are fricile ei înăscute: pentru ființa umană sînt de exemplu șerpii, iar pentru șoareci, pisicile. Alte frici au fost învățate de noi prin experiențe de viață: ele apar dacă am fost mușcați de un câine sau după ce am scăpat de un înec...

Fricile noastre normale pot fi comparate cu un sistem imunitar de detectare a pericolelor. Și fricile noastre fobice, din păcate, seamănă cu niște alergii, cu ceea ce se cheamă „răspunsuri anafilactice¹”: aceste accese de frică sînt la fel de explozive și nepotrivite ca o criză de alergie sau de astm.

La fel cum există o „memorie imunologică” există și o memorie a fricii. Pentru imunitate, lucrurile se petrec astfel: la fiecare nouă expunere la antigen, răspunsul imunitar va fi mai rapid și mai intens. Pentru frica patologică, se observă că persoanele care suferă de o fobie își văd adesea reacțiile de frică agravîndu-se de la un contact la altul: „După o clipă, fricile mele deveneau din ce în ce mai copleșitoare: dacă la început mă îndoiam doar de șofatul pe autostradă atunci cînd eram singură, puțin cîte puțin am început să mă simt neliniștită la volan chiar pe trasee mici, chiar în oraș, chiar în cartierul meu. A trebuit să mă opresc din șofat. Și mă simțeam incapabilă să mă urc din nou la volan...” (Catherine, suferind de o fobie a șofatului).

Să continuăm comparația și să luăm exemplul unei boli cunoscute, astmul. Astmul constă într-un spasm al bronhiilor și se bazează în parte pe un teren alergic⁴. El poate cunoaște diferite stadii, diferite grade:

- astmul episodic, cu crize rare între care starea este normală;
- astmul sever acut (fosta „stare de rău astmatică”), în care apar crizele foarte intense și foarte prelungite, care pun uneori viața în pericol;
- astmul cronic, cu simptome permanente, în care intervine, de asemenea, în afară de crizele acute, o inflamare cronică a bronhiilor.

1 Anafilaxia este o reacție violentă a organismului, legată de sensibilitatea la o substanță dată (n.a.).

Vom vedea că fricile foarte mari și fobiile pot semăna cu acest tip de tablou.

Unele dintre ele, fobiile specifice, sau „simple”, precum teama de animale sau de înălțimi, nu se manifestă decât prin temeri intense, dar episodice. De fapt, gravitatea lor depinde mai ales de frecvența obiectului fobogen din mediu. Cum este mai puțin deranjant pentru un occidental să fie alergic la polenul de baobab decât la cel de păpădie, va fi mai ușor să trăiască în Occident cu o fobie de șerpi decât cu cea de avion sau de metrou.

Alte fobii se caracterizează prin apariția repetată a crizelor de frică foarte acute, numite „atacuri de panică”. Unele dintre aceste atacuri pot fi anticipate, se știe că o anumită situație le poate declanșa; însă altele pot fi la fel de imprevizibile în declanșarea lor - și violente în desfășurare - ca și crizele de astm. O precizare importantă: spre deosebire de starea de rău astmatic, în cursul unui atac de panică nu riscăm să murim, chiar dacă avem întotdeauna impresia unei morți iminente în timpul crizei.

În sfârșit, fobiile numite „complexe”, ca fobia socială sau agorafobia, se caracterizează prin alte simptome adăugate la crizele de frică ce le agravează evoluția, la fel cum inflamarea bronhiilor se adaugă crizelor de bronhospasm în astmul cronic. Simptomele astea pot fi o anxietate cronică, de exemplu la subiecții panicarzi care trăiesc cu groaza că vor avea noi crize; sau scăderea stimei de sine, ca în cazul fobicilor sociali, care se depreciază constant.

În sfârșit, mesajul pe care doresc să-l transmit pacienților mei, atunci când precizez această comparație, este că ei nu sînt responsabili de fobia lor așa cum nici astmaticul nu este responsabil de astmul lui. Nu alegem să fim fobici: suferim de această boală și ne-ar plăcea să scăpăm de ea. Contrar ideilor care circulă încă în lumea psihologiei sau în societate, fobicii nu se complac în această situație, nici nu se bucură că sînt fobiei.

Este la fel de dificil, la începutul bolii, să controlezi un atac de panică precum o criză de astm. Asta nu înseamnă însă că este imposibil. Nici că este imposibil să ne vindecăm. Pur și simplu, fobicii, la fel ca alergicii, se lovesc de o dimensiune biologică a maladiei lor pe care începem s-o înțelegem mai bine în prezent și de care orice tratament modern va trebui să țină cont.

Cum să-ți stăpânești fricile?

Dacă merg în pădure și zăresc în fața mea, chiar înainte să pun piciorul acolo, o formă semănând cu un șarpe, voi face un salt brusc într-o parte. Nu era decît o creangă inofensivă; însă dacă ar fi fost un șarpe, fără această eschivă m-ar fi mușcat. Teama mea m-a protejat, cu prețul unei alerte false. Și totuși, această alertă n-a fost disproporționată: n-am luat-o la fugă alergînd disperat. Este un progres în raport cu speciile animale mai puțin sofisticate - și cu foarte îndepărtații mei strămoși.

Știm la ora actuală că sediul reacțiilor noastre emoționale de frică se află în părțile cele mai vechi ale creierului nostru, creierul limbic sau „creierul emoțional⁵”. De aici, o relativă „rusticitate”: în faza incipientă a fricii e favorizată mai degrabă viteza de reacție în loc de precizia percepției. De aceea, la fel ca toate emoțiile, și teama este independentă de voința noastră, cel puțin în privința declanșării ei: nu putem împiedica apariția reacțiilor noastre de frică. Însă le putem regla. Datorită evoluției, am moștenit un creier mai complex decît simplul creier limbic. Acest creier îl acoperă pe precedentul: de aici și apelativul de *neocortex*, literal „scoarța nouă”, „învelișul nou”. Prin intermediul lui, sîntem capabili să decodăm și să ne reglăm emoțiile. Este una dintre explicațiile „reușitei” referitoare la ființa umană în raport cu celelalte specii. Comportamentul nostru nu se mai supune doar factorilor determinanți simpli, de tipul „stimul-răspuns”, care ar face ca, de îndată ce ne înspăimîntă ceva, să fugim sau să paralizăm în mod automat. Putem, în teorie, să ne reglăm reacțiile: de exemplu, să avem un prim reflex de frică și să ne îndepărtăm rapid, apoi să ne răzgîndim, să vedem că nu există vreun pericol, să ne întoarcem să analizăm ce s-a întîmplat și ce ne-a speriat.

Însă natura n-a făcut decît să depună deasupra „noul nostru creier” și a lăsat creierul arhaic emoțional la locul lui. Vom vedea ca a procedat astfel pentru „cazul în care” ar fi existat reveniri la moduri anterioare de viață.

Capacitățile care reglează frica sălășluiesc, așadar, în părțile cele mai recente ale creierului nostru: cortexul cerebral. Reacțiile noastre de frică sînt, în realitate, rezultanta schimburilor între aceste două creiere și decurg din sinteza dintre emoția fricii și reglarea ei. Să-ți fie frică este benefic

pentru supraviețuire. Să știi să-ți reglezi frica este benefic pentru calitatea și inteligența vieții.

Anticipare, simbolism, rememorare, imaginație: toate aceste însușiri pe care le-am moștenit în fazele cele mai recente ale evoluției noastre ne permit să ne îmbogățim și să ne adaptăm reacțiile de frică. Pentru că definiția cea mai exactă a fricii este reacția la *conștientizarea* unui pericol: pot să nu mă tem chiar dacă am trecut printr-un adevărat pericol. Sau poate să-mi fie frică în timp ce nu există pericol decât în mintea mea și nu în realitate.

Și iată întreaga noastră problemă: sporirea complexității noastre cerebrale, care ar trebui la început să ne amelioreze reglarea fricilor, implică și un risc sporit de funcționări deficitare. Imaginația mă poate învăța să-mi fie teamă de fantome, capacitatea mea de anticipare mă poate face să simt teama cu mult înainte ca asta să fie util, sau față de evenimente care nu vor avea nici odată loc. Este ceea ce explică faptul că teama se poate exprima prin numeroase mijloace.

Diferitele fețe ale fricii

La fel ca toate emoțiile fundamentale, teama generează numeroase emoții derivate: anxietate, angoasă, groază, panică... Teoreticienii consideră că fenomenele astea psihologice aparțin familiei fricii și că trebuie înțelese cu referire la ea.

Astfel, *anxietatea* este o teamă anticipată. Ea este trăirea asociată cu așteptarea, cu presentimentul sau cu apropierea Pericolului. *Angoasa* este o anxietate cu numeroase semne fizice. Amîndouă sînt frici „fără obiect”: pericolul nu există încă. Însă deja ne este teamă.

Panica, teroarea, groaza sînt frici marcate de o intensitate extremă. Însă, paradoxal, și ele pot apărea în lipsa oricărui pericol, pur și simplu, la evocarea sau anticiparea lui. Ele se caracterizează prin pierderea oricărei forme de control asupra fricii.

Pe scurt, sub termenul de „frică” se pot adăposti o mulțime de fenomene psihologice. Cu toate acestea, este nevoie să nuanțăm pînă la extrem? Nu cred, așa cum ilustrează acest mic dialog imaginar:

- Mi-e teamă de moarte!
- Nu, nu vă este teamă, sînteți anxios, fiindcă teama dumneavoastră este fără obiect: nu vă pregătiți să muriți pe loc, sînteți încă în viață.

- Da, de acord, nu mi-e frică, am angoase.
- Îmi pare rău, nu sînt angoase, ci anxietate, întrucît nu aveţi manifestări fizice clare asociate neliniştilor dumneavoastră.
- Tot ce ştiu e că mi-e frică...

Frica este astfel alfa şi omega tuturor neliniştilor noastre. Iată de ce voi utiliza cu plăcere în această lucrare cuvîntul „frică” pentru a descrie fenomene multiple: frici normale şi frici excesive, frici controlate şi frici de tipul panicii, frici anticipate şi frici retrospective, amintiri de frică şi cicatrici psihologice ale unor frici foarte mari...

CAPITOLUL 2

De unde vin fricile şi fobiile?

Strămoşii îndepărtaţi şi-au transmis fricile speciei noastre. Ca toate moştenirile, aceste temeri sînt, în acelaşi timp, o şansă pentru supravieţuirea noastră, dar şi o povară pentru calitatea vieţii noastre.

Încă din prima noastră zi, sîntem „conectaţi la reţeaua fricii”. Însă fricile noastre devin excesive abia mai tîrziu, prin traumatisme, educaţie, cultură. Fiecare frică are istoria ei, pe care credem că o cunoaştem sau care uneori ne rămîne misterioasă.

La sfîrşitul acestei istorii, anumite persoane au devenit mai vulnerabile la frică: femeile, de exemplu. De două ori mai mult ca bărbaţii. Nu le mai rămîne decît să fie de două ori mai înzestrate ca ei pentru a-şi controla fricile.

„Prin demnul anterior pe care-1 port... ți-e frică fără cauză şi fără motiv.”

François RABELAIS, Cartea a patra

Barnabe roşea de multă vreme şi asta îi distragea cu adevărat viaţa.

Şef de întreprindere în provincie, ţinuse să călătorească pînă la Paris, pentru că aflate că secţia noastră din spitalul Sainte-Anne era specializată în tratarea fobiei sociale. Însă şi pentru că anonimatul îi convenea. Nu voia să se lase tratat de terapeuţii din oraşul lui - îi era ruşine de simptomele sale.

Reuşea totuşi să le ascundă destul de bine, de exemplu refugiindu -se în spatele unei atitudini dispreţuitoare şi distante, care nu te invita deloc să te apropii de el. Vorbea foarte tare, fixînd privirea interlocutorului său cu

intensitate, forțându-l parcă să-și coboare ochii, să se simtă jenat înainte ca propria lui jenă să fie vizibilă.

Barnabe suferea de o formă severă de fobie socială: era ereutofob, adică se temea în mod obsesiv să roșească în fața altcuiva.

Foarte rapid mi-a precizat că a fost vreo zece ani la ședințe de psihanaliză. A lucrat mult, îmi spunea el, asupra originii fobiilor, însă asta nu l-a ajutat să scape de ele. I-am cerut să-mi împărtășească rodul acestei munci. Unul dintre unchii lui a fost un mare plenipotențiar, ministru al guvernului de la Vichy, care colaborase intens cu germanii. A fost împușcat după eliberare, însă toată familia a fost bănuită de colaboraționism și și-a văzut reputația ruinată imediat după război, fiind obligată să se mute într-un alt oraș mare din Franța. „Plătesc rușinea aceasta familială, îmbujorarea mea este teama de a fi demascată, teama de acest trecut.” Problema este că explicațiile astea psihogenealogice, oricât de logice ar fi fost, nu l-au ajutat deloc să se debaraseze de frica lui obsedantă de a roși. În acești ultimi ani, Barnabe a suferit două episoade depresive destul de serioase și a început să bea din ce în ce mai mult alcool în fiecare seară la întoarcerea acasă, „ca să-mi calmez stresurile sociale din cursul zilei”, spunea el.

Toate acestea necesitau într-adevăr un tratament, așa că l-am înscris pe lista de așteptare pentru viitoarea noastră ședință de terapie în grup. Ne tratăm cu plăcere pacienții cu fobie socială, în grup, dintr-o sumedenie de motive. În primul rând, este o ocazie de a face exerciții în fața publicului alcătuit din pacienții grupului și din studenții noștri stagiați, deoarece multe frici de fobie socială sînt legate de înfruntarea judecății unui grup. Este și ocazia unei susțineri și întrajutorări între pacienți, care se simt mai puțin singuri în cazul lor. Și, nu în ultimul rând, aceste ședințe facilitează conștientizările în raport cu unele dintre credințele lor.

După ce a aflat că alte două persoane din grup suferă și ele de teama obsedantă de a se înroși în public, Barnabe era foarte nerăbdător să înceapă ședințele. Nu vorbise nici odată despre necazul lui cu nimeni și credea că era singurul om de vîrsta lui care se temea atît de tare să roșească.

A sosit și ziua cea mare. După regulile existente în grupurile noastre, fiecare pacient s-a prezentat celorlalți. L-am lăsat deliberat pe Barnabe la urmă. Mă temeam ca vocea lui groasă și aparenta lui siguranță să nu-i

impresioneze inutil pe ceilalți pacienți. Și așteptam și să se întâmple ceva anume... În timp ce doi pacienți care se înroșeau se prezentau și-și relatau povestea, îl supravegheam pe Barnabe cu coada ochiului. L-am văzut nu înroșindu-se, ci pălind. Într-adevăr, pacienții relatau exact povestea lui. Nu cea personală, cu unchiul colaboraționist și rușinea familiei lui, ci aceeași poveste a înroșirilor incontolabile, neprevăzute, disproporționate sau incomprehensibile, aceeași poveste de rușine și disimulări, de fugi, evitări, temeri absurde... Totul era acolo. Atunci când i-a venit rîndul, Barnabe s-a ridicat și, cu o voce stinsă, foarte emoționat, și-a povestit la rîndul lui problema. Nu a încercat să impresioneze sau să simuleze. A vorbit despre el și despre fricile lui simplu și sincer. Apoi a terminat prin aceste cuvinte: „Pînă să vă ascult, credeam că eram singurul care simte toate astea, din cauza istoriei mele familiale. Însă am înțeles că era vorba de altceva...”

După ședința de grup, Barnabe i-a invitat pe ceilalți pacienți la un pahar și i-a chestionat îndelung. Niciunul din cei doi pacienți care și-au spus povestea nu a cunoscut o rușine familială similară cu a lui... În schimb, cele trei povești ale lor se asemănau în mod izbitor: aceeași apariție a înroșirilor în adolescență, aceleași evitări, aceleași renunțări, aceeași distanțare progresivă, aceleași suferințe, aceleași pierderi... Apoi teama absurdă de a roși în fața oricui, pentru orice. Neîncrederea progresivă: oamenii l-au observat? Individul acela n-o să-mi facă remarci în legătură cu asta? Traietoriile lor erau aproape interschimbabile.

Și, mai ales, au comis aceleași „erori de pilotaj”: să-și reprime emoțiile, să le fie rușine, să se ascundă, să nu se destăinuie de teamă de a nu fi judecați, să-i perceapă mereu pe ceilalți ca pe niște potențiali agresori, chiar să-i agreseze preventiv ca să-i țină la distanță... Aceste erori le-au transformat emotivitatea jenantă într-un handicap, mult mai sigur și inexorabil ca orice blestem familial, precum cel al lui Barnabe.

Desigur, istoria familială a lui Barnabe a jucat un rol în personalitatea și viața lui. Mai puțin însă în fobia lui, poate doar ca factor agravant, printre altele. Majoritatea celor care se înroșesc nu au strămoși colaboraționiști. Și cei mai mulți dintre descendenții colaboraționiștilor nu suferă de fobie socială.

De ce mi-e frică și mie?

Cercetarea cauzelor, în psihiatrie, s-a înrudit multă vreme cu căutarea Graalului. Cu un crez: „Atîta vreme cît nu veți fi adus la lumină originea fricilor voastre, veți continua să suferiți de ele." Și multă vreme, psihoterapiile își stabileau mai ales ca scop „să meargă la bază", să sape, din ce în ce mai adînc, în căutarea cauzelor ascunse, îngropate, refulate în inconștient. Uneori, această metodă dădea rezultate. Dar de multe ori nu era suficient. Mai rău: după ani de acest regim, unii pacienți, forțați „să meargă la bază", rămîneau pe deplin afundați în groapa lor psihoterapeutică⁶... Este foarte interesant să știm de ce sîntem fobici, și uneori util, pentru a ne schimba. Însă alteori nu, mai ales dacă este singurul demers întreprins. Căutarea aprigă a cauzelor nu trebuie să înlocuiască efortul de zi cu zi pentru a stăpîni simptome deconectate de originile lor îndepărtate, devenite „simptome vestigiale"⁷, „fantome ale nevrozei vechi"⁸.

Există două mari întrebări legate de temeri și fobii.

Prima este cea pe care o pun - adesea - persoanele care nu au fobii sau au puține: de unde vin aceste frici excesive? Din copilărie? Din inconștient? Vom aborda ipotezele legate de simbolismul inconștient al fobiilor în capitolul despre tratamente și vom vedea că ipotezele astea, deși foarte seducătoare, s-au dovedit de o eficacitate terapeutică limitată.

A doua întrebare este cea care și-o pun - întotdeauna - persoanele care suferă de fobii: cum mă pot vindeca de ele? Și cum să trăiesc fără aceste frici constante, care-mi reduc autonomia, libertatea, care mă fac uneori să-mi pierd demnitatea?

Dacă cineva are scleroză în plăci, îl tratăm. Nu ne petrecem cea mai mare parte a timpului căutînd să înțelegem de ce este afectat de această maladie. Această căutare a cauzelor este sarcina cercetătorilor, a epidemiologilor. Este o muncă foarte importantă, dar care nu trebuie să înlocuiască tratarea afecțiunii. Or în psihologie, pacienții au fost lăsați mult timp să creadă că dacă înțelegeau originea acelor simptome era suficient pentru a le face să dispară. Acest lucru s-a dovedit de două ori fals: în general, a înțelege nu este suficient și uneori scopul de a „scăpa de simptome prin intermediul unei adevărate terapii în profunzime" este, pur și simplu, nerealist.

De unde vin fobiile și fricile excesive?

„Cauza? întotdeauna cauza...”, ar fi spus într-o zi psihanalistul Jacques Lacan. De data aceasta, cuvintele lui au fost clare și credibile: de multă vreme, au existat atâtea ipoteze despre originea fobiilor... Era mai prudent să nu pierzi prea mult vremea cu ele ca să tratezi.

► Teoriile tradiționale ale fricilor excesive

Cunoscute și descrise dintotdeauna de medici și scriitori, fricilor excesive li s-au atribuit cauze variate de-a lungul epocilor. Multă vreme, ele au fost interpretate ca niște manifestări supranaturale - posedare demonică, punere la încercare de către o divinitate - sau inexplicabile. Astfel, în Neguțătorul din Veneția, Shakespeare îl face pe Shylock să spună: „Se zbîrlesc unii când cascade un purcel; turbează alții când privesc o mîță; iar alții, când cimpoiul foșnăiește, nu-și pot reține udul!... Căci simțirea, stăpîna patimii, le duce toate în pas cu ce iubim, cu ce urîm...”

Începînd din secolul al XIX-lea, psihiatrii au căutat explicații medicale fobiilor (excitare neurologică, degenerescență fiziologică) sau morale (slăbiciune de caracter, exces de masturbare). Apoi, odată cu tezele lui Freud, la începutul secolului XX, fobiile au devenit pentru psihanalisti simptomele aparente ale unui conflict inconștient și rezultatul formelor de apărare destinate să protejeze eul. Pentru analiști, nevroza fobică, sau „isteria de angoasă”, s-ar explica prin existența unui conflict de natură sexuală⁹. Pentru a evita să-l înfrunte, fobicul ar refula acest conflict în inconștient: prin această formă inițială de apărare, refularea, el diferențiază afectul (angoasa) de reprezentarea lui (conflictul). Ar recurge ulterior la alte două forme de apărare, deplasarea și proiecția, care constau în a transfera angoasa asupra unui alt obiect, exterior subiectului. Un conflict intern omniprezent s-ar găsi astfel transformat în teamă externă, mai ușor de evitat. Fobia n-ar fi, așadar, decît un simptom, iar suprimarea ei n-ar folosi la nimic atîta vreme cît conflictul primordial n-a fost rezolvat.

Problema este că niciuna din aceste două abordări, morală sau psihanalitică, nu ducea la un tratament cu adevărat eficace.

Iată, de exemplu, ce propunea doctorul Gelineau, neuropsihiatru parizian de la sfîrșitul secolului al XIX-lea¹⁰: „Există, în cele din urmă, un alt mod de tratament complementar foarte puternic care nu trebuie neglijat, întrucît este vorba aici despre o nevroză psihopatică; este tratamentul moral. Să ne

vindecăm fobicii îndepărtînd, totodată, circumstanțele care par să le provoace accesele, să le arătăm că temerile lor sînt himerice (ceea ce ei consimt, de altfel), să-i ajutăm să-și revină în fire, părănd, de asemenea că le împărtășim impresiile, dar și pericolele; să le arătăm că, printr-o voință fermă, își vor învinge slăbiciunile; înainte de a-i sugestiona hipnotic, să-i sugestionăm în stare de veghe; să le redăm părerea bună pe care o aveau despre ei înșiși: în ziua în care vor avea încredere și energie, durerea lor se va disipa ca un fum ușor, cu ajutorul medicației!" Vedem că Gelineau, care descrie, de altfel, foarte bine simptomele și numeroase mecanisme fobice, insistă asupra eforturilor de voință. Și consideră implicit fobia ca pe o debilitate și slăbiciune a acesteia din urmă.

Cît despre analiză, s-a dovedit rapid că se găsea în dificultate în fața pacienților fobici: „Pentru toate motivele pe care le-am indicat, tratarea fobiilor nu este lucru ușor, deoarece, încă o dată, nu conflictul intern se exprimă în fobie, ci surparea bazelor narcisice ale organizării sinelui care constrînge subiectul să reinvestească o funcționare primitivă în cursul căreia el a putut să se descarce de răutatea pulsională și să construiască un sentiment de coeziune și de unitate care prin istorie a fost pus în pericol. Toți analiștii vor vorbi despre dificultatea pacientului de a se elibera de o fobie invalidantă¹¹...”

A fost necesar, așadar, să se găsească noi piste explicative.

► Explicațiile actuale ale fricilor excesive

Progrese foarte importante au fost realizate în acești ultimi ani: concepția noastră actuală despre fobii este mai puțin poetică sau pitorească, însă mai pragmatică și mai științifică. Și, mai ales, deschide calea spre perspective de tratament eficace.

Fricile patologice și fobiile sînt considerate rezultatul unei duble influențe, pe de o parte, cea a unor predispoziții biologice, în principal înnăscute (o moștenire familială individuală, dar și o ereditate colectivă, la nivelul speciei), și pe de altă parte cea a influențelor de mediu, și deci dobîndite (o istorie personală). Ponderea respectivă a acestor doi poli de influență variază în funcție de fobii. Unele, precum cele de apă, de înălțimi sau de animale, par foarte legate de factori genetici. Pentru altele, precum fobia șofatului în urma unui accident, cîntăresc mai greu factorii de mediu.

Însă cel mai adesea, fricile foarte mari se explică prin epigeneză, adică interacțiunea dintre gene și mediu. Influența genetică, reală, nu este un determinism tradiționalist, în care cutare genă ar implica un cutare comportament¹². În primul rând, pentru că nu există o singură genă care să transmită o vulnerabilitate la frică, ci mai multe (mecanism poligenetic). Apoi pentru că gradul lor de penetrare poate varia, adică se pot exprima mai mult sau mai puțin în comportamentul persoanei. În sfârșit, este posibil ca informația genetică transmisă să nu fie decât o tendință generală a unei „afectivități negative”, adică ansamblul predispozițiilor de a simți emoții patologice precum teama sau tristețea¹³. Pentru a încheia, și asta este cel mai important, aceste tendințe vor ieși sau nu la lumină în funcție de mediu: genetica nu face, în general, decât propuneri, „promisiuni”, pe care întâmplările sau necesitățile existenței le vor împlini sau nu.

Să luăm exemplul diabetului: aceeași vulnerabilitate se va exprima diferit, în funcție de familia în care vă nașteți - fie într-una de eschimoși trăind tradițional, cu un program de sport zilnic și o alimentație bogată în pește și săracă în zaharuri rapide, fie într-una de americani din clasa defavorizată, care petrece șase ore pe zi în fața televizorului și consumă neîncetat junk food, altfel spus alimente prea dulci și prea bogate în calorii¹⁴. Într-un caz, nu veți fi supuși riscului dumneavoastră genetic. În celălalt, da.

Același lucru este, fără îndoială, valabil și pentru frici: un copil foarte emotiv poate avea traiectorii de viață foarte diferite: mediul lui va putea juca un rol agravant - prin intermediul experiențelor angoasante precocce sau al greșelilor educative - sau reparator și preparator - prin intermediul experiențelor de viață securizante fără a fi supra-protectoare, și al unei educații de a înfrunta fricile și a-i tempera răspunsurile emoționale.

Atenție, nu doar genetica ne influențează mașinăria cerebrală și tendințele noastre biologice legate de anxietate: evenimentele de viață precocce o fac în egală măsură. Acest lucru a fost demonstrat la animale: șoriceii lipsiți de mamă sau crescuți în medii artificiale vor avea mai multe manifestări de frică și anxietate odată deveniți adulți. Există supoziția că stresul in utero, adică impactul pe care-l au asupra fătului problemele emoționale ale mamei, are același efect la om¹⁵. Experiențele de viață lasă întotdeauna o urmă în creierul nostru. Însă această „neuroplasticitate” nu are sens unic:

vom vedea că eforturile depuse în timpul terapiilor eficace pot modifica, în schimb, dimensiunea biologică a fobiilor.

Fricile copilului

La fel ca oricui altcuiva, vă este teamă de întuneric, de lup, de monștri ascunși sub pat, de necunoscuți, teamă să vă părăsiți mama, să săriți de pe trambulina mare etc. Fricile copilăriei sînt numeroase, se știe. Este normal, deoarece copilul este fragil, și, cu cît o ființă este mai fragilă, cu atît teama îi este mai utilă: ea reprezintă o protecție reflexă, prețioasă și indispensabilă în raport cu eventualele pericole.

Toți copiii manifestă, la un moment dat al dezvoltării lor, frici excesive, care se vor estompa treptat și vor ajunge să fie stăpînite, sub efectul educației și al vieții în societate. Aceste frici nu se nasc din întîmplare. De exemplu, teama de înălțime sau cea de un străin nu se manifestă decît odată cu apariția locomoției¹⁶: așezați pe o suprafață de sticlă care atîrnă deasupra unei prăpăstii, copiii mai mici de opt luni nu prezintă încă semne de înțelegere. Acestea nu vor apărea decît mai tîrziu. Într-adevăr, fricile survin doar în momentul în care copilul mic are „nevoie” de ele, pentru a-l ajuta să nu-și asume prea multe riscuri. Educația părinților îi va permite apoi să depășească trăsăturile definitorii ale acestor temeri și să-și moduleze astfel reacția de frică. Teamă de înălțimi nu se va declanșa decît la o înălțime foarte mare, sau în lipsa unei balustrade protectoare, sau dacă se găsește fără sprijin stabil. Teamă de adulții necunoscuți nu va apărea la copil decît în lipsa oricărei alte prezențe familiare etc.

În privința utilității acestor înțelegeri, iată ce a arătat un studiu interesant: copiii care se temeau mai puțin de înălțimi sufereau mai multe răni decît ceilalți¹⁷. În schimb, cei care au mai puține temeri în copilărie par să se bucure de o mai bună reușită în sport la adolescență și la vîrsta adultă¹⁸.

Cu timpul, majoritatea temerilor copilului vor dispărea. Unele nu vor rămîne decît frici excesive. Însă altele vor evolua spre tulburări fobice. De aceea tendința actuală este de a nu mai categorisi sistematic toate fricile copilului ca normale, benigne și destinate să treacă odată cu înaintarea în vîrstă. Adevărul e că aproape 23% dintre ele ascund în realitate o boală anxioasă de care e mai bine să ne preocupăm din primele stadii¹⁹. Deoarece, contrar a ceea ce se crede uneori, părinții subestimează destul de des fricile

copiilor lor, fie că acestea sînt diurne²⁰ sau nocturne, de exemplu sub formă de coșmaruri²¹.

Să amintim că, în general, se consideră că vîrsta de apariție a unei frici fobice este un indiciu al importanței respective a factorilor înnăscuți sau dobîndiți: în lipsa unui traumatism declanșator manifest, cu cît apariția este mai precoce, cu atît factorii înnăscuți atîrnă mai greu și invers. Astfel, primele manifestări ale fricii excesive de sînge sau înaintea luării de sînge au loc în medie între 8 și 14 ani. Se consideră că aceste fobii au un important teren genetic. În schimb, fobiile șofatului apar în general între 26 și 32 de ani și se consideră că au rezultat frecvent în urma unor evenimente de viață, de exemplu o implicare în accidente ca victimă, responsabil sau martor²².

Fricile aparțin patrimoniului omenirii!

Psihiatrul englez Isaak Marks, marele specialist în frici și fobii, povestea istoria uneia dintre pacientele sale care privea fotografii cu șerpi în timpul unei călătorii în mașină (o idee năstrușnică, dar în fine...) și la un moment dat are loc un accident. Ce fobie a dezvoltat în urma acestui eveniment? De mașini? Nu, de șerpi²³... Se pare că, atunci cînd avem „opțiunea” de a deveni fobic față de un obiect sau altul, fobia noastră se va axa întotdeauna pe teama cea mai „naturală” și ancestrală: forța inconștientului colectiv...

► Frici care ne-au salvat...

La specia umană, psihologii evoluționiști au emis ipoteza unei influențe a selecției naturale asupra existenței și persistenței fricilor și fobiilor: majoritatea stimulilor fobiei erau legați în realitate de obiecte sau situații care reprezentau, fără îndoială, un eventual pericol pentru strămoșii noștri îndepărtați, precum animalele, întunericul, înălțimile, apa...

În mediul nostru tehnologic contemporan, în care natura este în mare parte controlată, animalele periculoase închise în cușcă, pantele înconjurată de bariere, aceste situații nu mai par deloc la fel de periculoase pe cît puteau fi altădată. Însă noi am păstrat într-o oarecare măsură amintirea lor, într-un inconștient biologic colectiv.

Fricile foarte mari ar aparține, așadar, „bazinului genetic” al speciei noastre, căreia i-ar fi facilitat supraviețuirea, făcînd-o să evite situațiile periculoase, cel puțin într-o epocă anume²⁴. Sînt ceea ce numim fobii

„pregătite" (de evoluție), „pretehnologice" sau „filogenetice" (referitoare la dezvoltarea speciei).

Aceste fobii naturale se declanșează mai ușor la majoritatea subiecților și, odată apărute, sînt mai greu de suprimat. În schimb, fobii precum cele de avion, de șofat, de arme sînt numite „nepregătite", „tehnologice" sau „ontogenetice" (referitoare la dezvoltarea individului). Ele se dobîndesc mai des prin deprindere, mai ales în urma unor experiențe traumatice, și sînt mai labile ca precedentele.

► Fobiile ca moștenire a speciei: de la ipoteze la dovezi

Dovezile experimentale ale acestei teorii evoluționiste a fricilor foarte mari sînt destul de greu de concretizat, însă diverse cercetări pe om, precum și pe animale par să-i confirme relevanța.

Cu cît o specie este mai puțin evoluată, cu atît mai mult fricile ei vor fi înnăscute și reflexe. Puii de rață ieșiți din ou înțepenesc pe loc de îndată ce silueta unei răpitoare se profilează deasupra lor. Trebuie specificat, de altfel, că reflexul acesta de imobilizare în fața fricii este prezent la toate speciile, chiar și la a noastră, și că are un motiv foarte simplu: vederea la mai toți prădătorii este foarte sensibilă la mișcare. Este ceea ce le permite matadorilor să hipnotizeze taurii de coridă și să-i epuizeze în căutarea unei mulete mereu în mișcare, în timp ce ei înșiși rămîn imobili la apropierea cornului.

Să ne întoarcem la fricile noastre: multe dintre ele sînt înnăscute, așadar. Teama de pisică este spontană la șoareci, chiar dacă ei n-au întîlnit nici odată una înainte. Însă la speciile mai evolute, ca primarele, capacitățile de a simți teama sînt latente și nu se vor activa decît în urma unor situații concrete. Asta reprezintă un avantaj evolutiv sigur, evitînd, atunci cînd sistemul funcționează bine, apariția temerilor inutile²⁵.

De exemplu, maimuțele crescute în laborator nu manifestă niciuna spontan teamă de șerpi. Cel puțin pînă cînd nu sînt puse în contact cu alte maimuțe din aceeași specie, însă crescute în mediul natural: după ce au observat că acestea din urmă refuză cu încăpățînare să se apropie de hrana plasată alături de un șarpe, maimuțele de laborator încep să dezvolte la rîndul lor o teamă intensă și durabilă de șerpi.

Însă acest tip de învățare socială a fricilor nu este aplicabil oricui! Am putut învăța maimuțe tinere de laborator să se teamă de șerpi arătându-le casete video cu maimuțe adulte speriate de o reptilă. Dar dacă, într-un montaj, înlocuim în aceeași înregistrare video șerpilor cu flori, maimuțele nu vor dezvolta nici o teamă de chiar dacă și-au văzut congenere speriate de acestea. Iată de ce nu întâlnim niciun pacient fobic care se teme de pantofi sau periute de dinți: noțiunea de pericol potențial, chiar minimă, este necesară dezvoltării unei fobii.

Studii de acest tip au avut loc și pe oameni. De exemplu, unor persoane voluntare li s-a cerut să privească imagini, unele legate de frica de o specie (păianjeni, șerpi...) și altele legate de obiecte non-fobogene (flori, ciuperci...). Voluntarii, evident preveniți dinainte, au fost confrunțați la fiecare dintre aceste imagini, în mod aleatoriu, fie cu mici șocuri electrice dureroase, fie cu un zgomot violent. Atunci când li s-a cerut să-și amintească ce imagini erau cel mai des asociate cu micul șoc electric, subiecții au răspuns aproape în unanimitate că era vorba despre păianjeni sau de șerpi, deși, în realitate, numărul acestora a fost egal cu cel al florilor și ciupercilor²⁶. Sîntem, așadar, pregătiți inconștient să asociem senzații neplăcute cu anumite situații din mediul înconjurător, stocate și etichetate ca periculoase în memoria speciei noastre. Fricile noastre patologice nu vor rata ocazia să exploateze acest mecanism.

► Omenirea are nevoie de fobicii ei...

Specia noastră are, fără îndoială, nevoie ca unii dintre reprezentanții ei să fie fobici. La fel cum există o biodiversitate care înseamnă o bogăție, această psihodiversitate constituie un „plus” pentru omenire.

Dacă un organ sau o funcție devine inutil(ă) pentru specia noastră, ace(a)sta tinde să se atrofieze puțin câte puțin. Astfel sîntem mai puțin păroși ca strămoșii noștri de când am inventat hainele și încălzirea centrală. Avem mai puțini molari: măselele noastre de minte dispar treptat la nivel de specie, iar mandibulele noastre se micșorează, deoarece mîncăm mai multă hrană gătită și moale, de aceea putem mesteca mai puțin pentru a digera alimentele. De când nu ne mai agățăm în copaci, nu mai avem coadă, ci doar un mic coccis...

În schimb, manifestăm întotdeauna temeri înnăscute. Potrivit psihologilor evoluționiști, aceste tendințe spre dezvoltarea fricilor vor persista foarte multă vreme în sânul speciei noastre înainte să se stingă, conform principiului „nu se știe nici odată”. Motivul ar fi păstrarea unui stoc de detectori de pericole destinat să asigure supraviețuirea speciei noastre. De ce să păstrăm în stocul genetic teama instinctivă de șerpi? Dacă, din motive climatice, Pământul ar fi invadat de șerpi veninoși, fobicii de reptile, cu sistemul lor de detectare ultra-perfecționat, ar supraviețui, negreșit, într-un număr mai mare ca non-fobicii, ar conduce seminare de supraviețuire pe tema „cum să detectezi prezența unui șarpe în ierburile înalte” etc. Iată de ce păstrăm în memorie această frică de șerpi. Prin urmare, consolați-vă dacă sînteți fobic. Odată vindecat, veți fi mai bine adaptat la toate tipurile de teren ale genului uman: eliberat de fricile dumneavoastră cotidiene și gata să înfrunțați toate modurile de viață cu zîmbetul pe buze...

Putem chiar aprofunda aceste ipoteze: știm că avem nevoie de sentimentul de teamă, că el ne poate fi util într-o zi. Dar pentru că trăim în Occident, în societăți mai sigure ca nici odată, simțim uneori impulsul de a ne „imuniza” împotriva acestui sentiment de frică, mergînd să vedem filme de groază la cinematograful, urcîndu-ne în montagne russe sau plimbîndu-ne cu trenul fantomă la petrecerile cîmpenești, practicînd bungee-jumping... Așa se explică, fără îndoială, și gustul copiilor pentru jocuri în care se amuză „speriindu-se”. Îmi amintesc în legătură cu asta că m-am dus într-o zi la cinematograful ca să văd un film pentru copii cu cele două fete ale mele. I-am uitat titlul, însă unele scene erau puțin îngrijorătoare. Cea mai mică din fetele mele se temea cu adevărat și, ca să se liniștească, îmi comenta cu regularitate filmul: „Oh, acolo! Ai văzut? Pfff... Cum o să facă? Nu mi-ar plăcea să fiu în locul lui...” Îi răspundeam în același registru, ca să-i țin companie în fața fricii. După o vreme, sora ei mai mare s-a întors furibundă spre noi și ne-a ordonat să încetăm cu flecăritul: „Tăceți un pic! Mă împiedicați să-mi fie frică!”

Îmi place să le amintesc pacienților mei aceste teorii evoluționiste ale fricii: este important pentru ei să le cunoască, pentru a se dezvinovăți de faptul că sînt fobici. Nu sîntem, în final, decît reprezentanți ai psihodiversității speciei noastre.

Să renunțăm la culpabilizare, dar nu la responsabilizare: avem în continuare responsabilitatea de a face eforturi pentru a limita aceste tendințe...

Nu sîntem egali în fața fricilor și fobiilor: istorii ale predispozițiilor

Toate lucrările despre care tocmai am menționat se referă la transmiterea genetică a unei vulnerabilități fobice la nivelul ansamblului speciei umane. La nivel individual, studiile au condus la ipoteza unei transmiteri genetice în cazul anumitor fobii.

Numeroase cercetări au fost efectuate pe cupluri de gemeni²⁷; Gemenii interesează geneticienii deoarece se pleacă de la premisa că ei primesc, în mare, aceeași educație. Însă n-au neapărat aceleași gene, după cum sînt gemeni monoziгоți (proveniți din același ovul, deci „gemeni adevărați”) sau dizigoți (proveniți din ovule diferite, deci „gemeni falși”). Dacă o trăsătură (frica) sau o tulburare (fobia) se regăsește mai des la monoziгоți decît la dizigoți, asta depinde, cel puțin în parte, de factori genetici.

Studii efectuate pe gemene în privința unei fobii sociale par să indice o componentă genetică importantă a acestei boli. În cazul panicii, cele mai multe studii au înregistrat o transmitere genetică a acestei tulburări. Un studiu referitor la 2.163 de gemene părea să indice că fobiile specifice, mai ales cele legate de animale, ar implica, bineînțeles, și ele o parte genetică. Însă am vorbit deja despre asta, modelul de moștenire nu este clar pentru moment: o genă simplă cu pătrundere incompletă sau transmitere poligenetică? Ceea ce se transmite reprezintă tulburarea fobică în sine sau, mai probabil, un teren anxios predispus?

Trebuie precizat că, în toate cazurile, rolul mediului înconjurător rămîne determinant, pentru a împiedica sau facilita exprimarea tulburării. Deoarece genetica se poate dovedi culpabilizantă pentru unii părinți tentați să-și spună: „În plus, i-am transmis genele mele proaste”. Din fericire, progresele înregistrate în genetică sînt însoțite de progresele în materie de îngrijire și prevenție: un părinte fobic vindecat va ști mai bine să depisteze la timp fragilitatea copilului său și-l va ajuta sau se va asigura că este ajutat²⁸.

► Populații mai fragile?

În rîndul populațiilor de mamifere, există, se pare, un procentaj de indivizi mai temători decît ceilalți. De exemplu, etologii au arătat că, într-o

populație de maimuțe capucin, aproximativ 20% dintre indivizi par foarte vulnerabili la frică²⁹. Cercetătorii au creat, de asemenea, în laboratoare linii de descendență ale unor animale foarte fricoase, de exemplu la șoareci³⁰. Aceste animale se dovedesc, totodată, mai sensibile la temerile înnăscute ale speciei lor, însă și mai receptive la temerile condiționate, cum ar fi, de exemplu, să învețe să se teamă de o situație dacă ea a fost asociată de mai multe ori cu un mic șoc electric dureros sau cu un zgomot violent. Aceste specii au nevoie de mai mult timp pentru a se desensibiliza de fricile lor dobândite. Cum se interpretează aceste date la specia noastră?

► **Temperamentul de inhibiție în fața noutății**

Pentru anumiți cercetători, ar exista și ființe umane vulnerabile în mod precoce la riscul apariției unei fobii ulterioare. În conformitate cu lucrările lui Jerome Kagan, cercetător la Harvard, aproximativ 10% dintre copiii din populațiile de sorginte europeană prezintă un temperament vulnerabil, care-i predispune la emoția de frică în fața situațiilor noi. Aceste reacții sînt prezente și depistabile încă din primele luni de existență³¹. Atunci cînd punem acești copii în fața unor stimuli neobișnuiți, precum masca unui cîine, o persoană necunoscută, un zgomot brusc, un robot jucărie de talie mare, observăm că reacțiile lor sînt marcate de o inhibiție anxioasă. Copiii non-sensibili se orientează cel mai adesea după o secvență alcătuită dintr-un răgaz de observație prudentă, urmat de un comportament de apropiere.

Aceste tendințe sînt destul de stabile: trei sferturi dintre copiii foarte temători la 21 de luni erau la fel și la 7 ani. Și invers, trei sferturi dintre copiii foarte puțin temători la 21 de luni aveau același comportament și la 7 ani. Potrivit studiilor care urmăresc evoluția lor pe termen lung, copiii inhibați și anxioși în fața stimulilor noi prezintă un risc mai mare ca alții să devină fobici sociali sau panicarzi, fără îndoială pentru că sînt mai vulnerabili și ușor condiționați de evenimentele neplăcute care li se pot întîmpla în perioada copilăriei și adolescenței³².

► **Hipersensibilii și hiperemotivii sînt predispuși la fobie?**

„Cred că nu sînt fobică din întîmplare: sînt foarte emotivă în toate domeniile, cel al fricii, ca și celelalte", îmi povestea într-o zi o pacientă. „Plîng ca o fetiță în fața filmelor triste, cel mai mic adagio îmi smulge lacrimi, nu-mi plac zgomotele puternice, fumul de tutun îmi provoacă

migrenă... Nu sînt capricii, am făcut multă vreme eforturi ca să ascund sau să stăpînesc toate astea. Însă corpul meu e cel care comandă și am admis în final că era mai bine să-l respect decît să-l ignor. Cît despre fobia mea, o consider ca pe una dintre manifestările emotivității mele accentuate."

Conform psihologului californian Elaine Aron³³, la nivelul unei populații ar exista un procentaj important de persoane (aproximativ 20%) care prezintă un prag de saturație senzorială mai scăzut ca media. Toată lumea poate fi „agresată” de mediul ei, însă este o chestiune de doză, și unii vor simți efectele mai repede ca alții: subiecții foarte sensibili vor percepe stimulările excesive ale mediului lor ca pe niște agresiuni dureroase, fie că stimulările acestea sînt mecanice (zgomote, mirosuri), relaționale (interpelări, remarci) sau emoționale (influențe ale vremii, filme violente). Această vulnerabilitate s-ar aplica și senzației de frică: dacă subiecții în cauză se percep ca temători și „fricoși”, motivul n-ar fi lipsa curajului, ci un exces de tumult emoțional în fața pericolului. Un studiu a arătat că printre militarii englezi însărcinați să dezamorseze bombele în Irlanda de Nord, cei care au primit cele mai multe medalii, și care au dat dovadă de cel mai mare curaj pe teren, au fost cei care au înregistrat cea mai scăzută accelerație a ritmului cardiac în situații de stres³⁴.

Dacă ipotezele în speță ar fi verificate, ceea ce nu-i cazul deocamdată, aceste persoane foarte sensibile ar fi candidați mai buni la condiționările fobice, pentru că ele s-ar dovedi mai receptive la șocurile emoționale pe care le provoacă frica.

► Intoleranța la frică: frica de frică

„De îndată ce simt primul nod în gît, începutul începutului fricii, mă panichez. Imediat mă gîndesc că totul o să se sfîrșească rău. Această neliniște va crește, și va crește, ca laptele pe foc, va da pe afară și va strica totul, mă va inunda. Mi-e frică să-mi fie frică, Însă știu bine că propria mea teamă de frică joacă rolul focului de sub cratiță și că ea atrage după sine catastrofa. Faptul de a ști asta nu mă împiedică să mă panichez, să-mi fie teamă că voi muri sau voi înnebuni din cauza fricii. Sau să fac orice, ca de pildă să mă arunc în fața metroului dacă sînt pe peron...”

Multe persoane fobice cunosc fenomenul fricii de frică. Specialiștii în psihologia cognitivă vorbesc despre sensibilitate anxioasă (anxiety

sensitivity), iar această frică de a simți anxietatea, semnele prevestitoare ale fricii, este frecventă în toate fobiile³⁵. Ea este asociată cu o receptivitate crescută la semnele fizice legate de frică. Chestionarele de cercetare care o evaluează conțin relatări precum: „Atunci când îmi simt inima că bate rapid mă tem să nu am o criză cardiacă”.

Această dimensiune de sensibilitate anxioasă este corelată cu riscul de ambalare a manifestărilor de frică la început minore, dar care pot evolua pînă la crize de panică: urmărind voluntari timp de trei ani, ne dăm seama că la cei care au o sensibilitate ridicată la anxietate riscul este multiplicat cu cinci³⁶. Atunci când ea există, această sensibilitate este adesea, după cum vom vedea, una dintre țintele psihoterapiilor în privința fobiilor.

Învățarea temerilor și fobiilor

„Este ușor de crezut că bizarele aversiuni ale unora care-i împiedică să suporte mirosul trandafirilor sau prezența unei pisici, sau lucruri similare, nu provin decît din faptul că, la începutul vieții lor, au fost puternic tulburați de cîteva obiecte similare (...). Poate că mirosul trandafirilor i-a provocat o mare durere de cap unui copil cînd era încă în leagăn sau poate că o pisică l-a speriat puternic, fără să-și dea seama și fără să-și amintească ceva după aceea, cu toate că ideea de aversiune pe care o avea atunci pentru acești trandafiri sau pentru această pisică rămîne imprimată în creierul lui pînă la sfîrșitul vieții³⁷.”

Încă de la început, observatori atenți ai naturii umane au subliniat rolul evenimentelor traumatizante, asemenea lui Descartes în acest pasaj al cărții lui *Les Passions de l'âme* (Pasiunile sufletului).

Se crede astăzi că anumite circumstanțe de viață ne pot „învăța” să devenim fobivi. Se pare că există, în principal, patru factori determinanți care facilitează deprinderea unei frici foarte mari³⁸:

- Evenimentele de viață traumatizante: am fost personal confrunțați cu o amenințare sau un pericol și i-am păstrat urma în memorie (o agresiune, un accident).
- Evenimentele de viață dureroase și repetate: am suferit minitraumatisme constant, fără posibilitatea de control (umiliri, nesiguranță).

- Educația socială, prim imitare de modele: am văzut frecvent pe cineva, în general unul din părinți, că se teme foarte tare de ceva.

- Asimilarea mesajelor de avertizare: am primit o educație care subliniază pericolele legate de un anumit tip de situație.

► **Evenimente de viață traumatizante: „Asta m-a marcat pe viață”**

Evenimente șocante, mari spaima punctuale pot antrena ulterior frici persistente, uneori chiar adevărate fobii. Mai multe lucrări au descoperit rolul experiențelor traumatiche în anumite frici excesive: de șofat după un accident; de tratamente dentare după intervenții dureroase; de cîini după o mușcătură etc. S-a demonstrat astfel că antecedentele unei asfixii (început de înec sau de sufocare cu sac din plastic la copii) s-au regăsit la 20% din 176 de pacienți panicarzi ai unui studiu³⁹. Dar nu există studii, cel puțin din cunoștințele mele, despre rolul cordonului ombilical înfășurat în jurul gîtului bebelușului la naștere sau al oricărei alte forme de suferință neonatală. Această explicație a fricilor excesive ulterioare este totuși frecventă în poveștile familiale: „Mama mi-a spus că teama mea de sufocare și claustrofobia veneau de acolo.” Acest tip de condiționare părea totuși pe deplin posibil: există o memorie a corpului, care poate păstra urma condiționărilor uitate sau refulate. Este, probabil, una dintre explicațiile anumitor frici excesive sau ale anumitor coșmaruri recurente, asociate cu senzații de lipsă de aer, de sufocare etc.

Medicul genovez Edouard Claparede a fost, fără îndoială, primul, la începutul secolului al XX-lea, care a descris o asemenea memorie inconștientă a fricii⁴⁰. În urma leziunilor cerebrale, una dintre pacientele lui prezenta o amnezie care o împiedica să memoreze evenimentele recente. Astfel, la fiecare nouă consultație, ea nu-l recunoștea pe Claparede. Acesta din urmă trebuia de fiecare dată să se prezinte din nou și să-i strîngă mîna. Într-o zi, Claparede a ascuns un ac în mîna: pacienta s-a înțepat. A doua zi, ea tot nu-și amintea nici de el, nici de numele lui, însă în momentul prezentărilor rituale, a refuzat să-i strîngă mîna, fără să poată explica de ce. „Memoria corpului” ei, despre care vom vedea că este legată de o parte a creierului numită „amigdala cerebrală”, nu uitase înțepătura...

Acest fenomen se întâlnește frecvent în sechelele traumatismelor: Îmi amintesc de una dintre pacientele mele, victima unui viol cu cîțiva ani

înainte, care a simțit o creștere a panicii în timpul unei călătorii în metrou, fără să știe de ce (agresiunea a avut loc la ea, și nu în metrou). Pe durata discuției noastre legate de acest atac de panică, ea a descoperit declanșatorul fricii: era mirosul unui after-shave, cel al violatorului ei...

Aceste condiționări nu necesită intervenția conștiinței, s-a demonstrat că pot exista chiar sub anestezie⁴¹. Lucrările sînt totuși în număr limitat. Atenție, există, de altfel, un risc legat de aceste teorii ale memoriei corpului: ele pot facilita munca unor guru și recurgerea la terapii puțin fiabile. Se știe, de exemplu, că cercetarea excesivă a pretinselor amintiri incestuoase inconștiente a produs mari prejudicii și a provocat în Statele Unite o epidemie de procese împotriva taților presupuși dezonoranți⁴². De fapt, terapeuții erau dezonoranți și abuzivi. Potrivit părerii psihologului Jacques Van Rillaer, amintirile fără eveniment s-au dovedit în acest domeniu mai frecvente ca evenimentele fără amintire...

Pentru a reveni la legătura dintre teama excesivă și traumatism, regăsim mereu aceeași problemă a raporturilor între sensibilitatea personală și evenimentul de viață: din ce cauză un eveniment tulburător devine traumatic? În condițiile în care o persoană care suferă de fobie socială ne povestește că problemele ei au fost declanșate de remarcile umilitoare ale unui cadru didactic cînd se ducea la tablă, ce trebuie concluzionat? Că evenimentul acesta a creat fobia? Că a scos la iveală, pur și simplu, o sensibilitate care exista dinainte? Dacă cineva ne spune „cînd aveam trei ani, sora mea mai mare, care făcea întotdeauna glume proaste, m-a lăsat închisă o după-amiază întreagă într-un dulap", peste cîtiva ani se poate transforma în „cîtă răutate, de atunci mă tem de toți oamenii care vor să mă dirijeze" sau „de atunci, nu mai suport deloc să se închidă ușa încăperilor mici..."

Să amintim, în sfîrșit, că în multe dintre cazuri, cu precădere fobiile de păianjeni, de șerpi, de apă, nu regăsim asemenea condiționări traumatice inițiale, fie că sînt intense și unice, fie moderate și repetate. Ne putem gândi deci că teama este de origine genetică. Dar și că a fost învățată diferit...

► **Experiențe de teamă dureroase și repetate: „Asta m-a zdruncinat"**

Jeanne, 35 de ani, infirmieră, suferă de o fobie de păianjeni, Își amintește foarte bine de un weekend la țară într-o casă veche pe care părinții ei tocmai

o cumpăraseră pe cînd ea avea nouă ani. La micul dejun, simțind o mîncărime, s-a pipăit pe gît și și-a dat seama că ținea între degete un enorm păianjen negru. A sărit în sus, a țipat și a trăit prima spaimă. S-a întors să citească în patul ei și a descoperit un al doilea păianjen pe pernă. Apoi încă unul, cîteva clipe mai tîrziu, în cada din baie. „Asta a fost prea mult, aveam impresia că vor ieși de peste tot, că n-am putea să le facem față, că ar fi fost mereu mai mulți decît ar putea să zdrobească tatăl meu. N-am mai vrut nici odată să mă întorc în casa aceea. Părinții mei erau obligați să mă lase la bunica atunci cînd se duceau acolo...”

Nu-i întotdeauna nevoie de un șoc important ca să devii fobic, În realitate, o condiționare care reprezintă sursa fricii poate exista și în urma unei serii de traumatisme minore: este efectul numit de „însumare”. Știm, de exemplu, că animale care au suferit mici șocuri electrice într-o cușcă vor prezenta apoi la vederea acestei cuști manifestări de teamă la fel de intense precum cele ale animalelor care au suferit acolo un singur șoc, dar de mare intensitate⁴³. Este posibil să se dezvolte astfel anumite frici sociale, la subiecți predispuși, plecînd de la situații relaționale discret, dar repetitiv anxiogene: astfel, niște pacienți care suferă de fobie socială povestesc adesea cum au fost copii marginalizați, umiliți, chiar chinuiți de colegii lor de școală, sau cum erau desconsiderați cu regularitate de unul dintre părinții lor, sau de amîndoi.

Lipsa de control posibil asupra acestor minitraumatisme constituie întotdeauna un factor agravant. Astfel, fobia de avion poate apărea în urma mai multor zboruri un pic agitate, însă nimic mai mult, întrucît aceste călătorii au produs stări foarte puternice de frică fără ca persoana să aibă niciun mijloc de acțiune: respectiv să coboare dintr-un avion în zbor. Sentimentul de neputință în fața unei situații, asociat cu frica simțită în acel moment constituie un amestec care se poate dovedi un declanșator cu efect întîrziat. Prezența sau absența unui sentiment de control asupra situației îngrijorătoare este, de altfel, ceea ce explică faptul că repetiția confruntărilor cu teama poate duce cînd la o diminuare a acesteia din urmă - ceea ce comportamentaliștii numesc obișnuire - cînd la o creștere - adică sensibilizare. Vom vorbi despre asta evocînd psihoterapiile fobiilor, care

necesită înfruntări constante și repetate cu ceea ce provoacă teamă, dar nu oricum!

► Imitarea modelelor: „Ți-e teamă de câine, mami?”

Beatrice, 28 de ani, secretară, are fobie de câini, la fel ca mama ei, care este fobică și față de cai. „Într-o zi, pe când eram copil, un câine-lup mare ne-a atacat pe mama mea și pe mine când treceam pe lângă o casă, în vacanța de vară la țară. Ea m-a luat în brațe, însă era terorizată, urla, plîngea, tremura, cerea ajutor, în timp ce câinele lătra arătîndu-și dinții și încercînd să se apropie ca să ne muște. Scena mi-a părut interminabilă: aveam impresia că urma să fim devorate pe loc și că dacă mama se temea atît de tare, însemna ca exista un pericol mortal pentru noi. În cele din urmă a ieșit proprietarul câinelui, iar noi n-am fost nici măcar mușcate, însă am tremurat ca niște frunze cîteva minute bune. Am avut coșmaruri din cauza asta mai multe săptămîni, în fiecare noapte...”

Observarea modelelor, mai ales parentale, joacă un rol important în transmiterea fricilor și spaimelor. O cercetare importantă efectuată pe 22 de fete arahnofobe și părinții lor a arătat, de exemplu, că dezgustul față de păianjeni era mult mai frecvent la mamele de fete fobice decît la mamele de fete non-fobice ale unui grup de control⁴⁴. Rolul mamei în legătură cu acest subiect pare preponderent: s-a arătat că, în principal, fricile materne sînt cele care prezic fricile infantile. În plus, cu cît aceste frici sînt exprimate mai deschis de către mamă în fața copilului, cu atît ele vor fi mai importante pentru copil⁴⁵.

În acest caz, trebuie neapărat să ne ascundem temerile în fața copiilor? Sub nici o formă! Dacă sînteți părinți fobici, disimularea ar fi în primul rînd ineficace: copiii văd tot, sau o simt fără să înțeleagă, ceea ce este mai rău. Observînd sau ghicindu-vă temerile, urmașii dumneavoastră le vor judeca după aparențe și, presupunînd că pot avea încredere în dumneavoastră, vor deduce din asta că există un adevărat pericol în aceste circumstanțe. Asta ar însemna, în cele din urmă, să le faceți o defavoare, deoarece le-ați arăta că este rușinos să-ți fie frică. Aveți, așadar, interesul să nu vă ascundeți fobiile în fața copiilor voștri, ci mai degrabă să le explicați natura acestora: „Este absurd, însă mi-e teamă de asta sau de aia... În realitate, nu-i nici un pericol”.

► Mesajele educative: „Atenție la lupul cel mare și rău”

Mesajele de avertizare, voluntare sau nu, pot genera și ele fricile excesive. Acest lucru se poate întâmpla la un nivel individual, în familii. Poveștile cu monștri imaginari citite copiilor cu vârste între 7 și 9 ani le pot insufla temeri distincte. Cu atât mai mult dacă cel care transmite informația îngrijorătoare este mai degrabă un adult decât un alt copil⁴⁶. Și aceste temeri pot persista⁴⁷. Atenție, așadar, la poveștile și legendele cu monștri și vampiri: ele pot marca mult mai profund copiii decât ne imaginăm. Arta poveștilor cu zîne ne îndeamnă să ne gândim la modalități necesare pentru a face față pericolelor sau creaturilor pe care le evocă. Și e mai bine, evident, să evităm să utilizăm aceste frici pentru a-i face pe copii să asculte: „Nu te duce în peșteră, un lup mare te va mânca...”

Și totuși nu doar monștrii din povești pot induce frici a priori: un studiu efectuat pe 60 de copii englezi cu vârste între 6 și 9 ani i-a separat în două grupe. Jumătate dintre ei primeau informații negative despre micii marsupiali australieni, puțin cunoscuți în țara lor: „Sînt murdari, răi și periculoși. Sînt activi noaptea, atacă celelalte animale cu dinții lor lungi și le beau sîngele. Scot țipete îngrozitoare. Nimeni nu-i iubește în Australia”. Cealaltă jumătate primea informații pozitive: „Sînt niște animăluțe drăguțe, care adoră să se joace cu copiii. Mănîncă fructe și frunze și li se pot da în mînă, le iau fără să muște. Toată lumea le iubește în Australia”. Copiii erau apoi testați asupra reacțiilor lor în fața imaginilor acestor animale și a comportamentului lor în fața cutiilor pe care era înscris numele acestor animale, cu o gaură în care se zărea un petec de blană. Evident, copiii care primiseră informațiile negative erau îngrijorați la gândul că vor întâlni într-o zi marsupialii și reticenți cînd venea vorba să se apropie de cutii⁴⁸...

Extrapolînd, unele frici își au originea clară în fenomene culturale și colective. Astfel, cum se explică faptul că eterna teamă de lup se regăsește încă la micuții europeni din secolul al XX-lea, în vreme ce lupii au dispărut din existența lor cotidiană de multă vreme? Acest lucru se datorează, fără îndoială, poveștilor cu zîne mai mult decât întîlnirilor cu lupii adevărați. Funcția poveștilor citite în mod tradițional copiilor era de altfel, în mare parte, menită să le inducă frici considerate chiar utile. Poveștile cu căpcăuni și alți monștri din copilărie erau considerate drept „mijloace de educație normale”⁴⁹.

Însă dincolo de dorințele educative, există în egală măsură aspecte simbolice: cum ar fi imaginea lupului în creștinătate. Mult timp, Occidentul creștin a fost în război împotriva lupilor în care vedea o încarnare a diavolului: „Dacă lupul amenință să sară asupra ta, pune mâna pe o piatră și el fuge. Piatra ta este Hristos. Dacă te refugiezi în Hristos, pui lupii pe fugă, adică diavolul; el nu va mai putea să te înspăimînte (Sfântul Ambrozie, în secolul al IV-lea)⁵⁰. Teamă de șerpi, de origine clar evolutivă, a fost reluată și întărită de aproape toate culturile. Așa se explică faptul că fobia de șerpi este la fel de răspîndită și la orășenii care n-au întâlnit nici odată o reptilă și care n-au fost mușcați nici odată sau au scăpat. În Facerea (Geneza) 3,14, șarpele este cel care o împinge pe Eva spre ispită și din pricina lui începe Dumnezeu să blesteme: „Pentru că ai făcut aceasta, blestemat să fii între toate animalele și între toate fiarele cîmpului; pe pîntecele tău să te tîrăști și țărîna să mănînci în toate zilele vieții tale!", înainte de-a o alunga pe Eva, apoi pe Adam, care nu va rămîne în istorie decît ca un discipol. Și asta pentru că, în materie de fobii, femeile îl depășesc de departe...

De ce au femeile mai multe frici și fobii decît bărbații?

Toate, absolut toate studiile epidemiologice ajung la același rezultat: există o enormă preponderență feminină în lumea fricilor și fobiilor, care afectează aproape de două ori mai multe femei decît bărbați. Această diferență, pentru a fi atît de netă și spectaculoasă, este, probabil, multifactorială⁵¹, adică legată de acumularea tuturor factorilor pe care tocmai i-am evocat.

Unii cercetători în psihologia evoluționistă⁵² aruncă vina pe o inegalitate de origine genetică legată de rolurile sexuale în specia noastră: selecția naturală ar fi defavorizat mai mult bărbații fobici decît femeile, deoarece masculul fobic ar pierde mai mult din statut, și deci din șansele de a atrage femeile, de a avea urmași și de a-și transmite genele; în vreme ce o femeie fobică și-ar fi pierdut mai puțin din farmec în ochii masculilor... Dezavantajul cauzat de fobiile de animale și de elemente naturale era mai mare în societățile de vînători-culegători, în care bărbații trebuiau să plece în căutarea hranei și a noilor resurse: aceste frici excesive erau în acele vremuri foarte limitante și stigmatizante. În timp ce rolul femeilor era mai degrabă acela de a se consacra culesului și supravegherii peșterii și a copiilor, de

unde utilitatea unei vigilențe crescute: un exces de frică punea, poate, atunci mai puține probleme. Însă toate astea nu sînt decît o ficțiune psihologică, imposibil de verificat.

Alți cercetători amintesc faptul că, în mod general, toate tulburările emoționale sînt mai frecvente la femeie, întrucît regăsim același fenomen în cazul depresiilor (de două ori mai multe femei afectate). Motivul ar fi capacitățile emoționale superioare, dar și mai fragile și mai ușor de dereglat. În vreme ce afecțiunile psihice ale bărbatului se reflectă mai mult în toxicomanii sau tendința spre acte agresive.

Cu toate acestea, la început, toate fetițele sînt mai stabile emoțional ca băieții⁵³. Abia începînd de la doi ani, vîrstă la care diferențele de stimuli proveniți din mediu încep să depindă de sexul copilului, situația se inversează. Într-adevăr, începînd de la această vîrstă, anturajul se așteaptă mai mult ca fetele să se teamă: dacă arătăm chipuri de copilași în diferite situații adulților, aceștia din urmă vor crede că recunosc mai des frica la fete și furia la băieți⁵⁴. De asemenea, părinții încep să-și stimuleze copiii să se comporte în funcție de stereotipurile culturale despre sexe: băieții nu trebuie să se teamă, sau nu trebuie s-o arate, spre deosebire de fete, care sînt chiar încurajate.

Se știe că băieții sînt mai predispuși ca fetele să-și depășească fricile. Acest lucru se regăsește sistematic în studiile pe copii timizi: fricile sociale ale fetițelor sînt mult mai bine tolerate decît cele ale băieților. Părinții acceptă fără probleme să aibă o fată foarte rezervată și inhibată, în vreme ce aceeași atitudine îi îngrijorează la micii masculi⁵⁵.

Am greși să ne gîndim că recente progrese sociale în favoarea egalității sexelor au pus capăt acestor stereotipuri: ar fi, probabil, nevoie de mai multe generații pentru ca reflexele acestea să dispară. Gîndiți-vă, de exemplu, la reprezentările fricii în benzile desenate: personajul acesta, înnebunit de un șoricel, cocoțat pe un scaun și strigînd ajutor, este un bărbat sau o femeie?

Dar în discuție nu sînt doar influențele sociologice. Ne întrebăm și dacă băieții n-ar beneficia într-o oarecare măsură de un tratament preferențial din partea mamicilor lor. Mai multe studii au arătat o mai bună „sincronizare emoțională” a mamelor cu băieții⁵⁶ lor: fețele lor răspund mai bine la emoțiile bebelușului băiat decît la cele ale bebelușului fată, există, în medie,

mai multe schimburi vizuale în timpul îngrijirilor mamă-fiu decât mamă-fiică etc. Este posibil ca lucrul acesta să faciliteze dezvoltarea unor mai bune capacități de control emoțional al băieților asupra temerilor și fricilor lor.

De altfel, fetele sînt în general mai receptive la deprinderea socială a emoțiilor, printre care frica, deoarece ele se pricep mai bine la contactul social, dar și la decodificarea emoțională, mai ales plecînd de la expresii faciale, chiar fugitive⁵⁷. Ele ar putea, așadar, să fie mai sensibile la fricile părinților lor, pe care știu să le detecteze mai bine ca băieții. Să le detecteze mai bine, dar și, din nefericire pentru ele, să le învețe mai bine: fetele sînt eleve mai bune ca băieții, chiar și la școala fricilor.

Toate aceste date provenite din studii și cercetări nu permit stabilirea în mod definitiv a rolurilor respective ale factorilor înnăscuți și dobîndiți în această atît de mare diferență între bărbați și femei în ceea ce privește vulnerabilitatea la frică. Știm în orice caz că fetele și femeile se pot dovedi cutezătoare și la fel de bune „gestionare” ale fricii lor ca băieții și bărbații: cunoaștem exemplul eroinei Pippi Șosețica, fetiță suedeză (vom vedea că nu-i o întîmplare) îndrăzneată și curajoasă⁵⁸. Totuși va fi interesant de văzut dacă evoluțiile sociale care au loc în Occident nu vor face ansamblul fetelor și femeilor, și nu doar cîteva cazuri izolate, mai puțin sensibile la frică: ne dăm întîlnire peste o jumătate de secol!

Așteptînd această scadență, unii cercetători au vrut deja să verifice dacă există o corelație între valorile sociale masculine și feminine, pe de o parte, și riscul de apariție al tulburărilor fobice, pe de alta. Într-adevăr, mulți psihosociologi cred că anumite culturi sînt mai mult masculine decât feminine și invers, așa cum este detaliat în tabelul următor. Și, de multă vreme, unii psihologi sînt convinși că o cultură machistă facilitează apariția fricilor de tip agorafob, adică împiedicînd autonomia persoanelor afectate⁵⁹. Admițînd - ceea ce se ignoră în realitate - că bărbații și femeile au aceleași înclinații biologice de a simți frică, o societate care îndeamnă femeile să rămîină în cămin și care le convinge că le este scris să fie temătoare „ar fabrica” mai multe femei agorafobe. Nu creînd maladia, ci îndemnînd insidios femeile să se împace cu ea și să i se supună.

Un foarte interesant studiu despre raportul între gradientul masculinitate/feminitate și agorafobie în diferite culturi a arătat următorul

aspect: cu cât cultura este mai marcată de valori masculine, cu atât frecvența simptomelor de agorafobie va fi mai însemnată: invers, cu cât cultura este mai impregnată de valori feminine, cu atât această frecvență va fi mai scăzută⁶⁰. În această vastă anchetă efectuată pe 5.491 de persoane din 11 țări (Franța nu a participat la ea), Japonia deținea rolul de campion al virilității și al frecvenței simptomelor de agorafobie, în vreme ce Suedia se situa pe primul loc în ceea ce privește feminitatea și avea cele mai slabe procente de agorafobie. Aceste rezultate ar încânta-o pe Pippi Șosețica: nu numai că ele arată că machismul este stupid, dar mai este și dăunător pentru sănătate...

Sexul culturilor poate influența apariția fricilor excesive și a fobiilor?

Caracteristici de culturi cu gradient puternic de masculinitate	Caracteristici de culturi cu gradient puternic de feminitate
Rolurile sexuale sînt clar diferențiate: femeile sînt presupuse a fi mai interesate de relațiile umane; în familie, tatăl se ocupă de fapte, mamele de sentimente; fetele plîng, băieții nu; băieții se pot bate, fetele ar lăsa o impresie proastă...	Rolurile sexuale sînt fluide: bărbații și femeile sînt interesați de relațiile umane; în familie, tatăl se ocupă și de sentimente, iar mamele și de fapte; băieții pot plînge, la fel ca fetele; și acestea au dreptul de a se bate, la fel ca băieții...
Valori dominante ale societății: succes și progrese materiale. Modelul băieților este tatăl, cel al fetelor, mama.	Valori dominante ale societății: respect față de celălalt și dezvoltare personală. Băieții și fetele pot alege drept model trăsături sau atitudini ale mamei și ale tatălui.
Mama are o poziție familială și socială inferioară tatălui.	Diferențele de rol sexual nu implică diferențe de putere socială.
Emanciparea femeilor înseamnă că ele pot accede la aceleași funcții sociale ca bărbații.	Emanciparea femeilor înseamnă că bărbații vor împărți și sarcinile casei, nu numai la muncă.

Pentru a concluziona asupra cauzelor fricilor și fobiilor

Înțelegerea dobîndirii fricilor excesive și a fobiilor urmează astăzi din ce în ce mai mult ceea ce se cheamă un model „bio-psiho-social”, adică integrînd cele trei dimensiuni:

- biologică: există, fără îndoială, predispoziții biologice de a simți frici foarte mari;
- psihologică: expresia acestor predispoziții va putea fi favorizată sau temperată prin stiluri educative, evenimente de viață, modele de mediu;
- socială: anumite culturi și societăți vor avea și ele un rol în evoluția tulburărilor.

Cercetarea cauzelor fobiilor este, aşadar, un vast şantier, în evoluţie constantă. Existenţa mecanismelor multiple trebuie să fie înţeleasă ca un lucru încurajator: această varietate lasă mai multe marje de manevră şi posibilităţi pentru a acţiona şi a opera schimbări. Cu atât cu cât cel mai important, după părerea mea, nu este ceea ce predispune la teama excesivă: factori înnăscuţi sau dobândiţi, odată devenit adult - şi în acel moment se pune, în general, problema schimbării, răul este făcut. Cel mai important este, pur şi simplu, să nu agravăm aceste predispoziţii prin greşeli de comportament. Înainte de a ne întreba apoi cum să ne schimbăm şi să ne eliberăm treptat de influenţa fricii. Aceste două puncte vor face obiectul următoarelor două capitole.

CAPITOLUL 3

Mecanismele fricilor şi fobiilor

Întrebarea cea mai importantă nu este: „De ce mi-e atât de frică?”, ci mai degrabă: „De ce îmi persistă teama? În ciuda tuturor eforturilor mele? În vreme ce ştiu foarte bine că este excesivă?”

Într-adevăr, marile noastre frici rămân, pur şi simplu, pentru că ne supunem lor. Ne supunem lor în comportamentele noastre: fugind. Şi le ascultăm în gândurile noastre: văzînd în jurul nostru numai pericole sau ameninţări. Teamă ne pune astfel inteligenţa sub influenţa ei. Din fericire, astăzi ştim cum să punem teama la locul ei.

„Şi acum, nu v-am spus că luaţi drept nebunie ceea ce nu este decît o acuitate accentuată a simţurilor?”

Edgar Allan Poe, Povestiri extraordinare

„După mai mulţi ani de viaţă de cuplu cu fobia mea, nu mai ştiam foarte clar cît îmi aparţinea mie şi cît îi aparţinea ei, ce era normal sau nu.

Este normal să preferăm să ne facem cumpărăturile la ore tîrzii, însă este mai puţin normal să fim total incapabili să le facem la ore aglomerate, pentru că ne este teamă să nu leşinăm din cauza tuturor oamenilor din jurul

nostru. Cum mi-era rușine de fricile mele, sfârșeam prin a nu mai vorbi despre ele, nici măcar apropiaților mei. Dintr-odată, îmi pierdeam din ce în ce mai mult reperele. Nu mai știam clar ce provenea din boală și ce provenea din personalitatea mea sau din alegerile mele de viață.

Și, mai ales, nu mai știam foarte bine ce trebuia să fac zilnic în fața temerilor mele. Dacă mă forțam să le înfrunt, asta mă îmbolnăvea și-mi trebuiau mai multe zile ca să-mi revin; și, de asemenea, aveam sentimentul că ieșeam și mai traumatizată din asta, de fiecare dată cu impresia că am scăpat ca prin minune de o catastrofă. Și dacă le evitam cu lașitate, mă simțeam nulă și fără valoare, asta însemna încă un eșec. Degeaba se spune, în ciuda anilor și obișnuinței, în pofida a ceea ce încercăm să ne facem să credem și să-i facem pe alții să creadă, nu scăpăm nici odată complet de aceste evitări constante, de această umilință pe care o reprezintă supunerea în fața fricilor proprii. Cel mai grav nu este numai să-ți fie frică, ci și să-ți fie rușine de tine. Și să nu înțelegi de ce nu reușești să te controlezi..."

Există multe obstacole pe drumul vindecării de fricile foarte mari.

Violența fricilor pe care o simțim, desigur, proastele obiceiuri pe care, puțin câte puțin, aceste frici le impun. Dar și o infimă cunoaștere a mecanismelor reale ale fricii, normale sau patologice. A înțelege cum „funcționează” fricile noastre excesive este un preambul fundamental pentru vindecarea lor. Contrar a ceea ce se crede uneori, fobiile n-au nimic misterios sau enigmatic. Degeaba sînt considerate „boli ale sufletului”, ele se supun acelorași legi ca multe alte maladii cronice, precum diabetul sau astmul. Am abordat deja subiectul ăsta în capitolul anterior.

Ca psihiatru, mi se întîmplă cu regularitate să lucrez cu confrăți medici în domeniul acestor boli precum hipertensiunea sau diabetul. De exemplu, în urmă cu cîțiva ani am colaborat cu pneumologi la studiul bolii astmatice. Am descoperit cu această ocazie că există școli de astm, menite să învețe pacienții și apropiații lor mecanisme ale acestei boli. Această educație dă roade în mod spectaculos: pacienții care beneficiază de ea sînt mai bine implicați în tratamentul lor și fac mai puține greșeli în viața de zi cu zi, în „gestionarea” cotidiană a maladiei lor.

Sînt convinși că este posibil să se procedeze la fel și cu persoanele fobice. Visez la o „școală a fobiei” care le-ar aduce aceleași beneficii ca școlile de

astm sau diabet: dedramatizare, destigmatizare, informare, explicare... În consultațiile mele, îmi fac întotdeauna timp să le explic pacienților mei mecanismele fricilor lor excesive cu scopul de a-i convinge să iasă din cercul vicios al vinovăției și al întrebărilor inutile („Sînt responsabil de ceea ce mi se întîmplă?") pentru a-i duce spre operațional („Ce pot face în viața de zi cu zi?").

Explicațiile sporesc întotdeauna implicația.

Ele permit lupta împotriva clișeeilor și stereotipurilor asociate cu fricile și fobiile: judecata morală a non-fobicilor asupra fobicilor este mereu insidios prezentă. S-a trecut, pur și simplu, de la judecăți explicite: „Fobiile înseamnă slăbiciune și lipsa curajului", la raționamente implicite: „Fobiile înseamnă o nevroză, sînt nevrotici, o roțiță nu funcționează bine în mintea lor".

Informarea și explicarea dau un sens și un motiv de a exista eforturilor pe care terapeuții le cer pacienților lor care suferă de frici foarte mari. Multă vreme, medicii și terapeuții s-au temut de pacienții care știau prea mult, considerînd că le complicau viața, Însă astăzi, și mai ales în acest domeniu foarte specific al fricilor patologice, știm că este preferabil să avem ceea ce numesc „pacienți experți", informați asupra tulburării lor, decît pacienți fără informații și fără repere. Niște pacienți avertizați sînt niște parteneri mai buni în lupta împotriva maladiei fobice. În prezent, nu ezităm să invităm membrii asociațiilor de pacienți să asiste la congresele noastre și să împărtășim cu ei cunoștințele pe care le-am dobîndit. Tot acest capitol nu este, așadar, numai știință, ci și o sursă de idei și informații pentru a începe munca de transformare personală...

Cele trei dimensiuni ale fricilor și fobiilor

Ați văzut o asemenea secvență în documentare animaliere.

Se lasă seara în savană. O gazelă se apropie de ochiul de apă ca să se răcorească. Peisajul este magnific: soarele sclipește roșiatic, umbrele dau relief peisajului, este o oră care invită la relaxare și seninătate. Însă gazela nu știe cu adevărat să se destindă. Ea bea supraveghind, totodată, în jurul ei. La cel mai mic zgomot, tresare, ridică brusc capul. Dacă i-am putea măsura bătăile inimii, nici o îndoială că ar fi accelerate. Nu vede același peisaj bucolic și senin ca privitorul: ea știe că punctele de apă, locurile de adunare

obligatorii ale tuturor animalelor din savană, însetate de căldura zilei, sînt frecventate și de leoaice la vînătoare, care vin să caute acolo nu doar de băut, ci și, mai ales, de mîncat. În spatele fiecărui tufiș care mișcă, gazela nu vede suflul brizei răcoritoare a serii, ci mișcarea unei sălbăticiuni ascunse. În spatele celui mai mic zgomot de ramuri care trosnesc, ea aude un prădător care se apropie. Toate simțurile îi sînt încordate la maximum, mușchii îi sînt tensionați, în permanență, este gata să o zbughească la fugă, într-o cavalcadă reflexă.

Ceea ce seamănă pentru dumneavoastră cu un peisaj de carte poștală, într-un moment liniștit - se lasă seara și vom bea o gură de apă ca să ne răcorim - este pentru ea momentul tuturor pericolelor. Ca de altfel numeroase alte momente din zi...

Această gazelă la ochiul de apă este persoana fobică în situațiile de care se teme: pericolul nu este încă prezent, însă el poate apărea în orice moment. Nu degeaba se vorbește de atac de panică pentru a desemna crizele acute de angoasă, după imaginea atacului pe care prădătorul îl efectuează asupra prăzii lui. Trei dimensiuni alcătuiesc în acest caz frica:

- emoțională (să nu mai simți în corp decît un sentiment opriment),
- psihologică (să nu mai vezi lumea decît ca pe un loc de pericole iminente)
- și comportamentală (să nu poți face nimic altceva decît să supraveghezi, pentru a fi gata să fugi).

Lupta împotriva fricilor excesive presupune înțelegerea și stăpînirea progresivă a celor trei dimensiuni.

Într-o primă fază, va trebui să luptăm împotriva fricii comportamentale: să înțelegem din ce se compune și să începem să ne confruntăm cu situațiile de care ne temem. Chiar dacă vom continua să credem că există un pericol și să ne temem de această situație. Înțelegîndu-ne fricile comportamentale, și mai ales cum să le înfruntăm, ne mărim libertatea de mișcare.

Într-o a doua fază, repetarea acestor confruntări ne va ajuta să ne schimbăm viziunea asupra lumii: gîndindu-ne la asta, la calm, dar și la urmarea confruntărilor noastre constante, ne vom da seama că percepția asupra situațiilor angoasante poate fi modificată treptat. Înțelegîndu-ne fricile psihologice, și cum să le modificăm, ne sporim luciditatea.

În sfârșit, abia într-o a treia fază, practica repetată a confruntărilor cu situațiile și regîndirea certitudinilor noastre fobice va „uza”, puțin cîte puțin, reacția emoțională de frică, precum o alergie care se desensibilizează. Înțelegîndu-ne emoțiile de frică, și cum să le „obosim”, ajungem la o pace interioară și la confortul unei vieți fără frici excesive.

Mecanisme comportamentale: fuga care agravează

„În fazele acute al fobiei mele, devenisem o expertă a fugii și a evitării, o campioană a eschivării, regina scuzelor false și a pretextului confuz. Toate astea pentru a nu-mi asuma riscul de a mă găsi într-o situație care urma să-mi declanșeze un atac de panică, de genul invitației la o masă mondenă (nu suportam să mă simt blocată), la o serată la etajul 36 al unui bloc-turn (imposibil să iau liftul), să zbor cu avionul spre o destinație de vacanță (încep să simt că mor de îndată ce se închid ușile)... Nu mai era nimic spontan în viața mea, decît calcul, anticipare. Aveam un calendar în minte, cu previziunile tuturor situațiilor, cele care ar fi ușoare, cele care ar necesita aptitudini sportive.... La sfârșit, mă simțeam jalnică, mîhnită, epuizată. Și fricile mele se agravau. Evitarea nu-mi aducea decît o pace tranzitorie, de altfel plătită cu prețul libertății de mișcare și al demnității mele. Pentru că viața nu înceta să mă pună la încercare...” Această mărturie îi aparține lui Iris, una dintre pacientele mele care suferea de agorafobie cu atacuri de panică.

► Evitățile: logice, dar toxice

Evitățile fobice sînt, de departe, cel mai bun mijloc de a menține frica. Fără să vrea, fără să știe, majoritatea pacienților fobici sînt artizanii longevității fricii lor.

Deoarece sînt foarte sensibili, și ca urmare a violenței temerilor resimțite, pacienții fobici au, foarte logic, tendința de a fugi sau de a evita situațiile care le provoacă frică. Ei își organizează viața cotidiană astfel încît să prevină orice situație de risc care i-ar putea panica. Evitățile sînt, așadar, în centrul fobiei înseși.

Comportamentele de evadare (prin fugă) sau de evitare (prin strategii anticipatorii de neconfruntare), care permit diminuarea angoasei, vor întări frica și vor fi reutilizate data viitoare etc. Bucla este atunci închisă și, iremediabil, tulburarea fobică este autoîntreținută, asemănător oarecum unei

dependențe de alcool sau de un alt drog. Evitarea induce o ușurare de moment, însă menține pacientul într-o dependență anxioasă față de conduitele lui de evitare: fobicul este într-o oarecare măsură „dependent” de fugă...

► Geniul evitării

La fel ca Iris, mai toți pacienții care suferă de frici foarte mari sînt constrînși - chestiune de supraviețuire - să devină experți ai evitării.

Aceste evitări pot fi de mai multe tipuri:

- Evitarea situațiilor: de exemplu, nu trece prin locuri în care există porumbei, nu ia cuvîntul în public, nu ia metroul. Persoana fobică își organizează astfel viața în jurul evitării a numeroase situații. Pentru a justifica anturajului constrîngerile care decurg din temerile sale, ea face adesea apel la raționalizări: „Nu-mi place să trec prin cartierul ăsta, fiindcă e urît”, „Nu mă duc la serate, pentru că nu se spune nimic interesant acolo”, „E prea cald în metrou și miroase urît”.

- Evitări de imagini, de cuvinte, de gînduri: evită să se gîndească la declanșatorii fricii, să se uite la fotografii, filme, să asculte conversații sau să citească articole și cărți... Din păcate, numeroase lucrări au arătat că alungarea gîndurilor neplăcute nu face decît să le mărească puterea angoasantă⁶¹. Este unul dintre paradoxurile gîndirii fobice (și, în general, al tuturor bolilor anxioase): pacienții au impresia că „nu se gîndesc decît la asta”. Însă, în realitate, nu se gîndesc la asta și alungă gîndurile îngrijorătoare de îndată ce apar în loc să le înfrunte pînă la capăt. Modul acesta de acțiune poate alina persoane non-fobice, însă nu are efect în cazul fricilor intense și maladive.

- Evitări de senzații: nu aleargă, ca să nu-și simtă inima bătînd, nu poartă guler strîns ori cravată, pentru a nu simți că se sufocă. Chiar și în acest caz, diverse lucrări experimentale au demonstrat această tendință și problemele care rezultă din ea. Într-unui dintre aceste studii, niște voluntari erau puși să respire aer îmbogățit cu gaz carbonic. Li se explica faptul că inhalarea de aer modificat urma să provoace senzații fizice neplăcute: accelerarea ritmului cardiac, transpirație, jenă la respirat... Jumătate dintre ei au fost sfătuiți să încerce să nu se gîndească la aceste senzații și să facă totul pentru ca restul persoanelor din încăpere să nu poată remarca nimic din indispoziția lor.

Celorlalți voluntari li s-a recomandat exact invers: să observe ceea ce urmau să simtă fizic, să nu caute nici să controleze, nici să disimuleze senzațiile. Persoanele care obișnuiau să fugă de senzațiile lor fizice (de obicei, cele mai anxioase) și care fuseseră sfătuite să evite să se gîndească la senzațiile lor pe durata studiului au fost mai stresate decît cele care fuseseră îndemnate să „se lase în voia sentimentelor”⁶². Încercarea de a nu se gîndi la senzațiile lor fizice nu putea fi recomandată decît persoanelor puțin emotive și puțin anxioase...

► **Evitări subtile care te ajută să supraviețuiești, dar nu să trăiești mai bine și nici să învingi frica**

Evitățile pot fi și evenimente subtile: chiar dacă se acceptă un stadiu grav de handicap social, evitarea anumitor situații nu este întotdeauna ușoară. Astfel, mulți dintre pacienții fobici se confruntă cu asta în anumite condiții. Fie se descurcă și confruntarea este incompletă: nu înfruntă ceea ce le provoacă frică, încearcă să se gîndească la altceva, să nu se remarce în situațiile sociale, să meargă la cumpărături la ore tîrzii etc. Fie utilizează strategii numite „contrafobice” pentru a-și înfrunta fricile apelînd la un ajutor: iau mai întîi tranchilizante (și au întotdeauna așa ceva în buzunar), sînt însoțiți de cineva etc. Însă oricît de subtili ar fi, manevrele lor sînt tot evitări, iar rolul lor toxic și autoagravant rămîne același.

Adesea, aceste evitări subtile sînt inconștiente chiar în ochii persoanei fobice, care le confundă cu niște preferințe: se transformă astfel ceva ce este suportat într-o pseudoalegere de viață. „Nu-mi plac weekendurile la țară”, în loc de: „Mi-e o teamă groaznică de insecte”. „Nu-mi place să mă așez pe locurile din metrou care sînt față-n față, e prea înghesuit” în loc de „Nu mă simt bine atunci cînd sînt privit de aproape”. „Este mai plăcut să-ți faci cumpărăturile la ore tîrzii” în loc de „Mă panichez cînd trebuie să aștept la o coadă”.

S-a arătat experimental acest rol toxic al evităților „subtile”: pacienți zoofobi erau puși față-n față, timp de aproximativ o oră, cu animalele lor anxiogene (o tarantulă, un piton și un șobolan, toți în cuști de sticlă la înălțimea ochilor). Dacă, în timpul expunerii, se oferea o distracție pacienților, teama lor se diminua, paradoxal, după mai puțin de o oră decît dacă n-ar fi fost distrași⁶³. Adică evitarea subtilă reprezentată de distracție a

dovedit că obișnuirea cu stimulul fobic era mai puțin eficientă. Însă acest lucru depinde și de intensitatea fricilor: în cazul pacienților foarte anxioși, distracția va putea fi necesară și chiar relativ eficientă pentru diminuarea fricii în primele etape ale confruntărilor⁶⁴. Dar va trebui, la un moment dat, să se debaraseze de ea și să-și confrunte „temeinic” temerile.

► Evitarea evitării...

Deși comprehensibile, toate aceste evitări reprezintă una dintre principalele probleme ale fobiilor, pentru că mențin frica intactă. Atâta vreme cât persoana evită să se confrunte cu declanșatorul fricii, chiar în mod subtil, anxietatea ei nu poate scădea pe termen lung.

De exemplu, printre subiecții panicarzi, cei care sînt agorafobi (evitînd să se găsească departe de locurile în care se simt în siguranță) sînt și cei a căror evoluție spontană va fi cea mai invalidantă și care vor fi cel mai dificil de tratat: evitățile lor le cronicizează boala. La fel, subiecții fobici social, cei care au o personalitate evitantă, adică cei care „ascultă” de fobia lor încetînd să mai lupte și rîrindu-și contactele sociale (sub o întreagă pleiadă de proteste precum „oamenii sînt înșelători”, „conversațiile mă plictisesc”), sînt mai dificil de tratat.

Ansamblul evitărilor fobice va reprezenta, așadar, ținta privilegiată a eforturilor persoanelor fobice: nu este posibilă vindecarea de o teamă excesivă fără confruntare. Însă această confruntare trebuie să se facă după reguli foarte clare, permițînd ceea ce se numește o „desensibilizare” de frică, stare care, puțin cîte puțin, se dezactivează. Este ceea ce se cheamă și o „obișnuință”.

În schimb, dacă regulile acestea nu sînt respectate, există un mare risc de „sensibilizare”: teama crește treptat, pe măsura contactelor. Abordăm aceste reguli în capitolul următor.

Mulțumită acestor eforturi de confruntare, costisitoare emoțional și care necesită adesea susținerea unui terapeut, descoperim, puțin cîte puțin, că pericolele de care ne temeam nu există. Însă descoperim prin experiența pe teren, înfruntînd emoția fricii, și nu în mod calm, la distanță de pericol. Această diferență este fundamentală, vom vedea, pentru a ne „convinge” creierul emoțional, asemănător cumva Sfîntului Toma, care nu credea decît ce vedea. Dacă trebuie să ne confruntăm pentru a ne încredința că nu există

nici un pericol, nu o facem pentru a ne convinge rațiunea sau inteligența: ele o știu foarte bine. Toți fobicii știu că fricile lor sînt, dacă nu imagine, cel puțin excesive. Dacă trebuie să ne confruntăm, o facem pentru că a trăi absența catastrofei în timpul confruntărilor are un impact infinit mai puternic decît a ne imagina pur și simplu. Creierul nostru emoțional este un sceptic: îi trebuie nu numai argumente, ci și dovezi...

Totuși, nu este suficient să ne forțăm, pur și simplu, să acceptăm confruntarea: trebuie în egală măsură să ne schimbăm percepția asupra lumii și a pericolelor pe care le poate ascunde. Or în această privință viziunea despre lume a fobicilor este cu precădere problematică...

Mecanisme psihologice: frica are ochii mari

„Frica are ochii mari”, spune un proverb rus.

Acești ochi mari ai fobicilor au totodată o funcție de telescop: reperează pericolele de foarte - prea - departe, și de lupă, adică de microscop: detectează cele mai mici detalii, chit că-și pierde capacitățile de distanțare. Sînt și foarte lucizi: văd cu larghețe dincolo de fapte și nu ezită să extrapoleze și să anticipeze cele mai rele consecințe inimaginabile ale situațiilor.

Astfel, invitat la o serată, un fobic social va începe să se gîndească la ea cu mai multe săptămîni dinainte. Odată ziua venită, va scruta chipurile persoanelor prezente, pentru a detecta cel mai mic semn de dispreț sau agresivitate. Și se va teme să ia cuvîntul sau să-și dea cu părerea, gîndindu-se că ar putea părea iremediabil și total ridicol dacă va avea înconștiența să riște.

Lucrările moderne despre modul în care fobicii își percep mediul au arătat că:

- atenția lor este focalizată în mod patologic pe fricile lor: nu-și privesc mediul, îl supraveghează;
- în cazul în care au o îndoială, preferă să tragă semnalul de alarmă: mai bine să le fie frică degeaba decît să le fie frică prea tîrziu;
- își construiesc în permanență scenarii catastrofale: pentru a se proteja, e mai bine să anticipeze ce-i mai rău și chiar să-1 amplifice;
- se îneacă în senzațiile lor de frică.

Aceste fenomene psihologice se derulează în mod automat, involuntar și, uneori, chiar inconștient. Chiar dacă apariția lor nu poate fi împiedicată, este necesar să le cunoaștem, pentru a nu fi total neștiutori, ceea ce va lua un pic mai mult timp.

► „Nu privesc, supraveghez”

Persoanele fobice sînt, în general, foarte vigilente față de tot ceea ce poate evoca un stimul fobogen și dispun de o capacitate crescută de a extrage aceste informații anxiogene din context: într-o încăpere, un arahnofob va repera cea mai mică pînză de păianjen mult mai repede ca oricine altcineva. În public, fobicii sociali vor căuta imediat care figuri sînt simpatice (nu vor trebui să prevadă pericolul venind a priori de la ei) sau care dovedesc o însușire de a scruta, agresa, ironiza (va fi mai bine să se depărteze de ei și să se țină la distanță, supraveghindu-i, totodată, cu coada ochiului).

Însă se pare că vigilența sporită se îndreaptă în egală măsură asupra percepțiilor inconștiente. De exemplu, prezentînd fobicilor de șerpi imagini cu reptile pe un ecran, mascate foarte rapid de imagini neutre, ca de exemplu niște flori, ne dăm seama că reacția lor fiziologică de stres, măsurată în mod obiectiv de înroșirea cutanată, este echivalentă celei pe care o prezintă la imaginea uneia nemascate⁶⁵. Creierul lor emoțional a „văzut” șarpele și a tras semnalul de alarmă. Același tip de experiment a fost efectuat pe fobici sociali⁶⁶: stimulul subliminal utilizat era de această dată reprezentat de chipuri umane manifestînd expresii faciale variate. Cînd expresiile chipurilor subliminale erau ostile, ele perturbau reacția subiecților la test pe ecran, în vreme ce expresiile neutre sau amicale nu aveau acest efect. Reacțiile de frică sînt, așadar, alimentate de percepții care nu sînt conștiente: de aceea, persoanele fobice pot uneori să se simtă rău fără un motiv clar înainte de a descoperi sursa acestei stări.

Problema este că vigilența aceasta accentuată și automată sporește și durata indispoziției, pentru că, odată reperat pericolul, și dacă nu pot fugi de el, fobicii preferă să întoarcă privirea: este prea obositor⁶⁷. Însă nu pot nici să întoarcă spatele acestui pericol detectat... De aici și un disconfort notabil și mișcări de du-te-vino neîncetate între supraveghere și evitări vizuale, cu aceste trei secvențe clasice: „1) Îmi petrec timpul cercetînd de unde ar putea

veni pericolul. 2) Odată detectat pericolul, este prea înspăimântător și prea obositor să-mi concentrez atenția asupra acestei orori. 3) Nu trebuie totuși să-mi întorc prea mult atenția de la ceea ce îmi provoacă frică, pentru că asta ar putea fi periculos. 4) În sfârșit, cea mai bună soluție ar fi totuși să fug, pentru a nu trebui să suport această dilemă".

De dragul anecdotei, o echipă engleză a condus recent un studiu cu păianjeni adevărați - tarantule - introduși într-un borcan în apropierea persoanelor fobice voluntare. Timpul pe care-l petreceau privind tarantulele depindea de poziția păianjenilor în încăpere: dacă animalul se afla departe de ușa de ieșire, subiecții evitau să-l privească; dacă era pe drumul spre ieșire, nu se puteau împiedica să-l privească⁶⁸. De unde și expresia „hipnotizat de frică"... Să recapitulăm:

- Subiectul fobic nu se poate abține să-și „scaneze" mediul în căutarea a ceea ce-i produce frică, pentru a ști dacă este în siguranță sau nu (la fobici, există doar două zone: pericol sau siguranță). Pentru el, nu există decât două chestiuni importante. Prezența unui pericol? Sosind într-o casă, fobicul de pisici vede imediat urmele de gheare pe fotoliile salonului sau castronul pe jos în bucătărie. Prezența soluțiilor? Claustrofobul reperează foarte repede, de îndată ce intră într-o încăpere, problemele de siguranță, sistemele de închidere ale ușilor și ferestrelor...

Ca expert în frica lui, el detectează, înaintea oricui, prezența unei eventuale probleme.

În acest caz, este sfîșiat între nevoia de a nu privi (fiindcă ar fi dureros) și cea de a privi (pentru că ar fi periculos să nu supravegheze).

Pe scurt, viața lui este foarte complicată și, în acest caz, preferă să părăsească împrejurimile.

► „Nu se știe nici odată..."

Datorită sentimentului său de extremă vulnerabilitate în fața a ceea ce-i provoacă teamă, fobicul se simte constrîns să fie vigilent în fața unui mediu de unde pericolele pot apărea în orice clipă, cu riscul de a se epuiza din cauza acestei vigilențe anxioase. Și, de asemenea, cu riscul de a declanșa alarme false. Pentru că este ca un pîndar convins de pericolozitatea și sălbăticia inamicului: preferă să tragă semnalul de alarmă la cea mai mică umbră de îndoială.

Cercetările au arătat în cazul fricilor foarte mari o tendință de a interpreta stimulările în mod negativ. La fobicii sociali, de exemplu⁶⁹: dacă sînt puși să completeze un chestionar care le descrie situații „ambigue” de tot felul (adică lăsînd loc unei interpretări personale, pozitive sau negative), acești pacienți nu le interpretează negativ decît dacă e vorba despre situații sociale (prieteni invitați la cină pleacă mai devreme decît e prevăzut), însă nu și dacă e vorba despre situații non-sociale (primirea unei scrisori recomandate).

Stimulii „ambigui” sînt numeroși în viața cotidiană și vor fi întotdeauna interpretați negativ de fobici: un animal care stă nemișcat pentru zoofob („își pregătește atacul și se va arunca asupra mea prin surprindere”), un zîmbet pentru fobicul social („probabil că inspir milă sau dispreț”), o palpitație cardiacă un pic mai puternică pentru panicard („asta este, de data asta e un infarct”)... !

Consecința practică este că fobicii au uneori dreptate în fața celorlalți, dar că se înșală foarte des. De exemplu, la fobicii sociali: dacă trebuie să recunoască repede expresiile feței, din poze rapid prezentate⁷⁰, nu vor rata aproape nici o față ostilă (fără „negative false”), dar se și pot înșela clasificînd drept ostile fețe recunoscute ca neutre de către experimenterii și subiecții non-fobici sociali (multe „pozitive false”). Această tendință de interpretare negativă este, poate, utilă supraviețuirii, însă nu și pentru calitatea vieții. Nu este mai bine să te îndoiești mai puțin și să-ți asumi riscurile greșelii decît să zăvorăști toate aceste riscuri, dar să nu te mai bucuri deloc de viață?

Din păcate, fobicii au de multe ori sentimentul că renunțarea la hipervigilența lor îi pune în pericol. Este adesea fals, însă nu întotdeauna. Cine-mi poate garanta că persoana pe care am vindecat-o de fobia ei de cîini nu va fi din nou mușcată într-o zi? Eu, care nu am fobie de cîini, am fost mușcat în mai multe rînduri. Aș fi putut să evit asta dacă aș fi fost fobic. Însă în cele din urmă cred că o posibilă mușcătură în viață este un disconfort mai mic decît o teamă obsedantă și fuga în fața oricărui cățelandru care se apropie. Am avut șansa să ajung singur la acest raționament, pentru că amigdala mea cerebrală mi-a „permis-o”. În caz contrar, ar fi trebuit să fac terapie ca să reușesc.

Pentru aceleași motive - „e mai bine să-ți faci griji inutile decât prea puține” - fobicii au în egală măsură tendința să perceapă lucrurile în mod dihotomic, adică să le repartizeze în două - și numai două - categorii extreme: siguranță sau pericol. Acest raționament de tip „totul sau nimic” îi împiedică să introducă nuanțe în percepția lor despre mediul înconjurător fobogen. Cineva cu fobie de câini va percepe toți câinii ca pe niște potențiali atacatori care-l vor mușca, pe când un non-fobic va fi capabil să facă diferența între un câine agresiv (urechile lăsate pe spate, colții la vedere, mîrîituri) și un câine neamenințător. În ceea ce-l privește, unui panicard agorafob îi va fi greu să admită că bruștele bății de inimă sînt, poate, datorate unui mers un pic mai grăbit sau unui consum excesiv de cafea, și nu unui iminent infarct miocardic. De aceea este necesar să ne formăm o percepție flexibilă a gradului de pericol al situațiilor. Între „e prea riscant” al fobicului și „nu riști nimic” al anturajului său, convingere versus convingere, terapeutul încearcă să propună un discurs nuanțat: „Putem vedea pericolul venind și învăța să-i facem față”.

► „Îmi creez scenarii înspăimîntătoare”

„Am o fobie îngrozitoare de înălțimi. Evident, nu se pune problema să-mi petrec vacanțele la schi sau la munte, sau să trec peste un viaduct, însă m-am obișnuit cu asta. Problema este că pînă și balcoanele sau ferestrele de la etaj mă îmbolnăvesc. Chiar privindu-i pe ceilalți apropiindu-se simt frică. Cel mai rău și mai rău este atunci când fiica mea se apropie de un balcon: instantaneu, o văd răsturnîndu-se în gol, căzînd și murind. Se întîmplă atît de repede, încît aproape mi-o imaginez în sicriu...”

„Anticipez, interpretez, amplific” este într-o oarecare măsură deviza psihologică a persoanelor fobice. Aceste tendințe fac atît de mult parte din peisajul lor mental, încît ajung să nu mai atragă atenția. Totuși, această forță extremă a imaginației lor trebuie să constituie pentru ele un obiect de vigilență. Deoarece ele nici măcar nu trebuie să „vadă” obiectul fricii lor pentru a se simți rău. Într-adevăr, majoritatea studiilor despre percepțiile fobice sînt efectuate pe stimulări vizuale, deoarece se crede că imaginea este cel mai puternic declanșator al fricii. Însă poate nu-i atît de evident. Un studiu asupra arahnofobilor a vrut să cerceteze dacă un stimul vizual (o imagine de păianjen) putea reprezenta un mai bun imbold pentru subiecții

fobiei decât un stimul lingvistic (cuvîntul „păianjen”). În realitate, contrar așteptărilor cercetătorilor, mai mult cuvîntul decât imaginea ar genera perturbarea cea mai importantă⁷¹. Ceea ce confirmă rolul major al reprezentărilor mentale, adică al imaginației, în fobii: probabil cuvîntul păianjen, în lipsa altor informații, evocă imediat la un fobic un păianjen enorm, negru, păros, prevăzut cu labe musculoase cu gheare, plin de forță și gata să sară pe tot ce mișcă... Mult mai înspăimîntător ca orice altă imagine de arahnidă pe un ecran!

► „Mă înec în mine însumi”

Persoanele fobice au tendința să-și concentreze atenția asupra propriei persoane, datorită mai ales intensității emoțiilor lor supărătoare. Apărîndu-și corpul, ele sînt mai atente la răul lor interior decât la situația exterioară. În urma unui dialog cu celălalt, persoanele suferind de puternice frici sociale și-au amintit mult mai puține detalii despre acest dialog decât persoanele cu frici sociale scăzute: în timpul discuției, esențialul energiei lor mentale era orientat spre autosupraveghere și consacrat disimulării durerii lor⁷².

Ele sînt în egală măsură victime a ceea ce numim raționament emoțional, care are rolul să judece pericolozitatea situației în funcție de reacțiile lor emoționale. Dacă inima mea bate puternic înseamnă că există un pericol. Dacă mă simt rău înseamnă că îmi este rău etc.

Această tendință spre raționamentul emoțional este prezentă la copil⁷³, dar și la adult⁷⁴. Ea sfîrșește într-o interpretare non-critică a propriilor lui senzații fizice ca semnale valide ale pericolului: într-o oarecare măsură, se încrede orbește în frica lui. Pentru că alarma s-a declanșat, credem că pericolul există cu adevărat. Or, în fobii, această alarmă este puternic dereglată...

Din această cauză, gîndurile legate de teamă, automate și foarte rapide, pot conduce, în anumite cazuri, la o veritabilă spirală a panicii: fobicul începe să se simtă rău fizic (palpitații cardiace, senzații de vertij, mică jenă respiratorie și nevoia de a suspina sau orice alt semn fizic). În acel moment, el interpretează aceste semne ca pe o amenințare („o să mi se întîmple ceva”), ceea ce-i amplifică și mai mult frica și agravează manifestările pe care începe să le supravegheze atent: concentrîndu-se astfel asupra lor, le percepe și mai clar, iar acest lucru îl interpretează ca pe o agravare a lor („de

curînd, le simt din ce în ce mai mult, nu încap în doială, s-a agravat, e semn rău") sau ca pe o creștere a angoasei, pînă la panică.

► **Inteligență sub influență: putem acționa?**

Toate aceste procese sînt numite „preatenționale”, deoarece nu depind de voința persoanei. Tind să declanșeze alarme adesea inutile și sînt obositoare pentru subiect. Fac ele parte din cauzele sau din consecințele fricilor foarte mari? Nu se știe, însă se pot ameliora. Anumite lucrări au scos în evidență efectul benefic al psihoterapiilor adaptate asupra acestor perturbări atenționale: s-a arătat că, după o ședință de terapie comportamentală prin expunere, subiecții erau semnificativ mai puțin perturbați de stimuli fobogeni subliminali⁷⁵.

Nu este vorba de a exercita un control total asupra acestor procese: n-ar fi de dorit, nici posibil. Avînd în vedere că ele reprezintă într-o oarecare măsură detectorii alarmei care este frica, este foarte util să fie sensibile, dar nu excesiv de sensibile: trebuie să le putem regla corect, în funcție de circumstanțele vieții, normale sau excepționale. Trebuie să reglez la o valoare ridicată software-ul meu pentru teama de animale în anumite circumstanțe - dacă merg în jungla amazoniană - și să-l reglez la o valoare scăzută în altele - dacă mă plimb pe o cîmpie liniștită.

Or sistemul de alarmă care este frica este prea rigid în fobii: mereu reglat la maximum. Vom încerca atunci în cadrul terapiei să învățăm pacientul să moduleze toate astea prin intermediul tehnicilor psihologice specifice. Pe de-o parte, forțîndu-se să-și înfrunte mai mult declanșatorii fricii și să supravegheze mediul înconjurător mai puțin sistematic. Și, pe de altă parte, învățînd să-și moduleze interpretările automate. Nu este ușor, deoarece capacitățile de raționament ale persoanelor fobice se află sub puternica influență a proceselor lor emoționale: inteligența noastră emoțională este astfel influențată. Urmează să vedem de ce. Și de asemenea cum, alături de eforturile comportamentale și al distanțelor psihologice, trebuie să intre în scenă un al treilea tip de acțiune,: asupra emoțiilor de data aceasta...

Mecanisme emoționale: putem scăpa de psihobiologia fricii?

„În aceste momente, sînt ca o nebună.”

„Mi-e teamă să nu fac cine știe ce sub impulsul emoției.”

„Corpul și inteligența mea nu mă mai ascultă, sînt la fel ca șoferul unei mașini la care nici volanul și nici frînele nu funcționează: am pierdut controlul.”

„Mă simt deplorabil, paralizată, incapabilă să acționez sau să decid, ca un iepure încremenit înaintea farurilor unei mașini, care urmează să fie zdrobit, fiindcă nu mai reușește nici să avanseze, nici să se retragă.”

Toate persoanele care au simțit mușcătura fricii pot descrie perfect intensitatea dimensiunii ei emoționale. Și subiecții fobici, care o simt constant, pot, de asemenea, povesti pînă în ce punct această activare emoțională este deopotrivă stînjenitoare, dificil de controlat și invalidantă. Un fobic își poate controla un atac de panică la fel de „ușor” cum își calmează un alergic o criză de astm... Motivul acestui lucru este simplu: reacția de frică se bazează pe o realitate biologică de o mare forță. Există un centru cerebral al fricii, o zonă a creierului numită „amigdală cerebrală”. Acest apelativ vine din latinescul amygdalus: migdală, datorită formei alungite a acestei regiuni². Amigdala este cea care decide să declanșeze această reacție de frică. În condiții normale, funcționarea ei este reglată de structuri cerebrale vecine, avînd totodată rolul de a filtra informațiile care vor fi evaluate ca necesitînd, sau nu, o reacție de frică, pentru ca ea să nu fie contraproductivă: dacă este prea intensă, nu va dicta cele mai bune alegeri în fața pericolului.

S-a demonstrat rolul amigdalei în diferite feluri. La animalele de laborator, dacă se lezează sau se anesteziază această regiune precisă, comportamentele lor de frică se modifică în mod considerabil. Prin astfel de metode dispăre teama de șerpi la maimuțe, care încep să se apropie și să atingă reptile fără teamă. Se pare că însăși memoria fricii este alterată. Dacă maimuțele acestea erau mușcate de șerpi, se întorceau totuși să-i examineze de aproape. La șobolan, teama de pisică dispăre: șobolanii cu amigdala lezată se apropie fără grijă de pisici și îndrăznesc să le muște de ureche, ceea ce le-ar provoca probleme grave în natură. Să precizăm că pisicile au fost anesteziate în prealabil, altfel testul n-ar fi putut avea loc! În schimb,

² Voi vorbi despre amigdala cerebrală la singular, deși există două, una în fiecare emisferă cerebrală. Se știe, de asemenea, că ambele amigdale se descompun în mai multe nuclee, avînd fiecare o funcție precisă. Însă aceste detalii nu sunt indispensabile aici: pentru cititorii interesați, a se vedea lucrarea de referință a lui Joseph LeDoux, Psychobiologie de la personnalité, citată în bibliografie (n.a.).

stimularea prin electrod a acestei regiuni a amigdalei cerebrale induce reacții de frică exagerată la animale, chiar în lipsa oricărui pericol sau a oricărui context ce evocă un pericol...

► **Circuitul cerebral al fricii: scenariu biologic al unei secvențe de spaimă**

Circuitul cerebral al fricii este în prezent destul de bine cunoscut în linii mari.

Se știe deja de mulți ani că există sub cortexul nostru - zonă de aptitudini mentale complexe, mai ales în partea ei frontală - un creier emoțional ceva mai primitiv, pe care-l împărțim cu animalele. Când punem fobici față-n față cu obiectul temerii lor, observăm o creștere foarte semnificativă a debitului sangvin la nivelul acestei părți a creierului, sediul activării emoționale⁷⁶. Cum să descriem mai simplu acest circuit cerebral al fricii?

Organele noastre senzoriale (de vedere, auz, miros...) primesc informații de la mediul înconjurător, semnalînd prezența sau posibilitatea unui pericol: de exemplu, un șarpe sau o creangă pe sol semănînd cu un șarpe.

Aceste informații vor activa amigdala cerebrală, care declanșează o primă alarmă corporală sub forma unei reacții de vigilență, de tresărire, de încordare.

Apoi relevanța acestei alarme este evaluată de diverse structuri cerebrale vecine cu amigdala, implicate în „circuitul fricii”, mai precis hipocampusul, zonă care aparține creierului emoțional, acționînd în afara voinței noastre, și cortexul prefrontal, care acționează în parte - în parte numai - în funcție de voința noastră.

Nucleul cerebral numit „hipocampus” joacă, între altele, rolul unui comparator cu experiențele noastre trecute: „Am întîlnit deja această situație, asta mi-a provocat probleme serioase.” Hipocampusul este și el capabil să țină seama de contextul din jurul obiectului fricii: de exemplu, un leu în cușcă ne provoacă în mod discret un frison de frică (amigdala declanșează totuși o mică reacție de alarmă), însă faptul că se află în cușcă ne înfrînează frica. Fobiciile nu pot beneficia de această frînare contextuală: pentru ei, toate stimulările fobice sînt luate în serios, și în cel mai strict sens al cuvîntului. Contextul nu joacă decît un rol minor: de exemplu, frica din

fobiile sociale severe poate apărea chiar cu prieteni sau apropiați dacă privirile și atenția se găsesc ațintite asupra lor.

Cît despre cortexul prefrontal, acesta funcționează ca regulator al reacțiilor automate de frică. El este cel care trebuie să integreze toate informațiile senzoriale, emoționale, culturale, personale... pentru a alcătui pe baza lor un plan de acțiune adaptat nevoilor și contextului situației întâlnite³.

Să revenim la exemplul cu șarpele sau al siluetei șarpelui, zărit pe sol în timpul unei plimbări. Ochii noștri reperează silueta: „Formă sinusoidală pe sol, întunecată, aparent nemișcată”.

Ei transmit informația amigdalei noastre cerebrale, care trage un prim semnal de alarmă: „Atenție, atenție, formă suspectă!” și declanșează chiar o procedură inițială de supraviețuire: „Nu mai mișc!” Hipocampul caută atunci rapid în stocul nostru de amintiri: „Această formă este stocată în memoria mea colectivă sau personală ca sursă de pericol?” În acest timp, cortexul prefrontal încearcă să ia comanda operațiunilor: „Continuați să mă țineți la curent, dar apropiindu-mă încet ca să privesc, o să văd, într-adevăr, despre ce e vorba fără să-mi asum riscuri exagerate”.

Dacă, dintr-un motiv sau altul, aceste două structuri, hipocamp sau cortex prefrontal, nu frînează alarma declanșată de amigdală, atunci teama nu mai cunoaște bariere și se instalează panica: vom fugi în fața unei năpîrci inofensive sau a unui simplu capăt de lemn. Sau, dacă există - ceea ce se poate întîmpla - un pericol real, vom fi înspăimîntați la vederea unei vipere care fuge și ne vom impune, drept urmare, constrîngerii și mai mari: „De acum înainte, copiii mei nu vor mai face plimbări prin pădure, e prea periculos”. Și, din păcate, cu cît panica sau începuturile de panică se repetă, mai exact cu cît fobia rămîne mai mult timp la comanda comportamentului cotidian, cu atît acest circuit biologic al fricii se întărește și devine funcțional. Crizele de frică se pot declanșa astfel singure, în mod aparent absurd, asemenea unui program nebun care s-ar derula singur pe ecranul

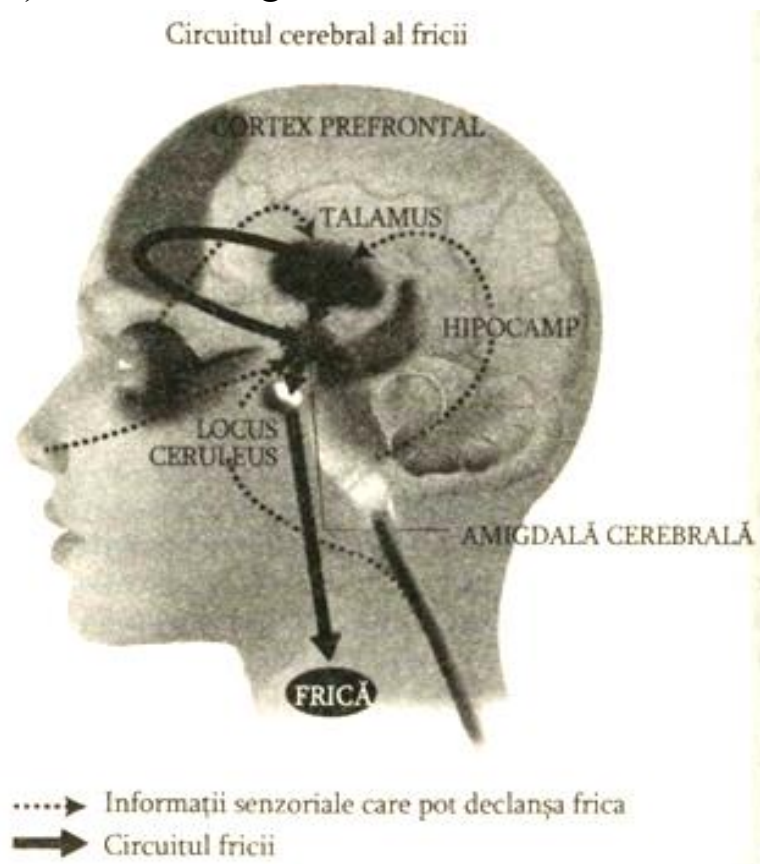
³ Evident, datele de anatomie funcțională pe care le ofer aici sunt foarte simplificate. Cunoștințele științifice actuale ne permit să presupunem un circuit și mai complex: anumite informații senzoriale, mai ales vizuale și auditive, suferă un prim tratament de la talamus, o zonă centrală a creierului; există două circuite cerebrale capabile să declanșeze alarma de frică, unul scurt între talamus și amigdală, și unul lung în care cortexul se interpune între aceste două structuri; există și alte părți ale creierului implicate, precum nucleul ventral al striatiei terminale, care ar asigura într-o oarecare măsură trecerea de la frică la anxietate, sau locus ceruleus, care se supune ordinelor amigdalei și declanșează reacțiile fizice de frică în organism... Vă trimit din nou la cartea lui Joseph LeDoux, *Psychobiologie de la personnalité*, și, de asemenea, la site-ul lui, găzduit de Centrul de Neuroștiințe al Universității din New York: cns.nyu.edu/home/ledoux (n.a.).

calculatorului dumneavoastră în urma unei manevre căreia nici măcar nu i-ați acordat atenție...

► Raporturile între amigdală și cortexul prefrontal: luptă sau colaborare?

În fricile patologice, în mod clar amigdala este cea care a preluat puterea. Acest fenomen poate avea mai multe cauze: cel mai adesea, este vorba despre predispoziții temperamentale (vezi capitolul precedent) sau de experiențe de viață traumatizante. Și asta pentru că amigdala „învață” și memorează perfect experiențele și condiționările fricii.

Datorită tehnicilor de neuroimagică, prin intermediul cărora se vizualizează ce regiuni ale creierului sînt implicate în diferite situații de viață, a fost demonstrat rolul amigdalei. Astfel, reactivitatea emoțională a pacienților fobici sociali la niște fotografii cu chipuri furioase ori disprețuitoare este mai mare decît cea a subiecților non-fobici sociali, iar această reactivitate este concretizată Printr-o mai mare activare (studiu prin rezonanță magnetică) a zonei amigdalei cerebrale⁷⁷.



Un foarte interesant studiu a fost efectuat recent pentru a vedea ce se petrece în creierul nostru în timpul unei luări de cuvînt în public⁷⁸. Toată lumea are trac într-o asemenea situație, dar la fobicii sociali, acest trac este

însoțit de o incapacitate totală de a-și aduna gândurile, amintirile sau mai rău - în cazul unui examen oral - cunoștințele. Ceea ce a arătat imagistica cerebrală este că la subiecții cu trac „normali”, luarea cuvântului în public era însoțită, desigur, de o mărire a irigării sangvine a regiunii amigdalei (ei simțeau totuși frica), însă mai ales de un consum ridicat de oxigen în diferite regiuni corticale, corespunzând aportului în energie necesar mobilizării resurselor lor intelectuale pentru a face față situației. Era invers la fobici: activarea foarte puternică a amigdalei și, în comparație cu non-fobicii, irigarea sangvină mai scăzută a regiunilor corticale. Aceste rezultate corespund exact cu ceea ce ne povestesc pacienții noștri cu frici sociale foarte mari: „Aveam capul gol, nu-mi puteam face creierul să funcționeze, ca un vid enorm. Însă eram panicat, în mod excesiv, absurd, animalic...”

Această impresie a unei catastrofe iminente, a unui enorm disconfort interior, o dă amigdala care funcționează la capacitate maximă. Capul gol sînt zonele corticale, total debusolate de alarma care urlă, omniprezentă, terifiantă, declanșată de amigdală...

► Programați pentru frică

De ce această zonă cerebrală arhaică preia puterea asupra zonelor mai „nobile” și mai „evolute”? Deoarece creierul nostru este prevăzut cu rețele sinaptice mai numeroase în sensul amigdală- cortex prefrontal decît invers. Și pentru că amigdala este întotdeauna alertată prima: în fața unei amenințări, corpul nostru se teme întotdeauna înaintea minții⁷⁹.

Sîntem programați pentru frică încă de la naștere și viața este cea care ne va învăța să ne arătăm selectivi față de fricile noastre: ceea ce vom învăța, ceea ce urmează să observăm în jurul nostru, ceea ce vom experimenta noi înșine... Creierul nostru, acest minunat calculator personal, este, așadar, echipat în serie, prin evoluție, cu un program care ne pregătește să simțim cel mai mare număr de frici posibil. Probabil că este același program cu care erau echipați și strămoșii noștri, însă pericolele întîlnite nu mai sînt aceleași, de unde și necesitatea unei modulații și a unei flexibilități. În funcție de mediul său, fiecare ființă umană își va regla propriul program de frici: sensibilitatea la anumite frici va fi reglată la o valoare mai mică; fricile utile supraviețuirii cotidiene, din contra, vor fi reglate în mod mai sensibil. Și, în toate cazurile, putem modifica reglajele acestea dacă nevoile sau

mediul nostru se schimbă. În plus, declanșarea reacțiilor de frică nu ne „pornește” calculatorul la orice pas: nu simțim în mod constant atacuri de panică în fața problemelor.

Astfel, nu avem nevoie să învățăm să ne temem (sîntem echipați de natură pentru asta), ci să învățăm de ce să ne temem și, de asemenea, de ce să nu ne mai temem!

► **Deregări diverse legate de biologia fricii**

Toate lucrările științifice pe care le evoc aici nu au nimic abstract, ele corespund exact cu ceea ce descriu persoanele care suferă de frici foarte mari...

În primul rînd, fricile care se transformă foarte repede în panică și teama de frică: „Fac totul ca să nu mă găsesc într-o situație îngrijorătoare, fiindcă, dacă mi se declanșează teama, știu că nu voi putea face nimic ca s-o opresc”.

Apoi, autodeclanșarea fricilor, care se pot activa singure sau aproape singure, plecînd de la nimic sau aproape nimic: un gînd, o privire sau o tăcere, o bătaie de inimă mai tare ca altele, o trezire în plină noapte... Vom vedea că sistemul nervos simpatic al pacienților fobici este mereu la un nivel de funcționare prea ridicat (în limbaj curent, sînt mereu „în tensiune”), ceea ce explică aceste aprinderi ca niște fulgere de căldură în plină vară în urma zilelor caniculare.

În sfîrșit, recurența fricii: fobia are memorie lungă. Chiar dacă vom fi făcut progrese, ne vom fi înfruntat victorios temerile, ne vom fi schimbat viziunea asupra lumii (mai puține scenarii-catastrofă), teama poate întotdeauna să aibă un come back, ca o veche vedetă a cîntecului pe care nimeni nu mai are totuși chef s-o asculte... Asta pentru că, în realitate, creierul nostru nu-și uită nici odată fricile și le păstrează arhivate, în somn. Astfel, este suficient, după ce ne-am învins temerile, să ne confruntăm cu o situație altădată generatoare de panică, adăugată unei scăderi de formă, pentru ca o undă de teamă să revină. Asta îi poate descuraja pe cei mai fragili: „Toate eforturile astea pentru nimic”... Însă în realitate aceste recurențe ale fricii sînt pe deplin controlabile de pacienții care au fost avertizați în legătură cu acest aspect, și mai ales cei care au lucrat prin terapie comportamentală: ei știu foarte bine ce să facă pentru a limita

dezvoltarea lor și a le ține în umbră, dacă din întâmplare vechile reflexe emoționale își fac din nou apariția.

► Cum să „calmăm” amigdala cerebrală?

Dacă un fenomen are loc în sfera biologiei, asta nu înseamnă că este inamovibil.

Ceea ce merge într-un sens - sensibilizarea fricii - poate merge și în celălalt - desensibilizarea ei. Lucrări recente și captivante au arătat că anomaliile cerebrale asociate cu tulburări fobice se pot normaliza sub tratament, fie că el este medicamentos sau psihoterapeutic⁸⁰. Acest fenomen numit „neuroplasticitate cerebrală” reprezintă una dintre mizele cele mai captivante ale viitorilor ani pentru cercetarea în psihologie și în psihoterapie⁸¹: amintește, pur și simplu, că, de fapt, creierul nostru evoluează continuu, în funcție de experiențele pe care le trăim. Pot acționa asupra creierului meu, îl pot reconfigura, pentru ca emoțiile patologice pe care le sufăr să nu mai constituie o fatalitate.

Dar asta nu se poate face decât în mod progresiv. Este vorba despre o adevărată ucenicie: dacă vreau să cânt la un instrument muzical sau să vorbesc engleză, va trebui să consacru timp acestei activități. Și nu doar ca să învăț teoria, ci să exersez constant. La fel stau lucrurile în cazul luptei mele împotriva fobiei: pot învăța să-mi împlînzesc fricile excesive, însă asta va necesita eforturi în timp, de la câteva săptămîni la câțiva ani, în funcție de fobii și de vechimea lor. Atenție, asta nu înseamnă că, pentru a ne simți mai bine, avem nevoie de tot acest timp: primele beneficii pot fi rapide. Asta vrea să însemne că perioada respectivă ne va fi necesară pentru a ne simți cu adevărat în siguranță, adică nu la adăpost de frică (nu-i posibil, nici de dorit), ci în stare s-o reglăm.

Unul dintre pacienții mei mi-a propus într-o zi comparația următoare: „Sînt astăzi cu fricile mele ca un împlînzitor în cușca barelor. Continui să mă tem, dar eu sînt cel care comandă. Îmi voi petrece viața în cușcă, însă de fiecare dată cînd trebuie să mă duc acolo, știu că pot s-o fac. Și uneori, uneori numai, recunosc că puterea de a-mi domina frica în aceste circumstanțe îmi provoacă o mică plăcere...”

► Curaj și discernămint

Lupta împotriva fricilor fobice se supune destul de bine principiilor filosofiei stoice și ale celebrei sale rugăciuni: „Doamne, dă-mi seninătatea să accept ce nu pot schimba, curajul să schimb ceea ce pot și înțelepciunea să le deosebesc”.

Curajul este necesar persoanelor fobice, cu atât mai mult cu cât fricile împotriva cărora ele luptă sînt invizibile în ochii altuia. Nimeni, în afară de apropiații sau de terapeutul lor, nu le va admira la adevărata lor valoare. Ele își vor duce lupta în umbră.

Vor avea nevoie și de tărie sufletească pentru a accepta dificultățile întîlnite pe parcurs, eșecurile - chiar tranzitorii. Frica este un adversar tenace și nu este suficient să decidem să luptăm împotriva ei, ci de a o face, pentru ca înfruntarea să fie ușoară. În general, progresele se înregistrează cu suișuri și coborîșuri mai mult decît în mod liniar. Nu trebuie cîștigată o luptă, ci un război.

Persoanele fobice vor trebui să dea dovadă de tenacitate, deoarece am văzut că munca de pacificare emoțională pe care o au de dus se întinde pe o perioadă lungă de timp: nu este vorba despre nimic altceva decît de reconfigurarea propriei funcționări cerebrale - și, în plus, în zone cu precădere puțin accesibile voinței noastre.

Vor avea nevoie, în sfîrșit, de discernămint, pentru ca eforturile lor de a-și înfrunta frica să nu se transforme în violențe îndreptate împotriva propriei persoane: vom vedea că trebuie să se stimuleze și să se încurajeze, și nu să se hărțuiască sau să se reprime. Este un amestec subtil de exigență față de sine și de toleranță care se va dovedi cel mai eficient.

În această privință, adesea terapeutul este cel care arată calea, stimulîndu-și pacientul, fără să uite nici odată că este dificil ceea ce îi cere să facă. Atunci cînd îmi îndemn pacienții fobici să înfrunte situații care-i angustează, mi se întîmplă să am uneori scrupule, deoarece văd bine că-i fac să treacă printr-un moment neplăcut. Și că, în cele din urmă, am fi mult mai liniștiți să discutăm despre copilăria lor în biroul meu decît să ne plimbăm în metrou, să alergăm după porumbei sau să cerem indicații despre drumul nostru tuturor trecătorilor de pe stradă.

Însă atunci cînd la sfîrșitul terapiei îi întreb ce i-a ajutat cel mai mult, toți, fără excepție, îmi răspund: „Că m-ați încurajat să-mi înfrunt temerile...”

CAPITOLUL 4

Cum facem față fricii: primele piste

Trebuie să le facem viața imposibilă fricilor noastre, în caz contrar, ele vor fi cele care ne vor face viața imposibilă.

Iată sfaturi pentru a duce la bun sfârșit această recucerire a libertății noastre. Iată exerciții pentru a ne întări capacitățile de confruntare cu frica. Iată cum să pregătim și să prelungim tratamentele pe care le vom aborda într-un capitol viitor.

Și iată mai ales MAREA regulă: nu-ți poți învinge frica fără să cobori în arenă. Pentru a-ți domina fricile, trebuie să le înfrunți - cât mai des și mai constant.

„La luptă! Trebuie să profit de viață, să găsesc bucuria, altfel sînt pierdut.

Dar cum, cum?"

Alexandre JOLLIEN, *Le Métier d'Homme*

„Dacă vei continua să faci ce ai făcut întotdeauna, nu fi uimit dacă vei avea ce ai avut întotdeauna."

Philippe, pacientul meu, este foarte mîndru să-mi arate această frază scrisă pe un capăt de hîrtie: „Am găsit citatul ăsta și mi-am spus că v-ar amuza, doctore". De cîteva ședințe, lucrăm împreună la modificarea tuturor acestor obiceiuri cotidiene care hrănesc teama, contribuie la întărirea ei și o fac să dureze. Philippe a înțeles bine mesajul: cel mai important moment într-o terapie este ce se întîmplă atunci cînd terapeutul nu mai este acolo, alături de pacient. Chiar dacă ne vedem pacienții o dată pe săptămînă, rămîn totuși o sută de ore bune, în timpul cărora ei sînt confrunțați singuri cu fobia lor...

Vom vedea în capitolul următor ce se petrece pe durata unei terapii, însă înainte de asta, vom trece în revistă eforturile personale indispensabile care trebuie puse în practică în existența cotidiană. Toate sfaturile conținute în aceste pagini nu vor putea înlocui o veritabilă psihoterapie dacă suferiți de o teamă severă și persistentă din trecut. Însă ele sînt indispensabilul însoțitor al acestei terapii, o completare și o prelungire a eforturilor pe care vi le va cere terapeutul. Sînt, de asemenea - și în special -, baza eforturilor

dumneavoastră de a vă atinge obiectivul: să vă învingeți frica în limite normale și acceptabile.

Iată cele zece porunci ale luptei împotriva fricii, pe care le vom detalia:

1. Nu vă mai supuneți fricilor.
2. Informați-vă cu adevărat despre ce anume vă provoacă frică.
3. Încetați să vă mai fie frică de frică.
4. Modificați-vă viziunea despre lume.
5. Confrunțați-vă urmînd regulile.
6. Respectați-vă și faceți-i pe ceilalți să vă respecte fricile.
7. Gîndiți-vă la frica dumneavoastră, la trecutul și funcția ei.
8. Aveți grijă de dumneavoastră.
9. Învățați să vă relaxați și să meditați.
10. Mențineți-vă eforturile în timp.

1. Nu vă mai supuneți fricilor

Imaginați-vă că într-o zi cineva se mută la dumneavoastră acasă fără să-l fi invitat. Se stabilește și își impune obiceiurile. Se servește din frigiderul dumneavoastră, doarme în salonul dumneavoastră, vă însoțește peste tot. Și începe să vă dea ordine: „Scarpină-mă pe spate, adu-mi micul dejun în pat, lustruiește-mi pantofii, lasă-mi camera ta și du-te să dormi în salon...” Dacă îi dați ascultare, ce motiv ar avea această persoană să plece de la dumneavoastră? Niciunul: cu cît vă veți supune mai mult, cu atît musafirul nepoftit se va simți mai în largul lui la dumneavoastră și nu va dori deloc să vă părăsească domiciliul.

Ei bine, exact asta se întîmplă cu frica: dacă vă supuneți ei de fiecare dată cînd vă spune „nu face asta”, „pleacă-ți ochii”, „fă un ocol”, „fugi”, „nu ieși fără să fii însoțit”, atunci ea nu are niciun motiv să dea înapoi, și cu atît mai puțin să dispară definitiv.

Le propun adesea pacienților mei această metaforă a „musafirului nepoftit” pentru a-i convinge să reflecteze la raportul de prea mare toleranță, de prea mare supunere pe care îl întrețin cu teama lor excesivă, uneori fără să-și dea bine seama de asta. Fobia trebuie privită ca un musafir nepoftit, care ne împinge să facem totul pentru a nu-i da motive să-și prelungească

sejurul. Trebuie să-i faceți viața imposibilă fobiei; pentru că, în caz contrar, fobia este cea care vă va face viața imposibilă.

Această evidență nu este atât de limpede în ochii multor persoane fobice: după ani lungi de evoluție, ele ajung să nu mai facă distincție clară între interesele lor proprii și cele ale patologiei lor. Cu toate acestea, această reflecție și acest recul sînt indispensabile, deoarece interesele celor două părți sînt radical opuse: acolo unde persoanelor fobice le-ar plăcea să redevină autonome și senine, fobia tinde să le mențină în dependență și frică. Este esențial, așadar, să mă disociezi de teama mea, să înțeleg că interesele mele sînt diferite de ale ei. În caz contrar, după un oarecare timp de evoluție, evitățile, impuse de frică, vor avea tendința să se prezinte ca niște pseudoalegeri personale. Ne vom spune astfel: „Nu merg la serate, pentru că mă plictisesc, acolo nu se vorbește decît despre bani și de lucruri superficiale”. Și nu: „Mi-e frică, nu știu ce să zic, mă tem să rămîn la distanță sau să mă fac remarcat prin emotivitatea sau tăcerea mea forțată”. Sau: „Nu mai iau metroul pentru că e sinistru și miroase urît”, și nu: „Mor de teamă ca garnitura să nu se blocheze între două stații și să încep să mă sufoc sau să mă panichez”. După un moment, evitățile sînt camuflate de fobie în alegeri de viață și trec neobservate. Dar ele continuă să fie niște renunțări toxice.

Trebuie deci să îndrăznim să nu ne supunem fricii, cel puțin exceselor ei, și să-i declarăm război.

Evident, ea nu va ceda: înfruntînd ceea ce fobia ne ordonă să evităm, vom simți automat o amplificare a fricii și a disconfortului emoțional. Însă amintiți-vă că, supunîndu-vă fobiei, prin evitățile dumneavoastră, vă cumpărați liniștea cu un preț mare: pentru un strop de liniște pe moment, vă sacrificați viitorul. Consimțind la acest tip de confort în prezent înseamnă să renunțați la libertatea viitoare.

Veți vedea, eforturile dumneavoastră pentru a vă confrunta nu vor fi, de altfel, atât de costisitoare: odată ce veți simți plăcerea de a obține mici victorii asupra fricii, veți uita costul emoțional al înfruntărilor, mai ales atunci cînd începeți să înțelegeți că dispuneți de o metodă coerentă, care va asigura perenitatea progreselor dumneavoastră.

Însă atenție, lupta împotriva unei fobii nu este o bătălie, ci un război de uzură. Nu este suficient să câștigi o luptă și să pui adversarul pe fugă: trebuie, puțin câte puțin, să câștigi toate bătăliile, pînă la retragerea lui completă și durabilă. Respingeți adversarul acolo unde ar trebui să fie: în spatele frontierelor fricii normale. Și păstrați-vă în alertă însușirea de a-l face să dea înapoi ori de câte ori îi va veni în minte să lanseze un nou atac (ceea ce se numește recurența fricii). Îmi pare rău să întrebunțez acest limbaj războinic în psihologie, însă el corespunde realității. Nu mai pactizați: luptați-vă! Acceptați, prin urmare, că viața dumneavoastră va fi mai puțin liniștită o perioadă de timp: în orice caz, un trai dominat de fobie nu este cel la care visați, nu-i așa? Niciun război nu este plăcut, însă unele sînt necesare - acest război de eliberare este.

Am văzut de-a lungul capitolelor precedente: nu sînteți vinovat de fobia dumneavoastră. Nimeni nu alege să fie fobic și nimeni nu se bucură să fie.

Sînteți, în schimb, responsabil de lupta împotriva fobiei. Este important să vă schimbați atitudinea mentală: treceți de la suferință la acțiune, de la poziția de victimă la cea de combatant. Însă atenție, vom vedea că spiritul acesta belicos nu trebuie să vă facă să uitați un lucru: nu teama este cea pe care doriți s-o învingeți, ci fobia, adică excesul de frică, și ansamblul reacțiilor inadaptate fricii. Problema este dereglarea acestui sistem de alarmă natural. Vom vedea că, în mod paradoxal, trebuie să acceptăm frica, senzația de frică. Însă nu mai acceptați fobia, nu vă mai supuneți ei. Cu cît veți colabora mai mult, cu atît problema va dura mai mult.

2. Informați-vă cu adevărat despre ce anume vă provoacă frică

Una dintre pacientele mele claustrofobe avea convingerea că putea muri sufocată în cîteva minute într-un lift blocat sau încercînd să înghită o pastilă ori un medicament. O alta care suferea de o fobie a sîngelui, de înțepături și injecții îmi relata astfel temerile ei: „Cînd o să mă înțepe, n-o să mă mai pot controla, mă voi mișca și acul se va rupe în brațul meu”, „Un vîrf de ac va urca pînă la creierul meu și-mi va provoca un accident vascular cerebral”, „Acul îmi va traversa brațul”, „O să mi se ia mult sînge pentru examene și o să mi se facă rău”.

Regăsim asemenea credințe în majoritatea fobiilor. Ele par, evident, absurde și excesive în ochii persoanelor non-fobice. Psihoterapeutul american Albert Ellis definea, de altfel, tulburările fobice ca pe niște „comportamente stupide adoptate de persoane inteligente⁸²”. Descrierea atinge esența, însă problema, văzută din interior, este în realitate ceva mai complicată.

Nu pentru că fobicii nu se interesează de ceea ce le provoacă frică. Ci mai degrabă pentru faptul că se interesează parțial și superficial.

Parțial, pentru că au tendința de a nu strînge decît informațiile care le confirmă temerile. Cei cu fobie de avion păstrează adesea în memorie marile catastrofe aeriene, însă sînt mai puțin impresionați de numărul mare al avioanelor care nu se prăbușesc. Cei cu fobie de cîini își amintesc perfect poveștile despre persoane mușcate violent din anturajul lor, însă nu și de imensa majoritate a cîinilor liniștiți sau de mușcăturile benigne. Persoanele care se tem să roșească păstrează amintirea remarcilor batjocoritoare care le-au fost aruncate pe acest subiect, însă uită cu plăcere toate momentele în care nimănui nu i-a păsat de înroșirea lor. Or, așa cum amintea filosoful Hegel, e mai bine „să ascuți pădurea care crește decît copacul care cade”.

Abordarea pe care o au pacienții față de ceea ce le provoacă frică este, de asemenea, superficială, deoarece, într-un reflex comprehensibil, ei evită tot ceea ce le amintește de fobia lor. Mulți dintre cei cu fobie de păsări sau de păianjeni, de exemplu, ignoră toate informațiile despre aceste animale: evită cu îndârjire orice articol de ziar, orice carte, orice emisiune de radio sau TV care dezbate acest subiect de care se tem atît. Însă procedînd astfel, se mențin într-o stare de ignoranță care le întreține imaginea unor serii întregi de pericole: că păsările, dacă înnebunesc, le pot scoate ochii sau că păianjenii au o singură idee, să atace în mod feroce oamenii. Multe dintre persoanele care suferă de atacuri de panică cred că pot înnebuni cu adevărat în timpul unei crize de angoasă, în vreme ce psihiatrii știu că „nebunia” n-are nimic de-a face cu spirala angoasei. Mulți dintre fobicii sociali se simt observați și judecați în permanență de ceilalți, în vreme ce toate lucrările despre interacțiunile sociale arată că interlocutorii noștri sînt, în general, destul de indiferenți la stările noastre sufletești și se dovedesc slabi observatori ai celuilalt.

Este important, aşadar, să studiaţi diferit obiectul temerilor dumneavoastră şi să obţineţi toate informaţiile necesare. Nici una dintre întrebările dumneavoastră nu este ridicolă şi trebuie să îndrăzniţi să le puneţi persoanelor care deţin răspunsurile. Se poate muri de frică? De ce şerpii îşi scot limba? Un câine poate ucide un om? Multe dintre tratamentele fobiilor trebuie să conţină această fază de examinare exhaustivă a informaţiilor. De exemplu, mai multe companii aeriene propun celor cu fobie de zbor vizite la bordul avioanelor la sol, în cadrul cărora piloţi sau stewardese le oferă explicaţii despre cum un obiect mai greu ca aerul poate zbura, ce se întâmplă în cazul unui defect al reactorului etc. Una dintre pacientele mele mi-a povestit astfel prima ei criză de panică în timpul unui zbor aerian: pilotul a semnalat pasagerilor survolarea vârfului Mont Blanc pe una dintre laturile aparatului. Un întreg grup de călători s-a precipitat atunci să admire priveliştea, înspăimântându-mi pacienta, convinsă că afluxul de pasageri pe o singură latură a aparatului risca să dezechilibreze avionul ca o barcă şi să-l antreneze într-o cădere iremediabilă şi mortală. Evident, avîndu-se în vedere masa aparatului şi viteza lui, riscul era nul.

Mulţi pacienţi nu depun efortul să meargă pînă la capăt cu acest demers de căutare a informaţiilor, pur şi simplu pentru că este dureros în plan emoţional: el reprezintă deja în sine un prim efort de confruntare.

Aceste informaţii nu substituie singure un tratament, însă ele constituie un prim pas util. Ele vor trebui în orice caz să fie „verificate” pe teren: amintiţi-vă următorul aspect: creierul dumneavoastră emoţional nu ascultă nici odată de creierul dumneavoastră raţional. La fel ca Sfîntul Toma care nu credea decît ce vedea, creierul dumneavoastră emoţional nu crede decît ce simte...

Cele mai frecvente întrebări puse de persoanele fobice şi cîteva variante de răspuns

Tip de fobie	Temeri posibile	Răspunsuri raţionale
Tulburare de panică (fobie de nelinişte şi de	Putem înnebuni în timpul unei crize de angoasă?	Nu, doar există această impresie, însă niciun caz de acest tip nu a fost vreodată semnalat în istoria psihiatriei moderne.

pierdere a controlului de sine)		
Fobie de furtuni	Fulgerul poate lovi pe cineva în interiorul unei case?	Nu, el nu va poate lovi decât în exterior, dacă stați în picioare în câmp deschis sau sub un copac. El va poate lovi de asemenea - foarte rar - aparatele electrocasnice, urmînd firele electrice, telefonice sau antena TV. însă nu riscați nimic dacă nu manipulați aceste aparate în timpul unei furtuni.
Fobie socială	Îi judecam negativ pe oamenii care roșesc?	Nu, în cea mai mare parte a situațiilor, interlocutorii au o părere tolerantă despre cei care roșesc ⁸⁵ . În plus, trebuie să-i remarce...
Fobie de înălțimi	Ne putem pierde capul și arunca în gol dacă avem un vertij prea puternic?	Nici odata, evident. Dar cei mai mulți acrofobi se „vād” făcînd-o: temerile lor se transformă în imagini impresionante.
Fobie de șofat	Putem avea o indispoziție bruscă, pe care nu o anticipăm, și să provocăm un accident?	Pentru asta ar trebui să suferiți de o boală anume (epilepsie prost stabilizată de tratament, narcolepsie...), dar veți fi, și în acest caz, la curent cu ea.
Multe fobii	Putem muri din cauza fobiilor?	Nu, în ciuda numeroaselor povești care circulă pe acest subiect. Doar dacă nu sunteți afectat de o boală cardiacă și nu aveți arterele coronariene în stare proastă. Veți fi la curent...

Tip de fobie	Temeri posibile	Răspunsuri raționale
Fobie de sufocare	Ne putem sufoca înghițind greșit?	Nu, doar dacă sunteți foarte în vîrstă sau dacă suferiți de boli specifice de care ați fi informat.
Fobie de păianjeni	Un păianjen poate fi agresiv dacă înnebunește?	El nu are decât o dorință: să felce dumneavoastră, aceea de a fi ci. Sub nici o formă aceea de a vă ataca, mai ales dacă vă țineți la distanță: sunteți o pradă mult prea mare!
Fobie de impuls	Ne putem pierde controlul de sine și să facem rău cuiva, lovind, duș sau insultîndu-l?	Doar sub efectul furiei și nu al fricii, și asta nu are nimic de-a face cu fobia.

Claustrofobie	Atunci când un ascensor (sau o garnitură de metrou) se blochează, există un moment în care vom rămâne fără aer?	Nu, aerul circulă bine în lifturi și tuneluri. Nu este un aer de cea mai bună calitate, însă este absolut suficient pentru a petrece acolo ore întregi fără niciun risc, dar fără confort. Nu trebuie confundat disconfortul cu pericolul.
Fobia de apă	Ne putem scufunda și îneca dacă ne panicăm?	Un adult cu o constituție normală are întotdeauna reflexe de supraviețuire care-i permit să plutească până când sosesc ajutoarele.

3. Încetați să vă mai fie frică de frică

„Tremuri, carcasă, însă ai tremura mult mai tare dacă ai ști unde o să te duc.”

Fraza aceasta este atribuită mareșalului Henri de Turenne (1611-1675). Renumit pentru curajul lui, lui Turenne îi era frică în timpul fiecărei bătălii, însă nu se lăsa intimidat de ea. Acest program le convine perfect persoanelor fobice. Este normal să simțim frică. Problema nu este să începem să simțim frică, ci reacția noastră la frică: să ne panicăm în fața ei. Iar soluția nu este, așadar, să evităm cu orice preț ca teama să apară, ci să învățăm să nu ne mai temem de ea antrenându-ne cu regularitate să o controlăm, ceea ce ne va permite s-o dezamorsăm în mod progresiv și să-i scădem din intensitate.

Demersul persoanei fobice trebuie, deci, să fie bazat și pe confruntarea cu frica, și pe acceptarea unei anumite doze de frică. Să reamintim că lupta împotriva fobiei trebuie concepută ca o formă de reeducare a alergiei la factorii care provoacă frică, precum recalibrarea unui sistem de alarmă dereglat. Să repetăm, teama este normală: scopul nu este deci de a o suprima, ci de a o folosi în beneficiul nostru și de a o aduce la un nivel care să fie util fără să fie greu de suportat.

Această muncă de acceptare este cu atât mai utilă și necesară, cu cât numeroase emoții negative sînt legate de apariția sau recurența fricii: să-ți accepți frica înseamnă să ajungi să nu mai simți față de ea nici teamă, nici rușine, nici tristețe. Înseamnă să nu mai consideri teama ca o lipsă de forță sau de voință și să nu mai emiți o judecată morală asupra apariției ei, ci, pur și simplu, s-o accepți ca pe o problemă și să încerci s-o rezolvi săptămîină după săptămîină.

► Să nu vă mai fie frică de frică

„În momentul în care simt din nou aceste senzații, inima care bubuie sau bate nebunește, ecoul bătăilor ei în urechile mele, suflul scurt... mă panichez. Nici măcar nu mai am nevoie să fiu în situația respectivă, îmi ajunge să mă gândesc la ea suficient de tare pentru a începe să simt mușcătura fricii și să înnebunesc... Mă panichez de propria frică, de teama mea născîndă, ca un animal care se teme de umbra lui.”

Fenomenul fricii descrie acest sentiment, foarte frecvent la persoanele fobice, de pierdere a controlului în cazul apariției fricii. Din cauza acestui fapt, ele încearcă cu orice preț să nu înceapă să simtă frică, pentru că nu știu unde se va sfîrși o teamă incipientă. Sau mai degrabă cred că știu: că va sfîrși prin nebunie, un stop cardiac sau ceva de genul acesta... Urmează să vedem că singura soluție este să ne antrenăm din nou să ne fie frică, în mod constant, în circumstanțe controlate: este terapia prin expunere, despre care vom vorbi în capitolul următor.

► Să nu vă mai fie rușine de frică

„Nu e normal să fiu așa, la vîrsta mea. Să mă panichez pentru asemenea prostii. În acele momente, mă simt slab, jalnic, fără voință...” Acest tip de autoverbalizări negative este la fel de frecvent. Multor persoane fobice le este rușine de fricile lor. Le-ar fi rușine să fie mioape sau diabetice ori hipertensive? Nu. Totuși, ele nu sînt mai responsabile de fobiile lor decît ar fi de alte tulburări. Nu faceți o judecată morală asupra fricii dumneavoastră. Considerați-o mai degrabă ca o problemă de rezolvat. Întrebarea importantă nu este: „De ce sînt atît de slab, atît de fricos?”, ci: „Cum să fac ca să limitez puțin cîte puțin intensitatea acestei frici care mă deranjează și pe care o dezaprob?”

► Să nu mai fiți trist pentru că vă este frică

„Făcusem progrese și apoi, brusc, am avut o nouă criză de panică. Eram distrusă, îmi spuneam că nu voi scăpa nici odată, că eforturile mele erau condamnate la eșec...”

Există încă prea multe credințe eronate în legătură cu schimbarea psihologică. Avem în continuare senzația că funcționează prin „declic”: odată ce voi fi înțeles de ce am această problemă sau o voi fi înfruntat, ea va fi reglată. Este vorba, evident, despre o viziune iluzorie a psihoterapiei,

popularizată de anumite filme hollywoodiene: eroul sau eroina înțelege dintr-odată de unde veneau problemele sale, ochii i se umplu de lacrimi (de obicei, se aud viori pe fundal) și toate grijile dispar pentru totdeauna.

Adevăratele terapii - din păcate - nu funcționează așa. Ele seamănă mai mult cu un proces de învățare, ca atunci când încercăm să renunțăm la fumat sau să învățăm să schiem: suferim, încercăm, reușim, apoi nu mai reușim, pe urmă reușim din nou... Un pic descurajant, dar dacă perseverăm, vom reuși întotdeauna: într-o bună zi, cu ocazia unei confruntări neprevăzute, vom conștientiza că vechile reflexe au dispărut complet...

Ceea ce este valabil pentru începutul eforturilor de schimbare - ce a mers ieri nu va merge neapărat astăzi - este și pentru eventualele recidive. Teama are memorie lungă și se poate trezi din nou la viață, după ani de zile, chiar după un tratament reușit și o libertate de mișcări regăsită. Atunci va trebui să strângem șurubul și nu să ne spunem în legătură cu această „întoarcere a fricii” (ROF, după cum zic terapeuții anglo-saxoni: Return of Fear): „S-a dus totul de rîpă, nu voi scăpa nici odată”. Ci mai degrabă: „Nu este o întoarcere a bolii, ci doar o recidivă a fricii...”

4. Modificați-vă viziunea despre lume

Antonimul adjectivului „fobic” este „curajos” sau „inconștient”? Pentru Helvetius, filosoful francez din secolul al XVIII-lea, „curajul este adesea efectul unei slabe aprecieri a pericolului pe care-l înfruntăm sau al deplinei ignorări a acelui pericol”. Acest risc de miopie psihologică față de pericol nu amenință persoanele fobice! Fobia ar fi mai degrabă, pentru a relua cuvintele lui Helvetius, efectul unei aprecieri prea clare a pericolului pe care-l înfruntăm sau al conștiinței profunde a acelui pericol...

Am vorbit deja despre capacitatea persoanelor fobice de a descoperi foarte devreme semnele unui eventual pericol. Adesea o fac în mod greșit, reacțiile lor de teamă înrudindu-se cu alarmele false. Însă trebuie specificat faptul că reacțiile acestea se înscriu într-un context mai larg, și într-o veritabilă viziune despre lume, care se bazează pe trei mari familii de temeri fobice:

- Lumea este periculoasă și mi-e frică de tot ce se poate petrece (pericolul domnește în exterior).

- Nu sînt sigur pe mine și mi-e frică de propriile reacții (pericolul poate veni și din interior).

- Nu sînt capabil să fac față și nu pot să-mi acord încredere (nu pot supraviețui decît prin frică sau evitare).

► **Lumea este periculoasă: rolul scenariilor-catastrofă**

Persoana fobică se teme de atîtea lucruri pentru că aderă adesea la numeroase „scenarii-catastrofă”: sînt predicții înspăimîntătoare, cel mai adesea eronate, a ceea ce se va întîmpla, cu siguranță, în caz de confruntare:

„Porumbelul o va lua razna și se va arunca asupra mea înainte de a se îndepărta în zbor. O să-mi scoată un ochi. Cum animalele astea sînt murdare, rana se va infecta, îmi voi pierde ochiul, poate voi face septicemie...”

„Dacă închid ușa asta cu cheia, ea se va bloca, nu voi mai putea să ies și o să înnebunesc. Nimeni nu se va gîndi că sînt pe punctul să agonizez în această toaletă. O să mi se găsească doar cadavrul...”

„Dacă pun o întrebare, voi roși și toată lumea va remarca și mă va considera inferior și stupid. Voi fi, puțin cîte puțin, îndepărtat. Anturajul meu va rîde de mine și mă va părăsi, voi sfîrși singur și abandonat de toți...”

Aceste scenarii-catastrofă îi par foarte probabile unei persoane fobice, cu două consecințe majore: favorizează evităările și provoacă disperare. O foarte frumoasă evocare a unor asemenea anticipări catastrofale poate fi citită în romanul *Porumbelul*⁸⁴ de Patrick Suskind, care povestește o incredibilă istorie de fobie de păsări. Fiindcă nu mai îndrăznește să se întoarcă la el acasă de teamă să nu se trezească nas în nas cu niște porumbei întîlniți cu puțin înainte pe scară, eroul se proiectează dintr-odată într-un teribil scenariu-catastrofă al viitorului: „Ți-ai pierdut oricum camera de multă vreme, este locuită de un porumbel, de o familie de porumbei care-ți murdărește și devastează camera, notele de plată ale hotelului ating sume enorme, te îmbeți ca să uiți de griji, bei din ce în ce mai mult, îți bei economiile, devii definitiv sclavul sticlei, te îmbolnăvești, urmează dizgrația, sărăcia, decrepitudinea, ești dat pe ușa afară de la ultima și cea mai ieftină dintre pensiuni, nu mai ai un sfanț, în fața ta ai doar neantul, ești în stradă, dormi și locuiești în stradă, îți faci nevoile în stradă, este sfîrșitul, Jonathan, în mai

puțin de un an acesta va fi sfârșitul, vei fi un vagabond în zdrențe culcat pe o bancă din scuar ca zdreanța asta, de acolo, care este fratele tău..."

Puține cărți oferă o imagine atât de exactă și tulburătoare a disproporției absurde, cel puțin văzută din exterior, între problema inițială și suferința provocată de o „simplă” fobie.

Confruntarea cu aceste scenarii-catastrofă, prin reflecție și mai ales prin acțiune, ceea ce terapeuții psihologiei cognitive numesc „probe de realitate”, constituie, evident, unul dintre fundamentele oricărei terapii a fobiilor.

Însă se întâmplă și ca anumiți pacienți să nu simtă astfel de conținuturi „mentalizate” ale fricilor lor: ei simt, pur și simplu, o teamă devastatoare și viscerală, fără să înțeleagă clar, cel puțin pe moment, ce anume le provoacă frică. Fobiile lor nu sînt mai puțin dureroase.

► Nu sînt sigur pe mine și reacțiile mele îmi pot face un deserviciu: pericolul se găsește în propria mea persoană

Am menționat deja despre fenomenul fricii de frică, respectiv teama de a pierde controlul asupra propriei persoane sub influența spaimei. Spirala fricii de frică este destul de puternic indusă de „raționamentul emoțional”, care constă în a interpreta reacțiile fizice de teamă ca dovadă că există, într-adevăr, un pericol: „Dacă mă simt rău, asta este dovada că pericolul există acolo sau că va apărea”. Dacă mă simt ridicol înseamnă că sînt ridicol.” „Dacă inima mea bate așa, sînt, probabil, pe punctul de a face un infarct...”

Astfel, plecînd de la o neliniște moderată, fobicul se angrenează într-o spirală de interpretări eronate sau exagerate, bazate, în esență, pe o credință excesivă în senzațiile sau intuițiile proprii. Această confuzie între ceea ce simte o persoană fobică și ceea ce este cu adevărat în joc ilustrează bine un alt paradox al fobiei: proasta utilizare a unei reale sensibilități accentuate, care ne face să cedăm panicii în loc să ne orientăm spre strategii de adaptare la mediu.

► Nu sînt capabil: sentimentul de control e deficient

Persoanele fobice au frecvent convingerea că dispun de puține resurse pentru a face față situației.

Dacă nu pot evita situațiile, vor avea, aşadar, tendința să devină dependente de soluții externe, rarele dăți în care vor îndrăzni să se confrunte: să fie mereu însoțite, să țină în mână telefonul mobil, medicamente în cazul în care...

Aşa se explică şi faptul că inspectează instantaneu toate posibilitățile de salvare în situațiile angoasante: claustrofobul care intră într-un cinematograf inventariază ieşirile de urgență şi se aşază în apropierea lor; fobicul social care trebuie să ceară o informație unui vânzător stă ore întregi ca să verifice care este cel mai amabil şi să aleagă momentul potrivit, de teamă să nu fie repezit; cel cu fobie de păsări se ascunde în spatele unei persoane corpolente, pentru a traversa un loc frecventat de porumbei...

Una dintre pacientele mele cu fobie de avion, dar care era obligată să îl ia din cînd în cînd pentru a merge să-şi vadă familia în Africa de Nord, le întreba sistematic pe stewardese dacă din întîmplare nu exista un medic îmbarcat şi el în avion, sau, în lipsa acestuia, dacă putea fi aşezată alături de cineva căruia să-i placă să vorbească, fiindcă flecăritul o distrăgea de la fricile ei.

Aceste precauții reprezintă, în realitate, o formă atenuată de evitări şi ridică probleme similare: te împiedică să verifici că pericolul nu există. Ele vor fi, aşadar, combătute treptat. Chiar dacă au avantajul relativ, în raport cu „adevăratele” evitări, de a permite un oarecare grad de confruntare.

► **Teamă înainte, teamă în timp ce, teamă după:**

teamă mereu....

Cu cît o fobie este mai severă şi mai complexă, cu atît va bîntui în permanență viața cotidiană a persoanei, chiar în afara momentelor de confruntare: o va simți acut înainte, în timpul, după confruntări...

Frica pe care o simțim cu mult timp înainte atunci cînd știm că va trebui să ne confruntăm este un fenomen clasic. Una dintre pacientele mele îmi spunea că memorase un adevărat calendar, în care figurau toate ieşirile ei şi „riscurile” pe care acestea le implicau în mintea ei: „În aceste cazuri, cu cincisprezece zile înainte, încep să nu mai dorm. Aşadar, de multe ori nu dorm bine...”

Această anxietate anticipatoare este bine cunoscută, dar mai rămîne de studiat un fenomen care mi se pare foarte important: analiza post

confruntare. Se știe de multă vreme că deprimații analizează mult și că, în fața unui eșec, ei tind să-și amintească toate ratările anterioare, ceea ce le agravează și mai mult dispoziția tristă. Memoria fobicilor pare, și ea, să se supună unor asemenea mecanisme^{85,86}. Acest lucru este evident atunci când discutăm cu ei despre fricile lor: fobicii au stocuri aproape infinite de amintiri și de povești „de vânătoare” care le confirmă temerile.

Secvențele cronologice ale fricii excesive

Moment	Mecanism psihologic predominant	Consecințe
Înainte de confruntare	Anticipez toate problemele posibile (scenarii-catastrofă).	Creșterea fricii anticipate (anxietate) și a sentimentului de vulnerabilitate.
În timpul confruntării	Ma concentrez pe semnalele de pericol (externe sau interne) și interpretez negativ elementele ambigue.	Creșterea fricii, diminuarea capacităților adaptative la situație.
După confruntare	Rememorez elementele îngoasante sau depreciative din ceea ce s-a petrecut.	Rușine, menținerea unui sentiment de vulnerabilitate pentru viitoarele confruntări.

5. Confrunțați-vă urmînd regulile

„În metrou, să nu mă duc să mă chircesc într-un colț, nici să rămîn întors cu fața spre ușă, cu capul plecat. Ci să urc pe la capătul garniturii, s-o traversez cu capul sus, privind toți pasagerii, ca și cum aș căuta pe cineva. La stația următoare să cobor, să urc în metroul următor și să repet aceeași operațiune. Și tot așa în cele treizeci de minute ale traseului meu, dimineața și seara. Să fac la fel cînd călătoresc cu trenul: să-l traversez de la un capăt la celălalt, să urc în toate vagoanele, privind chipurile pasagerilor, ca și cum aș căuta o cunoștință. Vara, de fiecare dată cînd trec prin fața unei terase de cafenea, să mă opresc în fața ei și, acolo, să privesc pe toată lumea, ca și cum aș căuta un prieten...”

Recomandăm asemenea exerciții zilnice multora dintre pacienții noștri care prezintă o fobie a privirii, despre care vom vorbi din nou în capitolul consacrat fricilor sociale.

Aceste exerciții constituie prima și principala necesitate a lucrului cu fobia proprie. Niciun progres nu se poate face fără o confruntare cu frica:

este ceea ce în terapia comportamentală poartă numele de tehnici de expunere. Dacă suferiți de fobie, probabil va trebui să le aplicați cu ajutorul unui terapeut: vom detalia mai departe modul în care ele sînt conduse în cadrul unei terapii. Deocamdată vă prezentăm bazele pe care trebuie să le cunoașteți și să le respectați pentru a obține ce-i mai bun. Veți vedea, metoda nu este simplă decît în aparență: aceste confruntări trebuie să se supună unor reguli foarte precise pentru a fi eficace.

► De ce să ne confruntăm?

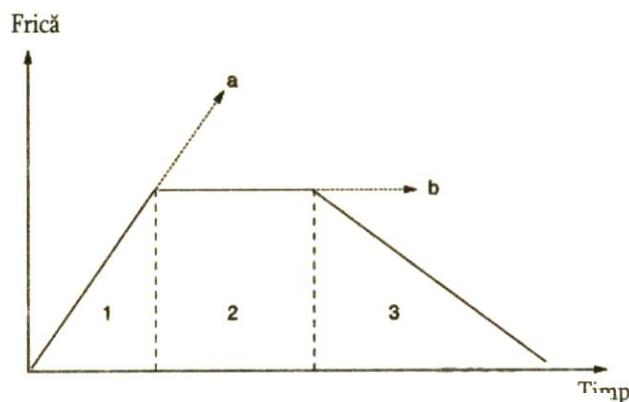
În romanul său, Falsificatorii de bani, Gide scria: „Experiența este mai sigură ca un sfat”. Pentru a vindeca o frică foarte mare, inteligența și sfaturile bune nu vor fi suficiente: va trebui să coborîți în arenă. Pentru a învăța să reglați emoțiile legate de fobie în loc să suferiți. Pentru a pune în practică noi modalități de a acționa și de a reacționa înainte de a fugi. Pentru a vă forma noi moduri de a judeca și de a percepe situațiile în loc de a vedea mereu numai pericole, fără a verifica nici odată dacă pericolul respectiv va apărea cu adevărat.

Am văzut deja cum evităările cronicizează o fobie. Medicii au descoperit, cu mult timp în urmă, că anumiți pacienți, confruntîndu-se constant cu fricile lor, ajungeau să scape de ele. Încă de la începutul secolului, marele psiholog francez Pierre Janet a propus pacienților săi fobici strategii de confruntare progresivă destul de apropiate de actualele terapii comportamentale prin expunere⁸⁷. Interesul de a nu mai fugi de factorul angoasant provine dintr-o oarecare logică, sesizată de anturajul fobicilor care îi bombardează pe aceștia din urmă cu sfaturi bune sau îi împinge, uneori cu fermitate, să se „arunce în apă”. Este sesizată și de pacienții înșiși care au făcut cel mai adesea, însă în zadar, eforturi pentru a se confrunta. De ce aceste eforturi n-au funcționat? Astfel de confruntări, spontane sau obligate, nu sînt întotdeauna productive, deoarece înfruntarea fricilor fobice trebuie să se supună cîtorva reguli destul de stricte pentru a fi eficientă în mod durabil.

► Reguli pentru a scăpa de fricile fobice

Pentru ca o confruntare să fie eficace asupra unei frici foarte mari, trebuie să urmărim cîteva reguli stricte.

Expunerea trebuie să fie lungă: trebuie să rămînem în situația angoasantă suficient de mult timp pentru a vedea că teama noastră începe să scadă. În practică, se estimează că angoasa trebuie să se fi diminuat cu cel puțin 50% înainte ca un exercițiu de confruntare să ia sfîrșit. Exercițiile de expunere trebuie să dureze cel puțin



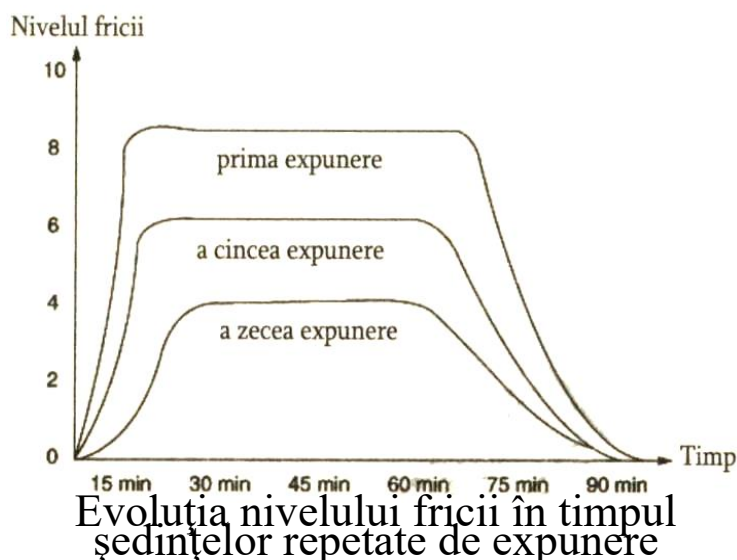
Intensitatea fricii în timpul unei
ședințe de expunere prelungită.

Faza 1: creștere Faza 2:
stabilizare Faza 3: descreștere

Linii punctate: (a) anticiparea unei
creșteri fără limite a fricii
(scenariu catastrofa). (b)
anticiparea unei mențineri fără
sfîrșit a fricii la nivelul ei maxim.

45 de minute. Le recomand pacienților mei, atunci cînd le efectuează singuri, să-și rezerve întotdeauna o oră sau două. Este mult? Da, este mult. Dar gîndiți-vă doar că fobia este o boală cu normă întreagă: dacă încercați să scăpați de ea într-o manieră diletantă și parțial, șansele dumneavoastră de reușită scad... Studiile experimentale despre desfășurarea unei secvențe de frică arată într-adevăr că, dacă persoana rămîne suficient de mult timp confruntată cu situația de care se teme, spaima ei se va diminua considerabil. Problema este că, în general, pacienții nu se mențin în situația angoasantă, pentru că anticipează o escaladare a sentimentului de frică pînă la un nivel insuportabil sau periculos; sau că va rămîne la nivelul ei cel mai ridicat și nu se va diminua nici odată. Prin urmare, ajung la concluzia că trebuie să fugă de situație, fizic sau mental, pentru a supraviețui. Aceste două anticipări sînt, desigur, eronate, însă atîta vreme cît pacientul nu va merge pînă la capăt pentru a le verifica, îndoiala va dăinui: „Dacă n-aș fi fugit, cu siguranță, s-ar fi întîmplat o catastrofa”.

Expunerea trebuie să fie completă: nu trebuie să existe, pe durata expunerii, evitări numite „subtile”. La cei cu fobie de animale, asta poate însemna să-și întoarcă privirea pentru a diminua sentimentul



de frică. La panicarzi, să se sprijine pe o piesă de mobilier pentru a preveni apariția unei neliniști. La fobicii sociali, să vorbească mult ca să evite o tăcere și să atragă toate privirile asupra lor. Există evident, o infinitate de variante. Fiecare persoană fobică trebuie să învețe să repereze aceste mici trucaje inconștiente care riscă în caz contrar să altereze eficacitatea exercițiilor.

Expunerile trebuie să fie repetate: pentru a trata eficient o frică excesivă, nu este suficient un singur exercițiu, acesta trebuie reluat cu regularitate. Repetiția este cea care va face ca, puțin câte puțin, intensitatea și durata fricii să scadă în mod durabil, pentru că eforturile dumneavoastră vor avea un impact biologic, prin intermediul neuroplasticității, această reconfigurare a sinapselor dumneavoastră cerebrale despre care am menționat la începutul acestei cărți. Pe măsura expunerilor, anxietatea va crește mai puțin și va dura mai puțin. Nu uitați: trebuie să vă învățați treptat creierul emoțional că nu există nici un pericol, iar acest proces de învățare, la fel ca toate celelalte, necesită repetiții constante. În materie de fobie, o dată nu este nici odată suficient. Trebuie să vă „uzați” reacția condiționată de frică; una dintre pacientele mele îmi spunea că, în cursul acestor exerciții, încerca să „obosească frica”... În acest scop, terapeuții prescriu întotdeauna exerciții pacienților lor, care trebuie realizate zilnic între ședințe. Aceste exerciții sînt echivalentul gamelor pe care vi le-ar da un profesor de muzică. La fel ca ele, sînt indispensabile progresului dumneavoastră.

Expunerea trebuie să fie progresivă: în cea mai mare parte a cazurilor se recomandă să se înceapă printr-o expunere progresivă la situații de dificultate crescândă. Inutil să procedați violent și să simțiți că pierdeți teren - ar fi contraproductiv. Dacă vi s-ar întâmpla acest lucru ar însemna că ați ținut prea sus și că trebuie să vă fixați un obiectiv mai modest. Trebuie, într-adevăr, să vă stabiliți o listă de obiective, care vor reprezenta tot atâtea etape de depășit succesiv. De exemplu, pentru cineva cu fobie de înălțimi: să se urce în picioare pe un scaun, apoi pe o masă, pe urmă să se cațare pe o scară mică sau pe o schelă, să se aplece peste un balcon, peste o punte etc. Amintiți-vă că fobia reprezintă un ansamblu de obiceiuri vechi, care nu se pot ataca dintr-odată. Așa cum scria

Mark Twain, „nu scapi de un obicei aruncându-l pe fereastră, ci trebuie să-l faci să coboare scara treaptă cu treaptă...”

Iată ca exemplu lista de obiective stabilită cu una dintre pacientele mele acrofobe (fobia de înălțimi) în timpul unei terapii cu expunere gradată. Aceste exerciții reluau în mare ce lucraserăm împreună în ședință, iar pacienta trebuia să le practice cu regularitate între ședințe. Sînt clasate pe grad crescînd de dificultate:

- să privească în jos, în stradă, pe fereastra de la etajul al treilea, în fiecare dimineață și seară, destul de mult timp, rămînînd aplecată deasupra golului pînă cînd senzația de disconfort dispare, și nu să se retragă grăbită încă din primele secunde;

- să stea sus pe scara apartamentului ei și să privească în jos casa scării, fără să se agațe de bară, înainte de a coborî;

- în stradă, să se oprească pentru a privi monumente sau clădiri înalte, dîndu-și capul pe spate; să rămînă în această poziție chiar dacă apar senzații de vertij;

- să se urce în picioare pe un scaun fără să se țină cu mîinile și să rămînă mult timp cocoțată astfel;

- să se aplece peste balustrada balconului fără să se agațe zdravăn cu mîinile;

- să urce pe o scăriță pînă la ultima treaptă și să nu se agațe cu mîinile.

Pentru sfîrșitul acestei terapii, îi cerusem pacientei să sărbătorească evenimentul urcînd cu prietenul ei la ultimul etaj al Turnului Eiffel. Dar în

acest caz, nu mai era vorba despre un exercițiu constant, ci doar de un simbol al victoriei ei asupra fricii. Sau mai degrabă de un tratat de pace semnat cu ea însăși. Și asta pentru că țelul acestor eforturi nu este să aservească teama așa cum v-a aservit ea pe dumneavoastră, ci doar să trăiți în bună înțelegere cu ea: teama vă poate face încă unele servicii. Însă trebuie supravegheată de aproape: are tendințe dictatoriale din cauza caracterului ei cam primitiv...

6. Respectați-vă și faceți-i pe ceilalți să vă respecte fricile

Eforturile de confruntare pe care tocmai le-am precizat sînt infinit mai subtile și mai delicate decît am putea crede. Să ne vindecăm furia înseamnă deopotrivă să încercăm să trecem în forță dincolo de fricile noastre și să reconstruim, în timp, un raport diferit cu aceste frici alergice care sînt fricile fobice. Este un efort care necesită timp, ceea ce presupune să-i cunoaștem forțele, să știm să ne menajăm și, mai ales, să ne respectăm: să ne stimulăm fără să ne agresăm. Cuvîntul de ordine în materie de confruntare cu fricile proprii este să realizăm întotdeauna puțin mai mult comparativ cu ceea ce am fi făcut spontan, însă nu să ne uzăm în lupte epuizante. Și să ne amintim că obiectivul nu este să devenim o persoană fără frică, ci o persoană care nu se lasă nici dirijată, nici copleșită de fricile ei.

Un alt sfat: pentru fobiile complexe, care au tendința să vă invadeze existența în toate aspectele ei, să vă scadă serios stima de sine și să vă provoace stări depresive⁸⁸, nu vă mărginiți la fobia dumneavoastră. Iată în legătură cu acest aspect ce le amintesc pacienților mei de la grupele noastre de terapie: „Nu sînteți niște fobici, și sub nici o formă nu doar niște fobici! Chiar dacă suferința tinde să vă facă să uitați orice altceva, ca în durerile cronice. Sînteți, pur și simplu, niște persoane normale care suferă de fobie. Dar care au și multe alte caracteristici și capacități". Nu vă ocupați numai de simptomele dumneavoastră, ci și de persoana dumneavoastră!

Respectați-vă în primul rînd pe dumneavoastră. Astfel, îi veți face și pe alții să vă respecte. Fără să fiți nevoit, așa cum cred mulți fobici, să vă disimulați fricile. Agnes, una dintre pacientele mele cu fobie de apă, mi-a povestit într-o zi anecdota următoare... Fiindcă se temea să nu se înece de îndată ce nu mai simțea picioarele pe sol, am planificat împreună o serie de exerciții la piscina aflată în vecinătatea ei: mai exact, să se îndepărteze unu

sau doi metri de margine, de partea cea mai adâncă. Fiind curajoasă, însă nu temerară, ea i-a cerut totuși instructorului de înot să nu o scape din ochi: „Puteți să mă supravegheați un pic, vă rog? Mi-e frică atunci când nu mai simt picioarele pe sol". Instructorul de înot, simpatic, dar patern, a întrebat-o dacă știa să înoate, ceea ce era cazul, apoi a adăugat logic: „Atunci, nu trebuie să vă fie frică!" La care Agnes, care avea limba ascuțită, a replicat: „Ascultați, nu de psiholog am nevoie, ci de un instructor de înot. Nu vă cer să mă îngrijiți, ci să mă supravegheați dacă există pericolul să mă înec. V-ați aruncat deja să salvați pe cineva? Foarte bine, atunci, plec de lângă margine..." Și și-a efectuat exercițiile sub privirea relaxată, însă mai atentă, a instructorului de înot...

Agnes are o relație simplă cu frica ei: credea că nu există rușine dacă suferi de fobie, că putem cere ajutor fără să fim nevoiți totuși să suportăm atitudinile paterne din partea celor care oferă ajutor. Persoanele fobice se întreabă adesea dacă este un lucru bun să vorbească despre fricile lor. Dacă trebuie asumate sau disimulate. Ele se întreabă și cum să vorbească despre fobia lor. În mod general, regula cea mai potrivită pare a fi cea care le simplifică viața: să vorbească limpede despre ele fără să se subestimeze.

Or multe persoane fobice au tendința să-și ascundă fricile: pentru a evita o judecată morală, sfaturi inutile care au fost auzite de sute de ori și inaplicabile în cazul lor, fiindcă se simt considerate inferioare din cauza incapacității lor de a-și depăși fricile și au impresia că problema lor nu-i privește pe alții. Cu toate astea, trebuie știut că ascunderea unui lucru reprezintă un surplus emoțional important. Un studiu de psihologie experimentală arăta că, atunci când cineva era sfătuit să evite să vorbească despre un subiect anume în timpul unei întâlniri, i se accentua foarte clar starea de tensiune și de disconfort emoțional⁸⁹. Aveți deja nevoie de întreaga dumneavoastră energie ca să luptați și să faceți față: n-o irosiți inutil ascunzând cu orice preț realitatea fricilor dumneavoastră.

Dar atunci, cum să vorbim despre fobia noastră? O putem face simplu, fără să ne poziționăm neapărat nici într-un grav bolnav, nici în victimă. Interpretăm destul de des roluri reale sau imaginare cu pacienții mei fobici, pentru a testa diferitele modalități posibile de a vorbi despre fricile lor, în funcție de contexte și de interlocutori.

În general, discursul care pare cel mai potrivit în aproape toate situațiile se învîrte în jurul frazelor următoare: „Știu că asta poate părea un pic absurd sau uimitor, însă mă tem foarte tare de cutare și cutare situație. Aceste frici sînt cu adevărat dificil de controlat, aproape la fel de mult ca o criză de astm sau de migrenă. Încerc să le înfrunt treptat, deoarece mă deranjează, însă deocamdată n-am ajuns să le controlez perfect. Ați putea să mă ajutați făcînd asta...” O persoană fobică este pe deplin îndreptățită să ceară altuia s-o respecte fără să se creadă terapeutul ei. Dacă vă este teamă de pisici sau de câini, îi puteți explica liniștit proprietarilor animalului. Dacă vă temeți de călătoriile în avion, puteți vorbi despre asta cu stewardesele. Dacă vă temeți să vorbiți în fața unui public, nu ezitați s-o spuneți, nu e nimic anormal: aproape 30% din populație suferă de aceeași problemă. Și chiar dacă ar fi doar 1%, tot ați avea dreptul s-o spuneți! Însă nu abuzați de acest drept de a-i face pe ceilalți să vă respecte fricile, nu trebuie să profitați de asta pentru a nu întreprinde nimic împotriva lor. Țelul acestei sincerități față de anturaj este mai degrabă libertatea de a vă alege momentele în care să vă confrunțați cu teama și „doza” de frică pe care o veți inocula atunci.

Îmi amintesc în legătură cu asta de una dintre pacientele mele fobică social care era inspector medical pentru un mare laborator farmaceutic. Se simțea în largul ei cînd întâlnea medicii, pentru că n-o angoasa peste măsură faptul că trebuia să facă față unei persoane pe rînd. În schimb, trebuia să participe în fiecare luni dimineață la o reuniune cu directorul ei regional și cu o duzină dintre colegii săi. Aceste întâlniri o angoasau enorm. Nu lua nici odată cuvîntul în cadrul lor, se temea de momentele în care i se putea cere părerea, ceea ce se întîmpla uneori. După un timp, a început să nu mai suporte stresul și se pregătea să-și dea demisia. În acel moment a venit să mă consulte.

Am încercat s-o conving să nu demisioneze din acest motiv, ceea ce ar fi fost o formă de supunere în fața fobiei ei, mai ales că își iubea mult meseria și obținea rezultate bune. În timpul discuției, mi-a mărturisit că nu a îndrăznit nici odată să-i vorbească superiorului ei despre tracul său patologic. Am făcut, așadar, un mic joc de roluri pentru a ne închipui diferitele posibilități de abordare a subiectului. Apoi ea i-a cerut directorului o întîlnire, în care i-a mărturisit fricile ei și în care mai ales i-a explicat că

motivul pentru care nu scotea o vorbă în timpul ședințelor se datora mai mult fricilor ei decât lipsei de motivație pentru lucrul de grup. Spre marea ei surpriză, directorul său regional a primit cu bucurie mărturisirile ei și a recunoscut că a avut, într-adevăr, unele îndoieli, însă a crezut că era agasată de munca în echipă. Și i-a vorbit la rîndul lui despre propriile lui experiențe cu tracul...

7. Gîndiți-vă la frica dumneavoastră, la trecutul ei, la funcția ei... dar nu vă pierdeți pe drum!

Multă vreme, soluțiile propuse de terapeuți în materie de frici excesive erau mereu aceleași: „Ne vom gîndi la trecutul nostru”. Pentru mulți dintre pacienții fobici pe care-i primeam la ședințe, terapiile pe care le urmaseră înainte se rezumau adesea la „vorbeam despre copilăria mea”. Cu beneficii limitate, în orice caz asupra fricilor.

Trecutul nostru este, evident, foarte important, și pentru noi, și pentru înțelegerea temerilor noastre. Însă există o bună utilizare a trecutului în materie de lucru asupra fobiei: este întotdeauna esențial să ne gîndim la el și totodată să nu-l aprofundăm, să nu ne înecăm sau să ne rătăcim în el...

► Trebuie să ne gîndim întotdeauna la istoria fricilor

În general, acest exercițiu nu este suficient pentru a scăpa de ele. Însă vă poate învăța mult despre greșelile care au condus la agravarea fricilor și cum să nu le repetăm. Vă va ajuta și să evitați să le transmiteți copiilor voștri, prin educație sau prin observație. Lupta împotriva fricilor se câștigă întotdeauna în prezent: cernerea minuțioasă a trecutului nu este nici odată soluția pentru a scăpa de fobiile proprii. Asta nu înseamnă că trecutul trebuie ignorat. O reflectare asupra istoriei fobiei dumneavoastră este întotdeauna o etapă utilă. Deoarece v-ar permite să înțelegeți cum a debutat și cum apoi - inconștient - ați dezvoltat-o și menținut-o. În același timp, trebuie știut că istoria pe care ne-o povestim despre propria noastră fobie este în permanență o reconstituire, nesigură și aproximativă. Reprezintă un ansamblu de ipoteze explicative: în materie de fobii, precum și în nenumărate alte lucruri, preferăm adesea să avem explicații simple și coerente, în vreme ce realitatea este mereu mai complicată: am menționat originile multiple ale fricilor în capitolul precedent.

► Există avantaje în a fi fobic?

Cînd eram tînăr psihiatru, mulți dintre colegii mei mai mari erau mai interesați de cercetarea a ceea ce se numea „beneficiile secundare” ale fobiei decît de tratarea ei. Poate pentru că nu dispuneau de metode de tratament eficace? Și erau, din cauza acestui fapt, mai mult martori decît actori ai evoluției fricilor pacienților lor?

Postulatul de bază al acestei ipoteze a beneficiilor secundare consta în a presupune că existau mai multe avantaje decît inconveniente în a fi fobic. Teamă excesivă putea, de exemplu, permite unei persoane să fie supraprotejată sau să-și pedepsească apropiații complicîndu-le viața. Potrivit acestui tip de teorie, femeile agorafobe puteau, ca urmare a fobiei lor, să aibă întotdeauna pe cineva gata să le însoțească peste tot și să rămîină alături de ele. Sau chiar puteau să se sacrifice pe altarul agorafobiei, ceea ce le limita total autonomia, pentru a face - înconștient - pe placul unui soț gelos...

Recursul sistematic la acest gen de teorii le-a desconsiderat. Era, fără îndoială, o greșeală să li se acorde atîta importanță. Ar fi o altă greșeală să nu li se acorde niciuna. A fi fobic are uneori și beneficii. Însă n-am întîlnit nici odată un pacient care nu le-ar fi schimbat bucuros ca să aibă parte de o vindecare veritabilă. Prudență, așadar, cu terapeuții obsedați exclusiv de aducerea la lumină a acestor cunoscute beneficii secundare.

► **Au fricile un sens ascuns?**

Pentru unii, fobiile noastre ar avea un sens: ele ar fi un mesaj al inconștientului nostru în legătură cu problemele nerezolvate din viața noastră. Aduce oarecum cu „interpretarea viselor”, în care un anume vis ar avea o anume semnificație. Pentru vise s-a demonstrat că viziunea aceasta era eronată - același lucru este valabil și pentru fobii. Și în acest caz, psihologia a abuzat mult de acest tip de gîndire, substituind-o unor demersuri mai eficace.

Derivele psihanalizei lacaniene și moda jocurilor de cuvinte pe post de reflecție psihopatologică au adus numeroase perle miciei lumi a psihologiei⁹⁰. Din păcate, mulți fobici au fost victimele lor, uneori timp de ani întregi petrecuți pe canapea.

Îmi amintesc de o pacientă care prezenta o teamă de sufocare: un psihanalist cu care a lucrat cîțiva ani a asigurat-o că fobia ei provenea din faptul că avusese o experiență „greu de înghițit”. Să specificăm că el nu își

asuma astfel niciun risc făcând această afirmație: ce ființă umană n-a cunoscut situații „greu de înghițit”? Însă pacienta a mers în zadar pe această pistă, fără a-și ameliora situația.

Iată o altă istorisire, relatată de prietenul meu, psihologul Jacques Van Rillaer⁹¹: „Pe vremea când lucram într-un centru de psihologie clinică specializată în psihanaliză, o studentă a venit să- l consulte pe unul dintre colegii mei în speranța de a-și vindeca teama de examene. Încă de la prima ședință, psihanalistul a explicat această teamă prin masturbare. Argumentul lui consta într-o frază: «Teama de examene este teama de masturbare». Nu știu dacă interpretarea aceasta strălucită i-a permis pacientei să se masturbeze fără vinovăție și «deci» să-și obțină diploma...”

Una dintre prietenele mele, care suferea de o teamă incontrolabilă de păianjeni, a auzit spunându-i-se de către un terapeut că fobia ei nu era decît o reprezentare a angoasei sale în fața sexului masculin: negru și păros...

Am primit recent la consultație o tînră care prezenta o teamă fobică de a nu face pe ea într-un loc public, teamă frecventă în anumite fobii sociale severe. Și ea a avut parte de interpretări sălbatice, încă de la a doua (și ultima!) ședință la un psihiatru care a apostrofat-o: „Vă disprețuiți atît de mult încît să ajungeți să vă scăpați pe dumneavoastră?” Efectul terapeutic a fost zero. În schimb, femeia a refuzat apoi să se mai consulte timp de zece ani, convinsă că toți psihoterapeuții semănau cu acel practician. Ceea ce este, din fericire, fals, atît la psihanalistii serioși, cît și în alte școli de psihoterapie.

Această viziune a fobiei ca ilustrare a unui conflict intrapsihic reprezintă unul dintre stîlpii teoriei psihanalitice. Deși puțin operațională în terapie, dimensiunea ei poetică și misterioasă a contribuit în mare măsură la enormul ei succes în rîndul numeroșilor scriitori, al căror talent le-a permis apoi s-o popularizeze. Astfel, în nuvela *Frica*, scriitorul austriac Ștefan Zweig, profund influențat de teoriile psihanalitice, descrie angoasele fobice ale lui Irene Wagner, o frumoasă burgheză care se refugiază în adulter⁹²: „Atunci cînd Irene, ieșind din apartamentul amantului ei, coborî scara, din nou o teamă subită și irațională puse stăpînire pe ea. Văzu negru în fața ochilor, genunchii i se anchilozară și simți nevoia să se agațe repede de bară, ca să nu cadă brusc cu capul înainte... Afară o aștepta deja frica, nerăbdătoare s-o

împungă și care-i apăsa atît de tare inima, încît încă de la primele trepte simțea că nu mai avea aer... Crezi... că este... întotdeauna teama... cea care oprește oamenii? N-ar fi uneori... rușinea... rușinea de a-și deschide inima... de a o dezgoli în fața întregii lumi?" Vinovăția lui Irene era, în opinia lui Zweig, sursa tulburărilor ei fobice.

Este posibil, și în acest caz, ca abordarea aceasta să poată fie validă. Dar nici pe departe întotdeauna. Problema este că, dacă începem să cercetăm cauzele conflictelor intrapsihice, vom găsi rapid cu zecile. Pe de altă parte, aceste conflicte pot juca un rol nespecific, ca factor global al stresului, fără să fie neapărat nevoie să le atribuim un simbolism oarecare. Dacă o persoană fobică trece prin dificultăți conjugale sau sexuale, nimic nu dovedește că impedimentele în speță ar sta la originea fricilor ei; în schimb, este clar că le vor agrava.

8. Aveți grijă de dumneavoastră: frici, fobii și igienă de viață

Iată un ansamblu de mici sfaturi cu eficacitate modestă: nici cu adevărat suficiente, nici neapărat necesare, toate aceste mici detalii sînt, pur și simplu, utile. Asemenea unei țesături, un singur fir nu este îndeajuns pentru a produce un efect notabil, însă lipite unele de altele, ele se pot dovedi eficace. Principiul este simplu: tot ce este bun pentru sănătatea dumneavoastră este bun și pentru fobia de care suferiți...

► Exercițiu fizic

Orice exercițiu fizic este benefic persoanelor care suferă de frici foarte mari.

În primul rînd, din motive generale: exercițiul fizic practicat cu regularitate crește starea de bine⁹³.

Apoi, pentru un efect favorabil al activității fizice asupra dispoziției: se știe că exercițiul ridică ușor nivelul mediu al moralului nostru⁹⁴. Mai ales cînd activitatea fizică este repetată în mod regulat. Nu trebuie să ne așteptăm la niciun miracol, ci s-o înțelegem ca o investiție pe termen lung.

În sfîrșit, pentru un efect specific asupra sensibilității sporite anxioase, această „frică de frică” de care am vorbit⁹⁵. Exercițiul fizic reproduce în parte senzațiile fiziologice legate de frică, precum accelerarea ritmului cardiac, hiperventilația, transpirația etc. Familiarizarea cu aceste senzații ne ajută să nu mai reacționăm exagerat la apariția aceluiași fenomene în

situațiile angoasante. La persoanele suferind de o fobie în privința senzațiilor lor fiziologice, cum este cazul în tulburarea de panică, vor fi necesare exerciții destul de intense. Dar tot la aceste persoane vor fi cel mai dificil de realizat, de teamă să nu se declanșeze o durere. Terapeutul trebuie uneori să se transforme în profesor de sport: eu fac adesea mici alergări cu pacienții mei, sărituri cu coarda (excelent mijloc de accelerare a ritmului cardiac, după cum o știu bine boxerii) sau îi trimit să urce în fugă cele cinci etaje ale imobilului care ne adăpostește biroul. Uneori se întâlnesc pe scară cu confrății mei, pe care nu-i mai miră nimic din partea micului nostru grup de comportamentaliști...

Doza de exerciții dorită echivalează cu o jumătate de oră de mers, de trei ori pe săptămână, într-un ritm cât mai rapid posibil. Luați-vă bascheții!

► Alimentație

Nu există pînă în ziua de azi regim alimentar antifobie. Dacă efectul asupra reglării emoționale al cunoscuților acizi grași omega-3 se confirmă în studiile viitoare, atunci ne putem aștepta, în mod justificat, la o eficacitate a lor asupra dereglărilor emoționale foarte prezente în fricile excesive. Însă în prezent este prematur să susținem această teorie. Să amintim faptul că acizii omega-3, pe care corpul nostru nu știe să-i sintetizeze, precum vitaminele, se regăsesc în alimente precum peștele gras (macrou, sardine, somon, ton), nucile, uleiul de rapiță, anumite vegetale ca iarba grasă ori spanacul etc.

Știm, în schimb, că există alimente sau mai degrabă „toxine” ce trebuie evitate. Unele sînt în mod clar anxiogene: este cazul cafelei, care, se știe, crește sensibilitatea la frică. Dacă ați consumat multă cafea, veți simți puseuri de frică mai violente și mai dificil de controlat. În doze mari, cafeina induce, de altfel, o dependență și menține o stare de tensiune. În practică, persoanele cu fobii severe o evită, deoarece nu suportă senzația de tensiune fizică pe care o induce cafeaua. Însă mulți alții o consumă în exces, ceea ce le agravează starea emoțională...

Alcoolul și canabisul sînt și ele adesea utilizate de pacienți pentru a încerca să-și regleze fricile. Cele două vor calma tensiunea psihică, însă cu prețul importantelor efecte dăunătoare, printre care o dependență importantă și rapidă. Și în acest caz, alături de cei care, de exemplu, consumă

medicamente în exces, unii pacienți nu suportă sentimentul de pierdere a controlului, care poate decurge din consumul de alcool sau de hașiș, și le evită. Ceea ce confirmă, într-adevăr, că fiecare frică se supune în parte legilor sale biologice și psihologice proprii.

În ceea ce privește tutunul, fenomenul este și în acest caz dublu: pacienții au adesea impresia că fumatul îi calmează pe termen scurt, dar în realitate se crede că tutunul este un factor destabilizator pe termen lung. Studiile disponibile arată, într-adevăr, că numeroși fumători prezintă tulburări fobice. Tutunul pare să-i ajute să-și regleze dispoziția. Însă cele două inconveniente sînt sporirea anxietății și efectele agravante ale sevrajului: nervozitatea și insomnia, din cauza cărora adesea pacientul „recidivează”.

Este inutil, așadar, să vă învinovați dacă aveți probleme consumînd aceste produse, dar recomandarea este să căutați ajutor la un terapeut obișnuit cu aceste dependențe, pentru a vă explica etapele de urmat⁹⁷.

► Stresul agravează fricile

Toți pacienții fobici știu foarte bine că există „zile cu și zile fără”. Zile în care, în mod bizar, fricile sînt mai puțin apăsătoare. Și altele în care își dublează intensitatea. Una dintre explicațiile acestor fluctuații este adesea nivelul global al stresului. Cu cît veți fi mai stresat în viața de toate zilele, cu atît mai supărător se va manifesta fobia dumneavoastră.

Se știe că prin activarea sistemului nervos simpatic, care este una dintre componentele stresului, se facilitează în mod clar condiționările anxioase: dacă sîntem deja stresați din alte motive, o experiență neplăcută va lăsa urmele cele mai profunde și mai durabile. Mulți dintre pacienții panicarzi povestesc astfel că, înaintea primului lor atac de panică, de care își amintesc, în general, cu o foarte mare precizie, deoarece pentru ei reprezintă o amintire traumatică, au traversat perioade de stres existențial importante, de rupturi reale sau simbolice, de schimbări variate⁹⁸. Așadar, cu cît veți fi mai tensionat, cu atît ocaziile de a vă fi frică se vor transforma în experiențe emoționale neplăcute și vor lăsa urme durabile și dureroase. Este unul dintre motivele eficacității - indirecte - a gestionării stresului la persoanele fobice.

9. Învățați să vă relaxați și să meditați

Fobiile sînt boli psihosomatice în sensul de bază al cuvîntului: multe dintre simptomele lor se exprimă prin intermediul corpului. Iar aceste

manifestări somatice dezvoltă și agravează la rîndul lor fenomenele psihologice. De unde și interesul de a întrerupe acest cerc vicios...

► De ce și cum să ne relaxăm?

Persoanele fobice au tendința de a se afla prea des sub o mare tensiune psihologică și fizică". Prin exercițiile de relaxare pot să-și „întărească" sistemul emoțional „de frînare" care reprezintă sistemul nervos parasimpatic, deoarece tensiunea fizică depinde de activarea sistemului simpatic, opusul lui fiind cel parasimpatic. Relaxarea activează sistemul parasimpatic, cel care facilitează încetinirea ritmului cardiac, destinderea mușchilor și alte manifestări opuse celor care declanșează frica.

Relaxarea este, așadar, foarte utilă. Însă ea nu poate reprezenta singurul demers terapeutic: tratarea unei fobii doar prin relaxare ar fi insuficientă. Relaxarea este mai degrabă un instrument de calitate a vieții, de reglare emoțională, o formă de investiție pe termen lung, decît o metodă menită să contracareze accesele de frică.

Relaxarea se poate practica la diferite niveluri de complexitate⁴.

La un prim nivel, ea poate consta într-o simplă conștientizare a senzațiilor corporale și în cîteva exerciții de relaxare simple (respirație amplă și calmă, poziție confortabilă) efectuate cît mai des posibil, și în situații reale, pentru a scădea nivelul mediu de tensiune anxioasă. Este ceea ce poartă numele de „minirelaxări"¹⁰⁰.

La un nivel mai perfecționat, ea poate propune cîteva exerciții complexe, pentru a învăța ce este relaxarea fizică și a stabili, treptat, niște automatisme: cu cît mă voi relaxa mai des, cu atît îmi va fi mai ușor să-mi induc stări de relaxare. Într-adevăr, memoria corpului circulă, din fericire, în ambele sensuri, chiar dacă, din păcate, este mai ușor și natural să ne crispăm decît să ne destindem. Se impune mereu prioritatea naturală față de reflexele care favorizează supraviețuirea în raport cu cele care privilegiază calitatea vieții...

Scăzînd nivelul mediu al tonusului său simpatic, persoana fobică poate spera să se îndepărteze de zona periculoasă, în care nivelul ridicat al tensiunilor fizice înlesnește declanșarea brutală a crizelor de angoasă.

Atenție: relaxarea nu are drept scop dispariția totală a senzației de anxietate. Recurența fricii nu trebuie percepută ca o dovadă a eșecului sau a

⁴ Veți găsi propuneri de exerciții de relaxare și de meditație la sfîrșitul lucrării (n.a.).

inutilității relaxării. În esență, trebuie să considerați relaxarea mai degrabă ca un instrument global de calitate a vieții decît ca un demers terapeutic.

► Poate fi utilă meditația în cazul fricilor excesive?

Tehnicile de meditație, introduse recent în câmpul tulburărilor fobice, cunosc o oarecare vogă. Beneficiile lor asupra stării de bine fiziologice globale sînt demonstrate¹⁰¹. În domeniul fobiilor și al tulburărilor anxioase în general, este vorba, probabil, despre un domeniu promițător, însă nu există încă certitudini în privința eficacității lor terapeutice exacte¹⁰². Meditația, mai ales sub forma de „conștientizarea prezentului” (în engleză: mindfulness), constă în a antrena treptat conștiința să rămînă într-o stare de acceptare calmă a ceea ce ne înconjoară (de exemplu, zgomotele din jurul nostru) și a ceea ce simțim (de pildă, gîndurile noastre, emoții și senzații).

Sarcina este, așadar, de două ori mai dificilă pentru persoanele fobice, care sînt, de obicei, în stare de vigilență și de luptă în raport cu mediul, gîndurile și senzațiile lor fizice. Pentru ele, beneficiile meditației s-ar putea situa pe trei niveluri.

Primul ar fi cel al unui efect care facilitează relaxarea: multe persoane anxioase nu se pot relaxa ușor, deoarece sînt prea receptive la cel mai mic factor perturbator, la cea mai mică solicitare a atenției lor. Nu reușesc să se detensioneze decît într-un mediu calm, fără zgomot în jurul lor... Or aceste condiții sînt rareori îndeplinite în existența cotidiană. A învăța să se relaxeze în ciuda zgomotelor exterioare („Ah! Motoarele astea de mașini”) sau a gîndurilor inutile („Cînd mă gîndesc la tot ce am de făcut după ședința mea de relaxare...”) este, prin urmare, prețios pentru fobici.

Un al doilea beneficiu care poate fi extras din acest efort se referă la atenția vigilentă și în același timp dispersată a persoanelor fobice. Am scris deja pînă în ce punct fricile fobice erau adesea asociate cu tulburări de atenție, mai mult sau mai puțin importante, în funcție de persoane. Cei mai mulți fobici au, în general, dificultăți în fixarea atenției: în realitate, aceasta este de obicei consacrată supravegherii neliniștite mai degrabă decît observației relaxate. Fobicii se chinuie să-și abandoneze reflexul lor de supraveghere a mediului. Paradoxul este că, odată ce depistează ceea ce-i înspăimîntă, le este foarte greu să-și fixeze atenția asupra obiectului acestei frici, printr-un reflex de evitare. Ceea ce este totuși singurul mijloc de a se

obișnui cu el puțin câte puțin. Ședințele de meditație pot reprezenta astfel un soi de antrenament pentru a stăpîni mai bine procesele atenționale, în scopul de a înlesni confruntările cu imagini, gânduri sau senzații neliniștitoare.

În sfîrșit, metodele de meditație pot avea și un alt beneficiu psihologic: dezvoltarea însușirilor de acceptare a stărilor emoționale negative. Este, de exemplu, unul dintre scopurile meditației budiste¹⁰³. De unde și utilizarea ei de către anumiți terapeuți, mai ales în prevenția recidivelor depresive¹⁰⁴, dar și, de puțin timp, în abordarea psihoterapeutică a diferitelor probleme legate de frică și de anxietate¹⁰⁵. Pentru persoanele fobice, exercițiile constau în a lăsa să apară, apoi să accepte senzațiile, gândurile, emoțiile, imaginile neplăcute care pot surveni, fără să caute pe moment să le respingă sau să le discute. E corect să ne spunem: „Ce mă înspăimîntă se poate întîmpla. Nu s-a întîmplat, poate nu se va întîmpla nici odată, dar în același timp se poate întîmpla. Trebuie să învăț, puțin câte puțin, să suport aceste imagini sau aceste idei. Și să acționez pe cît e necesar pentru a împiedica apariția catastrofelor de care mă tem. Însă neliniștea mea nu va folosi la nimic. Ea nu va modifica evoluția lucrurilor. Acțiunile mele sînt cele care vor aduce transformarea dorită...” Cu pacienții mei, utilizăm adesea în aceste momente imaginea dopului din plută ajuns în ocean: valurile de frică îl fac să urce, să coboare, dar va continua să plutească. Și asta chiar dacă valurile sînt enorme. Este suficient să le lăsăm să treacă...

10. Mențineți-vă eforturile în timp

Putem, într-adevăr, să ne vindecăm de o fobie? Putem într-o zi să ne trezim definitiv scăpați de fricile noastre? Sau trebuie să acceptăm un mic fond de tendințe fobice? Aceasta este, de fapt, problema definiției vindecării unei fobii, pe care o vom aborda în capitolul următor.

Se pare că, în realitate, rămînem întotdeauna, dintr-un anumit punct de vedere, un „vechi fobic”. Experiența fricii foarte mari se întinde, în general, pe mai mulți ani de viață și reprezintă o pîrticică din sinele nostru pe care n-o putem șterge. Pe de altă parte, vulnerabilitățile emoționale care au stat la originea ei rămîn cel mai adesea neschimbate. Însă nu acest lucru este cel mai important, ci acela că, dacă am știut să depășim fobia o dată, e ca mersul pe bicicletă, nu se uită. Și se uită cu atît mai puțin cu cît vom continua să mergem pe bicicletă cu regularitate...

Feedbackul pe care-l avem de la foștii noștri pacienți fobici arată că aproape toți sînt mai bine protejați de recurența fricilor patologice dacă-și continuă toate eforturile despre care tocmai am precizat. Le va fi cu atît mai ușor cu cît, în timp, ceea ce era efort tinde să devină treptat automatism și stil de viață.

Continuarea exercițiilor de expunere la frică sub forma unui soi de „gimnastică psihoemoțională” reprezintă metoda cea mai eficăce. Ne încurajăm astfel pacienții să practice cu perseverență confruntarea cu „fricile lor preferate”. De exemplu, pentru fobicii sociali, să joace teatru după sfîrșitul terapiei sau să se înscrie într-un club sau o asociație, unde vor avea ocazia să ia adesea cuvîntul în fața unui grup. Pentru persoanele care suferă de tulburare de panică, să continue să se integreze într-o masă de oameni, de exemplu, făcîndu-și din cînd în cînd cumpărăturile sîmbăta și participînd la tîrguri în fiecare an. Pentru cei cu fobie de porumbei, să se forțeze să le dea de mîncare în piețe...

Aceste „imunizări” par să joace un rol important pentru menținerea progreselor realizate și să reprezinte o foarte bună armă împotriva recidivei. Ele consolidează mecanismele naturale de cicatrizare a fricilor fobice. Fiindcă, în fond, scopul tuturor acestor eforturi este de a lăsa experiențele de viață să ne îmbogățească, și nu să ne fragilizeze. Destinul „normal” al unei frici nejustificate (nu vorbesc aici despre fricile stîrnite de un pericol obiectiv și imediat) este să dispară. Chiar dacă una sau mai multe experiențe ne-au marcat în mod dureros, conștientizarea că, în timpul confruntărilor ulterioare, pericolul temut nu apare, trebuie, puțin cîte puțin, să ne vindece. Acesta este motivul pentru care, plecînd de la o mușcătură de cîine, majoritatea persoanelor nu capătă fobie de cîini. Or mecanismele acestor frici patologice care sînt fobiile nu permit tocmai această cicatrizare psihologică. Este obiectivul eforturilor pe care tocmai le-am descris.

Astfel, foștii noștri pacienți - foști fobici - sînt din ce în ce mai puternici în fața recurenței fricii. Unul dintre ei, eliberat de o tulburare de panică severă, revenea în fiecare an să mă vadă pentru o întîlnire anuală, ritual devenit tot mai inutil datorită progreselor lui, dar care-i dădea o stare de siguranță. Își comparase într-o zi munca făcută în terapie cu construcția unui imobil antiseismic: „Altădată, mă prăbușeam sub loviturile atacurilor de

panică. Acum, am impresia că m-am reconstruit ca un imobil capabil să reziste la cutremurele de pământ. Asta mi s-a întâmplat de mai multe ori. După cum mi-ați recomandat, continui constant să mă testez în fața mai tuturor situațiilor de care mă temeam. Văd că rezist. Așadar, nu-mi mai este frică. Am decis să nu-mi mai fie frică anticipat. Să nu mai trăiesc sub amenințarea unei recidive. Și să profit de viață..."

CAPITOLUL 5

Tot ce trebuie să știți despre tratamentul fobiilor

Ce semnifică să-ți vindeci fricile?

Să te vindeci înseamnă să-ți regăsești libertatea mișcărilor, și nu să te adaptezi fricilor excesive sau să te obișnuiești cu tirania lor.

Mai exprimă și să fi învățat să le faci față pe viitor. Fiindcă fricile foarte mari au memorie lungă și caută adesea să revină.

Ele nu sînt fenomene imateriale: se cuibăresc în adîncul creierului nostru. De aceea, orice tratament trebuie să ia în calcul dimensiunea biologică a fricilor excesive.

Medicamentele știu s-o facă, desigur. Însă incredibila descoperire a acestor ultimi ani este că psihoterapiile sînt și ele capabile de același lucru: eforturile noastre ne pot modifica arhitectura creierului. Asta se cheamă neuroplasticitate. Este tratamentul cel mai ecologic pe care ni-l putem imagina împotriva fricilor foarte mari. Și este o foarte bună veste pentru persoanele a căror viață este deteriorată de frică...

„Știința care instruieste și medicina care vindecă sînt slujitoare foarte bune, fără îndoială; însă știința care înșală și medicina care ucide sînt rele.

Învățați-ne, așadar, să le distingem."

Jean-Jacques ROUSSEAU, Emile, I

Dacă suferiți de frici severe, veți avea, probabil, nevoie să recurgeți la ajutorul unui terapeut. În mod paradoxal, vă veți confrunta cu noi probleme. Cum să găsiți cea mai bună terapie și cel mai bun terapeut?

Să ne imaginăm că aveți probleme cardiace: veți căuta în acest caz părerea a zece cardiologi și, mai mult ca sigur, cele mai multe dintre aceste păreri vor fi apropiate, precum și propunerile de tratament asociate. Dar dacă, din cauza dificultăților psihologice, consultați zece psihiatri, psihologi sau psihoterapeuți, știința se complică. Probabil, veți ieși din zece întâlniri cu zece păreri diferite și o mare varietate de propuneri terapeutice.

Optimiștii vor spune că varietatea aceasta reprezintă o șansă: e mai bine să avem mai multe metode de vindecare decât una singură. Pesimiștii vor sublinia că asta pune numeroase probleme.

Prima dintre ele este că pacienții se simt adesea pierduți într-un asemenea peisaj, alcătuit din oferte de terapii variate și avînd o logică total imprevizibilă. Se vor și întreba, pe drept cuvînt, dacă abordările respective au aceeași dificultate. În plus, numeroși oponenți ai psihologiei se sprijină pe această relaxare artistică pentru a concluziona că ea nu poate, în mod clar, să fie considerată ca o disciplină științifică fiabilă. Pentru a completa imaginea, să notăm că mulți dintre terapeuți agravează cu bucurie această dezordine, comportîndu-se chiar ei în mod iresponsabil: își prezintă adesea metoda ca singura capabilă de a vindeca, toate celelalte fiind ineficace sau toxice. Această atitudine se datorează pregătirii lor: în facultățile de psihologie, unii profesori își îndoctrinează studenții să nu-și dezvolte toleranța și receptivitatea. Și, de asemenea, unei greșeli de perspectivă: atunci cînd ești terapeut într-o școală, nu primești decât eșecurile altor școli. Un psihoterapeut comportamentalist primește pacienți la care psihanaliza n-a dat rezultate; întrucît cei care s-au simțit mai bine nu vin să-l vadă...

Dar să revenim la problema esențială: persoanele care suferă de frici foarte mari. Așteptarea lor este simplă: să se vindece. Însă definiția a ceea ce este o vindecare în psihologie nu este întotdeauna chiar simplă...

Ne putem vindeca de o fobie?

Să vindeci pe cineva nu înseamnă doar să ajuți la atenuarea acestor simptome sau chiar la suprimarea lor, ci și să fi învățat Persoana respectivă să le facă față dacă apar din nou.

Din cauza rădăcinilor psihologice, fobia este o formă de vulnerabilitate cronică, al cărei tratament presupune un întreg proces de

învățare destinat să sugrume fricile pe care le generează. Aceasta influențează, așadar, modul în care vom defini ce semnifică vindecarea unei fobii.

Să te vindeci înseamnă să vezi mai întâi diminuarea sau dispariția simptomelor

Vindecarea unei fobii presupune diminuarea simptomelor, atât ca număr, cât și ca intensitate. Printre aceste simptome, cele mai neplăcute, cele pentru care pacienții vin să se consulte și de care vor să scape, sînt manifestările emoționale (teamă și uneori rușine) și manifestările comportamentale (evitări).

De exemplu, să te vindeci de o fobie de porumbei înseamnă să nu-ți mai fie frică de porumbei sau să nu mai ai decît o teamă moderată, care nu implică nici evitări: „nu mai fac ocoluri lungi ca să nu fie nevoie să traversez scuarul”, nici incapacitatea de a face față: „dacă un porumbel mai curajos ca alții se apropie prea mult de mine sau de copilul meu în lădița cu nisip, sînt în stare să-l alung fără să tremur de spaimă”.

Însă o altă întrebare se ridică numaidecît: trebuie să dispară total simptomele de frică? Oare vindecarea de o fobie semnifică să nu mai fim nici odată expuși riscului de a simți frica?

Nu, scopul unei terapii este ca frica să rămînă moderată în intensitatea ei: obiectiv cantitativ; însă mai ales să poată fi depășită: obiectiv calitativ. Problema fobiilor nu este doar frica în sine, ci incapacitatea de a o controla. Este vulnerabilitatea la frică.

► Să te vindeci înseamnă și să înveți să faci față propriilor frici

De aceea, al doilea criteriu indispensabil pentru a vorbi despre vindecare este capacitatea de a face față recurenței fricii. Această recidivă este adesea un factor de descurajare a pacienților: după ce au făcut progrese, se trezesc confrunțați cu un nou atac al fricii, care-i poate pune din nou pe fugă. Este o recidivă? Sau dovada că eforturile lor n-au folosit la nimic? Nu, este, pur și simplu, procesul normal de vindecare: teama nu dispare într-o singură etapă, vor exista noi accese, dar care, puțin cîte puțin, vor fi mai rare, mai puțin intense, mai puțin destabilizante.

De exemplu, în cazurile de atacuri de panică, adesea asociate cu agorafobia, a te vindeca înseamnă a nu le mai resimți. Însă înaintea acestei

etape, trebuie să știi cum să le stopezi foarte repede dacă unul dintre ele apare din nou, cum ar fi cazul perioadelor de viață obositoare sau stresante. În fața recurenței fricii, pacienții sînt capabili să nu înnebunească și să facă ce trebuie pentru a limita escaladarea fricii și a împiedica transformarea ei într-un atac de panică.

Asta presupune ca persoana să fi luat parte activă la ameliorarea ei, să fi înțeles mecanismele fricii și să fi experimentat deja pe teren, cu ajutorul terapeutului, în ce mod se poate lupta împotriva unei creșteri a angoasei. De aceea, vom vedea că simpla administrare de medicamente sau remisiile spontane rare, dar posibile, pot favoriza unele remisii (diminuarea simptomelor), dar nu autentice vindecări, conform criteriilor noastre.

► De ce criterii dispunem pentru a ne vindeca?

Există mai multe căi de vindecare, ceea ce nu este uimitor, avînd în vedere complexitatea mecanismelor fobiilor. Probabil că fiecare metodă de terapie este capabilă să vindece pacienți fobici. Există și persoanele fobice care nu au apelat la ajutorul terapeuților și care s-au vindecat prin demersuri personale.

Dar, în orice caz, persoanele fobice au dreptul să afle ce metodă de vindecare este mai funcțională sau folosită cel mai des, adică ce ar trebui încercat în primul rînd.

Trebuie, prin urmare, efectuate studii de evaluare care să răspundă la întrebările pe care toți pacienții sînt îndreptățiți să le pună.

Pentru medicamente, aceste întrebări sînt, cel mai des: care vor fi efectele acestei molecule asupra diferitelor manifestări ale fobiei? Voi fi doar calmat(ă)? Sau voi și putea înfrunta situațiile care mă înspăimîntă atît de tare astăzi? Voi simți efecte neplăcute? Va exista o menținere a progreselor mele după ce nu voi mai lua medicamentul? Legislația impune în prezent oricărui fabricant de medicamente care se adresează fobiilor severe să răspundă la aceste întrebări. Ceea ce presupune efectuarea unor studii destul de riguroase înainte de a fi demonstrată eficacitatea unei substanțe în tratamentul anumitor fobii. Vom vedea că, în plan medicamentos, tendința actuală este de a utiliza mai puțin tranchilizantele și de a opta pentru anumite antidepressive specifice, care acționează asupra unui neurotransmițător numit serotonină, de unde și apelativul lor de

„serotoninerge”. Sînt medicamentele care au făcut obiectul celui mai mare număr de studii referitoare la eficacitatea lor în tratamentul fobiilor.

În privința psihoterapiilor, întrebările sînt următoarele: care va fi durata tratamentului? Ce dovezi avem despre eficacitatea lui? Efectele sale vor fi durabile sau nu? Ce procentaj al pacienților suferind de același tip de fobie ca mine este ameliorat de această terapie? Oricît de uimitor ar părea, pînă în ziua de azi nu exista acest demers de evaluare a psihoterapiilor care să fi fost adus la cunoștința marelui public din Franța. Asta în timp ce psihoterapiile au apărut cu mult înaintea medicamentelor moderne! Cu toate acestea, o asemenea evaluare este foarte importantă pentru pacienți, care sînt altfel obligați să se bazeze pe spusele terapeuților pe care-i întîlnesc. Din fericire, lucrurile încep să se schimbe, mai ales odată cu publicarea recentă a unui raport al INSERM, Institutul Național de Sănătate și Cercetare Medicală, în legătură cu eficacitatea psihoterapiilor¹⁰⁶. Această muncă de sinteză a tuturor studiilor disponibile amintește ceea ce comunitatea științifică știa de mai mulți ani: psihoterapiile recomandate în primă fază pentru tratarea tulburărilor fobice sînt terapiile comportamentale și cognitive (TCC). Asta nu înseamnă că celelalte forme de terapie sînt ineficace. Dar că, în orice caz, sub forma lor actuală, ele sînt mai puțin clare și nu atît de frecvente. Și că este logic, așadar, să începem printr-o TCC înainte de a ne îndrepta spre alte psihoterapii.

Dacă TCC-urile și medicamentele sînt în prezent singurele tratamente care și-au dovedit pe larg eficacitatea, motivul este, probabil, acela că dispun de aceeași capacitate de a acționa asupra dimensiunii biologice a fobiilor¹⁰⁷. Această însușire nu este surprinzătoare pentru medicamente, molecule acționînd asupra chimiei creierului, dar care este în mod clar mai revoluționară pentru psihoterapii! Unul dintre avantajele TCC-urilor asupra medicamentelor este că schimbările biologice provocate la nivel cerebral sînt într-o oarecare măsură „autoproduse”, ca și cum am fabricat chiar noi un medicament endogen. Cum pot modifica demersurile psihoterapeutice funcționarea creierului? Este obiectul uneia dintre cele mai mari idei avansate în ultimii ani în psihiatrie...

Necesarele căi biologice ale vindecării

Am vorbit despre asta în capitolele precedente, dar să amintim rapid de ce apare o fobie: 1) natura ne-a pregătit să ne fie în mod normal frică de unele lucruri (animale, înălțimi, întuneric, persoane necunoscute...); 2) aceste frici se bazează pe circuite cerebrale proprii oricărui gen uman; 3) hazardurile geneticii sau ale vieții au făcut astfel încât unii dintre noi vor resimți „frici foarte mari”; 4) aceste frici foarte mari, care sînt fricile fobice, corespund unei dereglări a circuitelor cerebrale ale fricii normale, prea multă activare și insuficientă reglare. La fel cum alergiile se bazează, de obicei, pe o dereglare a imunității normale, sau hipertensiunea arterială pe o dereglare a mecanismelor care ne modulează presiunea sangvină.

► Să ne vindecăm creierul pentru a ne vindeca mintea

Oricît de complex ar fi, creierul este un organ al corpului nostru, iar gîndurile, la fel ca emoțiile noastre, se axează pe un fundament material. Acesta este alcătuit din schimburi de informații între neuroni (celulele creierului nostru) prin intermediul sinapselor (sisteme de conexiuni între aceste celule). Un tratament eficient trebuie obligatoriu să acționeze asupra acestei dimensiuni biologice, în mod direct, ca medicamentele, sau în mod indirect, ca TCC.

Amintiți-vă: am menționat în capitolul precedent cum dereglările fobiilor puteau fi schematizate într-un dezechilibru al armoniei dialogului dintre amigdala cerebrală, acest veritabil centru al fricii, și cortexul prefrontal, care are rolul, printre altele, de a ne regla fricile pentru a înlesni o bună utilizare¹⁰⁸ a lui. Iar neuroștiințele ne indică despre vindecarea tulburărilor emoționale prin psihoterapii¹⁰⁹ că este dificil să-ți diminuezi fricile fobice, pur și simplu, gîndindu-te la ele și discutînd despre asta. În asta rezidă întreaga problemă a psihoterapiilor pur verbale: influența lor asupra fobiilor este aproape nulă, sau foarte lentă, deoarece, pentru a simplifica, probabil că ele nu exercită nici un impact asupra amigdalei și nu induc nici o reconfigurare sinaptică, ceea ce se numește neuroplasticitate, între amigdala cerebrală și cortexul prefrontal. Or această modificare a arhitecturii funcționale cerebrale este, fără îndoială, o necesitate pentru vindecarea acestor tulburări emoționale severe care sînt fobiile.

► Modificarea arhitecturii cerebrale prin psihoterapie?

Prin urmare, este probabil ca psihoterapiile cele mai eficace să fie cele în care există o activare emoțională care va genera o reconfigurare, o aranjare a noilor conexiuni sinaptice. Orice terapie care pretinde că are un rol asupra fobiilor trebuie să fie o urmare a experienței emoționale. Însă nu este vorba numai de „a elibera propriile emoții” sau de a le simți violent pentru a progresa. Este indispensabil ca o astfel de experiență de confruntare cu fricile, destul de dureroasă de altfel, să fie încadrată și orientată prin comportamente și stiluri de gândire adecvate. Asta încearcă să propună TCC-urile: odată fricile reactivate, ele vor face obiectul strategiilor destinate să le neutralizeze și să le dezamorseze¹¹⁰.

Eforturile solicitate în timpul TCC-urilor trebuie să fie repetate. Și asta deoarece există o inegalitate flagrantă a schimburilor și conexiunilor cerebrale în favoarea amigdalei: conexiunile acesteia din urmă spre cortex sînt foarte numeroase, pe cînd cele ale cortexului spre amigdală sînt mult mai puține. În concluzie, amigdala îi poate „vorbi” mult cortexului prefrontal și să-i comande, însă ea îl ascultă puțin...

Pentru a ne stăpîni fricile, trebuie, așadar, să le convocăm, să le provocăm și să le facem față în mod diferit. O dată, de zece ori. Și, conform teoriei neuroplasticității, noi conexiuni cerebrale vor intra treptat în funcțiune. Este scopul teoriilor comportamentale, care vor ajuta pacientul să se confrunte cu fricile lui, apoi îl vor învăța să-și potențeze capacitățile de a le controla, sub formă de exerciții zilnice, pe care va continua să le efectueze odată terapia terminată, la fel ca un diabetic, un hipertensiv care continuă să-și urmeze regimul alimentar. Puțin poetic, dar foarte eficace.

Ironia sorții: în vreme ce psihanaliștii preziceau altădată că TCC-urile n-ar acționa decît la modul superficial și că ar exista recidive, în vreme ce psihanaliza acționa în profunzime, pare să se întîmple exact contrariul. Deoarece psihanaliștii nu raționau decît în termeni de creier cortical, neglijînd total creierul emoțional și reacțiile corporale în general, și n-au luat în considerare TCC-urile decît sub unghiul terapiilor de învățare, al unei simple condiționări. În realitate, TCC-urile sînt, desigur, niște terapii care presupun a învăța, însă învățări atît de numeroase și complexe, emoționale, psihologice, comportamentale, și încă multe altele, încît se dovedesc benefice pentru orice, mai puțin pentru procedeele simpliste, așa cum li se

reproșa uneori că erau. Pe deasupra, și cel mai important, ele vindecă tulburări fobice. Unul dintre pacienții mei, care a urmat cele două tipuri de terapie, îmi spunea într-o zi: „Psihanaliza seduce, dar comportamentalismul vindecă...”

► **Dovada prin imagine**

Putem demonstra astăzi, datorită tehnicilor de neuroimagistică, impactul biologic al psihoterapiilor, cel puțin al TCC-urilor, și legătura probabilă între această eficacitate biologică și eficacitatea lor „de teren”. Și mai interesant este faptul că s-a arătat și că ele acționau asupra structurilor cerebrale la fel de eficace, și uneori chiar mai eficace, decât medicamentele cel mai bine adaptate. Chiar în cazul patologiilor la fel de severe ca stările depresive majore¹¹¹ sau al TOC, ori tulburări obsesiv-compulsive¹¹². Și, bineînțeles, în fobii: primele studii doveditoare au început să fie conduse pe fobiile de păianjeni¹¹³ și fobiile sociale¹¹⁴. Și altele sînt în curs. Rezultatele se vor verifica, fără îndoială, puțin cîte puțin pe ansamblul a ceea ce numim „tulburări emoționale”, aceste dereglări ale funcționării normale și adaptate a emoțiilor: depresia ca dereglare a tristeții, fobiile ca dereglare a fricii. Psihoterapia poate, așadar, să modifice cu adevărat arhitectura funcțională a creierului, cea care stă la originea reacțiilor de teamă excesive.

Medicamente împotriva fobiilor?

Nu există medicament „antifobic” cum există, de exemplu, „antidepresive”. Însă numeroase substanțe au o acțiune asupra fricilor fobice...

► **Tranchilizantele, calmantele și alte anxiolitice nu fac decît să adoarmă frica**

Tranchilizantele induc un efect rapid asupra senzațiilor subiective de angoasă și frică. Printre cele mai utilizate să cităm Lexomil (nume generic: bromazepam), sau Xanax (alprazolam). Chiar și astăzi, vorbim despre tratamente psihotrope cel mai adesea prescrise sau autoadministrate de pacienții înșiși.

Beneficiile lor sînt reale: diminuează rapid senzația de frică și-i reduc intensitatea. De aceea mulți dintre pacienții fobici au totdeauna cîteva asupra lor, „în cazul în care”. Dar aceste medicamente ridică și anumite probleme.

În primul rînd, acțiunea lor este incompletă și departe de a fi satisfăcătoare: numeroși fobici le iau cu sentimentul de a-și „repara” angoasa, nu mai mult. Apoi creează destul de des dependență, iar întreruperea administrării lor în acest caz devine problematică, fiindcă provoacă un simptom de sevraj, cu sentimentul unei veritabile reapariții a anxietății cînd nu se mai ia medicamentul: deși puțin dramatic, lucrul acesta nu este nici odată plăcut. În sfîrșit, și poate cel mai supărător, există suspiciuni că gama cea mai prescrisă de tranchilizante, benzodiazepinele, împiedică procesele care ne învață cum să ne stăpînim angoasele și care conduc la vindecare. Altfel spus, atunci cînd sîntem fobici, administrarea acestor medicamente în doze mari pe perioade extinse de timp ar diminua, desigur, intensitatea fricilor noastre, însă le-ar și croniciza. De fapt, aproape toți pacienții fobici pe care-i vedem în unitatea noastră de îngrijiri iau tranchilizante de ani buni, ceea ce i-a ajutat, negreșit, să supraviețuiască în viața de zi cu zi, dar nu să și scape de fobia lor.

Acest lucru a fost sugerat de un studiu efectuat pe pacienți cu fobie de avion¹¹⁵. Cercetătorii au propus unui număr de 28 de persoane cu fobie de avion să efectueze două zboruri la un interval de o săptămînă. Jumătate dintre ele, alese la întîmplare, primeau pentru primul zbor o doză eficientă de benzodiazepine, pe cînd celorlalte li se administra un placebo. Pentru al doilea zbor, nu se distribuia niciun medicament. În timpul primului zbor, pacienții sub tranchilizante manifestau o teamă mai redusă decît ceilalți; în schimb, în timpul celui de-al doilea, se arătau mult mai anxioși, spre deosebire de ceilalți, a căror teamă era diminuată în raport cu primul zbor. Altfel zis: benzodiazepinele sînt, poate, eficiente în diminuarea anxietății, însă odată întreruptă administrarea lor, aceasta se va manifesta și mai puternic, iar repetarea experiențelor de expunere va dovedi eficacitatea lor compromisă. Alte studii de acest tip vor fi necesare pentru a confirma aceste ipoteze, deoarece numărul acestor cercetări este încă prea mic pentru a li se generaliza concluziile.

Cu toate acestea, tendința actuală a medicilor este de a nu mai prescrie sistematic benzodiazepine în fobii și de a nu propune decît un uzaj controlat al lor, în doze și durată, doar persoanelor ale căror atacuri de panică sînt prea

intense. De altfel, există alte medicamente anxiolitice, aparținând unor clase farmacologice diferite, pentru a trata tendința spre o anxietate generalizată.

O altă problemă a benzodiazepinelor este modul lor de acțiune. Studii de imaginerie cerebrală au arătat că ele dezactivau în parte, în timpul somnului, sistemul emoțional amigdalian¹¹⁶. Or se știe că noaptea creierul nostru repetă și stochează ceea ce a învățat ziua... Poate aceste lucrări indică o altă pistă pentru a explica intuiția numeroșilor terapeuți: pacienții care iau benzodiazepine progresează mai lent decât cei care folosesc terapia comportamentală...

Se pare, așadar, că întrebuințarea benzodiazepinelor este indicată cu următoarele condiții: să nu se facă uz de ele decât punctual, în caz de frică intensă, adică un atac de panică, pentru a-l scurta și limita. Însă să se evite uzajul constant, ca urmare a diverselor probleme, precum riscul de dependență: ne este greu să ne lipsim de ele; riscul de obișnuință: poate exista pe termen lung o scădere a eficacității; și poate, am văzut, riscul unei mențineri relative a problemei la un nivel intermediar: există o ameliorare, dar nu o vindecare cu adevărat. Este posibil ca modul de acțiune a benzodiazepinelor, cele mai prescrise tranchilizante, să fie cauza acestui fapt: receptorii cerebrali ai benzodiazepinelor sînt concentrați la intrările amigdalei¹¹⁷ cerebrale și blochează astfel activarea acesteia devreme în amonte. Alarma nu se declanșează, ceea ce este, desigur, confortabil, însă mai puțin pedagogic decât să permitem alarmei să se declanșeze, dar mai slab, ca apoi să învățăm s-o reglăm. Este ceea ce-mi explica, metaforic, o tînără pacientă: „Tranchilizantele îmi împușcă frica, o anesteziază, însă cînd efectul a trecut, totul este exact ca înainte”.

► Anumite antidepresive înlesnesc reglarea fricii

O altă categorie de psihotrope este, în schimb, din ce în ce mai utilizată în anumite fobii severe, mai ales în fobiile sociale și tulburarea de panică: este vorba despre antidepresive.

De la cercetările efectuate în anii '60¹¹⁸ ne-am dat seama, într-adevăr, că anumite antidepresive aveau în egală măsură o acțiune antifobică, și asta chiar dacă pacientul nu era deprimat: era vorba deci despre un efect specific asupra fricii și anxietății, și nu asupra depresiei. Antidepresivele avînd această acțiune sînt mai ales cele al căror mecanism mărește procentele de

serotonină, un neurotransmițător cerebral - de aceea sînt numite „serotonergice”. După ce am utilizat antidepresivele numite „triciclice” (o denumire datorată structurii chimice a moleculei lor), medicii prescriu în prezent cu mai multă încredere aceste antidepresive serotonergice de nouă generație, care nu sînt neapărat mai eficace decît precedentele, ci mult mai bine tolerate. Aceste medicamente, care sînt numite și „IRS”, sau inhibitori ai recaptării de serotonină, pot fi „selective” (acționează mai ales asupra acestui neurotransmițător) sau nu (acționează și asupra altor neurotransmițători). Să cităm, printre farmaciile care dispun astăzi în Franța de ASP (autorizație de scoatere pe piața liberă, de la Ministerul Sănătății), cîteva medicamente ce tratează diferite tulburări fobice: Deroxat (nume generic: paroxetină), Effexor (venlafaxină) sau Seropram (citalopram).

Atunci cînd pacienții „răspund” la acțiunea acestor antidepresive (nu-i întotdeauna cazul, ceea ce explică de ce trebuie uneori să încerce mai multe dintre ele înainte de a ajunge la un rezultat bun), manifestările lor anxioase scad în intensitate și în frecvență, dar nu dispar complet. Le este deci mai ușor să se confrunte cu ceea ce se tem, avînd de înfruntat doar o frică, desigur foarte importantă, fără să ajungă însă la panică. Destul de des, acești pacienți sub tratament serotonergic descriu și o capacitate crescută de a se distanța în raport cu gîndurile fobice asociate cu sentimentul de frică: „La începutul tratamentului, aveam aceleași temeri care-mi veneau în minte, însă reușeam să nu le ascult, să le critic, să nu mă supun lor. Apoi, puțin cîte puțin, am început să văd lucrurile diferit”. Acest efect de modulare emoțională face astfel posibilă o distanțare și o critică față de stilurile de gîndire fobică și permite apoi pacientului să se expună mai mult situațiilor de care se teme¹¹⁹.

În ciuda avantajelor lor asupra benzodiazepinelor, aceste medicamente pun și ele cîteva probleme. Există mai întîi cea a efectelor lor secundare: din cauza puterii lor, antrenează adesea, la începutul tratamentului, efecte secundare nedorite, de exemplu grețuri, irascibilitate sau, pur și simplu, senzația de a „fi sub tratament”. Aceste efecte îi pot face uneori pe pacienți să-și întrerupă tratamentul sau chiar declanșează crize de angoasă la persoanele a căror fobie comportă o dimensiune interoceptivă, adică o neliniște față de senzații corporale percepute ca anormale sau neobișnuite.

Apoi, unii pacienți pot recidiva odată ce nu mai iau medicamentul. Pentru a încheia, în prezent nu se știe exact care trebuie să fie durata ideală a unui asemenea tratament. Se presupune că ar trebui să fie de cel puțin șase pînă la douăsprezece luni, la fel ca în cazul tratamentului unei depresii severe, timp în care persoana poate să-și schimbe stilul de viață - fără evitări - și viziunea despre lume - să înțeleagă emoțional, confruntându-se cu ele, că situațiile de care se temea nu sînt atît de periculoase.

Însă, în realitate, aceste schimbări de perspectivă se datorează mai puțin medicamentului decît eforturilor persoanei: per total, Medicamentele joacă un rol de cîrjă, înlesnind înfruntarea fricilor proprii și tragerea unor concluzii. Această înfruntare este, în esență, terapeutică. Medicamentele nu sînt decît instrumente: fără implicarea pacientului în eforturile de schimbare, efectele lor vor rămîne limitate sau tranzitorii.

► **Există medicamente „bio” cu efect antifobic?**

După confirmările recente ale interesului pentru sunătoare (tradiționala „pojarniță”) în tratarea stărilor depresive moderate¹²⁰, există în psihiatrie o renaștere a avantajelor oferite de medicamentele de origine vegetală. În acest sens, au fost efectuate cîteva studii în cazul tulburărilor fobice, însă nu suficiente pînă în prezent pentru recomandarea acestui tip de tratament¹²¹. Cu atît mai mult cu cît trebuie amintit că „vegetalul” sau „bio” nu înseamnă inofensiv: articole de toxicologie menționează cu regularitate în revistele medicale cazuri de intoxicație sau de interacțiune cu alte medicamente. Astfel, sunătoarea nu trebuie să fie asociată cu antidepresivele serotoninergice, de teama efectelor secundare neplăcute. Însă putem spera ca o astfel de cale de cercetare în direcția medicamentelor de origine vegetală să continue să se dezvolte: toate ajutoarele sînt binevenite în lupta împotriva fobiilor severe.

► **Utilizarea corectă a medicamentelor**

Este întotdeauna preferabil să prezentăm prescripția medicamentoasă nu ca pe un tratament în sine, ci ca pe un ajutor la eforturile personale de a ne schimba comportamentul fobic: să nu mai evităm, să înfruntăm situațiile fobogene, să ne modificăm viziunea despre lume... Tratamentul nu este decît o cîrjă, desigur foarte prețioasă, însă nu poate înlocui eforturile personale. Același lucru este, de altfel, valabil pentru o sumedenie de alte patologii:

hipertensiunea arterială necesită tot atâtea eforturi de igienă de viață ca astmul, diabetul și ansamblul patologiilor care se bazează pe o vulnerabilitate cronică.

Orice prescripție de psihotrope în fobii n-ar trebui să se acorde fără un suport psihologic minimal, axat pe sfaturi de viață cotidiană provenite din cele mai eficiente terapii actuale, terapiile comportamentale. Și pentru cazurile severe, de o adevărată psihoterapie comportamentală.

Terapiile comportamentale și cognitive

Mult timp prezentate ca niște terapii ale învățării, ale „dresajului”, spuneau detractorii, ele s-au dovedit cele mai eficace pentru a trata fobiile. Fără îndoială, tocmai în acest tip de tulburări ele fac cea mai clară distincție față de toate celelalte forme de terapie.

TCC-urile măresc libertatea de acțiune a subiectului fobic și stima lui de sine. Ele reduc categoric gradul de supunere în fața fobiei. Însă tot ele sînt cele care induc cel mai puțin acest efect secundar clasic: dependența față de terapie și persoana terapeutului.

► În ce constau terapiile cognitive și comportamentale (TCC)?

TCC-urile sînt, așadar, de mai bine de un deceniu, psihoterapiile recomandate în primă fază pentru tratamentul stărilor fobice¹²². Ele se bazează pe un ansamblu de date provenite din psihologia științifică și experimentală și adoptă ele însele acest demers evaluîndu-și sistematic rezultatele. Astfel, departe de a fi un corpus de cunoștințe încrămenit, tehnicile lor evoluează constant: anumite metode larg utilizate în urmă cu zece ani sînt mult mai puțin folosite astăzi, au apărut altele noi...

În cadrul terapiilor comportamentale și cognitive se lucrează mai mult asupra simptomelor și adaptării la lumea înconjurătoare decît asupra înțelegerii elementelor trecutului, centrată doar pe individ. Terapeutul adoptă în acest caz un stil relațional directiv, dă informații și sfaturi pacientului, îl învață să practice exerciții în ședință și între ședințe. Scopul terapiei este ca pacientul să înfrunte din nou ceea ce-i provoacă frică și să dobîndească, în consecință, o autonomie și o demnitate satisfăcătoare.

Logica TCC-urilor este, într-o oarecare măsură, de a îndruma pacienții pe direcția cea bună, în sensul progresului, adică dezvoltarea capacităților de autovindecare a fricilor lor. Adesea, logica internă a fobiei îi face, cum am

văzut, să adopte comportamente autoagravante: încercarea de a evita să-și amplifice temerile... Din acest motiv, nici o confruntare nu le este benefică, atît sînt de prinși în menghina fobiei. Obiectivul TCC-urilor este ca asemenea confruntări să devină experiențe din care putem profita, și nu traumatisme sau confirmări ale neputinței de a face față fricilor noastre. Pacientul continuă apoi să progreseze singur, fără terapeutul său. Acesta din urmă se comportă, de altfel, ca un pedagog, care-și va învăța pacientul să utilizeze metode eficace: odată ce pacientul a înțeles cum să le întrebuițeze, terapeutul nu mai are altă funcție decît cea de a-l încuraja să continue. Nu există nimic mai simplu ca o TCC! Pacientul aude adesea în cazul acestuia lucruri care i-au fost recomandate în altă parte; însă, de data asta, aceste lucruri îi sînt spuse pe terenul propriu al fricii. Într-o zi, una dintre pacientele mele, ca o concluzie a terapiei ei, mi-a precizat asta în mod magnific: „Tot ce mi-ați explicat în timpul lucrului nostru îmi fusese deja spus. Însă doar aici mi-a fost arătat. Și am înțeles”.

► **Elogiul bunului-simț**

Terapiile comportamentale și cognitive pot părea de o foarte mare simplitate în ochii profanului: înfruntarea obiectului fricilor și acționarea într-un anumit fel, de preferință progresiv, ce este altceva, în fond, decît bun-simț? Asta este, într-adevăr. Însă în mod bizar, acest bun-simț n-a fost întotdeauna de actualitate în psihoterapie. Unii terapeuți preferau să meargă pe căi mult mai ocolite, explicînd pacienților că nu trebuiau să se concentreze prea mult pe vindecarea și dispariția simptomelor, bătîndu-și chiar joc de „furia de a vindeca” a unora dintre confrății lor. Filosoful Raymond Aron, eclipsat de Sartre, vorbea totuși despre „a zîmbi de bun-simț”. Și un alt uitat al literaturii, Franc-Nohain, scria: „Bunul-simț nu este acolo pentru a ne face să îndeplinim lucruri mari, ci pentru a ne împiedica să facem prostii¹²³”. În materie de psihoterapie, foarte mult timp bunul-simț a fost lăsat deoparte. Este din nou la modă, ceea ce este o veste bună.

Și asta pentru că numeroase idei preconcepute se opun bunului-simț, de exemplu aceea a suferinței care te înnobilează sau te face mai creativ. Îmi amintesc că am citit un interviu al lui Woody Allen, speriat de Veșnicie, care a fost întrebat dacă anxietatea lui nu era în cele din urmă motorul talentului său. Și Woody, maestru în anxietate și creativitate, a răspuns

politicos, dar ferm: „Nu cred că aş fi mai creativ dacă aş fi mai angoasat. Dimpotrivă, dacă sînt senin, munca îmi este mai bună. N-am fost nici odată angoasat la ideea de a nu mai fi¹²⁴”.

► Micul Peter, primul caz de fobie tratat prin terapie comportamentală în 1924

Putem aprecia că prima terapie comportamentală modernă a unei fobii specifice, axîndu-se pe datele psihologiei ştiinţifice, a fost efectuată în 1924 de psihologul american Mary Jones pe un copil¹²⁵. Peter era un băieţel de 3 ani, cu fobie de iepuri, şi într-un grad mai mic de şobolani, şoareci şi broaşte. Mary Jones s-a hotărît să-l trateze prin utilizarea a două tehnici: condiţionarea prin obişnuirea progresivă şi imitarea modelelor.

Pe durata şedinţelor, copilul şedea pe un scaun înalt şi se ocupa de activităţi plăcute: se juca sau mîncea alimentele preferate. În acest timp, un iepure era adus într-o cuşcă în celălalt capăt al încăperii. După semnele de frică iniţiale, Peter s-a obişnuit puţin cîte puţin cu prezenţa iepurelui. La fiecare şedinţă, iepurele era apropiat tot mai mult de scaunul lui Peter. Într-un moment al terapiei, trei copii de vîrsta lui au fost invitaţi să vină să se joace în faţa lui cu iepurele, în vreme ce el îi observa. După vreo patruzeci de şedinţe, copilul era capabil să se joace în mod afectuos cu iepurele. Teama lui de alte animale mici dispăruse în egală măsură. Efectul s-a menţinut pe întreaga perioadă de supraveghere, mai multe săptămîni.

Însă o poveste de vindecare pe un singur caz, oricît de convingătoare ar fi, nu poate ţine loc de dovadă generalizată de eficacitate...

Cum să evaluezi ştiinţific o psihoterapie?

Să ne imaginăm că aţi pus la punct o metodă revoluţionară pentru a trata fobiile. O veţi testa mai întîi pe cîtiva dintre pacienţii dumneavoastră, a căror situaţie vi se va părea ameliorată. Dar este ea, cu adevărat, ameliorată? Nu doar dumneavoastră trebuie s-o spuneţi (nu poţi fi şi judecător, şi jurat), ci pacienţii înşişi (prin intermediul autochestionarelor validate) şi, de asemenea, alţi psihoterapeuţi (numiţi „evaluatori”), utilizînd în egală măsură scări de evaluare validate de cercetare. Apoi, chiar dacă primele rezultate sînt favorabile, trebuie să verificaţi dacă pe aceşti pacienţi i-a ajutat, într-adevăr, noua dumneavoastră tehnică de psihoterapie (factor specific) sau, pur şi simplu, faptul că aţi stat şi i-aţi ascultat şi susţinut (factor non-

specific). Veți face, așadar, un studiu „controlat”, adică pe un număr suficient de pacienți-candidați la o psihoterapie, veți proceda la o tragere la sorți în două grupe: cei care vor beneficia de metoda dumneavoastră și cei care vor primi doar o terapie de susținere (vor petrece același timp ca în cazul celorlalți cu un terapeut, dar acesta din urmă nu va face decât să-i asculte și să-i încurajeze). Dacă rezultatele sînt semnificativ mai bune la pacienții care au beneficiat de psihoterapia dumneavoastră, sînteți pe drumul cel bun.

Va mai trebui, totodată, să fiți capabil să vă descrieți metoda într-un mod destul de precis, pentru ca alte echipe de terapeuți să vă reproducă rezultatele pe același tip de pacienți! Ceea ce va arăta că eficacitatea tehnicii pe care ați folosit-o nu depinde numai de charisma dumneavoastră personală ca terapeut. În acel moment, comunitatea științifică va recunoaște că metoda dumneavoastră este inovatoare și eficace. Drumul este deci lung înainte ca o psihoterapie să acceadă la rangul de tehnică validată de cercetare!

În prezent, terapiile comportamentale și cognitive sînt cele care au făcut obiectul celui mai mare număr de asemenea validări științifice.

► Dovezi și dezbateri

Există, într-adevăr, mai multe zeci de studii controlate atestînd eficacitatea TCC-urilor în tratamentul fobiilor¹²⁶. Cercetările ulterioare¹²⁷ arată că, după mai mulți ani, aceste rezultate bune se dovedesc durabile. În plus, subliniază în anumite cazuri necesitatea programelor de „mentenanță”, cu o urmărire constantă a pacientului, care este încurajat să aplice periodic strategiile psihologice și comportamentale învățate în timpul terapiei și să depisteze încă de la început eventualele simptome de fragilizare, înainte ca ele să se organizeze într-o recidivă confirmată. Confruntat cu dificultăți, un fost fobic riscă, realmente, să simtă din nou manifestări incipiente ale tulburării lui. Însă aplicînd strategiile deja învățate în terapie va avea toate șansele să le limiteze și să le controleze mult mai ușor.

În toate cazurile, îndoielile emise la început de psihanaliști despre posibilitatea de substituție a simptomelor („suprimați fobia și pacientul se va acoperi cu eczemă”) sau a recurențelor sistematice („atîta vreme cît problema de fond nu va fi reglată, simptomele vor reveni”) n-au fost nici odată confirmate de vreun studiu. Dacă asemenea cazuri pot exista, pare

evident că ele nu reprezintă o majoritate caracteristică, departe de asta. Să remarcăm că ele au în vedere, de altfel, toate formele de psihoterapie, inclusiv psihanaliza, întrucât cercetările minuțioase au arătat că pacienții „istorici” ai acestei discipline prezentați de multă vreme ca dovezi de psihanalisti au fost aproape toți eșecuri terapeutice, caracterizați prin lipsa ameliorării, recidive rapide ori chiar agravări¹²⁸.

► Tehnici utilizate în TCC

Principalele tehnici sînt expunerea (confruntarea cu propriile frici) și restructurarea cognitivă (modificarea și criticarea sistemelor de gîndire). Alte instrumente terapeutice sînt uneori asociate cu aceste două „ingrediente” de bază: relaxarea și controlul respirației (cînd teama este foarte puternică, îndemnăm pacienții s-o diminueze prin aceste tehnici în momentul înfruntării situațiilor) și afirmarea de sine (care constă în a învăța prin jocuri de rol să exprime ce vor sau ce simt). Aceste două metode au drept scop să ajute persoana fobică să reia în parte controlul situațiilor în loc să se simtă copleșită de senzațiile fizice, percepute ca total incontrolabile, și să se lase condusă de alte persoane, imaginate mai puternice ca propria persoană.

În ce constă terapia prin expunere?

Am menționat deja un anumit număr de principii ale demersului de expunere în capitolul precedent. Această tehnică se axează pe a propune pacientului să înfrunte o serie de situații fobogene de intensitate crescîndă, fără să încerce, cel puțin la început, să se simtă relaxat pe durata expunerii, ci, pur și simplu, să rămîna în prezența obiectului fricii, pînă cînd teama scade cu cel puțin 50%.

Această expunere poate avea loc în imaginație (expunere la imagini mentale) înainte de a practica exercițiile in vivo. Însă expunerea direct in vivo este preferata terapeuților. În prezent este tehnica recomandată în tratarea fobiilor.

Fiecare ședință de expunere trebuie să fie suficient de lungă, adesea de o oră. Este important ca pacientul să nu iasă din situația respectivă înainte ca teama să-i fi scăzut în mod semnificativ. În cursul expunerii, pacientul trebuie să se concentreze pe stimulul fobogen și să recurgă cît mai puțin posibil la strategii de distragere (să se gîndească la altceva, să privească în

altă parte etc.): acestea par de natură să altereze bunele rezultate ale expunerii¹²⁹. Este esențial, așadar, ca terapeutul să vegheze să atragă cu regularitate atenția subiectului asupra exercițiului în curs, asupra obiectului fobogen și senzațiilor de frică, mai ales în situațiile cele mai anxiogene.

De altfel, pe durata ședințelor de expunere, se întâmplă des ca terapeutul să servească drept „model” și să preceadă pacientul în sarcinile pe care le are de îndeplinit, pentru a-i propune un exemplu de comportament confruntativ în fața obiectului fricii.

Oricât de simple pot părea, tehnicile de expunere necesită multă pricepere din partea terapeutului. Iar acesta din urmă nu trebuie nici odată să uite că ele reprezintă un stres considerabil pentru pacienți, de unde și regula de progresivitate pe care am prezentat-o în capitolul precedent.

Îmi amintesc de o poveste destul de emoționantă în legătură cu acest subiect, care mi s-a întâmplat în cadrul unei instruirii pe care le-o țineam unor terapeuți despre fobia socială. În vreme ce tocmai îmi terminam partea consacrată expunerii și regulilor sale, una dintre participante a cerut cuvântul, destul de tulburată, și a început să-și relateze cazul: „Văd bine ce vreți să spuneți. Tatăl meu era fobic social. Într-o zi, mama mea a murit. A fost o suferință teribilă. Și așa, a înțeles imediat că nu putea continua să se protejeze în spatele ei, cum o făcea pînă atunci. Asta a început foarte repede, întrucît, în ziua înmormîntării, a trebuit să strîngă mîna celor două sute de persoane care veniseră să asiste la ceremonie”. Tot grupul, inclusiv eu, a început să anticipeze un final fericit al poveștii, de genul: „A doua zi după această probă, fobia lui va dispărea”. Însă colega a suspinat și a continuat: „A doua zi dimineață, cînd m-am dus la el, murise. Cred că în primul rînd suferința l-a ucis. Însă aceste două sute de mîini de strîns, aceste două sute de fețe de privit în ochi, aceste două sute de răspunsuri de dat condoleanțelor au precipitat, cu siguranță, lucrurile. De atunci, sînt întotdeauna atentă să înaintez încet și progresiv cînd îmi expun pacienții...” La fel ca toate tratamentele eficace, terapia prin expunere nu trebuie să fie supradozată, mai ales la persoanele vulnerabile.

Principalele metode de expunere

Există mai multe tipuri posibile de expuneri, pe care le vom detalia din nou, abordînd fiecare tip de fobie, în paginile următoare. Scopul comun

tuturor acestor expuneri este de a „desensibiliza” persoana fobică, inoculându-i cu acordul ei „doze mici” de frică, la fel cum s-ar desensibiliza o persoană alergică.

Expunerile situaționale sînt cele clasice: pacientul este invitat să se confrunte cu obiectul fricii lui. I se cere, de exemplu, să manipuleze o seringă dacă este fobie de injecții, să se apropie de animalul de care se teme, să ia un ascensor, să facă o expunere în public... De aici și stilul foarte concret și animat al TCC-urilor, care obligă pacienții și terapeuții să meargă constant pe teren, să coboare în arena fricilor. Se întîmplă adesea, într-adevăr, ca terapeutul să fie nevoit să iasă din cabinet pentru a însoți pacientul în locurile de expunere: o cușcă, un pod, un magazin mare... Este chiar de dorit la începutul terapiei. Expunerea însoțită prezintă, realmente, numeroase avantaje: terapeutul verifică pe loc cum se comportă pacientul în fața fricii și are și o ocazie să lucreze asupra reacțiilor „la cald” în situație de frică. Însă este restrictivă pentru terapeuți, pe care-i obligă să abandoneze confortul biroului lor!

Expunerile interoceptive: interocepția desemnează ansamblul senzațiilor fizice pe care le transmite propriul corp. Multe persoane fobice se tem, de fapt, să înceapă să simtă aceste senzații, semne premergătoare ale unui atac de panică. Senzațiile acestea fizice sînt asociate unui reflex condiționat de frică: este ceea ce se numește „fobie interoceptivă”. Terapeutul va încerca să le declanșeze în ședință, în scopul de a învăța pacientul să le suporte fără anxietate și să le stăpînească: i se propune deci să hiperventileze (să respire foarte rapid și profund mai multe minute), este învîrtit rapid pe un scaun, pentru a induce ușoare vertijuri, este pus să urce treptele scării în patru labe, ca să aibă palpitații, să rămînă în picioare multă vreme, pentru a declanșa ușoare senzații de hipotensiune ortostatică, să se îmbrace prea gros, ca să se înroșească sau să transpire sub privirea altcuiva...

Expunerile în imaginație sînt adaptate pacienților a căror anxietate este prea puternică pentru ca ei să se confrunte direct cu fricile lor. În acest caz, înainte de a trece la expunerile numite in vivo, li se propune o desensibilizare în imaginație, numită și „desensibilizare sistematică”. Metoda constă în a înfrunta progresiv, în imaginație și sub relaxare, situația fobogenă, descompusă înainte în etape de valoare anxiogenă crescută.

Subiectul stă întins, cu ochii închiși și, când este relaxat, începe să se imagineze progresiv în situații de care se teme. Ceea ce declanșează adesea (însă nu întotdeauna) o creștere a reflexului de frică. Tehnica în speță a fost prima utilizată la scară mare în tratamentul fobiilor. Din cauza duratei și greutateii ei, tinde în prezent să fie abandonată în favoarea tehnicilor de expunere in vivo. Însă ea își păstrează interesul în cazul fobiilor în care încărcătura de frică este foarte mare, iar confruntările nu sînt imediat posibile. Ea trebuie, în orice caz, să fie urmată de adevărate exerciții de expunere, in vivo.

Expunerile prin imagistică virtuală. Expunerile in vivo sau însoțite sînt uneori dificile în cazul anumitor fobii, precum cea de avion. De aceea, tehnicile de imagistică virtuală suscită un mare interes în rîndul comportamentaliștilor: echipînd corect pacienții, aceștia vor avea posibilitatea să trăiască senzațiile de care se tem, rămînînd pe loc. Aceste terapii au fost deja testate cu succes pe pacienți acrofobi, care se tem de înălțimi¹³⁰, pe pacienți arahnofobi¹³¹, cu fobie de avion¹³² sau fobici sociali^{133,134}. Dovedindu-se suficiente pentru anumiți pacienți cu fobii moderate, aceste terapii prin imagistică virtuală pot fi utile în toate cazurile de pregătire pentru TCC-uri „de-adevăratelea”.

Modificarea gîndurilor automate

„Dacă mă aplec, voi fi atrasă în gol”, „Dacă mă înroșesc, toată lumea va remarca și mă voi acoperi de ridicol”.

Modurile de gîndire ale pacienților fobici reprezintă o țintă importantă a intervențiilor psihoterapeutice¹³⁵. În jargonul terapeuților, se numește „cogniție” un gînd automat care apare în mintea unei persoane. Pe acest tip de gînduri, adesea subconștiente (adică non-conștiente, dar accesibile la un mic efort de introspecție) se vor baza terapiile cognitive.

Prima lor etapă, numită de autoobservare, va consta într-o conștientizare clară a acestei funcționări mentale, ceea ce nu este întotdeauna ușor, deoarece pacienții au în mod natural tendința să raționalizeze modurile lor de a vedea lucrurile: „Nu mai iau lifturile, fiindcă e mai sănătos să urcăm pe scări”, „Toți cîinii sînt potențial periculoși, această specie descinde din lup, e normal să ne fie frică de ei”... În alte cazuri, să se gîndească la ce se tem că le provoacă frică. De exemplu, pacienților panicarzi nu le place să-și

„asculte" fricile: evită, de pildă, să se gîndească sau să pronunțe anumite cuvinte precum „indispoziție", „angoasă", care le declanșează crize anxioase... Acești pacienți au recurs la niște strategii de fugă mentală (numite „evitări cognitive"), lăsînd, cum ar fi, radioul întotdeauna deschis sau fiind mereu pe punctul de a face ceva (vorbit, citit...) cînd simt că li se face frică.

După această etapă de autoobservare, antrenăm pacientul să reflecteze asupra cognițiilor sale și să le analizeze justificarea: nu este vorba aici de a-i aminti că temerile lui nu sînt „rezonabile" (anturajul lui s-a ocupat deja de asta), ci de a-l ajuta să le observe direct și să examineze scenariile-catastrofă. De ce se teme mai exact? Ce se va petrece dacă înfruntă situația? Care-i vor fi reacțiile? Care ar putea fi consecințele pe termen lung? Oare toate aceste predicții sînt realiste? Cum să le verificăm relevanța?

Apoi, într-o ultimă și indispensabilă etapă, terapeutul îi va cere pacientului să efectueze niște „probe de realitate" menite să verifice dacă predicțiile lui fobice sînt puțin fiabile. De exemplu, unui panicard care anticipează că după zece minute de înghesuială la o coadă va prezenta o indispoziție sau un atac de panică, terapeutul va propune un test al acestei predicții, însoțindu-l într-un oficiu poștal sau într-un magazin la ore de vîrf. Doar printr-o asociere a acestei abordări cognitive cu asemenea demersuri de reconstituire a situației de panică modulațiile cognitive vor deveni „credibile" pentru creierul emoțional al pacientului.

► O noutate în abordarea TCC a fobiilor: EMDR

EMDR este o formă de terapie scurtă, în care pacientul este pus să relateze niște momente emoționale neplăcute ale existenței sale, în timpul cărora s-au manifestat simptomele: de pildă, o amintire a începutului de înec la o persoană prezentînd o fobie de apă sau de sufocare.

În timp ce pacientul re trăiește, psihologic și senzorial, aceste amintiri dureroase, terapeutul îl pune să-i urmărească cu privirea degetul sau un obiect, care efectuează mișcări laterale rapide. Se presupune că manevra aceasta provoacă o dezactivare, apoi o reprogramare a emoțiilor dureroase asociate amintirii. De unde și numele ei de EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing.

Cu toate că nu se știe clar prin ce mecanism exact acționează EMDR, ea s-a arătat eficientă în tratamentul traumatismelor psihologice¹³⁶.

Una dintre consecințele cele mai frecvente ale șocurilor psihologice rezidă în persistența panicii de a ne găsi în situația în care am trăit traumatismul: dacă am fost agresați într-o parcare sau dacă am suferit un accident de mașină, ne putem dovedi pe urmă incapabili să ne confruntăm din nou cu aceste situații. Este vorba într-o oarecare măsură despre fobii secundare, induse de traumatism. De aceea, au fost efectuate câteva cercetări pentru a testa EMDR pe pacienții cu tulburări fobice¹³⁷¹³⁸. Primele rezultate sînt interesante, dar trebuie să știm mai multe despre mecanismul în speță înainte să recomandăm sistematic metoda aceasta fobicilor.

Potrivit experienței mele personale, terapia EMDR poate fi utilă dacă anumite amintiri ale fricii sau rușinii sînt insuportabile sau rămîn dureroase la ani distanță. Asta se întîmplă frecvent la fobicii sociali care au trăit umiliri în public și care nu le pot detalia fără un sentiment foarte profund de indispoziție și de mare suferință. Sau la pacienții care au simțit atacuri violente de panică și care, în general, evită să le rememoreze.

Fobii și psihanaliză

Psihanaliza a fost multă vreme singura metodă de psihoterapie disponibilă. Cazul micului Hans, raportat de Freud în 1909, este fără îndoială, unul dintre cele mai cunoscute din istoria psihiatriei. Hans prezenta o fobie de cai după ce a văzut căzînd un cal care trăgea un tramvai în stradă. Povestea curei micului Hans, condusă de tatăl lui după sfaturile lui Freud, a devenit un caz clasic în literatura psihanalitică. Freud recunoaște chiar el că nu l-a întîlnit decît o dată pe tînărul băiat în vîrstă de 5 ani, esențialul datelor fiind deja transmise de tată, un admirator pasionat de tezele psihanalitice, pe atunci foarte inovatoare.

Iată un extras al unei scrisori adresate părintelui psihanalizei de tatăl lui Hans: „Fără îndoială, terenul a fost pregătit de o prea mare excitație sexuală datorată tandreții mamei lui, însă n-aș putea să indic cauza imediată a tulburărilor, teama de a fi mușcat pe stradă de un cal pare să fie oarecum legată de spaima față de un penis mare - a remarcat devreme, așa cum știm dintr-o observație anterioară, penisul mare al cailor și a tras atunci concluzia că mama lui, pentru că era așa de mare, trebuia să aibă un organ ca un cal...

În afara fricii de a merge pe stradă și a unei depresii în fiecare seară, Hans a rămas mereu același, vesel și fericit¹³⁹..." Freud lansa ipoteza că Hans trăia o realitate oedipiană angoasantă cu tatăl său: prea stînjenitoare s-o trăiască în mod conștient, această angoasă era obiectul unei refulări în inconștient. Apoi, pentru mai multă eficacitate, intervenea un al doilea mecanism: o deplasare a obiectului angoasei față de tată spre cai, ceea ce înlesnea o relativă exteriorizare a conflictului oedipian... pentru că teama de a fi mușcat de un cal reprezenta în acest caz o amenințare mai puțin redutabilă decît cea legată de angoasa castrării (teamă de a fi pedepsit de tată fiindcă a vrut să-i ia locul lîngă mamă).

Cu toate că tezele lor erau promițătoare la început, terapiile psihanalitice au cunoscut un regres important în materie de tratare a fobiilor, din cauza rezultatelor lor dezamăgitoare în aceste situații. Unul dintre marii psihanaliști de copii, contemporan, Serge Lebovici, relatează „cazul unei fobii școlare care dura de mai bine de cincisprezece ani, în ciuda unei psihoterapii continuate foarte multă vreme în condiții destul de bune¹⁴⁰. În plus (sau din cauza asta?), psihanaliștii n-au considerat nici odată diminuarea sau dispariția simptomelor fobice ca un scop în sine, deși este adesea o cerere prioritară a pacienților. Ne amintim devisa cunoscută a lui Lacan: „Vindecarea va veni de la sine". Astfel, într-una dintre lucrările consacrate viziunii psihanalitice a fobiilor, într-o colecție pentru marele public de referință, doar 3 pagini din 128 sînt consacrate tratamentului: 2,3%¹⁴¹!

În cartea lui autobiografică, *Une saison chez Lacan*, jurnalistul și scriitorul Pierre Rey, care a fost una dintre vedetele Parisului monden, își povestește cei zece ani de psihanaliză. Cartea lui este pasionantă, deoarece ne ajută să înțelegem cum a funcționat incredibilul snobism din epocă în jurul „necesității unei analize la Lacan". Însă ea arată și cum, la acea vreme, nici măcar nu se punea problema unei vindecări: „S-o mărturisesc astăzi mă face să zîmbesc: sînt mereu la fel de fobic. Dar, între timp, am negociat cu fobiile mele. Sau nu mă mai pun în situația de a le încerca, sau, dacă trebuie, le suport cu resemnarea enervată pe care o solicită fatalitățile exterioare¹⁴²".

Mulți analiști recunosc în prezent că, dacă dorința pacientului este de a nu mai suferi de simptomele lui fobice, atunci analiza nu este o soluție care merită propusă în primă fază. Mulți, dar nu toți... Îmi amintesc de un pacient

care-mi spunea: „Îi port pică psihanalistului, mi-a stricat analiza. Ar fi putut fi pasionant de la un capăt la altul, însă în trei sferturi din timp mă cuprindeau din nou fricile, eșecurile, evităările, frustrările mele legate de fobie. În vreme ce în zece luni de tratament la dumneavoastră, am făcut răul să dea înapoi. De ce nu m-a orientat spre dumneavoastră încă de la început, astfel încât să-mi conduc corect psihanaliza, de care aveam nevoie, de altfel?”

Cealaltă problemă cunoscută de terapiile de inspirație psihanalitică este, poate, legată de lipsa lor de evoluție de multă vreme, ca și cum au încremenit în respectul unei dogme care n-ar fi trebuit să fie decît un punct de plecare. Cîteva tentative foarte interesante au fost făcute în acești ultimi ani pentru a inventa noi forme de terapie bazate pe modelul psihanalitic¹⁴³.

Toate drumurile duc la Roma, dar mai repede sau mai încet...

Opunem adesea psihanaliza terapiilor comportamentale și cognitive. De fapt, acestea din urmă s-au dezvoltat și ele ca reacție la o anumită concepție „apatică” a psihoterapiei, văzută ca o serie de întâlniri în care un terapeut lasă, pur și simplu, un pacient să vorbească de trecutul lui, fără să știe prea bine unde-i va conduce acest demers. Pentru comportamentaliști, „psihoterapia nu trebuie să fie o tehnică nedefinită, adresîndu-se unor probleme neprecizate, cu rezultate nemăsurabile¹⁴⁴”. Or asta este adesea ceea ce li se propune multor pacienți fobici, postulatul implicit al terapeuților fiind acela că vorbitul despre propriile probleme ar trebui deja să aducă o ameliorare. Era, poate, adevărat în urmă cu un secol, în perioada eroică a psihologiei, în care nu se vorbea despre „aceste lucruri”. Însă într-o societate ca a noastră, în care cuvîntul a fost mult eliberat, un terapeut demn de acest nume nu se mai poate baza doar pe virtuțile discuției și ale schimbului de idei, cel puțin pentru tratamentul tulburărilor emoționale din sfera biologiei care pot fi fricile foarte mari.

Unul dintre cei mai buni specialiști mondiali ai fobiilor, englezul Isaac Marks, a făcut într-o zi o comparație între problema alegerii unei terapii pentru o tulburare fobică și aceea a unui itinerar¹⁴⁵. Alegerea unei terapii este ca alegerea drumului pe care ne vom duce de la un punct la altul, de la suferință la lipsa suferinței, de la sclavie la libertate. Am putea opta să o luăm pe autostradă și să mergem spre destinație fără să privim prea mult

peisajul: vom alege atunci pentru a ne trata tehnicile bazate pe expunere. Am putea prefera să urmărim niște itinerare secundare, drumuri naționale sau departamentale, mai confortabile și mai agreabile, dar în mod clar, mai puțin rapide: vom utiliza astfel în special abordări cognitive, relaxare, meditație. Ne putem decide, în cele din urmă, s-o luăm pe ocolite, renunțând la rapiditate în favoarea unei întregi serii de descoperiri efectuate pe drum și cu riscul de a ne rătăci: este, prin urmare, alegerea psihanalizei.

Prezint adesea această comparație pacienților mei. Ea amintește că metoda care se derulează cel mai repede nu este neapărat cea mai plăcută, nici cea mai instructivă despre propria persoană. Ea amintește și că toate terapiile pot conduce la vindecare, cum se spunea altădată că „toate drumurile duc la Roma”. Alegerea unei căi lente ori a unui drum ocolit este cu atât mai legitimă, cu cât temerile fobice sînt mai puțin severe și pacienții sînt mai puțin presați sau au alte așteptări în paralel („reglarea relațiilor mele dificile cu trecutul meu”).

Însă putem privi problema și altfel: alegerea celor mai scurte și mai eficiente terapii va fi soluția preferată pentru majoritatea pacienților, deoarece fricile patologice sînt o suferință, iar suferința ne izolează adesea de lume. Și o terapie nu trebuie să rămînă decît o etapă din viață în loc să reprezinte un scop al ei. Pentru a profita de viață, nu avem nevoie de un terapeut alături...

CAPITOLUL 6

Frici și fobii: un pic de istorie și un portret de familie

Cei trei mușchetari erau patru. Există, în egală măsură, trei categorii mari de frici... Plus o a patra.

În primul rînd, frica de tot ceea ce reprezintă mediul nostru natural, precum animalele, înălțimile, apa, întunericul și încă multe alte lucruri. Apoi fricile sociale, frica de priviri, de judecăți, de comunicare cu semenii noștri. În sfîrșit, frica, adesea panica, starea de rău dacă sîntem închiși, dacă ne simțim înghesuiți, dacă ne aflăm departe de casă: vorbim deci despre claustrofobie sau de agorafobie. A patra familie o reprezintă toate celelalte frici, pe care le vom aborda la finalul acestei cărți. Dar oricare ar fi teama de care suferiți, nu mai lăsați pe nimeni să vă spună că sînteți nevrotic:

nevroza nu mai există. Sînteți, pur și simplu, o persoană care suferă de teamă excesivă...

„Cel ce sapă o groapă poate să cadă în ea și cel ce
dărîmă un zid poate fi mușcat de șarpe.
Cel ce sfărîmă pietre se poate răni cu ele, iar cel ce
despică lemne se primejduiește.”
Ecclesiastul, 10:8, 10:9

În Europa creștină a Evului Mediu, teama era considerată necesară, iar Sfîntul Augustin amintea că teama de pedeapsa divină era o favoare. Eram atunci sensibili la virtuțile fricii, care îndepărta oamenii de pericole, și mai ales de păcate. În prezent societatea noastră mai hedonistă și individualistă percepe mai degrabă teama ca pe o piedică: ea este, după măștile pe care le va pune, ceea ce ne împiedică să ne apropiem de alții, să călătorim, să descoperim, să ne destindem, să ne atingem scopurile, pe scurt, să profităm de viață¹⁴⁶.

Dar oricare ar fi judecata morală sau religioasă pe care o emitem asupra ei, teama a existat întotdeauna și a provocat mereu suferință.

Găsim, bineînțeles, descrieri de frici excesive și de fobii încă din Antichitate. În Biblie, un pasaj al Ecclesiastului redă astfel o descriere de agorafobie: „... și te scoli la ciripitul de dimineată al păsării și se potolesc toate cîntărețele; și te temi să mai urci colina și spaimile pîndesc în cale...” Hippocrate, dar și Descartes și Pascal, scriau în operele lor despre temerile iraționale ale unora dintre contemporanii lor. În Eseuri¹⁴⁷, Montaigne descria cum „noi asudăm, tremurăm, pălim și ne înroșim la zguduirile închipuirilor noastre...”, în vreme ce Robert Burton relatează cazul „cuiva care nu îndrăznește să iasă din casă de teamă să nu leșine sau să moară”, în cunoscuta lui lucrare Anatomia melancoliei, publicată în 1621¹⁴⁸. Filosoful englez John Locke a fost primul care a descris în 1690 mecanismele de formare ale unei fobii, în vreme ce chirurgul francez Le Camus propunea o clasificare a lor în 1769¹⁴⁹. De-a lungul secolelor, observațiile medicale sau relatările literare vor revela cu regularitate cazul pacienților care manifestau o teamă anormală în anumite circumstanțe.

În secolul al XIX-lea, primele fobii vor fi analizate în termeni „moderni”, în urma descrierii agorafobiei de către Westphall în 1871. O avalanșă de neologisme grecești le permitea la acea vreme psihiatrilor să numească toate tipurile de fobii, într-un spirit foarte entomologist. Unele dintre aceste neologisme au îmbogățit ideologia socială a epocii în care au apărut. Vezi în acest sens fobia de captivitate, sau „drapetomania” (din grecescul drapeta - sclav evadat) care se manifesta printre sclavii negri din sud-estul Statelor Unite în secolul trecut¹⁵⁰...

Încă din 1896, Theodule Ribot, unul dintre strămoșii psihologiei franceze, nota în fața acestei manifestări violente în masă¹⁵¹: „... O adevărată inundație de fobii, avînd fiecare numele ei special... Orice manifestare morbidă a fricii este imediat denumită printr-un termen grecesc sau considerat ca atare...”

Și Freud ironiza acest aspect în Introducere în psihanaliză¹⁵² „Această serie de fobii prezentate sub dichisite nume grecești... seamănă cu enumerarea celor zece plăgi ale Egiptului, cu diferența că fobiile sînt mult mai numeroase.”

Freud a propus atunci o clasificare proprie a stărilor anxioase - nevroză fobică, nevroză obsesională, nevroză de angoasă - care a traversat în ritm alert secolul pînă în anii '70. Din acel moment, după ce a oferit servicii bune și loiale, venerabila terminologie freudiană a început să intre într-un con de umbră, în urma lucrărilor unor psihiatri precum americanul Klein¹⁵³, care demonstra eficacitatea anumitor antidepresive în tratarea tulburării de panică, sau a sud-africanului Wolpe¹⁵⁴ și a englezului Marks¹⁵⁵, care puneau la punct primele terapii comportamentale cu rezultate pozitive asupra tulburărilor fobice.

Fobia nu este o nevroză

„Nevrozele fobice”, termen al cărui uz este în prezent în declin, erau numite inițial în terminologia psihanalitică „isterii de angoasă”, ceea ce le sublinia natura sexuală. În opinia psihanalistilor, fobiile erau, așadar, expresia unui conflict inconștient (care trebuia mai întîi rezolvat pentru a pretinde că simptomele au dispărut) și reprezentau și o apărare împotriva fricilor mai severe (și din acest motiv, simptomele acestea trebuiau să fie „respectate”, cu riscul de a vedea subiectul eliberat de fobia lui suferind o decompensare și mai gravă). Cu toate că revoluționară la vremea ei, la

sfârșitul secolului al XIX-lea, și deși a condus la apariția psihoterapiei moderne, această viziune despre fobii a îmbătrânit. În parte, din cauza slabelor rezultate ale terapiilor de inspirație analitică în tulburările fobice, dar și din cauza rezultatelor clare și durabile, fără reapariția și fără substituirea simptomelor, ale terapiilor comportamentale, cu baze teoretice radical diferite.

Cîteva frici și fobii originale

Avidă de neologisme provenite din greacă, psihiatria secolului al XIX-lea a stat la originea unei abundențe de apelative savuroase, specifice fiecărui tip precis de fobie:

Acrofobie: teamă de înălțimi (akron: cel mai înalt), echivalentă cu kenofobia (kenos: vid) și fără îndoială cu cremnofobia (teama de abisuri) și orofobia (teama de locuri în pantă și munți).

Aviofobie: teama de a călători cu avionul.

Algofobie: teama de durere.

Coprastasofobie: teama de constipație.

Astrafobie: teama de fulgere, adesea asociată cu brontofobia (teama de trăsnet) și keraunofobia (teamă de furtuni).

Hematofobie: teama de sînge, apropiată de creatofobie (fobia de carne) și de aicmofobie (teama de ace și înțepături).

Monofobie: teama de a rămîne singur.

Oicofobie: teama de a se întoarce acasă (oikos: casă) după o spitalizare.

Zoofobie: teama de animale. Ea poate cuprinde ornitofobia (teama de păsări), ailurofobia (teama de pisici), cinofobie (teama de câini), musofobie (teama de șoareci), arahnofobie (teama de păianjeni") etc. Tricofobia este teama de păr și pterofobia, cea de pene.

Fobofobia: teama de a resimți frica.

Siderodromofobie: teama de călătoriile cu trenul (etimologic: „drum de fier").

Tafofobie: teama de a nu fi îngropat de viu.

Și dacă această listă v-a indispus, poate sînteți afectat de o helenologofobie (hellenos: grec, și logos: cuvînt): teama de termenii grecești utilizați pentru a face pe savantul...

Una dintre constatările care mă va influența cel mai mult în domeniul practicii mele psihoterapeutice cu persoanele fobice este aceea că sînt cel mai adesea normale... în afara fobiilor lor, desigur! De aceea nu-mi place deloc vechiul mod în care li se desemnau tulburările prin termenul de „nevroze fobice”.

Cred că este preferabil să se renunțe la acest apelativ de „nevroză” din două motive. Primul este că acela conform căruia cuvîntul „nevroză”, după ce a fost un termen medical (neologism inventat în secolul al XVIII-lea de medicul scoțian William Cullen), a devenit o judecată de valoare. Vorbim astăzi despre o persoană „nevrotică” pentru a desemna pe cineva complicat, care se ascultă prea mult. La un moment dat, ideea psihiatrică preconcepută ajungea să pună diagnosticul de „nevroză isterică” oricărei femei deprimată sau anxioase. Unul dintre prietenii mei psihiatri spunea glumind: „N-am întîlnit nici odată o pacientă isterică. Am văzut doar femei nefericite.” Al doilea motiv care trebuie să ne facă prudenți în privința „nevrozei” este că termenul acesta pare strîns asociat cu teoria freudiană a fobiilor, astăzi respinsă sistematic. Nu toate intuițiile lui Freud erau false, însă multe erau. Este normal să-l respectăm ca personalitate istorică, însă nu să continuăm să-i urmăm orbește preceptele și să recurgem în mod repetat la scrierile lui sau la cele ale discipolilor săi, conform sintagmei recurente: „Freud a scris-o, Lacan a spus-o”. Freud dorea să întemeieze o știință. Din păcate, a generat la unii dintre discipolii săi și o viziune religioasă a psihoterapiei: scrieri sacre, sacrilegii, excomunicări, războaie religioase... Însă toate astea nu se rezumă decît la mica lume a terapeuților și n-ar trebui să interfereze cu ajutorul care trebuie oferit persoanelor fobice.

Iată ce le amintesc pacienților mei în legătură cu tulburarea lor: „Nu sînteți nevrotici. Nu sînteți fobici. Sînteți niște persoane care suferă de fobii. Cum există oameni care suferă de diabet sau de hipertensiune. Nu vă pierdeți timpul încercînd să aflați de unde vine asta și de ce sînteți așa. Trebuie s-o faceți, deoarece este important de știut de unde ne vin suferințele, pentru a evita să ne reproducem întruna greșelile, dar nu trebuie să insistăm la nesfîrșit. Important este să știți că aveți această fragilitate și că va trebui să aflăm împreună cum s-o facem să se diminueze. Uneori, va fi posibil s-o suprimați: nu veți mai fi fobic. Alteori, nu vom putea decît s-o

facem să se atenueze: veți fi, pur și simplu, mai îngrijorați ca media populației, dar capabili, totodată, să înfrunțați situația care vă provoacă teamă înainte. De exemplu, pentru o fobie de zbor aerian, veți putea lua avionul din nou, dar nu veți fi complet relaxat în timpul zborului, de altfel, la fel ca multe alte persoane din habitacul! Pe scurt, este întotdeauna posibil să vă reduceți fricile fobice la nivelul de frici normale; nu-i mereu posibil să le faceți să dispară".

Însă cererea pacienților se exprimă rareori sub forma unei dorințe de a scăpa definitiv de frică. N-am avut nici odată pacienți cu fobie de avion veniți să mă vadă pentru că voiau să devină piloți de linie... Doreau doar să ia avionul cu un nivel de frică rezonabil.

Cele trei categorii de fobii

La ora actuală clasificarea științifică a fobiilor, cea mai larg utilizată de echipele de cercetare din lumea întreagă¹⁵⁶, separă fobiile în trei grupe principale, provenite fiecare dintr-un tip destul de precis de frici:

- *Fobiile specifice* grupează, în special, fobiile de animale, de elemente naturale, de sânge și răni. Aceste fobii, numite înainte „fobii simple”, induc o deficiență destul de limitată, deoarece comportamentele de evitare care le sînt asociate rămîn compatibile cu o viață aproape normală.

- *Fobiile sociale* constau într-o frică intensă de privirea și de judecata altuia. Aceste fobii sînt adesea considerate drept cele mai invalidante, fiindcă evitățile sociale privesc persoana fobică de un număr mai mare sau mai mic de activități relaționale, esențiale echilibrului și dezvoltării sale personale.

- *Tulburarea de panică* însoțită de agorafobie este evidențiată de teama de a simți un disconfort, mai ales în anumite locuri publice. Ea creează un mare impediment, întrucît violentele și destabilizantele ei crize de angoasă induc foarte repede evitări care subminează capacitățile de autonomie ale persoanei fobice: orice deplasare în afara casei poate deveni astfel o problemă.

Aceste două ultime categorii, fobii sociale și tulburare de panică, sînt numite și „fobii complexe”, deoarece, spre deosebire de „fobiile simple” sau specifice, ele pot apărea în contexte variate și subtile. Și, mai ales, ele nu se lasă controlate cu ușurință de pacienți: aceștia pot întotdeauna evita să

întâlnească porumbei sau să fie confrunțați cu locuri situate la înălțime. Este mult mai dificil să-ți eviți semenii sau să eviți să ieși din casă... Așa se explică, vom vedea, cel mai mare număr de complicații asociate acestor fobii complexe, precum depresia, recurgerea la alcool și numeroase alte efecte negative asupra calității vieții...

Vom aborda, în sfârșit, într-un ultim capitol frici și fobii mai rare ca precedentele, precum și un anumit număr de tulburări psihologice cărora li s-a atribuit apelativul de „fobie”, deși ele au niște mecanisme psihopatologice diferite.

Tentația este mare în realitate, pentru psihiatri și psihologi, dar și pentru marele public, de a lipi cuvântul „fobie” unei rădăcini grecești în scopul de a indica niște temeri și aversiuni diverse: xenofobia sau homofobia desemnează mai mult niște aversiuni sau neîncrederi față de străini sau homosexuali decât niște temeri sau panici. Triskaidekafobia trimite mai mult la o teamă superstițioasă de cifra 13 decât la o fobie autentică. Referitor la neofobie, frecventă la copii sau la persoanele în vârstă, ea face mai mult referință la aversiunea pentru orice formă de schimbare (alimentară, relațională sau de alt tip) decât la o nevoie de a fugi din fața noutății.

Alegerea cuvântului „fobie” este legată, fără îndoială, de nevoia pe care o avem de a utiliza un termen general pentru a desemna toate emoțiile asociate cu dorința de a ne feri de ceea ce, în mintea noastră, ni se pare, în mod greșit sau pe bună dreptate, neplăcut sau îngrijorător. Așadar, atenție dacă sînteți heptafob: vom aborda în continuare capitolul 7...

CAPITOLUL 7

Frici și fobii „simple”: animale, avion, sînge și apă...

Aceste frici naturale care ne încolțesc nu sînt „simple” decât în nomenclaturile psihiatrilor. Simplu de înțeles, fără îndoială: ne este foarte frică de ceva și facem totul pentru a evita lucrul respectiv.

Însă simplitatea se oprește aici. Aceste frici, dacă sînt excesive, ne complică în mod considerabil existența: tergiversări, renunțări, subterfugii...

Ele pot, uneori, să ne pună sănătatea în pericol, cum este cazul fobiei de sînge și de înțepături. Însă ele nu ne amenință, în general, supraviețuirea: ne alterează - pur și simplu - calitatea vieții.

Din fericire, există soluții - simple - în fața acestor mari frici de lucruri naturale. Atât de simple, încât uneori terapeuții le uită...

„Căzusem pradă unor mari frământări: câteva gânduri stăruitoare și foarte intense îmi viciau tot restul minții și al lumii.”

Paul VALERY, Ideea Fixă

Primul lucru pe care-l face Francesca, intrînd în biroul meu, este să privească ferestrele. Fața ei neliniștită s-a relaxat imediat ce a văzut că erau închise. Era prima dată cînd venea să mă consulte, în dimineața aceea de iulie. Ca întotdeauna în Toulouse, era foarte cald atunci. Și, de aceea, ferestrele rămîneau adesea deschise. Însă nu în cabinetul meu: pentru a putea lucra fără să fiu copleșit de căldură, tocmai îmi cumpărasem - în ajun! - un mic aparat de climatizare. Acest mic detaliu i-a permis Francescăi să-mi relateze în liniște povestea ei, fără să se teamă că un porumbel va intra brusc în încăpere. Fiindcă asta era problema ei: teama de porumbei.

Francesca era o femeie tînă și planturoasă de 27 de ani, căsătorită cu un inginer italian venit să lucreze în Toulouse pentru doi ani, în industria aeronautică. Încă din copilărie, Francesca a avut o teamă nejustificată față de păsări. Prima ei amintire în legătură cu acest subiect este destul de precisă: la vîrsta de 3 sau 4 ani, era supravegheată în timpul zilei de o mătușă care creștea numeroase păsări în cuști. Această bătrînă doamnă, adeptă a metodelor pedagogice de stil vechi, o amenința adesea că, dacă nu-și mîncea supa, deschidea cușca pentru ca păsările să vină să-i ciupească urechile și s-o tragă de păr... într-o zi, insensibilă la amenințările mătușii, Francesca a rezistat, iar mătușa ei s-a dus, într-adevăr, să caute o turturea ca s-o înspăimînte: însă pasărea scăpat și a zburat în toată încăperea, ciocnindu-se de pereți și de ferestre, provocîndu-i fetei o stare de panică și o sperietură mătușii. Din acea zi, Francesca nu mai suporta prezența păsărilor, nici măcar în cușcă, într-o duminică, părinții ei s-au întors de la piață cu un pui viu, cîștigat în timpul unei tombole, care a terorizat-o pe Francesca pînă cînd pasărea a dispărut. În copilărie și în adolescență, a făcut obiectul numeroaselor glume din partea anturajului în legătură cu acest subiect. Unul dintre frații ei mai mari i-a oferit chiar într-o zi un cadou fals, în realitate o

cutie în care era închisă o pasăre: aceasta din urmă a zburat când Francesca a deschis pachetul...

Odată devenită adultă, ea a reușit să-și organizeze viața ca să nu fie nevoită să înfrunte păsări. Soțul ei, care știa de această fobie, i-a acceptat evităările. Dar când el a fost transferat la Toulouse ca să conducă un proiect aeronautic, Francesca a descoperit cu groază prezența a numeroși porumbei în centrul orașului, unde se afla locuința lor de serviciu. Fobia ei a luat atunci un nou avînt, centrată, în principal, pe teama de porumbei.

Cînd s-a prezentat la consultație, se simțea ușor deprimată din cauza izolării ei în Franța și foarte afectată de fricile ei. Nu mai putea vedea o imagine a unei păsări, într-o carte sau o revistă, cu atît mai puțin la televizor, fără să simtă accelerarea angoasei.

Trebuia să evite anumite cartiere din centrul orașului, pline cu porumbei, și nu-și putea duce copiii în parc, pentru că persoanele în vîrstă le dădeau păsărilor de mîncare. Nu putea folosi bancomatul de la scara blocului, fiindcă trotuarul era în permanență ocupat de porumbei.

„Sînt dezgustată mai ales de aspectul lor fizic: ochiul fără pleoapă, înspăimîntătoarele lor labe roșii și ghearele murdare, zgomotul de «clac-clac» al zborului. De ce îmi este teamă mai exact? Nu știu bine. Poate că-mi sparg un ochi cu ciocul, zburînd ca să scape, sau își încurcă labele în părul meu și înnebunesc, atît sînt de proști. Mă dezgustă, de asemenea, faptul că nu-mi pot imagina contactul cu penele lor. Cel mai des, am o teamă reflexă, care se declanșează atît de repede încît n-am timp s-o conștientizez.”

Deodată, am văzut-o pe Francesca albindu-se și oprindu-se din vorbit. Fixa un punct în spatele meu: un porumbel s-a așezat pe balustrada ferestrei și ne observa cu un ochi rotund, întorcîndu-și capul în dreapta și-n stînga. Fereastra era închisă, însă Francesca începea să se sufoce. Asistam la un debut de panică în direct. M-am ridicat ca să alung zburătoarea. Anxietatea Francescăi nu avea nimic simulat: cînd i-am luat pulsul, acesta era peste 140! După incident, a izbucnit în lacrimi: „Este absurd, este o prostie, ați văzut în ce stare ajung! Și în plus, fereastra dumneavoastră era închisă! Dacă ar fi fost deschisă, aș fi plecat alergînd, îmi este imposibil să mă controlez”.

A început apoi să-mi povestească viața ei fobică: „Sînt la mila a mii de porumbei, unul mai imprevizibil decît altul. Nu sînt liniștită decît noaptea,

cînd ei dorm. În călătoria mea în luna de miere în nordul Italiei, n-am vizitat Veneția decît by night... Cînd am fost obligată să merg acolo unde porumbeii sînt stăpîni, am fost nevoită să recurg la toate subterfugiile imaginabile pentru a evita contactul cu ei: m-am fofilat în mijlocul oamenilor, pe care-i utilizam ca scuturi umane. Nici odată nu port o valiză sau geantă, ca să-mi păstrez mereu mîinile libere și să mă apăr dacă un nor de porumbei s-ar abate asupra mea. De îndată ce apar cîțiva nori, invoc pretextul riscului de aversă ca să iau cu mine o umbrelă, pe care să o folosesc în caz de atac... Toate astea sînt absurde și umilitoare. Dar e ceva mai puternic ca mine. Mă puteți ajuta?"

Vă voi povesti, desigur, cum și-a depășit Francesca fobia. Dar să ne axăm asupra acestor frici și fobii numite „specifice”....

Frici intense și fobii „specifice”

Această categorie de frici este, firește, cel mai simplu de înțeles: o persoană se teme teribil de ceva anume și face totul ca să-1 evite.

Obiectele sau situațiile care pot fi o sursă de frici specifice sînt multiple, însă în mare le putem regropa în patru tipuri mari: frici de animale, de elemente naturale, de situații, de sînge și răni. Le vom detalia în continuare.

Să amintim că aproximativ o persoană din două suferă de frici excesive și invalidante de acest tip. În acest context, apelativul „specific” desemnează faptul că fricile sînt, în general, destul de circumscrise: în afară de momentele de confruntare cu ce anume îi provoacă frică sau de anticiparea lor imediată, persoana se simte în siguranță. Anterior, aceste frici și fobii se numeau „simple” din cauza contextului lor limitat. Dar în realitate, ele pot uneori să complice considerabil viața persoanelor care sînt afectate de ele.

La fel ca în cazul altor forme de frici excesive, problema pragului dintre frici normale și frici fobice se bazează pe mai multe elemente: intensitatea emoției de frică resimțită (pînă la atacul de panică în fobii), nevoia imperioasă de a fugi de ce ne temem (și nu doar o simplă jenă de a înfrunta lucrul respectiv) și, totodată, dinamica autoagravantă în fobii (timpul care trece și confruntările care se repetă nu aduc ameliorări). Este necesar să definim asemenea criterii de prag între frici normale și frici maladive, dar realitatea este cu totul alta: nu există o frontieră clară și se estimează că fricile intense reprezintă o deficiență aproape echivalentă cu cea a fobiilor,

chiar dacă ele nu ating toate criteriile pentru a primi acest diagnostic medical.

Potrivit studiilor și instrumentelor de evaluare, aproximativ 10-20% dintre persoanele din ansamblul populației suferă de fobii specifice¹⁵⁷. Aceste tulburări fobice afectează, în general, de două ori mai multe femei decât bărbați, cu excepția fobiei de sînge și răni, unde există egalitate între sexe¹⁵⁸.

Principalele tipuri de frici și fobii specifice

Frici și fobii de animale	Păsări (porumbei mai ales), insecte (păianjeni, gândaci de bucătărie și viespi), câini, pisici, șerpi...
Frici și fobii de elemente naturale	Apă, înălțimi, furtuni, întuneric...
Frici și fobii de situații	Claustrofobie (spații închise, ascensoare, magazine arhipline, tuneluri...). Mijloace de transport (avion, tren, mașină).
Frici și fobii de sînge și răni	Înțepături, luări de sînge, lucrări dentare...

Fricile și fobiile specifice sînt, fără îndoială, cele care apar cel mai devreme în viață. Adesea, reacția de teamă excesivă este prezentă încă de la prima confruntare. Mai rar, există evenimente de viață precise care stau la originea fobiei. Însă ele pun problema terenului vulnerabil: într-adevăr, o teamă excesivă de câini poate apărea, desigur, după o mușcătură, dar nu toți copiii mușcați capătă o fobie de câini... Rezultatele pentru cea mai mare parte a studiilor pledează în favoarea unei influențe genetice importante în cazul acestor fobii specifice, întărite secundar de evenimentele de viață și modelele parentale (unul din cei doi părinți are adesea aceleași frici).

Există și anumite variații de intensitate în funcție de vîrstă: astfel, fricile de animale sînt mai puternice și mai neliniștitoare la persoanele tinere, pe cînd cele ale zborurilor cu avionul urmează sensul invers și se agravează cu timpul. Sînt mai multe explicații, însă cea mai probabilă este aceea că e mai ușor să ne îmblînzim puțin cîte puțin fricile de animale: ne putem controla

durata de confruntare cu poze, filme, animale adevărate, în cușcă sau sub un glob din sticlă. În cel mai rău caz, fugim dacă dăm peste unul când nu ne simțim pregătiți să ne întâlnim cu el!

În schimb teama de avion este mai mult o frică de tipul totul sau nimic: nu poți să începi cu cinci minute de zbor prima dată, apoi zece, pe urmă cincisprezece... În avion, zbori sau nu, iar, după decolare, nu se mai pune problema să sari, chiar și cu parașuta...

Toate fricile excesive care nu permit înfruntări progresive și constante au în mod natural tendința să se agraveze, fiecare confruntare, în mod obligatoriu rară și intensă, fiind un traumatism în plus. Vom vedea că tocmai acesta este cazul, de exemplu, și pentru anumite fobii ale luării cuvîntului în public.

► Sînt fobiile specifice niște maladii?

Odată ajunse în stadiul de fobie, aceste frici specifice nu induc, în cea mai mare parte a timpului, decît o deficiență limitată: evitățile pe care le impun nu împiedică, cel mai adesea, persoanele care suferă de ele să ducă o viață aproape normală. De aceea, acești fobici vin să consulte psihiatrii sau psihologii mai rar decît ceilalți (ca agorafobii sau fobicii sociali).

Printre factorii care îi fac pe pacienți să vină la consultații în fobiile specifice, găsim¹⁵⁹:

- O fobie de câini, pisici, ascensoare sau diferite mijloace de transport. Adică cererea de terapii este legată de frecvența întâlnirilor cu ceea ce le provoacă frică. O fobie de canguri n-ar trebui să vă conducă la terapie în partea asta a globului.

- Existența mai multor fobii în același timp. Această situație ipotetică este destul de frecventă și agravează traiul cotidian.

- Declanșarea unor atacuri de panică foarte violente în situațiile temute, pînă în punctul în care apare teama de pierdere a rațiunii sau de a avea un infarct din cauza lor.

Cel mai des, ne vedem pacienții venind la consultație în urma unei schimbări care perturbă organizarea modului de viață al persoanei care suferă de frici excesive: unei persoane cu fobie de avion, care călătorea pînă atunci cu mașina sau cu trenul, i se propune o promovare internațională implicînd deplasări frecvente cu avionul. O tînără cu fobie de sînge, care

fugea de înțepături și analize sanguine, și-a întâlnit bărbatul vieții și vrea să aibă un copil, de unde și necesitatea examenelor medicale. O persoană cu fobie de porumbei tocmai s-a mutat și descoperă că strada pe care va locui este infestată de porumbei, atrași de persoanele în vîrstă din cartier care le hrănesc. O altă persoană, cu fobie de șerpi, este invitată la o călătorie într-o țară tropicală...

► Puțină știință în legătură cu fricile și fobiile specifice

Fobicii amplifică, în general, caracteristicile îngrijorătoare ale lucrurilor care le provoacă frică. În ochii lor, toți păianjenii sînt enormi și foarte rapizi, cea mai mică pantă este vertiginoasă etc. Aceste erori perceptive¹⁶⁰ sînt, în mod evident, legate de intensitatea temerilor lor; ele trădează, poate, reapariția, în acele momente în care se simt amenințați, a unui mecanism de supraviețuire de tipul „efect de lupă” cu o amplificare automată a pericolului. Oricum ar fi, anturajul nu trebuie nici odată să uite că, de îndată ce este vorba despre friciile lor, fobicii nu evoluează deloc în aceeași lume ca non-fobicii. Un salt într-un bazin de la doi metri îi provoacă aceleași spaime unui acrofob ca dumneavoastră de la zece metri înălțime. După terapie, aceste erori perceptive dispar.

Astfel de distorsiuni nu se limitează la niște chestiuni de mărime . sau de înălțime: apropiindu-se de animalele temute, zoofobul le „vede” alergînd spre el și le „simte” tactil. Aplecîndu-se în gol, acrofobul simte că se prăbușește... Aceste activări senzoriale confirmă rolul imaginarului în fricile fobice, însă ele se găsesc și în imagistica cerebrală, care sugerează o activare a ariilor corticale, mai ales cortexul vizual, mult dincolo de clasică zonă limbică, sediul emoțiilor anxioase¹⁶¹. La cei cu fobie de animale, mai ales de păianjeni, insecte sau șerpi, activarea cortexului temporal anterior, numit „somato-senzitiv”, pare să indice implicarea senzațiilor tactile asociate cu teama simțită.

În sfîrșit, fobicii procedează adesea la o decontextualizare a informațiilor: concentrîndu-se adică numai pe ce le provoacă frică, uită să vadă ce-i poate liniști¹⁶². Astfel, în fața unui cîine, nu vor fi neapărat liniștiți de faptul că patrupedul este de talie mică, ținut în lesă sau că are un aer prietenos. Toate aceste elemente contextuale nu vor cîntări greu în fața stimulului central: prezența sau absența cîinelui. Cu cît fobia este mai severă, cu atît această

funcționare „totul sau nimic” este mai flagrantă: de unde și creșterea angoasei pînă la menționarea unui simplu cuvînt sau a unei banale imagini a lucrului de care ne este teamă. Creierul nostru rațional știe că nu există pericol real, dar amigdala noastră cerebrală, care reacționează mai repede, a tras deja semnalul de alarmă...

Frici și fobii de animale

„Doar sus de tot, apropiindu-se de al șaselea etaj, i se strînse inima gîndindu-se la punctul final al traseului: acolo sus, porumbelul, bestia atroce, îl aștepta. Urma să-l găsească așezat în capătul culoarului, pe labele roșii și îndoite, înconjurat de excremente și de tuleie plutind în jur, stînd acolo să-l aștepte, cu ochiul înfiorător de gol, și și-ar lua zborul bătînd din aripi și l-ar atinge ușor, pe el, pe Jonathan, iar lui i-ar fi imposibil să se ferească, în culoarul strîmt... Își aplecase capul într-o parte și-l fixa pe Jonathan cu ochiul stîng. Ochiul acesta, un mic disc rotund, căprui, cu un punct negru în centru, era înspăimîntător de privit... Primul lui gînd a fost că urma să aibă un infarct sau un atac, sau cel puțin o sincopă... Atunci auzi din nou, fără nici o urmă de îndoială, un filfiit de aripi scurt și sec, și în acel moment îl cuprinse panica... Îi era totuna, nu voia decît să plece, să plece.”

În romanul *Porumbelul*, scriitorul german Patrick Süskind descrie o halucinantă poveste de frică excesivă de porumbei care a afectat un bărbat de 50 de ani. Relatarea lui subliniază grăitor în ce măsură fobiile ne sînt apropiate: fricile noastre banale ne ajută să le înțelegem. Și cît de îndepărtate se pot dovedi de propriile noastre reacții: fobia lui Jonathan, eroul lui Süskind, va atrage după sine marginalizarea socială și idei suicidale, care, din fericire, vor dispărea la fel de misterios pe cît apăruseră.

Larg reprezentate în cinematografe (*Păsărilor, Fălci, Arahnofobia...*), fricile excesive de animale sînt cele mai frecvente fobii, mai ales la femei, care reprezintă 75 pînă la 90% dintre subiecții zoofobi. Printre animalele considerate cel mai adesea surse de frică se numără insectele, șoarecii și șerpii. Fobiile de păsări, cîini, pisici și cai sînt, de asemenea, întîlnite frecvent. Temerile legate de aceste fobii sînt fie cele ale unui atac inițiat de animal (mușcătură sau înțepătură), fie asociate cu un sentiment de dezgust și de repulsie. Studiile comparînd mai multe culturi au ajuns la concluzia că sentimentele de dezgust ar fi și mai răspîndite decît cele de frică¹⁶⁴: de

exemplu, indienii se tem mai puțin de păianjeni ca occidentalii, dar manifestă același dezgust.

Trebuie specificat că nu se vorbește despre fobii decît în legătură cu teama de animale nepericuloase; fricile induse de animalele obiectiv periculoase (tigri, crocodili, rechini...) sînt estimate în toate culturile ca normale și utile.

În Occident, deficiența legată de fobiile de animale este cel mai adesea moderată, cel puțin în mediul urban. Cu toate astea, există un sentiment de disconfort mai ales în cazul fobiei de cîini sau de păsări (porumbei în special) care va împiedica plimbările citadinilor, sau al fobiei de insecte, care-i va face să evite natura și casele de țară!

Istoria abundă de personalități cu fobie de animale: împăratul roman Germanicus nu suporta cocoșii, astronomul Tycho Brahe se temea de vulpi și iepuri, Ambroise Pare leșina la vederea anghilelor, iar Napoleon Bonaparte avea fobie de pisici, la fel ca vechiul său inamic, Wellington. Poetul Ronsard și-a descris chiar în versuri propria fobie de pisici:

Nu există om pe lume care să urască atît de mult

Pisicile ca mine cu o ură profundă.

Le urăsc ochii, fruntea și privirea.

Văzîndu-le, fug în cealaltă parte,

Cu nervii, venele și membrele tremurînd...

Shakespeare a ilustrat și el teama de animale în comedia Neguțătorul din Veneția¹⁶⁵: „Există oameni cărora nu le place să vadă căscînd un porc, alții care înnebunesc privind o pisică...”

Mi-a fost dat să întîlnesc personaje cu fobii față de aproape toate animalele existente. O moderatoare de radio mi-a vorbit într-o zi despre teama ei de crabi, nesuportînd să vadă nici măcar o imagine cu ei. Cei cu fobie de viespi vin adesea la consultații vara, pentru că le este greu să-și ia mesele în aer liber: ca să nu atragă gîngăniile care-i panichează, trebuie să renunțe mai ales la pepeni verzi sau salate de fructe atunci cînd iau masa afară sau la dulceturi la micul dejun pe terasă. Nu-i ușor! Există chiar personaje fobice față de inofensivii fluturi; una dintre pacientele mele afectată astfel se gîndea automat la omizi văzînd un fluture și începea să se simtă rău.

Un studiu efectuat pe subiecți suferind de fobii severe de animale a detaliat elementele fricilor lor¹⁶⁶:

- Mișcarea animalului (77%). Când fac exerciții de expunere cu animale, pacienții tresar de îndată ce animalul mișcă. Mulți se tem de zborul în zigzag, imprevizibil, al anumitor insecte.

- Aspectul fizic (64%). Ochiul fără pleoapă al porumbeilor, abdomenele păianjenilor mari, dinții câinilor... Cei cu fobie de șerpi reacționează imediat la forme: o creangă pe sol sau chiar un cordon de halat căzut pe parchet și sugerînd o formă de reptilă, și tresar de frică.

- Zgomotul (27%): bătaia aripilor porumbeilor, lătratul câinilor, zumzetul viespilor...

- În același studiu, 40% dintre pacienți declară că se tem, într-adevăr, ca întâlnirea cu animalul să nu genereze probleme serioase (să înnebunească sau să fie atacați).

Fobiile de animale sînt adesea foarte specifice: ne este teamă de porumbei, și nu de vrăbii; de viespi, și nu de albine. Însă ele sînt uneori generalizate la toți reprezentanții unei specii date: păsări, insecte zburătoare sau tîrîtoare.

Frici și fobii de elementele naturale

La fel ca în cazul fobiilor de animale, subiecții fobiei de elemente ale mediului natural fac parte mai ales, din rîndul femeilor (75 pînă la 90%). O singură excepție: fobia de înălțimi (acrofobie) care se manifestă la un procent mai mic de femei (50 pînă la 70%). Principalele elemente fobogene sînt înălțimile și abisurile, apa, întunericul, furtunile și tunetul. Și în acest caz, personaje cunoscute și-au adus contribuția la acest tip de fobii: primul împărat roman Octavianus Augustus avea o teamă teribilă de întuneric, iar filosoful englez Francis Bacon era panicat de eclipsele de Lună.

Intensitatea unei asemenea stări nemotivate și obsedante variază în funcție de constrîngerile sociale ale subiectului: unui fobie de înălțimi îi este, în general, imposibil să se apropie de o fereastră la etaj, și chiar mai puțin de un balcon, dar și să facă o drumeție la munte sau schi, să treacă pe un pod etc. Teamă de abis, numită în mod comun „vertij”, afectează aproximativ 12% din populație: însă adevăratele acrofobii sînt, fără îndoială, mai puțin numeroase. Această frică, mai mult ca oricare alta, se poate

resimți ; prin intermediar: simpla imagine a unei persoane care se apropie de marginea unui loc înalt ajunge să declanșeze o indispoziție anxioasă la majoritatea acrofobilor. Mamele nu pot să-și însoțească, de obicei, copiii în timpul plimbărilor la munte sau pe falezele de la țărmul mării, în vizitele la castelele fortificate, nici să suporte să-i vadă apropiindu-se de o fereastră sau de un balcon...

Frica de apă este și ea frecventă: ar afecta 2 pînă la 5% dintre persoane. Induce o oarecare deficiență în cazul hobby-urilor: piscinele și țămurile devin astfel locuri amenințătoare; croazierele cu vaporul sînt evitate; băgatul capului sub apă în timpul unei băi sau al unui duș este uneori imposibil. În realitate, aquafobia nu este atît teama de apă, cît teama în apă. Pacienții pot bea apă fără să se teamă! Însă nu pot suporta ideea de a se scufunda în apă. Își imaginează că-și pot pierde mințile și se pot îneca foarte ușor¹⁶⁷. Zborul cu avionul deasupra oceanului le poate declanșa angoase profunde, în schimb, se vor simți în largul lor deasupra pămîntului.

Iată povestea lui Rosemarie, profesoară de franceză. În vîrstă de 48 de ani, femeia s-a temut întotdeauna de apă. Crescută în mediul rural, n-a văzut marea decît la vîrsta adultă; în copilărie, n-a frecventat nici odată piscina. Nu știe să înoate. Îi spune medicului că n-a fost nici odată în largul ei pe un vapor: „Cînd mă gîndesc la adîncimea apei de sub picioarele mele, mi se face pielea de găină". În vacanțele sale la mare, nu se îndepărtează nici odată de țărm și, în rarele dăți în care un val a dezechilibrat-o, a simțit o angoasă puternică. Rosemarie a vrut să învețe să înoate în urmă cu cîțiva ani. Știe să efectueze mișcările corect, dar n-a acceptat nici odată să se îndepărteze de marginea piscinei: nici nu se pune problema să traverseze bazinul fără să se agațe de ceva în orice moment. În general, evită să facă o baie dacă este singură în casă, temîndu-se să nu se înece din cauza unei dureri. Însă nici dușurile nu sînt mai confortabile, deoarece nu-i place să aibă capul în întregime sub apă, nici senzația de apă care-i intră în urechi, nas, ochi. În viața ei n-a băgat nici odată capul complet sub apă. Rosemarie dispune de un foarte important repertoriu de povești cu persoane înecate: unul dintre verii ei a pierdut un băiețel înecat în piscina pe care a construit-o, una dintre cunoștințele ei i-a vorbit despre cineva care s-a înecat pentru că nu a reușit să se urce din nou în barcă în timpul unei băi în larg etc. Soțul ei și cu ea au

fost invitați de niște vecini apropiați să facă o croazieră pe Mediterana vara viitoare, iar ea își imaginează că va petrece foarte greu cincisprezece zile pe valuri...

Unul dintre pacienții mei îmi povestea că mama lui, avînd fobie de furtuni, urca pe toată lumea în mașină pentru a conduce pînă cînd trecea furtuna, pentru că a citit într-o zi că mașinile nu puteau fi lovite de fulger: izolarea pneurilor face din ele ceea ce electricienii numesc „cuști Faraday”. Nu a căpătat fobie de furtuni (a venit la consultații pentru altceva), dar era foarte nervos atunci cînd fulgerul cădea și refuza orice drumeție pe munte pe timp nefavorabil, pentru a nu fi nevoit să înfrunte o furtună dezlănțuită - un tablou înspăimîntător, după cum îl descriu unele relatări: „Scînteii de electricitate statică pe pioleți, asta înseamnă, sigur, stop cardiac!”

Am lucrat totuși, la cererea lui, asupra fricilor sale, pe care se temea să nu le transmită la rîndu-i copiilor. Munca a constatat, în special, în expuneri la blițuri de aparat foto ascultînd zgomote de furtună înregistrate (da, există și așa ceva! există interesul de a trata fobii specifice: asta suscită curiozitatea și creativitatea...). Am căutat și toate informațiile disponibile despre miturile și realitățile riscului de a fi lovit de fulger, sfaturile de prudență în materie. În sfîrșit, am citit relatările despre persoane fulgerate, începînd cu *Aventurile lui Tintin. Cele 7 globuri de cristal...*

Teama de întuneric este, evident, răspîndită la copii, dar fobii autentice de acest tip există și la adulți. Aceste persoane nu pot dormi nici odată fără lumină și se tem, mai ales, să nu se trezească în miezul nopții în întuneric total. Temerile nu sînt întotdeauna aceleași precum cele care-i afectează pe copii: alături de teama de asasini și alți hoți nocturni, există destul de des frici „inexprimabile”, fără un conținut psihic precis, pe care pacienții le asociază adesea cu frica de moarte. „Ca și cum m-aș trezi în mormînt”, îmi povestea unul dintre ei. Există și teama de coșmaruri recurente de îndată ce vor adormi, frecventă la victimele traumatismelor. Am avut odată ocazia să întîlnesc un tînar fobic de întuneric care trăia cu o parteneră ce nu putea să adoarmă decît în întuneric beznă și liniște totală. Primele lor nopți împreună au fost un coșmar, pînă au ajuns la un compromis: el a acceptat să-și trateze fobia, iar ea a fost de acord să nu închidă ușa și să nu tragă jaluzelele și perdelele în camera lor...

Teama de sufocare și claustrofobia

Claustrofobia constă într-o teamă nejustificată de spații închise sub diferite forme: încăperi prea mici sau fără ferestre; lifturi, mai ales dacă sînt strîmte și fără suprafețe vitrate („lifturile-coșciug”, după cum le numesc pacienții) etc. Se pare că aproximativ 2 pînă la 5% din populația adultă prezintă acest tip de fobie, care se dovedește destul de stîmjenitoare în viața cotidiană¹⁶⁸. Radiologii sînt adesea confrunțați cu acest sindrom, 4 pînă la 10% dintre pacienții lor temîndu-se să intre în anumite aparate de imagistică medicală, precum scanere sau IRM⁵, numite „corp întreg”¹⁶⁹. Atunci cînd aceste persoane au nevoie să beneficieze de acest tip de examinare, din cauza suspiciunii de boli somatice grave, mi se întîmplă să solicit accesul la sala de radiologie a spitalului în care lucrez, pentru a-i pregăti să înfrunte progresiv situația.

În formele ei severe, această teamă se generalizează în numeroase alte situații decît locurile închise și lifturile: gulerele de cămașă sau hainele prea strînse, măștile de frumusețe sau combinațiile și măștile de scafandru, pe care nu le pot suporta sub nici o formă. Fiindcă lucrul de care se tem, în general, pacienții claustrofobi este asfixia, prin strivire în locuri suprapopulate (precum cozile de așteptare la concerte sau transporturile la ore de vîrf) ori din lipsă de oxigen (precum o cabină de lift blocată ori un metrou imobilizat între două stații). Putem nota că teama aceasta o au și unii subiecți non-fobici: multe persoane au tendința să-și supraestimeze nevoile de oxigen într-o încăpere închisă. De fapt, o persoană poate supraviețui aproape nedefinit într-un spațiu neventilat înainte de a-i epuiza rezervele de oxigen.

Cu ocazia deschiderii tunelului sub Marea Mîneei, principalele ziare engleze au publicat statistici care dezvăluiau marea frecvență a fenomenului: șase englezi din zece simțeau anxietate la ideea de a călători pe sub Marea Mîneei¹⁷⁰. Însă claustrofobia are ceva instinctiv, apropiat, fără îndoială, de angosta simțită de un animal capturat și imobilizat între ghearele unui prădător sau prins într-o surpare de teren, și de aceea este prezentă în grade diverse la fiecare ființă umană. Personal, nu m-am imaginat nici o clipă făcînd speologie, parcurgînd un drum strîmt la zeci de metri sub pămînt...

⁵ Imagistica prin Rezonanță Magnetică (n.t.).

În sfârșit, trebuie semnalat că mulți claustrofobi sînt și pacienți care suferă de tulburare de panică, pe care o vom aborda într-un capitol viitor, claustrofobia făcînd parte, așadar, dintre elementele unei fobii mai generalizate.

Frici și fobii de mijloacele de transport

„De îndată ce sînt într-un avion, supraveghez cel mai mic detaliu. Detest, de exemplu, să văd că pilotul merge la toaletă: dacă se simte rău și copilotul este incompetent? Întreb întotdeauna dacă n-a petrecut prea mult în ajun sau dacă n-a băut un pic prea mult înainte să decoleze. Comandanții de bord sînt supuși etilotestului? Chiar și la cel mai mic zgomot în habitacul sau în carlingă, trebuie să știu ce poate fi. Pîndesc cea mai mică variație a regimului de motor al reactoarelor. Supraveghez fața stewardeselor pentru a distinge semne de neliniște...” (Paula, 42 de ani).

Teama de avion este cea mai frecventă dintre fobiile de transport și ar afecta între 8 și 11% dintre persoane. Însă pacienții care se tem de avion par să se repartizeze în trei grupuri distincte, cu caracteristici bine diferențiate¹⁷¹.

- Un prim subtip include persoanele care se tem să „se găsească în aer, suspendate în gol”. Ele nu vor prezenta în timpul zborului crize de angoasă superacute (numite atacuri de panică), dar se vor simți foarte neliniștite înaintea călătoriei și pe durata ei. De cele mai multe ori, sînt totuși capabile să ia avionul.

- Un al doilea subgrup e compus din subiecți cu un nivel înalt de anxietate care, simțindu-se înghesuiți în cabină, se tem să nu piardă controlul propriei persoane în timpul unei crize de angoasă acute. Ei fac, în general, totul pentru a nu se afla într-un avion.

- Un al treilea subtip corespunde persoanelor care se tem să se afle în fața altor pasageri și la care dimensiunea de anxietate socială este importantă: ceea ce le provoacă frică este mai degrabă faptul de a fi îngrămădiți într-un avion, de a fi priviți de ceilalți pasageri cînd merg pe culoar, de a fi așezați foarte aproape de alții etc.

Simpla teamă de avion este și mai frecventă. În melodia *Mi-e frică de avion*, cîntărețul Francis Cabrel pune pe muzică îngrijorările unui aviofob:

„Toate zgomotele sînt bizare/Toate mirosurile suspecte/Chiar culcat pe culoar/Vreau să fiu respectat/Mi-ar plăcea să fac ca toată lumea/Să găsesc

asta natural/Să fiu expulzat dintr-o prestație/Pînă în mijlocul cerului/Nimic de făcut, nimic de făcut/Mi-e teamă de avion..."

Teama de avion este foarte interesantă în numeroase privințe, mai ales pentru că ea reprezintă un caz pedagogic în legătură cu psihologia de control. Cu toate că un drum cu mașina induce un risc zilnic mult mai ridicat, aproape toate persoanele se simt în pericol într-un avion, pentru că ele nu controlează situația: este un necunoscut care mă conduce, nu-l văd, nu știu ce se întîmplă în carlingă... În vreme ce în mașină, eu țin volanul, controlez viteza, traiectoria... În plus, ca multe altele, situația de zbor aerian nu este, într-adevăr, sigură 100%. Așadar, fobie de avion sau, pur și simplu, prudență? Într-o lucrare destinată marelui public¹⁷², Mary Schiavo, inspector general al Departamentului pentru Transporturi din Statele Unite, afirmă că o atitudine prea încrezătoare față de transporturile aeriene nu este, fără îndoială, cel mai bun lucru. Ea dădea în această privință cîteva recomandări, care riscă, evident, să întărească anumite comportamente fobice (dar fobia nu este la început un mijloc de mărire a șanselor de supraviețuire?):

- evitați avioanele vechi;
- informați-vă despre modelele periculoase (ATR franco-italian, Embraer-ul brazilian și toate avioanele rusești; niciun model american în listă, este o întîmplare?);
- nu zburați cu companii prea recente care nu și-au dat probele și nu și-au consolidat reputația;
- alegeți locurile aproape de culoar și de ieșirile de urgență (numeroase accidente au loc în timpul etapelor de aterizare sau decolare și mulți dintre pasageri mor din motive de asfixiere, îngrămădiți în habitacul);
- cumpărați-vă o mască pentru fum și luați-o întotdeauna în bagajul dumneavoastră de mînă;
- dacă remarcați ceva anormal în avion, spuneți-o sus și tare, chiar dacă personalul vă cere să tăceți...

După cum se vede, cartea nu este recomandabilă dacă aveți fobie de avion, doar dacă este vorba despre un exercițiu terapeutic...

Călătoria cu avionul prezintă un alt interes pentru teoreticienii fricii, acela că toată lumea va simți teama de el la un moment dat. Există însă o sumedenie de diferențe în funcție de indivizi! Diferențe în pragul de

declanșare al fricii: unora le va fi frică mai devreme, chiar înainte de a se îmbarca, sau din cauza unor semnale minime, precum zgomotul unui scârțâit al compartimentului bagajelor de mână. Diferențe în intensitatea fricii simțite: pentru aceeași situație, precum un gol de aer, unii se panichează, alții tresar, pur și simplu, de surpriză. Diferențe în durata emoției fricii: unii rămân în alertă și le este teamă pe durata întregului zbor, chiar și mult timp după. În sfârșit, diferențe în reacțiile la frică, pe care pasagerii nu le „gestionează” toți în același fel. Pentru a o uita sau limita, unii încearcă să adoarmă, alții să citească, să bea alcool, să discute cu vecinul lor, să se relaxeze, să mediteze asupra vieții, chiar să se roage în anumite momente...

Pentru a încheia subiectul legat de teama de avion, ea este și cea care poate permite non-fobicilor să simtă într-un singur zbor ce trăiesc fobicii la fiecare zbor. Unul dintre confracții mei mi-a povestit astfel o amintire de călătorie cu avionul, destul de agitat:

„Era pe o cursă Nisa-Lille. La puțin timp după decolare, am înțeles, din cauza îngrijorării stewardeselor, că exista o problemă. Și iată, într-adevăr, comandantul de bord care ne anunță sobru: «Din cauza unui mic incident, va trebui să aterizăm pe cel mai apropiat aeroport»... Fără alte informații.

În acea clipă, nu era momentul explicațiilor, ci al urgenței: apeluri ferme către toți pasagerii să rămână așezați, să-și prindă centura și să aducă scaunele și măsuțele în poziția dreaptă, normală. Stewardesele își pun și ele centurile de siguranță ca pentru o aterizare. Și, dintr-odată, cum m-am așezat aproape de un hublou, îmi dau seama că am pierdut altitudine și că sîntem pe punctul de a survola o autostradă, ca și cum avionul risca să aterizeze în orice moment. Domnește o tăcere de moarte în habitacul. De data asta, înțelegem că e ceva serios.

Mi-e teamă. Mă gîndesc instantaneu la copiii mei. Vor ajunge orfani? Pîndesc, atent la cele mai mici detalii suspecte: o modificare a altitudinii de zbor, o schimbare de regim a reactoarelor... Supraveghez tot și încep să mă gîndesc la urmările morții mele pentru cei dragi.

Ne apropiem din ce în ce mai mult de sol. Încep să mă albesc, dar vecina mea îmi șoptește, ca pentru a se liniști ea: «Ajungem, e un aeroport.» Într-adevăr, se văd pistele, clădirile, și... niște camioane de pompieri! Un pic mai departe, niște ambulanțe... Aparatul aterizează fără avarii. Pilotul ne

liniștește și ne cere să părăsim calm aeronava. Deși m-aș fi așteptat la niște scene de panică, totul se petrece ca într-un film demonstrativ al companiei aeriene: oamenii își așteaptă rîndul, fără busculadă. Un calm anormal. Și o enormă tensiune. Presupun că toată lumea era într-un soi de stare agitată, ca mine. Ieșim, în sfîrșit, fără piedici și fără să înnebunim. Există chiar o echipă de consiliere psihologică sosită la fața locului. Doi pasageri fac o criză de nervi. O doamnă se simte rău. Ni se va explica mai tîrziu că a avut loc un început de incendiu în cala pentru bagaje.

Cînd am fost întrebați dacă vrem să luăm avionul următor, am preferat să mă întorc cu trenul: eram epuizat, fizic și nervos. Ca și cum aș fi fost bătut măr de frică..."

Confratele meu a trăit acest zbor în pielea unei persoane fobice: atenție sporită acordată micilor detalii, convingere intimă că trăia ultimele clipe de viață, oboseală fizică după această frică excesivă... A zburat din nou cu avionul și, puțin cîte puțin, urma acestei frici a fost nu ștearsă, ci tratată și recuperată de experiențele repetate de zbor avînd scenarii mai obișnuite. La o persoană mai vulnerabilă, nu-i nici o îndoială că un asemenea incident ar fi lăsat urme emoționale mai profunde.

La fel ca teama pentru avion, teama de șofat, la fel de frecventă, grupează profiluri ale subiecților cu povești destul de diferite¹⁷³. Unii au fost victime ale unui accident de automobil care le-a lăsat o amprentă traumatică: de îndată ce se află la volan, încep să simtă o neliniște legată de amintirea accidentului. Se pare că aproximativ 20% dintre persoanele care au fost victimele unui accident de circulație manifestă ulterior o frică de a șofa, și asta timp de mai mulți ani¹⁷⁴; aceste frici nu ajung întotdeauna la un stadiu fobic, dar în cazul unui nou accident, riscurile de condiționare fobică sporesc. În această eventualitate, persoanele respective trebuie tratate precum victimele traumatismelor psihologice: prin expunere prelungită la amintirea traumatică¹⁷⁵. Alții suferă de o teamă de a pierde controlul asupra propriei persoane în momentul în care conduc: le este frică fie de o indispoziție și de pierderea cunoștinței, fie de un impuls care să-i facă să schimbe direcția sau să-și îndrepte vehiculul spre marginea carosabilului sau sub semiremorca venind din față. Este vorba adesea despre persoane care suferă de tulburare de panică (vezi capitolul corespunzător). Pot fi găsite

cazuri particulare, indicînd faptul că fobia de șofat este consecința unei alte fobii: teama de a conduce în tuneluri pentru claustrofobi, teama de a conduce pe munte pentru acrofobi etc.

Iată povestea lui Marianne, secretara de spital în vîrstă de 44 de ani, care aproape că nu poate pune mîna pe volanul unei mașini. După ce și-a obținut cu mare greutate permisul de conducere, în urma a cinci tentative, ea a renunțat să șofeze singură vehiculul la mîna a doua pe care i-l cumpărase soțul ei. Oarecum deranjată de acest inconvenient, avînd în vedere că locuia în Paris, a deveni brusc dezavantajată cu ocazia unei mutări în provincie, în care orice deplasare necesita deținerea - și condusul - unei mașini. Marianne a încercat astfel să se urce din nou la volan, dar și-a dat seama destul de rapid că era incapabilă să conducă un automobil: nu putea parcurge nici cel mai mic traseu dacă n-o însoțea cineva; la volan, se simțea foarte tensionată și trebuia, în general, să se oprească după cinci minute, atît de încordați îi erau mușchii sub efectul fricii. Soțul ei a încercat la început s-o însoțească și s-o ajute să-și recapete încrederea, dar foarte rapid ieșirile cu automobilul, în cuplu, s-au transformat în ceartă, deoarece soțului îi era greu să înțeleagă și să accepte temerile soției. Așa că femeia a încetat să șofeze... Vrînd să evalueze problema, terapeutul consultat a cerut să facă împreună cu ea un mic traseu în mașină, care i-a confirmat pericolozitatea potențială a pacientei: în cinci minute, aceasta a calat motorul în două rînduri în mijlocul intersecțiilor aglomerate, a schimbat de mai multe ori banda sau direcția fără să semnalizeze sau să se uite în oglinda retrovizoare și s-a arătat foarte crispată și febrilă. Marianne nu prezenta, altfel, nici o manifestare de agorafobie: era capabilă să se deplaseze fără dificultate cu orice alt mijloc de transport în afară de automobil și nu suferise nici odată atacuri de panică izolate.

Siderodromofobia, literal teama de căile ferate, sau de călătoriile cu trenul, este relativ puțin studiată și puțin cunoscută. Teamă inspirată de primele locomotive și primele călătorii pe calea ferată era cu precădere răspîndită în secolul al XIX-lea. Unii savanți ai epocii preziceau că trupul uman n-ar putea rezista la viteze mai mari de treizeci de kilometri pe oră, iar primele accidente feroviare au impresionat foarte mult, la fel ca în cazul accidentelor aeriene din prezent. Apoi, oamenii s-au obișnuit cu trenul, cel

puțin pînă la apariția TGV-ului . Într-adevăr, acesta din urmă pare să suscite mai multe fobii decît trenul de model clasic, la care putem deschide întotdeauna ferestrele și ale cărui opriri în gară sînt frecvente. Cu TGV-ul, ne apropiem mai mult de atmosfera unei călătorii cu avionul: nu deschidem ferestrele, nu ne oprim puțin pe drum... Nici Eurostarul, cu trecerea lui pe sub Marea Mîneei, n-a rezolvat lucrurile. De unde și o creștere a cererilor de terapie din partea siderodromofobilor redeveniți destul de numeroși. Prieteni terapeuți comportamentaliști au dezvoltat, de altfel, un parteneriat cu SNCF în acest sens, compania de transport permițîndu-le să-și însoțească pacienții fobici pe traseele Paris-Lille, apoi Paris-Londra, pentru frumoase ședințe de expunere in vivo!

Frici și fobii de sînge și de răni

Marc este inginer. La 32 de ani, a venit să se consulte pentru o fobie de sînge. Tatăl lui a suferit întotdeauna de același tip de probleme: Marc leșina sistematic cînd i se făcea o injecție sau trebuia să i se recolteze sînge. În urmă cu un an, Marc a vrut să-și înfrunte temerile, ca să asiste la prima naștere a soției lui: proastă decizie.

Simțind că i se face rău, a încercat să rămînă stoic și să reziste, însă a căzut pe spate, antrenînd în cădere aparatul de monitorizare și tăindu-și pielea capului; a făcut o a doua sincopă cînd, în blocul chirurgical vecin, i s-au pus șase copci. După ce aventurile lui medicale au luat sfîrșit, fetița lui se născuse... În urma acestui episod, fobia lui Marc s-a agravat: n-a fost în stare să meargă la dentist cînd unul dintre dinți s-a spart, nici să-și viziteze bunicul spitalizat („doar mirosul de spital mă face să leșin”). Recent, a trebuit să le ceară unor prieteni să schimbe subiectul cînd aceștia, la o serată, povesteau accidente rutiere la care asistaseră. Înainte de a privi un film, se informează atent, de teamă ca nu cumva producția să aibă vreo scenă de violență sau de medicină. Își dă seama că are tendința să schimbe trotuarul cînd trece prin fața laboratoarelor de analiză medicală. Nu mai poate suporta să vadă carne roșie și evită să intre în măcelării, atît de mult îl indispuce mirosul fad al cărnii. „Mi-e rușine să fiu așa, nu ofer o imagine foarte virilă despre mine. Soția mea vrea să avem un alt copil, dar nu mă pot imagina asistînd la naștere. Nu-i normal...”

Ansamblul fricilor gravitînd în jurul sîngelui, precum teama la vederea sîngelui, a injecțiilor, a rănilor, a intervențiilor medico-chirurgicale, reprezintă o categorie de fobii speciale. Stimulul vizual este cel mai adesea în cauză, dar acești pacienți sînt și foarte sensibili la mirosurile asociate, precum cele ale sîngelui proaspăt, ale produselor dezinfectante sau anesteziante, ale culoarelor de spital, însă și ale anumitor senzații dureroase, de exemplu cele ale înțepăturilor și injecțiilor...

Ei se pot simți rău dacă văd sîngele altora, uneori propriul lor sînge, și pentru anumite femei, propriile lor menstrue. Fobia de tratamentele dentare poate fi legată de cea a sîngelui, dar și de cea a sufocării: pacienții nu suportă să aibă ceva în gură.

Această fobie specifică foarte răspîdită (4% din populație) prezintă caracteristici fiziologice care o diferențiază în mod clar de altele: pe cînd cei mai mulți stimuli patogeni provoacă o accelerare a ritmului cardiac (tahicardie) și induc foarte rar un leșin, contrar temerilor anumitor pacienți, fobiile de sînge și injecții sînt însoțite cel mai adesea de o încetinire a ritmului cardiac (bradicardie) și duc frecvent la o sincopă (mai mult de trei sferturi dintre acești subiecți au antecedente de pierdere a cunoștinței la vederea sîngelui sau chiar numai la mirosul lui). Această bradicardie are nevoie, de altfel, de timp pentru a se dezvolta după o fază scurtă de tahicardie și, conform studiilor, necesită o expunere la stimulul fobogen de cel puțin zece pînă la șaiszeci de secunde. Persoanele care suferă de această fobie au, în general, timp să simtă debutul fricii și să fugă sau să se așeze pentru a evita o cădere. În plan evoluționist, este posibil ca mecanismele acestei fobii de sînge să fie moștenite din reflexe de protecție a organismului în cazul unei răni: pentru a evita o hemoragie importantă, tensiunea noastră arterială ar scădea, ceea ce ar limita intensitatea sîngerărilor, dar ar facilita și sincopile prin hipotensiune arterială. Această reacție reflexă ar fi, ca întotdeauna, dereglată în sens crescător la fobici.

Predominanța feminină este mai mică în acest subtip de fobii: „doar” 50 pînă la 70% dintre femei. Acest rezultat este cu atît mai semnificativ cu cît pare că bărbații tind să nu declare intensitatea fricii lor, din motive de imagine socială: să nu treacă drept lași rămîne încă o preocupare pentru

mulți dintre ei¹⁷⁶. În cea mai mare parte a cazurilor, fobia apare înaintea vârstei de 10 ani¹⁷⁷, iar influențele genetice par importante.

Deficiența indusă poate constitui un obstacol în profesarea anumitor meserii: medic, infirmieră, polițist, militar. Poate fi și foarte dureroasă pentru niște părinți care se tem că nu pot îngriji rănilor și cucuielele copiilor lor fără să leșine pe loc! Dar problema principală rezidă, fără îndoială, în tendința de a evita numeroase tratamente sau examene medicale, care îi poate face pe niște pacienți să-și neglijeze în mod grav starea lor de sănătate, fugind sistematic de analize de sânge, vaccinuri, operații chirurgicale și, uneori, chiar de frecventarea spitalelor sau a cabinetelor medicale. Fobia de tratamentele stomatologice este înrudită cu cea de sânge și răni. Și în acest caz, teama de dentist duce, din păcate, la niște consecințe foarte nefavorabile asupra sănătății dentare¹⁷⁸. Într-un alt domeniu, o echipă franceză¹⁷⁹ a arătat că, dintre pacienții diabetici, cei care și-au manifestat teama de sânge sau de injecții se conformau cu greu controlului constant al glicemiei, pentru că asta necesită înțepături suplimentare! Din păcate, aceste controale sînt necesare ajustării dozelor de insulină... Este vorba, așadar, despre fobii cu un grad de pericolozitate pe care profesioniștii sănătății trebuie să învețe să le depisteze: problema este că pacienții aceștia nu agreează deloc să se ducă în cabinetele medicale, spitale și alte laboratoare, pe care le evită ori de câte ori este posibil.

Am primit într-o zi e-mailul emoționant al unei mame care-și pierduse fiul în urma unui traumatism cranian suferit după o cădere în timpul unei recoltări de sânge: el nu a prevenit asistenta și leșinul lui a surprins pe toată lumea. Aflînd că noi am pus la punct în cadrul spitalului un protocol de tratament al fobiilor de sânge, ea îmi cerea informații despre patologia care-i răpise fiul într-un mod atît de absurd.

Din cauza faptului că fobiile de sânge și injecții sînt însoțite de o tendință spre hipotensiune și sincopă, trebuie puse în practică tehnici speciale pe durata terapiilor de expunere la acești subiecți, în lipsa cărora terapeutul riscă să provoace indispoziții care vor întări convingerea pacientului că nu va putea înfrunta stimulul fobogen. Sînt utilizate două strategii principale. Putem face pacientul să se întindă în situațiile de confruntare, dar asta nu-i întotdeauna ușor. Sau putem folosi o tehnică în care pacientul își crește chiar

el presiunea arterială contractându-și puternic mușchii¹⁸⁰. Iată bazele acestei metode specifice care permit exerciții de expunere ambulatorii mai ușoare ca recurgerea la poziția întinsă:

- mai întâi terapeutul învață subiectul fobic să distingă primele semne ale scăderii de tensiune prealabilă sincopei (tahicardie urmată de o bradicardie, senzație de gol în minte etc.);
- îi cere în acel moment să-și contracteze foarte puternic mușchii antebrățelor, picioarelor, pieptului și abdomenului;
- tensiunea provocată astfel trebuie să fie menținută timp de 20 de secunde (de exemplu, până la obținerea unei senzații de căldură pe față);
- apoi pacientul se destinde (dar fără să încerce să se relaxeze) și repetă exercițiul în cinci reprize.

Odată ce metoda este stăpînită, expunerea poate începe. Rezultatele sînt foarte satisfăcătoare, chiar într-un număr mic de ședințe¹⁸¹. Pacientul a învățat să nu se mai panicheze în fața senzațiilor de accentuare a sincopei și încearcă să se adapteze.

Și dacă suferim de mai multe frici în același timp?

Cînd suferim de o fobie specifică prezentăm, în general, numeroase alte frici: un studiu pe această temă a arătat că fobiile specifice apar în mod izolat doar la un sfert dintre subiecți¹⁸². Cu toate că aceste temeri nu sînt întotdeauna la un nivel de intensitate fobică¹⁸³, ele trădează prezența unei vulnerabilități globale la frică la majoritatea persoanelor afectate. Asta nu modifică strategiile de tratament. Este inutil să încercăm să lucrăm abstract pe un eventual „fond fobic”, pare mai eficace să începem să abordăm fobia cea mai invalidantă și să observăm apoi cel mai adesea un efect numit „bulgăre de zăpadă”: după ce am învățat să depășim o frică inițială, putem, în general, să diminuăm și fricile următoare, pe care, dacă este nevoie, le vom aborda utilizînd aceleași strategii.

În legătură cu aceste fobii multiple, îmi amintesc că am citit, pe cînd mă aflam în Statele Unite ca să particip la un congres de psihiatrie, un articol uimitor în New York Times¹⁸⁴. Ziaristul descria situația apocaliptică a persoanelor care, supraviețuind unui accident de avion deasupra oceanului, riscau să fie atacate de rechini. Pe o pagină pasionantă, foarte bine documentată și pragmatică, ziaristul dădea sfaturi de urmat într-un asemenea

caz, pentru a crește șansele de supraviețuire. Probabil util non-fobicilor (la urma urmei, nu se știe nici odată), acest tip de articol poate, în schimb, să înspăimânte fără îndoială și fobicii de avion, și fobicii de băi în mare...

Putem face singuri față fricii?

În filmul *Harry Potter și prizonierul din Azkaban*¹⁸⁵, ucenicul vrăjitor Harry Potter este confruntat cu probe terifiante, dar mai ales cu necesitatea de a face față, singur, temerilor lui. Prin intermediul imaginilor poetice și al creaturilor himerice, toate dimensiunile fricii sînt prezentate spectatorului. Astfel, un profesor al școlii de vrăjitorie din Hogwarts își pregătește elevii să-și înfrunte fricile datorită unui antrenament în fața „creaturilor Boggart”, fantome care iau forma a tot ce ne inspiră cea mai mare teamă. În timpul unei scene deosebite, toți pensionarii școlii defilează prin fața dulapului în care sînt închise creaturile Boggart, pentru a le înfrunta pe rînd: după fricile fiecăruia, Boggartzii ies de acolo sub înfățișarea unui păianjen gigant, a unui șarpe uriaș, a unui profesor temut... Singurul mijloc de a le face să dea înapoi este să nu fugă, să le facă față fără să arate slăbiciune, să utilizeze umorul și distanțarea și, desigur, o formulă magică!

Dar în momentul în care îi vine rîndul lui Harry, exercițiul ia o turnură foarte proastă și profesorul trebuie să intervină ca să-i salveze viața: lucrul de care se teme cel mai mult sînt niște spectre monstruoase, numite Dementori, al căror atac l-a suferit deja. Dementorii încarnează frica; aspiră, sug, vampirizează tot ce e bun, pozitiv, fericit și puternic în noi, pînă la inaniție și moarte. Prezența lor este anunțată de un mediu înghețat, care nu este decît o dublă metaforă, a frigului de moarte și a fricii, pentru care stau mărturie numeroase expresii: „îi îngheță sîngele în vene” sau „mi s-a făcut părul măciucă”. Pentru a rezista, trebuie să-și mobilizeze toate energiile, să se agațe de amintirile lui cele mai puternice și cele mai fericite. Și, în fața lor, care ne încarnează spaimile cele mai violente și cele mai periculoase, să nu așteptăm ajutorul nimănui. Mesajul filmului este clar: noi și doar noi deținem cheile pentru a ne elibera de frici.

Dar să revenim la încuiări⁶ ... Dacă o autoterapie este posibilă, atunci este vorba mai ales de temerile simple: animale, înălțimi, întuneric, sînge... Îmi amintesc de Timothee, fiul unuia dintre prietenii mei, care știa că eram

⁶ În romanele din seria Harry Potter, încuiări sunt persoane lipsite de puteri magice, ca dumneavoastră și ca mine (n.a.).

specialist în frici. Venit să mă vadă în timpul unei vizite în Paris, mi-a cerut câteva sfaturi. Cu toate că avea 10 ani, era curajos și bătaios din fire, Timothee avea o spaimă mare de întuneric. Nu putea dormi fără lumină noaptea, ceea ce nu reprezenta o problemă la el acasă, dar îl jena când se ducea să doarmă la prieteni: cum să îndrăznească să mărturisească „teama asta de bebeluș”? Nu-i plăcea deloc să se ducă în pivniță. Atunci când părinții lui i-o cereau, mama pentru a aduce lenjeria curată din mașina de spălat, sau tatăl, ca să meargă să caute o sticlă de vin, trebuia să se forțeze să nu refuze. Căzuse în mai multe rînduri pe scara prost luminată a pivniței, fiindcă alerga cît putea de repede ca să urce înapoi. În general, lăsa lumina aprinsă în spatele lui, ceea ce-i aducea muștrări din partea părinților, căroră, multă vreme, nu voise să le mărturisească intensitatea fricilor lui. Se panica și în timpul furtunilor, din cauza penelor de electricitate care surveneau adesea. După ce am început să discut cu el despre frica lui de întuneric, mi-a dezvăluit că se temea să nu fie atacat de un monstru sau un asasin. Recunoștea, desigur, probabilitatea scăzută a unui asemenea eveniment, dar fricile nu erau mai puțin prezente.

I-am explicat apoi lui Timothee cum „funcționau” fricile noastre și mai ales cum faptul că ne supunem lor le putea face să dureze la nesfârșit. I-am descris cum, dacă nu dăm înapoi în fața fricii, ea este cea care sfîrșește întotdeauna prin a se atenua. Am făcut un mic exercițiu în pivnița casei, în care Timothee a rămas închis un sfert de oră. Pe urmă am decis o strategie precisă: odată întors acasă, Timothee avea să coboare zilnic în pivniță, cu singurul scop de a se lupta cu frica lui. Trebuia să rămînă acolo să aștepte în întuneric. Să privească în jurul lui, să stea, să stea, pînă cînd teama dispărea. Dacă ar fi avut de mers să caute ceva, urma să se ducă încet. Dacă teama reapărea, nu trebuia să grăbească pasul, ci să se întoarcă și să se oprească pentru a vedea ce era în spatele lui în loc să-și imagineze - și să-și imagineze, evident, ce-i mai rău.

O lună mai tîrziu, Timothee mi-a telefonat ca să-mi dea vești despre el: nu se mai temea de întuneric. Pufnind în rîs, mi l-a dat pe tatăl lui la telefon: acesta a mărturisit, ceea ce nu făcuse nici odată pînă atunci, că avea exact aceleași temeri ca fiul lui!

Uneori, ne-am putea depăși fricile mărunte cu un minimum de efort, dar cedăm în fața lor, lăsându-le să se instaleze cu trăinicie, În schimb, fobiile necesită, în general, un terapeut, cu excepția anumitor condiții...

► **Ne putem vindeca singuri de o fobie specifică?**

Răspunsul este, cu siguranță, „Nu” pentru fobiile complexe, dar pentru fobiile specifice el este „Da, cu condiția ca...”.

Da, cu condiția ca fobia dumneavoastră să nu fie complicată de alte probleme: depresie, consum constant de alcool sau de medicamente, boală cardiacă...

Da, cu condiția ca dumneavoastră să respectați regulile propuse în această carte: să vă înfrunțați cu regularitate fricile, progresiv.

Veți reuși cu atât mai ușor, cu cât nu veți fi singur în acest efort: puteți cere apropiaților sau prietenilor să vă ajute. Sau unor asociații, ca în Franța, „*Le pied dans l'eau*” (Piciorul în apă), care organizează ședințe în piscină pentru pacienții cu fobie de apă¹⁸⁶.

Lipsesc încă suficiente studii științifice în legătură cu asemenea demersuri de autoterapie în fobii autentice. Dar ele există, și un ajutor oferit prin intermediul cărților de ajutor special concepute¹⁸⁷ sau al programelor de autotratament informatizate¹⁸⁸ ori disponibile pe internet¹⁸⁹ reprezintă, în orice caz, o primă etapă, care se poate dovedi suficientă pentru anumiți pacienți: cei mai puțin afectați, cei mai motivați?

Cum să tratăm frici și fobii specifice?

Fobiile specifice se numără, fără îndoială, printre tulburările psihologice cel mai ușor de tratat, cu condiția să utilizeze metoda potrivită: desensibilizarea de frică prin expunere gradată. V-am descris deja această abordare comportamentală și nu voi face decât să-i amintesc caracteristicile proprii fobiilor specifice.

Terapiile comportamentale și cognitive sînt cu precădere eficace în fobiile specifice și ameliorează, în general, mai mult de 80% dintre pacienți (cf. Tabelului). Aceste rezultate sînt cu atât mai interesante, cu cât, probabil, doar subiecții cu cele mai severe simptome vin să caute ajutor. Să amintim că nu există, pînă în ziua de azi, nici o dovadă a eficacității unui medicament pentru a trata fobiile specifice.

Rezultate⁷ ale terapiilor comportamentale în fobiile specifice¹⁹⁰

Tip de fobie specifică	Procentajul subiecților ameliorați	Durata medie de tratament
acrofobie	77%	4 ore
zoofobii	87%	2 ore
fobii de sânge	85%	5 ore
fobii de injecții	80%	2 ore
claustrofobie	86%	3 ore
fobii de lucrări dentare	90%	7 ore
fobii de zbor aerian	80-90%	6-8 ore

Demersul este simplu. După ce am explicat pacientului structura și funcționarea fricilor fobice, precum și obiectivul terapiei (să le stăpânim, și nu să le facem să dispară), atunci:

– Vom defini cu pacientul obiectul și structura specifice fricilor lui; de exemplu, păianjenii mari și frica de un atac, urmat de o mușcătură, și urmat de... ce anume? Adesea, pacienții nu au mers pînă la capătul fricilor lor, am vorbit adesea despre asta. Vom stabili o listă ierarhizată de situații declanșatoare de frică, de la cele mai ușor de închipuit (să se confrunte cu imagini sau gânduri) la cele mai dificile (înfruntarea situației). Vom învăța o tehnică de relaxare.

– Vom verifica relevanța informațiilor de care dispune pacientul în legătură cu fricile lui: păianjenul atacă la cea mai mică mișcare, un avion care scîrțîie se poate rupe în două în aer...

– Vom discuta scenariile-catastrofă și ne vom îndoi de ele.

– Vom începe exercițiile de confruntare, prescriind și niște exerciții la domiciliu, mai ușoare, dar constante.

Iată, de exemplu, o listă de desensibilizări utilizată la o pacientă cu fobie de câini:

⁷ Atenție: acest tip de rezultate „foarte” pozitive se explică prin două motive principale. Primul este că sunt niște echipe extrem de experimentate care, în general, conduc tratamentele în aceste cercetări. Al doilea decurge din faptul că este vorba despre ceea ce numim în jargonul nostru pacienți „puri”, fără alte dificultăți psihologice asociate; timpii trebuie măriți dacă prezența și tendințe depresive, alte fobii etc. (n.a.).

- Privesc în reviste poze cu câini care latră și-și arată dinții.
- Stau la zece metri de câini mari ținuți în lesă de stăpînul lor.
- Mă apropii de ei la cîtiva metri.
- Intru într-un adăpost pentru câini de vînătoare sau într-un magazin în care se vînd câini.
- Merg prin fața gardului unei vile, îndărătul căruia câini mari latră după trecători mîrîind și arătîndu-și colții.
- Vorbesc cu proprietarul unui cîine mare, ținut în lesă, apropiindu-mă la aproximativ un metru de animalul său.
- Mîngîi un cățel.
- Mîngîi un cîine mare neținut în lesă.
- Îngenunchez ca să mîngîi un cîine mare și să ajung la nivelul lui.

► **Există un tratament anume pentru anumite fobii specifice?**

Se pare că fobiile specifice pot fi tratate uneori în cîteva ședințe. Formatul de terapie cel mai adesea folosit în studii este de cinci ședințe de aproximativ o oră.

Mai multe lucrări au demonstrat astfel eficacitatea tratamentului într-o singură ședință de trei ore în mai multe tipuri de fobii specifice: fobia de păianjeni¹⁹¹ sau de injecții¹⁹². Beneficiile tratamentului într-o ședință (mai ales în termeni de simplitate și de economisire a timpului) i-ar putea face, așadar, pe terapeuți să recurgă în mod preferențial la tehnica în speță. Aceste ședințe unice pot fi și efectuate în grup, de exemplu la pacienți cu fobie de păianjeni¹⁹³, cu menținerea unor rezultate bune după un an de supraveghere a pacienților.

Însă nu este încă sigur că rezultatele se mențin la fel de mult timp cu formatul terapiei clasice¹⁹⁴. Limitarea duratei terapiilor poate părea o idee bună, întrucît sînt încă prea puțini terapeuți și centre specializate, însă există, fără îndoială, un număr obligatoriu de ore de terapie prin expunere, altfel eficacitatea tratamentului scade.

► **Realitatea virtuală în ajutorul fobiilor specifice**

Din numeroase motive, terapiile prin expunere in vivo se pot dovedi dificil de realizat: numărul redus de terapeuți în anumite regiuni, fobii pentru care terapeutului nu-i este ușor să-și însoțească pacientul, nici pacientului să se confrunte „la cerere”, precum fobia de avion. Utilizarea aparatelor (măști,

mănuși, scaune cu cricuri...) care permit subiectului să se scufunde într-o realitate virtuală reprezintă, așadar, un instrument terapeutic interesant. Terapiile virtuale ale fobiilor simple au făcut deja obiectul a numeroase studii controlate și au dat dovada eficacității lor mai ales în fobiile de păianjeni, de avion, de ascensoare și de înălțimi¹⁹⁵.

Ce s-a întâmplat cu pacienții despre care v-am povestit în acest capitol?

► Francesca și fobia de păsări

Terapia Francescăi a durat aproximativ patruzeci de ședințe. Această cifră relativ ridicată pentru o fobie specifică se explică prin intensitatea fricilor sale: trebuia, aproape la fiecare etapă, să se facă o pregătire pentru o expunere în imaginație. După ce s-a relaxat, Francesca se imagina în situația temută: nu-i ceream s-o înfrunte pe teren decât atunci când putea s-o vizualizeze fără să se panicheze.

- Etapele pe care le-am depășit au fost următoarele:
- Privitul atent al pozelor cu porumbei.
- Urmărirea unui filmuleț cu porumbei (realizat de soțul ei în scuarul de la parterul locuinței lor).
- Aproximarea de un loc frecventat de porumbei și observarea lor de la distanță.
- Vizitarea unei crescătorii de păsări.
- Aproximarea de colivii unde există turturele.
- Strecurarea degetului printre bare, cu riscul de a fi atinsă de păsări.
- Atingerea și păstrarea asupra ei a penelor de porumbei adunate într-un scuar.
- Așezarea pe o bancă într-un scuar „înțesat de porumbei”, după expresia ei.
- Hrănirea porumbeilor.

Ședințele cu Francesca erau foarte pitorești, deoarece participau multe persoane: scotea țipete destul de puternice, adesea în italiană, Mamma mia! sau Madonna, Madonna!, în care se amestecau angoasa, apoi satisfacția uimită de a vedea că „asta funcționa”. Prin urmare, se întâmpla frecvent ca trecătorii să vină să ne dea sfaturi sau să ne propună ajutor. La sfârșitul terapiei, păsărarul, care mă cunoștea pentru că m-a „asistat” deja în terapia

mai multor persoane fobice, i-a propus Francescăi să ia în brațe o turturică. A fost foarte emoționată de această scenă, pentru că a conștientizat în acel moment fragilitatea păsării din mâinile ei: „Mi-am dat seama”, avea ea să-mi spună mai târziu, „că nu trebuia să mă tem de nimic la animale atât de fragile”. Și totuși Francesca nu a devenit nici odată columbofilă...

► Rosemarie și fobia de apă

Rosemarie a urmat aproximativ zece ședințe cu mine, însă a fost ajutată și de o asociație numită „Le pied dans l'eau”, care le propune persoanelor ce se tem de apă ședințe de expunere în piscină, foarte utile și eficiente.

Iată principalele exerciții pe care le-am făcut cu ea sau pe care i le-am recomandat să le efectueze:

- Să facă gargară, ca să se obișnuiască să aibă apă în gât.
- Să vorbească avînd apă în gură, ca să se expună riscului de a înghiți greșit, deoarece se temea să nu se sufocă. În realitate, sufocările au fost mai degrabă rîsetele noastre nebune pe durata exercițiilor (o pacientă și un terapeut își vorbeau cu gura plină de apă) care ne-au confruntat cu problema.
- Să-și țină respirația cît mai mult timp posibil.
- Să se bage cu capul în chiuveta plină cu apă.
- Să-și cumpere o mască și un tub, să ceară explicații vânzătorului cum se folosesc și să le testeze în cada ei.
- Să se ducă la piscină cu o prietenă, apoi singură, mai întîi informînd instructorul de înot despre fricile ei, „așa, mă va supraveghea mai mult în cazul în care ar exista pericolul să mă înec”, apoi în mod „anonim”.

La încheierea acestei lucrări, Rosemarie a acceptat invitația de a pleca în croazieră împreună cu prietenii ei și, mai ales, a ajuns să profite de asta!

► Marianne și fobia șofatului

Terapia lui Marianne a durat aproximativ un an școlar și a necesitat cincisprezece ședințe cu terapeutul ei. După cîteva ieșiri cam haotice cu mașina acestuia, Marianne a consimțit să ia din nou „lecții” săptămînale cu un instructor simpatic de școală auto, care profesa în apropiere și a acceptat să asculte recomandările terapeutului. Aceste lecții nu constau în lecții de șofat, pentru că Marianne știa să conducă, ci în metode de a-și stăpîni teama de a conduce, în compania unui pasager mai răbdător ca soțul ei. Între timp, terapeutul a învățat-o tehnici de relaxare, a practicat cu ea jocuri de rol, care

includeau toate temerile lui Marianne în legătură cu consecințele unui mic acroșaj cu un alt automobilist: cum să răspundă la eventualele reproșuri sexiste ale șoferului, de care se temea mult („Ah! Femeile la volan!"), cum să completeze o constatare amiabilă de daune auto etc. Întrucât Marianne era obsedată de ideea că va cala motorul și nu va putea demara apoi din nou din cauza fricii, blocând astfel circulația pe toată strada, terapeutul i-a propus să testeze acest scenariu-catastrofă. Au plecat, așadar, împreună în mașină; terapeutul a luat mai întâi volanul și i-a cerut lui Marianne să-i spună dinainte 1) cât timp ar claxona automobilistii dacă mașina ei ar bloca o stradă, în vreme ce ea ar simula că se chinuie să rotească cheia de contact pentru a demara din nou, 2) cât timp ar dura înainte ca ei să se enerveze, insultând-o sau coborînd din mașini pentru a o apostrofa. Marianne credea că, evident, claxoanele ar fi instantanee și violente și că terapeutul și-ar asuma un mare risc să fie agresat. Acesta din urmă a făcut experiența în șase reprize și Marianne a conștientizat că automobilistii din trafic nu erau atât de sălbatici pe cât își imagina ea, cel puțin nu toți: nu au răsunat claxoane de avertizare decât în trei cazuri din șase, și asta după mai mult de treizeci de secunde. În plus, terapeutul nu a fost bătut, cu toate că mai întârziase alte treizeci de secunde pentru a demara după claxoanele de avertizare. Puțin câte puțin, Marianne a reînceput să iasă cu mașina în jurul cartierului ei, mai întâi însoțită de o prietenă bună, apoi singură- singurică. După câteva luni, putea conduce normal. În sfârșit, momentul cel mai dificil al terapiei a fost să-și convingă soțul să-i împrumute din nou mașina...

► Marc și fobia de sânge

Marc a fost nevoit să încerce de mai multe ori să scape de fobia lui și a întrerupt terapia în două rînduri. Se temea, în special, de indispoziții și mai ales, dar mai ales, detesta să vină la spital, la serviciu: nu-i plăceau nici locul - o instituție medicală plină de seringi! -, nici mirosurile caracteristice sălilor de tratamente unde se înțeapă și se prelevează masiv sânge. În total, au fost necesare douăzeci de ședințe.

L-am învățat mai întâi pe Marc o tehnică de relaxare prin control al respirației, precum și modul de a face să-i crească ușor tensiunea arterială în caz de senzații de sincopă: să-și încrucișeze mâinile și să tragă foarte tare de antebrațe, contractîndu-și, totodată, mușchii pieptului și abdomenului.

I-am reamintit, de asemenea, în ce consta o sincopă vagală, precum cele pe care le prezenta: singurul lor risc este căderea pe care o provoacă. Este suficient, așadar, să prevenim anturajul, să nu ne prefacem că nu există, ci să ne asumăm, pur și simplu, această trăsătură fiziologică particulară și să nu ezităm să ne întindem dacă este nevoie. Nu vă faceți griji pentru o eventuală pierdere a cunoștinței: atunci când survine, este întotdeauna foarte scurtă, de ordinul câtorva secunde. Și nu veți rămîne, evident, cu nici o sechelă.

Apoi a început confruntarea pe etape. Ea s-a axat în primul rînd pe a asculta, apoi a citi și pronunța cuvinte ca: sînge, înțepătură, ac, seringă, arteră, prelevare de sînge, laborator de analize, operație, chirurgie... Pe urmă a privit fotografii de vaccinare și prelevări de sînge extrase din manualele infirmierilor sau din reviste medicale, din care am o colecție întreagă pe care o păstrez într-un clasor „special fobie de sînge”. I l-am împrumutat lui Marc cîteva săptămîni, ca să-l consulte zilnic. După aceea, a exersat observîndu-și venele din regiunea plicii cotului și pe cele ale persoanelor din anturajul lui: în mod bizar, nu suporta să fie nevoit să privească zona aceea a corpului, asociată în totalitate pentru el cu ideea unui ac înfigîndu-se în carne. Puțin cîte puțin, Marc a început să fie capabil să observe un ac pentru injecție intramusculară în ambalajul închis. Mai mult, i-am oferit unul ca să-l ia cu el acasă. După un timp, a reușit să intre în sala de infirmerie a spitalului și să observe tot materialul utilizat. Apoi, i-am cerut să înceapă să mînuiască acele pentru injecții, mai întîi în ambalajul lor, apoi să le scoată din ambalaj. „Mă simt ca Frumoasa din Pădurea Adormită”, spunea el în acele momente, cu un rîs puțin crispat. Într-adevăr, manipula acele ca și cum ar fi fost vorba despre explozivi periculoși, și mai amenințători ca un fus otrăvit.

La sfîrșitul terapiei, i-am cerut să se înțepe cu acul fără să sîngereze, în pulpa degetelor, pe urmă în alte regiuni ale corpului și la nivelul plicii cotului. I-am arătat după aceea, folosindu-mă drept cobai, cum să apese un pic mai tare ca să iasă un strop de sînge și a acceptat să experimenteze pe el. Apoi una dintre infirmierele de la consultație a simulat o prelevare de sînge, efectuînd sub ochii lui toate gesturile obișnuite, dar oprindu-se în momentul înțepării. După mai multe simulări de acest tip, Marc a acceptat să i se ia sînge, ceea ce ne-a permis să efectuăm cîteva analize pe care le respingea de

ani buni. Marc a avut un început de sincopă, dar care, pentru prima dată, nu l-a traumatizat, datorită discuțiilor și exercițiilor efectuate înainte.

Ulterior, am petrecut ceva timp în laboratorul de biologie al spitalului, unde prevenisem una dintre asistente de vizita noastră, ceea ce i-a permis lui Marc să beneficieze de numeroase explicații.

A îndrăznit să pună numeroase întrebări fără teama de a părea ridicol și am repetat, pentru ocazia asta, o a doua prelevare de sînge. Și de data aceasta, a avut un început de indispoziție, soluționat fără probleme. Laboranta i-a explicat lui Marc că indispozițiile respective erau frecvente la persoanele de la care preleva zilnic sînge.

După această terapie, Marc și soția lui au încercat să aibă un al doilea copil fără să se teamă de reacția dezastruoasă în sala de nașteri. Aștept cu nerăbdare anunțul sarcinii și mai ales, mărturisesc, rezumatul nașterii, dar din partea lui tati...

Frici simple, însă rare...

Terapiile pentru frici și fobii specifice sînt adesea ocazia amintirilor pitorești, pentru că, atunci cînd tratăm persoane fobice, rămînem rareori așezați în fotoliu. Am învățat, mai ales datorită pacienților mei, să capturez păianjeni, să citesc multe cărți despre psihologia animală și să frecventez locurile în care se găsesc tot felul de animale, moarte sau vii, în Paris...

Dar am notat și un paradox: cu toate că fobiile specifice sînt, în general, mai degrabă ușoare și agreabil de tratat, fapt destul de rar în disciplina noastră, pacienții găsesc greu terapeuți specializați. Se pare că ei preferă de obicei să rămîna așezați în fotoliu și să exploreze neîncetat trecutul sau, în cel mai bun caz, se mulțumesc să dea sfaturi bune.

Din fericire, se profilează o schimbare: chiar cu o zi în urmă, una dintre tinerele mele stagiare în psihologie, plină de energie, mi-a cerut să-i împrumut camera pentru a merge să filmeze zbînțuiri porumbeilor în piața Saint-Sulpice din Paris, ca să facă o proiecție pentru una dintre pacientele ei, panicată de aceste păsări...

CAPITOLUL 8

Frici și fobii sociale

Sînt cele mai distructive dintre frici, întrucît ele lovesc în acest „animal social” din noi despre care scria Montesquieu.

Ele ne pot priva de ceea ce ne este cel mai prețios și cel mai indispensabil: hrana relațională, singura care dă în mod durabil pofta de viață.

Desigur, putem trăi cu formele benigne ale fricilor sociale: tracul, timiditatea. Dar nu putem decît să supraviețuim, și mai degrabă să subviețuim, dacă sîntem afectați de cea mai severă dintre frici: fobia socială.

După ce au fost subestimate multă vreme, noi, ceilalți terapeuți, știm astăzi cum să tratăm aceste mari emoții ale eului. Asta se întîmplă pe teren. Este întotdeauna solicitant. Dar este aproape întotdeauna eficace...

„Timiditatea a fost flagelul vieții mele.”
MONTESQUIEU

Ora 18, stația Glaciere, pe linia 6 a metroului parizian. Din capătul vagonului arhiplin, o tînră interpelează, cu o mulțime de țipete și gesturi, pe cineva aflat în cealaltă extremitate a garniturii:

– Salut! Jean-Philippe! Hei! Merge treaba? Jean-Philippe pare foarte jenat. Cîțiva pasageri, mulțumiți de divertisment, ridică privirea pentru a urmări scena. Băiatul roșește ușor, însă răspunde la rîndul său, forțîndu-se să țipe destul de tare ca să acopere zgomotul ambiant:

- Da, merge! Și tu? Ce faci?
- Foarte bine, mulțumesc! Lucrezi tot în colț?
- Da, da...
- Ei bine, în una dintre zilele astea, atunci!
- Da, în una dintre zilele astea...

Majoritatea pasagerilor au ridicat capetele: nu se interpelează așa în metroul parizian. Apoi, odată dialogul terminat, mulți se întorc la ocupația

lor precedentă: lectură, visare, mică siestă. Jean-Philippe schimbă câteva cuvinte cu o altă femeie cu părul roșcat, care stă alături de el: ea îi zîmbește insistent și pare să-l încurajeze. Băiatul începe să privească atent toți pasagerii din vagon minute îndelungate. Mai întâi crispat, apoi fața i se destinde puțin cîte puțin. După un sfert de oră, Jean-Philippe și partenera lui cu părul roșcat coboară din garnitură, la fel și tînăra care l-a interpellat, și toți trei se reunesc pe peron și poartă o conversație animată, punctată de cîteva izbucniri în rîs. Cînd sosește următorul metrou, ei urcă și încep din nou același schimb de cuvinte...

Dacă observați într-o zi o scenă de acest fel, poate sînteți pe punctul de a asista la una dintre ședințele noastre de psihoterapie de grup a anxietății sociale. Veniți, așadar, să ne salutați și să ne spuneți impresiile dumneavoastră, asta ne-ar face plăcere! Veți putea să dați peste noi și la marginea unei treceri de pietoni, observînd automobiliștii opriți la lumina roșie a semaforului, ca și cum am căuta pe cineva. Sau așezați, în zilele frumoase, la terasa arhiplină a unei cafenele, răsturnînd stîngaci și cu mare zgomot o sticlă de suc și atrăgînd astfel privirile celorlalți clienți și pe ale unui chelner venit în grabă, bombănitor și ursuz, cu fărâș și mătură. Alteori, vom cumpăra ziarul, cu fața acoperită de picături de transpirație; avem un pulverizator pentru asta. Adesea, oprim zece trecători la rînd pe stradă, ca să cerem indicații pentru drumul nostru sau să întrebăm cît e ceasul, avînd grijă să zîmbim și să-i privim direct în ochi. Pe scurt, exersăm lucrînd pe tot felul de frici sociale.

Contactele sociale care provoacă frică

În viața oamenilor, ceea ce ar trebui să fie o plăcere devine uneori o sursă de frămîntări. Așa se întîmplă cîteodată în timpul contactelor cu semenii noștri: se pot transforma în suferință din cauza fricii.

Majoritatea persoanelor s-au simțit deja stingherite în anumite situații sociale: luări de cuvînt în public, întîlniri cu necunoscuți impresionanți, cereri de mărire a salariului sau declarații de iubire...

Ceea ce psihologii numesc „anxietate socială” este, fără îndoială, o emoție universal împărtășită. Această formă de aprehensiune, care poate fi declanșată de o teamă benignă și peste care se poate trece, se definește, în general, prin:

- un sentiment de disconfort în situațiile sociale, care poate evolua de la simpla jenă la atacul de panică,
- o teamă exagerată față de privirea și judecata altuia asupra persoanei și comportamentului propriu,
- o tendință de a ne concentra pe propria persoană, ce credem și ce simțim, și nu pe situația socială în curs.

► Situațiile sociale ca surse de frică

Situațiile sociale ca surse de frică sau de rușine sînt, evident, infinite, dar le putem grupa în cinci mari categorii, prezentate în tabelul de mai jos. S-a spus, pe drept cuvînt, că frica de situații sociale ar fi, înainte de orice, o frică de privirea și de evaluarea celuilalt: ne temem să nu fim judecați, chiar dacă nu-i cazul, în toate activitățile existenței cotidiene. Există persoane care se tem de toate aceste situații, însă cei mai mulți oameni nu se tem decît de unele dintre ele...

Situațiile de frici sociale

Tip de situație temută	Exemple
Situații de performanță	Să trecem un examen sau un interviu de evaluare, să facem o expunere sau să ținem o conferință, să citim un text la o ceremonie...
Situații de observare	Să fim priviți (sau să ne credem priviți) în timp ce realizăm ceva: mergem, mîncăm, bem, scriem, conducem, parcăm sau chiar fără să facem nimic precis...
Situații de afirmare	Să ne apărăm drepturile, să ne oferim punctul de vedere, să ne exprimăm nevoile proprii: să negociem prețuri, să facem o reclamație, să ne arătăm dezacordul...

Situații de revelare a sinelui	Să trebuiască să ne revelăm într-un mod mai intim și care implică: să facem cunoștință cu cineva, să legăm o relație amicală sau sentimentală...
Situații de interacțiuni superficiale	Să fim nevoiți să vorbim cu altcineva într-un mod informal, superficial: schimb de banalități cu un vecin, un vânzător, un coleg de muncă la aparatul de cafea...

Situații de performanță

Ele grupează toate momentele în care ne temem să fim judecați la modul explicit: avem în fața noastră una sau mai multe persoane care sînt acolo pentru a evalua ce spunem sau ce facem și felul în care o vom spune sau face. Toate examenele, interviurile de angajare sau expunerile, toate luările de cuvînt în fața unui grup intră în această categorie. Inutil de precizat că această frică se manifestă la majoritatea persoanelor. Diferența principală între indivizi nu rezidă în apariția sau nu a fricii, ci în aptitudinea lor de a o depăși: artiștii explică astfel că le este teamă înainte de spectacol, dar că ea se disipează odată ce ies pe scenă. Dacă nu acesta este cazul, vor trebui, din păcate, să renunțe la cariera lor, oricît de talentați ar fi: mulți muzicieni talentați devin profesori de muzică din incapacitatea de a înfrunta scena.

La cei care nu sînt artiști profesioniști, intensitatea fricii poate pune, de asemenea, numeroase probleme, întrucît ei trebuie să renunțe la orice ocazie de a vorbi în public: să-și ofere părerea în timpul unei ședințe cu părinții elevilor, să citească un text la o ceremonie religioasă, să fie moderatori la o prezentare publică, să participe la o sindrofie... Discut adesea despre acest tip de frici cu persoanele din anturajul meu, ca Jean, unul dintre vecinii mei: „N-am nici o problemă de relație cu oamenii, îmi place să întîlnesc persoane noi, să flecăresc. Știu și să spun lucrurile în față, nu mă las dominat atunci cînd nu sînt de acord cu alții. Pe scurt, nu sînt timid. Dar există o situație pe care îmi este imposibil sau aproape imposibil să o înfrunt, și anume să urc pe o scenă ca să țin un discurs. Chiar dacă cunosc toate persoanele din sală, am impresia că nu mai sînt același în momentul respectiv. Totul începe să se învîrtă în jurul meu, cuvintele nu-mi mai vin, gura nu mai izbutește să articuleze, mă văd din exterior, nu mai reușesc să privesc oamenii în ochi. N-am putut nici odată să depășesc această frică. De cînd eram puști - aproape că nu puteam să ies la tablă - mă urmărește această teamă. În munca mea, a trebuit să refuz întotdeauna promovările la care urma să fac prezentări publice. Bun, nu-i atît de grav. Dar este o nebunie totuși cum, pur și simplu, cîtiva pași, cîtiva metri din coconul grupului la infernul estradei mă pot transforma astfel.”

Situațiile de observație

Sînt cele în care ne găsim involuntar în vizorul atenției celui alt: mersul prin fața unei terase de cafenea arhiplină, întîrzierea la o sală de

cinematograf sau de teatru și nevoia de a ne așeza în primul rînd, conștientizarea, după ce am început să povestim ceva vecinului de masă, că toți ceilalți comeseni au început să asculte... Pe scurt, cînd simțim deodată privirile ațintite asupra noastră, deși n-am vrut neapărat, nici n-am prevăzut asta. Acest tip de frică afectează multă lume; ea este facilitată de neprevăzut sau de neobișnuit.

Una dintre prietenele mele mi-a povestit astfel cum, la o nuntă unde nu cunoștea multă lume, a luat o barcă pentru a vîsli pe ochiul de apă al proprietății pe care se desfășura recepția. Ajunsă în mijlocul heleșteului, și-a dat seama cu groază că toți invitații o priveau, recepția avînd loc la malul apei. Deodată, sfîrșitul plimbării a fost mult mai puțin agreabil: „Toate aceste priviri de necunoscuți ațintite asupra mea, fără să înțeleg ce spuneau, îmi dădeau un sentiment penibil. Aveam impresia că vîsleam din ce în ce mai rău. M-am grăbit să mă apropiu de mal, ca să-mi scurtez starea de disconfort. Odată ajunsă, mi-am dat seama că tremuram ușor. Mi-a luat un sfert de oră să mă calmez...” Multe persoane pe care le plasăm brusc în centrul atenției suferă aceleași puseuri, îngrijorătoare și dificil de controlat, ale acestei frici intense și animalice, care flirtează cu panica și te pune pe fugă.

Situațiile în care trebuie să te afirmi

Ele sînt reprezentative pentru fricile sociale: să solicităm o mărire de salariu, să facem o declarație de dragoste, să cerem vecinilor prea zgomotoși să nu mai facă gălăgie sau, pur și simplu, să spunem nu... Asemenea momente sînt delicate pentru majoritatea oamenilor, fără să provoace totuși o reacție de frică importantă. Dar pentru un anumit număr de persoane, timide sau inhibate, aceste momente sînt atît de neplăcute, încît încearcă să le evite, din cauza fricii puternice pe care o declanșează.

„Mi-a fost multă vreme greu să recunosc că nu eram sigur pe mine”, ne povestea Yves, un inginer de la Drumuri și Poduri, „însă astăzi reușesc să mărturisesc. Mi-e frică să spun «nu» oamenilor. Fie că este vînzătorul de pantofi pe care l-am obligat să scoată din cutie zece perechi, colegul care-mi cere să-i fac partea de muncă, operatorul de vînzări prin telefon care mă sună la ora mesei sau chiar copiii mei, care știu și abuzează de mine. M-am împăcat întotdeauna cu asta spunîndu-mi că eram amabil. Dar recent am

înțeles că nu era doar gentilețe. Era și slăbiciune și, mai ales, frică. Mi-era frică de reacțiile altora; frică să nu se înfurie; frică de faptul că n-o să mă mai iubească. Din ziua în care am înțeles și mai ales am acceptat asta, am decis și să mă schimb. Să acționez din gentilețe, da. De frică, nu!"

Situațiile de revelare a sinelui

Ele includ momentele în care sîntem hotărîți să vorbim despre propria persoană altuia, să dezvăluim un pic din intimitatea noastră personală și psihologică. Pentru anumite persoane, acest lucru poate reprezenta un disconfort. Mai ales atunci cînd ele sînt convinse că starea lor, sau unele dintre aspectele sale, au ceva care dă impresia de inferioritate. Cînd Yves era șomer, se temea să fie invitat de necunoscuți, pentru a nu fi nevoit să răspundă la întrebarea: „Și dumneavoastră cu ce vă ocupați?" La fel cum celibatarii de peste treizeci de ani se tem uneori că sînt întrebați de ce sînt singuri sau dacă au copii. Teama de a fi obiectul unei judecăți negative te îndeamnă fie să fugi de aceste situații, fie să ții oamenii la distanță printr-o atitudine rezervată. Sau prin umor și autoironie, care sînt un alt mod de a nu vorbi cu adevărat despre sine, dacă funcționează non-stop.

Era cazul lui Flore, descrisă aici de una dintre colegele ei de muncă: „La început, o găseam foarte nostimă, mereu bătîndu-și joc de ea, făcînd glume despre micile ei manii, defecte sau limite. Se întîmplă atît de rar ca oamenii să știe să se distanțeze de propria persoană! Apoi mi-am dat seama că erau cîteva luni de cînd venise la serviciu și că noi nu știam mare lucru despre ea, despre ce gîndea cu adevărat. Și mai ales despre ce simțea: reflectînd la asta, am conștientizat că nu-și exprima nici odată părerea, nu-și manifesta nici odată emoțiile, de nemulțumire sau de bucurie. Dacă era într-o pasă proastă sau avea un succes, glumea despre asta. Nu știam nici odată ce gîndea. Nici cine era. Dintr-odată, n-a mai fost atît de îndrăgită, mulți se cam fereau de ea. Mai tîrziu, am devenit prietene și am început s-o cunosc. Am descoperit că era o fată foarte sensibilă, mai degrabă nefericită, care se temea foarte tare că nu va fi pe placul celorlalți și era convinsă că în adîncul ei nu prezenta niciun interes pentru celălalt. Umorul îi era ca o haină psihologică: fără el, se simțea goală și urîtă..."

Situațiile de interacțiuni superficiale

Cum ne-ar putea înspăimînta niște mici flecăreli despre ploaie și vremea frumoasă? Totuși, atunci cînd se lasă tăcerea la o serată, puține persoane rămîn zen, bucuroase să profite de timpul care trece, de focul care trosnește în șemineu, de conținutul paharului lor și de plăcerea de a se găsi între oameni ca să împartă o masă bună. Tăcerea creează un ușor disconfort, întrerupt de expresia: «trece un înger», care dă semnalul eforturilor pentru relansarea conversației. Sau nu vi s-a întîmplat nici odată să însoțiți într-un lift ori în timpul unui scurt drum cu mașina o persoană pe care n-o cunoașteți și cu care a trebuit să „faceți conversație”? Nu-i întotdeauna o plăcere, nu-i așa? Vă confrunțați în asemenea situații și cu teama de tăcere, și cu aceea de a spune banalități. Și, desigur, într-un plan tănuuit, cu teama de a nu lăsa o impresie proastă despre sine. Aceste frici sociale, limitate la majoritatea persoanelor, ocupă uneori un loc important la cele care suferă de fobie socială. Vom vorbi imediat despre asta.

► Dincolo de frică: rușinea

Fricile sociale sînt aproape întotdeauna amestecate cu alte emoții negative.

Teama este adesea în centru: dacă vă așteptați rîndul înaintea unei prezentări publice, veți simți, în momentul în care începe întîlnirea, acest sentiment de frică anticipat pe care-l numim anxietate. Apoi, în momentul în care veți fi strigat la tribună, veți simți o „încarnare” a fricii, care vă va cuprinde efectiv, prin intermediul creșterii sale fizice, al accelerării ritmului inimii și al nodurilor în stomacul și gîtul dumneavoastră: este tracul. În cel mai rău caz, unii vor avea un atac de panică ce-i va împiedica să-și ducă prezentarea la capăt și-i va forța să bată în retragere.

Dar adesea există mai mult decît frică: jenă, sfială, rușine chiar. În vreme ce frica este emoția pericolului, rușinea este aceea a convingerii că n-am știut să facem față acestui pericol, sub privirea disimulat dezaprobatoare a celorlalți¹⁹⁶. Iată ce scria filosoful Vauvenargues: „timiditatea poate fi teama de blam, iar rușinea este certitudinea acesteia”. Majoritatea fricilor sociale provin din teama de a fi judecat negativ. Cînd această teamă a devenit certitudine, mai mult sub efectul convingerilor noastre intime decît sub cel al realității faptelor, nu mai este teama cea care ne stăpînește, ci rușinea. Dacă sufăr de ereutofobie, mi-e teamă să roșesc în fața altora. Și odată ce am roșit,

nu-mi mai este teamă - răul este făcut, însă nu mă simt mai bine, deoarece mi-e rușine și nu mai am decât o dorință: să dispar de pe fața pământului. Și asta pentru că rușinea poate fi o emoție și mai distructivă decât frica: ea este mai durabilă, chiar mai insidioasă, întrucât ne face să aruncăm asupra noastră o privire depreciativă. Ea este cea care ne împinge la izolare, uneori durabilă, după un contact social pe care-l estimăm umilitor sau, pur și simplu, „ratat”, cel puțin în ochii noștri.

Numeroase persoane care suferă de frici sociale sînt puternic marcate de rușine. De exemplu, Bastien: „Mă îndoiesc mult de mine. Nu mă stimez. Aceste gânduri negative despre persoana mea rămîn, în general, suportabile, chiar dacă sînt dureroase, și triste: o stare pe care o am din copilărie și am sfîrșit prin a mă obișnui cu asta. Dar de fiecare dată cînd mă trezesc eșuînd în fața altora, mi se pare ceva teribil. De fiecare dată cînd am vrut să nu mă las dominat de reflexele mele de frică și să îndrăznesc să pun o întrebare în ședință sau să abordez o persoană necunoscută, ori chiar să-mi spun părerea în fața cuiva care credea contrariul față de mine, de fiecare dată cînd am îndrăznit să fac asta, dacă ieșea prost, era infernul. Ceea ce numesc «a ieși prost» înseamnă, pur și simplu, că propunerile mele au fost discutate sau contestate, chiar în mod politic. Mi-e rușine astfel că am deschis gura, atît de rușine, încît bat în retragere, nu pot continua să susțin un veritabil schimb de idei, nu pot decât să fiu de părerea șefului, simulînd că ascult, cuget, că-mi schimb părerea sau rămîn la opiniile mele. Dar nu pot decât să simulez. În realitate, nu mai sînt acolo, cu ceilalți. Am fugit deja de situație, reflectînd la împrejurarea respectivă. Știu ce se va petrece apoi: odată întors acasă, îmi voi derula din nou filmul în minte, evident în dezavantajul meu, voi reflecta neîncetat la stîngăcia mea, la lipsa de politețe, la prostia mea. Și în acest caz, nu sînt simple gânduri, ca de obicei, ci niște emoții dureroase: rușinea le «hrănește» și le crește. Pot rămîne așa în izolare un weekend întreg. Pe urmă, mi-e rușine să revăd oamenii în fața cărora am impresia că am dat greș. Ei nu înțeleg, în general. Mă iau drept un tip bizar...”

În cazuri extreme, unii pacienți ne descriu adevărate „atacuri de rușine”, așa cum există atacuri de panică. Nu se simt într-un pericol vital, ca în emoția trezită de frică, ci într-un pericol social, ca și cum ar urma să-și piardă total statutul și valoarea în ochii celui alt. Etologii, acești specialiști ai

psihologiei animale, cred, de altfel, că emoțiile rușinii își au rădăcinile în raporturile de dominare și acceptare în cadrul grupurilor animale. Ei subliniază că trebuie integrate aceste reflecții asupra dominării pentru a înțelege bine mecanismele subtile ale fricilor sociale¹⁹⁷: acestea ar fi moștenirea a două tipuri de frici ancestrale, teama reflexă de străin, prezentă la numeroși copii mici, și rușinea în caz de pierdere a statutului sau teama anticipată a apariției acestei rușini. Fiecare membru al unui grup animal, dar și omenesc, are astfel nevoie să simtă că prin comportamentul lui accede la un statut în ochii altora. De fiecare dată când acest statut este repus în discuție (de exemplu, pierderea unei lupte pentru un mascul dominant), animalul va manifesta semne pe care oamenii sînt tentați să le interpreteze ca rușine: cîtva timp, individul umilit evită privirile, se izolează și menține distanța...

Jenă, sfială, scrupule: toate emoțiile derivate din rușine joacă astfel un rol important, agravînd sau facilitînd apariția fricilor sociale. Anglo-saxonii le descriu sub termenul generic de self-conscious emotions: emoțiile conștiinței - excesive - de sine¹⁹⁸. Și, într-adevăr, multe dintre frămîntările asociate lor provin din faptul că încetăm să acționăm sau să interacționăm pentru a ne observa, cu un ochi sever și foarte exigent.

La fel ca în cazul altor forme de frică, fricile sociale pot fi repartizate în diferite categorii, în funcție de obiectul temerilor, de intensitatea lor, de extinderea lor într-un număr mai mare sau mai mic de situații etc. Vom aborda în continuare cele trei mari categorii de frici sociale: tracul, timiditatea și fobia socială.

O frică socială explozivă, dar limitată: tracul

Tracul poate fi considerat ca o formă normală de frică socială: este vorba despre o reacție de teamă acută, marcată de prezența numeroaselor semne fizice, printre care o accelerare intensă a ritmului cardiac, tahicardia, care reprezintă adesea primul semn al acesteia. Dar și cel mai neplăcut semn: anumite persoane își simt inima bătînd atît de puternic, încît au uneori senzația că ceilalți ar putea aproape s-o audă sau să le vadă arterele carotide pulsînd la nivelul gîtului!

Tracul este inclus în categoria „anxietăților de performanță”, care pot afecta artiștii, sportivii, conferențiarilor, candidații la un examen sau la un

interviu de angajare... Intensitatea fricii este, în general, maximă înainte de momentul în care trebuie să înfruntăm situația temută, apoi această frică scade, întrucât ea este „solubilă în acțiune”. Pe măsură ce intrăm în scenă, ea se diminuează pînă la un nivel acceptabil, în care vom putea începe s-o uităm, ca să ne concentrăm pe esențial: în ce scop am venit, ce trebuie să spunem sau să arătăm.

► Să facem față tracului

Dintotdeauna, oamenii au înțeles că arta oratoriei a reprezentat o însușire aparte de a-și transmite ideile și a-și apăra interesele. Am în biblioteca mea o cărticică amuzantă datînd din 1824, pe care mi-a oferit-o un pacient anticar, și intitulată *L'Art de briller en societe* (Arta de a străluci în societate), al cărei subtitlu este „Corifeul saloanelor”: corifeul era conducătorul de cor în teatrul antic grecesc. În prezent, numeroase lucrări de psihologie a muncii încurajează exercițiile pentru controlul tracului și arta oratoriei. Dar printre persoanele care vin să ne ceară sfatul în legătură cu tracul lor nu figurează doar cadre superioare (trac în ședință) sau artiști (trac în fața publicului). Pot exista și mame și tați de familie care se simt cu regularitate jenați să-și spună părerea în ședințele cu părinții elevilor sau cu colocatarii. Una dintre cele mai frecvente forme de trac este, desigur, teama de a vorbi în fața unui public. Care sînt factorii importanți pe care să lucrăm? Am ajutat-o într-o zi pe una dintre colegele mele, medic universitar de spital, să-și înfrunte temerile luării cuvîntului în public. S-o numim Anne.

Anne făcea în mod constant cursuri cu studenții, dar fără nici o plăcere: pentru a se asigura de performanța lor, trebuia să-i pregătească foarte bine. Înaintea cursurilor, nu dormea bine și se simțea nervoasă. Se temea mai ales să nu aibă un lapsus în timpul cursului și era îngrozită că nu va ști ce să răspundă la întrebările studenților. Era încă și mai stînjenită pe durata ședințelor în care, în fiecare luni, șefii de serviciu, practicieni în spital, interni și infirmieri lucrau la dosarele pacienților spitalizați. Însă cel mai rău era în cadrul congreselor și colocviilor medicale la care funcția o forța să participe sau să asiste. Dacă ea făcea o comunicare, era agitată, agățîndu-se de notițele și diapozitivele ei ca naufragiatul de geamandură, întrebîndu-se întotdeauna dacă va ajunge la capăt. Nu privea, practic, sala, rămînînd fixată asupra documentelor ei. Făcea în așa fel încît să depășească timpul care-i era

alocat, ceea ce-i permitea să evite ședința de întrebări. Se temea mai presus de orice ca unii colegi să n-o încolțească, subliniindu-i lipsurile sau punându-i o întrebare- capcană. Anne se simțea și obligată să stăpânească perfect totul: nu se punea problema să se prezinte cu o lucrare pe care ea o considera incompletă sau conținând pasaje neclare. Dacă înaintea unui curs sau al unui congres dădea peste un articol sau o carte referitoare la expunerea ei, era în stare s-o ia din nou de la capăt în toiul nopții, ca să insereze aceste date noi. Vă voi descrie principalele puncte asupra cărora am lucrat cu Anne. Ele se referă evident, sub forme învecinate, la toate persoanele suferind de trac.

Modificarea viziunii despre lume

La fel ca majoritatea persoanelor cu trac, Anne avea o viziune despre lume foarte subiectivă a contactelor cu semenii ei, studenți sau colegi. Sub efectul fricii, ea tindea să perceapă interacțiunile umane ca pe niște lupte pentru dominare. Tracul o făcea adesea să estimeze, în mod inconștient, că nu existau decît două poziții posibile într-o interacțiune: să fii dominant sau să fii dominat. Cînd ținea un curs sau o conferință, avea tendința să nu vadă în asistență decît adversari și oameni cu opinii divergente, în fața cărora trebuia să se impună. Și absolut nici o persoană interesată de ce spunea și care nu venise special ca s-o „desființeze”.

În schimb, cînd asista la o conferință, singurele intervenții care-i veneau în minte erau întrebări care să încurce oratorul, remarci subliniind limitele sau zonele neclare din discursul lui sau dorința de a aminti un punct netratat, tocmai pentru ca ea să strălucească. În general, nu îndrăznea să intervină astfel, simțindu-și inima bătînd cu putere doar la ideea de a ridica mîna pentru a cere cuvîntul.

Am avut cu Anne lungi discuții în cursul cărora i-am arătat în ce punct această viziune despre lume pune numeroase probleme. Mai întîi, pentru că nu corespundea realității: desigur, anumite persoane sînt critice și ostile a priori, dar ele nu constituie o majoritate. De ce să ne concentrăm asupra lor, să ne încătușăm într-o atitudine în care obsesia noastră nu va mai fi de a schimba, ci de a nu ne lăsa încolțiți de celălalt sau de a-l încolți noi? Apoi deoarece această atitudine este costisitoare din punct de vedere emoțional: pregătindu-ne astfel neîncetat pentru lupta verbală, ne crește tensiunea

interioară și devenim mai vulnerabili la trac. În sfârșit, fiindcă are consecințe toxice: viziunea în speță îi face pe cei cu trac fie să nu spună nimic, fie să intervină agresiv, și deci să genereze răspunsuri agresive. În ambele cazuri, viziunea despre lume „dominant sau dominat” este confirmată, în mod eronat.

Am examinat, așadar, prin intermediul unor mici jocuri de rol, posibilitatea ca Anne să intervină în mod diferit. Luând, de exemplu, obiceiul, ca spectatoare la colocvii, de a cere cuvântul nu pentru a contrazice, ci pentru a felicita și întreba: „Vă mulțumesc pentru intervenția dumneavoastră, a fost cu adevărat pasionant. Ați putea preciza punctul următor...?” Anne se temea ca atitudinea asta să nu fie, după vorbele ei, aceea a unui „lingău” și să nu fie de mare interes pentru a continua dezbaterea. I-am cerut imediat s-o testeze, ceea ce a și făcut. Când mi-a vorbit din nou despre asta, era uimită și ușurată, ca și cum ar fi descoperit un lucru evident, reconfortant: „Într-adevăr, trucul dumneavoastră funcționează. Chiar am făcut de mai multe ori asta. Și, mai ales, am început să privesc cum făceau alții. Și am văzut că erau destule ocazii pentru a proceda astfel. Mai ales din partea oamenilor care păreau a fi cei mai siguri pe ei! Eu, care aveam impresia că, pentru a te face respectat, trebuia să intimidezi...” Puțin câte puțin, Anne a învățat și să nu se concentreze ca înainte, în timpul conferințelor ei, pe chipurile care-i păreau taciturne, ostile sau morocănoase, ci să privească întreaga asistență și, de preferință, fețele senine și zâmbitoare: „Este ciudat cum, după ce mi-am redus tracul, am impresia că nu mai evoluez în fața aceleiași public...”

Stăpânirea incidentelor

Tracul pe care-l simțea Anne îi crea o stare de rigiditate psihologică. În timpul unui curs, dacă-și pierdea firul gândurilor sau dacă diapozitivele ei nu erau în ordinea potrivită, se panica și se crispa, ca și cum ar fi fost vorba despre o catastrofă! Și în legătură cu acest lucru, am discutat puțin despre gravitatea exactă a acestor incidente și mai ales unde să le încadrăm. Prin intermediul jocurilor de rol, am încercat să găsim moduri mai relaxante de a reacționa în fața unui public: „Ah! Am pierdut firul! Unde este ideea pe care voiam s-o abordez cu dumneavoastră? Să vedem dacă-mi revine... O clipă... Nu... Cu atât mai rău, să continuăm, va reveni mai târziu”, sau: „La naiba, am

pierdut diapozitivul în care se menționa despre asta. Unde este? Așteptați o clipă..."

La început, Anne era oripilată că eram capabil de o atît de mare relaxare. Ea vedea în asta o formă de neglijență sau de dispreț față de public. Chiar și în privința acestui aspect, am încurajat-o să testeze acest gen de atitudine pe durata unui curs real. I-am propus următorul exercițiu: să își lase studenții să respire respectînd un răgaz de tăcere între fiecare diapozitiv în loc să se simtă obligată să vorbească tot timpul; să pară că-și pierde firul gîndurilor și să trateze incidentul fără să se agaseze; să îndepărteze, în mod voit, un diapozitiv, să-l caute o clipă, apoi să pună un altul. Ceea ce ea a făcut vitejește și fără să-și atragă cea mai mică neplăcere. Și constatînd, dimpotrivă, surplusul de confort pe care i-l dădea acest gen de atitudine.

Renunțarea la perfecțiune

Asta ne permite să abordăm perfecționismul lui Anne, care se exprima în numeroase domenii, dintre care cel al luării de cuvînt în public. Să nu facă decît intervenții pertinente, să pună doar întrebări clare etc. Să încerce să fie cît mai strălucită posibil era, desigur, lăudabil, dar să-și impună acest obiectiv de fiecare dată putea fi contraproductiv: dincolo de un anumit prag, cum a remarcat chiar Anne, presiunea scade performanța.

I-am cerut, prin urmare, să testeze această conștientizare prin „probe de realitate”: de exemplu, să pregătească mai puțin un curs (adică, avînd în vedere obiceiurile ei, să-l pregătească normal). După un timp, Anne a înțeles că de fapt ceea ce pierdea în exhaustivitate cîștiga în eficacitate pedagogică: studenții săi erau mai puțin copleșiți de numărul mare de informații, pe care le considera altădată indispensabile, pur și simplu, pentru că nu avea încredere în ea însăși. Și își rezervă mai mult timp ca să explice, să povestească, să iasă de pe șinele cursului ei greoi de savantă.

O altă experiență marcantă pentru ea a fost ca într-o zi să-și vadă unul dintre confrăți, ale cărui lucrări le admira, încolțit la un congres de o întrebare la care nu știa să răspundă, dar care provenea din domeniul său de competențe. Sigur pe sine, medicul a recunoscut calm adevărul: „Nu știu să răspund la întrebarea aceasta. Are cineva din sală răspunsul?” Imediat a ridicat cineva mîna și a dat informația. Oratorul s-a arătat încîntat: „Iată, avem deci această informație”, deloc îngrijorat că ea nu venise din partea lui.

Dezbaterea a continuat. La închiderea simpozionului, Anne s-a dus să-și felicite colegul și să discute cu el despre incidentul care-i trezise totuși propriile angoase: „În sfârșit, se pot întâmpla asemenea lucruri...” Dar colegul nu mi-a sabotat terapia, dimpotrivă, pentru că i-a dat rețeta lui: „Fac întotdeauna tot ceea ce pot ca să respect oamenii în fața cărora vorbesc. Însă e multă vreme de când am renunțat să știu totul, chiar în micul meu domeniu: prea epuizant și prea stresant. Mă limitez să aflu esențialul a ceea ce contează, să-l actualizez mereu și să-l transmit clar. În rest...”

Exersarea constantă

Nici o schimbare psihologică nu poate fi durabilă dacă nu este susținută de proba faptelor, dacă nu este practică regulat în realitate. Din momentul în care și-a început eforturile de schimbare, Anne și-a impus, așadar, să nu participe nici odată la o ședință fără să fi luat cuvântul sau să fi pus o întrebare. Dificil inițial (ea și-a dat seama că păstra adesea tăcerea chiar când avea lucruri de spus), acest exercițiu a devenit treptat un soi de joc care a început să-i facă plăcere. Tracul este o teamă care poate fi întotdeauna ameliorată prin exerciții constante de luare a cuvântului în grup.

Însă problema este că nu-i ușor să găsești grupuri în fața cărora să iei cuvântul cu regularitate. De unde, fără îndoială, și frecvența extremă a tracurilor invalidante: aproximativ un sfert dintre persoanele adulte nu iau nici odată cuvântul în public, decât în cazul unei mari constrângeri. Regula de aur este, așadar, să profităm de toate ocaziile, nu să le așteptăm, și să participăm la activități asociative care presupun numeroase reuniuni. Ori să ne alăturăm unui grup destinat să faciliteze luările de cuvânt în public, cum încep să existe și la noi¹⁹⁹.

Așa cum se întâmplă întotdeauna în abordările comportamentale, acolo unde începem de la simplu ajungem la complex, unde ne „hrănim” gândirea cu învățămintele acțiunii, alte lucruri au apărut treptat în cursul terapiei ei. Pe măsură ce se descurca mai bine, Anne a început să-mi vorbească din ce în ce mai des despre copilăria sa, despre părinții ei, despre ceea ce-i favorizase tracul excesiv. După 30 de ani, și-a dat seama că tatăl ei, medic, pe care-l admira mult, a fost, fără îndoială, dominat de un trac intens, evitând orice ocazie de a vorbi în public, dar în mod atât de abil, încât ea nu a remarcat nici odată. A înțeles și cum părinții ei, voind să-i facă un bine, i-au

inculcat atît de puternic obligația de a „face întotdeauna totul perfect”. Și cum, mai mulți ani, supunîndu-se acestor reguli inflexibile, ea le-a amplificat trăsătura imperativă în loc să caute să le adapteze. Aceste conștientizări și reflecții au accelerat și mai mult procesul de schimbare și calmare interioară pe care îl inițiasse de cîteva luni. În plus, ele s-au generalizat și în alte aspecte ale vieții ei. Dar asta este o altă poveste...

Medicamentele

Medicamentele numite „betablocante” pot fi utile cînd semnele fizice de frică sînt foarte jenante, ceea ce se întîmplă în cazul tracului. Ele trebuie să fie luate cu aproximativ o oră înainte a situației „tracogene”, iar efectul lor se întinde pe mai multe ore. Propranololul (Avlocardyl) este astfel deseori prescris cu această indicație, cu recomandarea oficială pentru „manifestări funcționale cardiace de tip tahicardie și palpitații în cursul stărilor emoționale tranzitorii²⁰⁰”. Necesită o prescripție după examen medical, deoarece are contraindicații.

Modul de acțiune al acestor betablocante este interesant în plan teoretic, întrucît, în realitate, ele nu funcționează deloc ca tranchilizantele, adormind frica la nivel cerebral: acțiunea lor se situează la periferie, pe corp, printr-o limitare a semnelor fizice de frică. Pacienții descriu, de altfel, cum, simțind mai puțin violent frica în corpul lor, o pot controla mai ușor în minte ca să-și vadă mai departe de programul lor.

Atenție, anumite forme de trac pot fi uneori fobii sociale, pe care le vom aborda în paginile următoare. În acest caz, eforturile pe care tocmai le-am descris nu vor fi suficiente într-o primă fază.

O frică socială moderată, dar jenantă: timiditatea

Timiditatea este dificil de identificat, fiindcă există peste douăzeci de definiții științifice. Sub acest apelativ se distinge, în general, un mod de a fi obișnuit, dominat de o inhibiție și o rezervă în fața tuturor persoanelor sau situațiilor noi. Timiditatea a fost foarte larg descrisă de scriitori înainte de a fi studiată de psihologi și psihiatri. Cu toate că este adesea considerată un fenomen benign, timiditatea, această artă a ocaziilor ratate, poate reprezenta în egală măsură o deficiență pentru numeroase persoane și o alterare a calității vieții. Multe persoane se declară timide: aproximativ 60% dintre francezi, după diverse sondaje. Însă în spatele acestui cuvînt există o

realitate foarte diferită: timidități punctuale, care apar numai în cazul unor interlocutori impresionanți, și timidități obișnuite, în fața majorității oamenilor.

Unele sînt timidități „interne”, imperceptibile din exterior și simțite doar de subiect. Jules Renard scria în legătură cu asta: „Timiditate pînă la impasibilitate...” Altele sînt timidități „externe”, perceptibile ca niște mici semne de jenă, de altfel nu neapărat remarcate de anturaj, ca niște mișcări reținute sau stîngace, ezitări, o bîlbîire etc.:

Putem estima că există trei trăsături principale ale timidității:

- O trăsătură emoțională, cu expresie adesea fiziologică: aritmie cardiacă, gură uscată, înroșiri...
- O trăsătură comportamentală, cu inhibiție în situație socială: timidul nu ia inițiative, așteaptă să fie căutat...
- O trăsătură psihologică, în principal evidențiată de conflictul permanent între dorința deschiderii față de ceilalți și teama de a nu fi acceptat de ei.

Pentru timid, toate „primele dăți” sînt dificile: noi cunoștințe, un nou loc de muncă, un nou cartier... Dar cu timpul și repetarea contactelor, temerile scad puțin cîte puțin și persoana timidă își redobîndește un minimum de curaj și aptitudini de comunicare. Observăm totuși, aproape sistematic la persoanele timide, o lipsă de stimă de sine: timidul se judecă negativ, se compară defavorabil cu alții... Asta îl face în mod particular sensibil la eșecuri sau critici și-l împinge să-și asume minimum de riscuri posibile, de unde și o limitare a capacităților lui de schimbare.

► Să facem față timidității

„Proasta și neplăcuta mea timiditate pe care n-o puteam învinge...”, scria Rousseau, ale cărui lucrări autobiografice ne arată că suferea de așa ceva. Cu toate că timiditatea nu este o boală, ea este adesea un impediment pentru calitatea vieții, facilitînd arta de a rata ocaziile și obligînd adesea persoana timidă să se afle într-o poziție inferioară în raport cu competențele ei reale, în favoarea persoanelor poate mai puțin dotate, însă mai îndrăznețe... Ea poate fi, de asemenea, asociată cu tendințe depresive, pentru care va reprezenta un factor agravant: adesea, în acest context sîntem chemați să ajutăm persoanele timide. Numeroase lucrări au fost, desigur, consacrate celor o mie și una de modalități de a lupta împotriva timidității²⁰¹. Iată cîteva

dintre sfaturile cele mai importante în materie, ilustrate de mici exemple de terapie.

Exprimarea gândurilor și emoțiilor complexe când Sebastien intră într-un magazin de haine, este, în general, crispat. De aceea a încercat un timp să se îmbrace utilizând niște cataloage de vânzare prin corespondență. Dar cumpărăturile la distanță au și ele inconveniente: astfel, după ce a achiziționat un număr de pantaloni prea scurți și de cămăși al căror material îl zgîria, Sebastien s-a decis să revină să-și cumpere hainele din buticuri. Este crispat, întrucît, dacă încearcă mai multe haine și niciuna nu-i convine, este foarte supărat că l-a făcut pe vânzător să piardă timp. În zilele în care nu este în formă, se simte, așadar, obligat să cumpere o haină care nu-i vine bine. În zilele în care se simte un pic mai vioi - în realitate, în zilele în care vânzătorul îl intimidează mai puțin, refuză; însă cu greu, tîrguindu-se asupra croielii, țesăturii, bătînd în retragere cu capul plecat, pe cît posibil cînd vânzătorul e întors cu spatele sau este ocupat cu un alt client. Lui Sebastien nu-i place să se comporte așa, dar nu se simte deloc în largul lui și nu reușește să se schimbe.

După ce a reflectat la fricile lui - chinuirea vânzătorului fără să cumpere nimic, agasîndu-l că l-a făcut să piardă timp, suferind o remarcă usturătoare din partea acestuia din urmă - și după ce le-a discutat - este de acord să recunoască faptul că sînt eronate, dar cînd se găsește în fața vânzătorului, totul se înceteșează - Sebastien va practica împreună cu mine cîteva exerciții. Îl întreb mai întîi care-i sînt toate gândurile care-i trec în acel moment prin minte. Și, într-adevăr, Sebastien se simte rău, pentru că lucrurile sînt complicate: are simultan dorința de a nu cumpăra nimic, însă și jena de a pleca în final cu mîna goală în vreme ce vânzătorul și-a dat silința, Îi propun deci lui Sebastien: „De ce nu spuneți, pur și simplu, ceea ce tocmai mi-ați explicat? Chiar tot ce aveți în minte, în loc să faceți o imposibilă sinteză. De exemplu: 1) Vă mulțumesc mult că v-ați dat toată silința pentru mine. 2) Îmi pare sincer rău, nimic nu-mi place cu adevărat. 3) Prefer să nu cumpăr nimic astăzi, ca să nu am regrete. 4) Mulțumesc încă o dată. La revedere!" Fac apoi cu Sebastien cîteva jocuri de rol în care încercăm acest tip de atitudine în diferite contexte, cu diferite reacții posibile ale vânzătorilor.

Apoi îl încurajez să meargă să testeze această strategie în magazine reale. Insist: „Amintiți-vă, ar fi optime două mesaje clare, unul pozitiv și unul negativ, de tipul: «Sînteți foarte drăguț, dar nu iau nimic», decît un mesaj vag și molatic de tipul: «Eh, nu-mi place prea mult, ezit un pic...»"

După cîteva adaosuri și exerciții pe teren, Sebastien a înțeles esențialul: multe dintre problemele timidității sînt legate de stări sufletești contradictorii, de nehotărîri între dorințe care par incompatibile. În exemplul nostru: să nu cumpere nimic și să nu chinuiască vînzătorul. Cel mai simplu va fi să se țină seama de aceste două nevoi, de aceste două tendințe, de a le face compatibile în loc să le punem în competiție. Și să învățăm treptat să transmitem mesaje mai clare și tranșante și să le observăm impactul.

Luarea inițiativei

Clementine participă adesea la serate unde nu cunoaște multă lume. În ciuda timidității ei, este apreciată de multe persoane. Foarte repede, este invitată. Și Clementine nu vrea să fie timidă, îi plac mult contactele sociale, să vorbească, să întâlnească oameni, Însă se întîmplă ca unele serate să nu fie așa cum i-ar plăcea și să o dezamăgească. Mai ales dacă ea nu le „începe” bine. O seară care „începe bine” este atunci cînd i se prezintă imediat mai multe persoane simpatice care o vor face să fie în largul ei. Odată „încălzită”, ca un sportiv, Clementine se simte astfel capabilă să participe la conversații. Vorbește, pune întrebări, își exprimă părerea. Se simte liniștită în legătură cu interesul pe care-l poate suscita în ochii celorlalți. Dar doar dacă ceilalți au făcut primul pas. Astfel, își recapătă încrederea în ea. Cum frica ei este să nu fie interesantă, să nu fie dorită și așteptată, se teme întotdeauna să nu deranjeze o persoană vorbindu-i cîtă vreme această persoană ar prefera, poate, să rămînă singură sau n-ar avea chef să discute cu ea. Se teme să nu inoportuneze un grup „infiltrîndu-se”, cum spune ea, intervenind într-o conversație deja începută. Clementine nu face nici odată asta.

Îi explic: „Ei bine, exact asta este problema dumneavoastră”, și-i propun jocuri de rol în care ea își va „asuma riscul” de a aborda oamenii, de a merge spre ei pentru a se prezenta, a pune cîteva întrebări, a tatona terenul.

„Și dacă simt că n-au foarte mult chef să vorbească?”, întreabă Clementine. „În acest caz, vă luați liniștit la revedere, politicos, cum știți s-o

faceți. Însă cel puțin ați verificat, și nu doar v-ați imaginat. Este normal ca nu toată lumea să aibă neapărat chef să vă vorbească, nu? Și în plus, veți fi acționat de una singură în loc să reacționați doar la solicitări."

Pe urmă Clementine și cu mine exersăm în noi jocuri de rol, în care ea abordează încă de la sosire toate persoanele aflate deja acolo: ca să se prezinte, să știe cine sînt și să schimbe una sau două mici fraze. După care, rostește cu un zîmbet larg: „Încîntată de cunoștință. Pe curînd poate..." Pentru serata viitoare la care este invitată, Clementine va încerca să procedeze astfel, ca să evite ceea ce ea numește o „decuplare": „La o serată, cînd n-am vorbit cu cineva o vreme, știu că apoi va fi din ce în ce mai greu să mă cuplez din nou, chiar dacă sînt abordată. În acele momente prefer să-mi scurtez vizita și revin acasă". Altă dată, i-am propus să se adreseze tuturor persoanelor de la serată care purtau ceva roșu. Pe Clementine a amuzat-o să aibă astfel o „misiune de îndeplinit", a cărei logică o cunoștea doar ea.

Să luăm inițiativa pentru a nu ne comporta ca un copilăș în așteptarea aprobării: ca întotdeauna, aceste exerciții nu sînt propuse „sec", așa cum vi le relatez aici. Ele sînt însoțite de o întreagă pleiadă de discuții referitoare la „de ce" și „cum" ale fricilor timizilor noștri. Dar fără ele, aceste discuții s-ar învîrți în mod steril în cerc...

Să învățăm să ne afirmăm cu calm

Mașina lui Martin a făcut pană. Un panou indică un garaj la trei kilometri. Martin se va duce, așadar, acolo pe jos. Pe drum, începe să reflecteze: „Cum sînt în mare încurcătură, mecanicul auto va putea profita de asta. Nu cunosc nimic despre mecanică în domeniul ăsta, îmi poate spune orice și mă poate face să plătesc un preț exorbitant. Mecanicii ăștia auto sînt toți niște escroci. Mai ales că-și va da seama că sînt un turist. Însă n-o să mă las prostit. M-am săturat să mă las păcălit și să fiu luat drept un fraier". Ajuns la locul cu pricina, Martin este foarte pornit și abia 1-a salutat mecanicul, că îi zice: „Vă puteți băga reparațiile undeva!"

Povestesc adesea această întîmplare pacienților mei. pentru a le vorbi despre afirmarea de sine. Afirmarea de sine grupează un întreg ansamblu de tehnici menite să-l facă pe celălalt să înțeleagă punctul nostru de vedere fără să se simtă agresat. O persoană care nu știe să se afirme, mai precis care nu

știe să spună „nu”, nu îndrăznește să ceară un serviciu sau să-și arate nemulțumirea, oscilează în mod continuu între inhibiție - să nu-și exprime nevoile, dar să se supere pe ceilalți, fiindcă nu le-au ghicit sau anticipat - și agresivitate - să-și expună nevoile în mod ostil și ofensiv, pentru a nu fi discutate sau puse sub semnul întrebării.

La fel ca în cazul tracului, trebuie să învățăm aceste persoane timide să nu perceapă raporturile sociale ca pe niște înfruntări, raporturi în care nu poți fi decât dominant sau dominat, în care există neapărat cineva care greșește și cineva care are dreptate, cineva care câștigă și cineva care pierde. Scopul este să ne plasăm pe terenul contactului social și al colaborării. Dacă sînt în litigiu sau în dezacord, să încerc mai întâi să dialoghez înainte să agresez. Logic? Da, doar că, sub impulsul furiei, ea însăși facilitată de frică și de lipsa de stimă de sine, timizii oscilează adesea, cînd decid să intervină, de la inhibiție la agresivitate.

Tehnicile de afirmare de sine sînt uneori folosite în grup și au reprezentat un avans important în ajutorul adus persoanelor, timide, oferindu-le posibilitatea de a exersa în stiluri de comunicare eficace, pe care educația sau traiectoria lor de viață nu le-au dat ocazia să le învețe²⁰². Ele sînt cu precădere utile copiilor și adolescenților timizi: intervenții precoce le pot aduce mult confort și îi pot scuti de multe tatonări, adică suferințe²⁰³. Ca întotdeauna, aceste transformări comportamentale deschid calea spre o modificare a viziunii despre lume, cu o privire „mai” egalitară, o mai bună stimă de sine etc.

Atenție, ca și în cazul tracului, anumite timidități sînt maladive: un studiu recent a arătat că aproximativ 20% dintre subiecții depistați ca timizi sufereau, în fapt, de fobie socială²⁰⁴. Vom aborda în continuare aceste frici sociale extreme.

O frică maladivă: fobia socială

Povestea lui Maxime ne duce cu mult timp în urmă. A fost de mai multe ori considerat de medici drept un depresiv, un alcoolic, un schizofrenic. Suferea, în realitate, de o fobie socială.

Copil, Maxime era un băiețel mai degrabă timid, dar foarte bine adaptat vieții în grup. Cu toate că era rezervat la cursuri și ușor intimidat cînd trebuia să iasă la tablă, Maxime avea prieteni, era integrat într-o „gașcă”.

Lucrurile s-au stricat în adolescență, în clasa a XI-a: în mod ciudat, Maxime a început într-o zi să tremure în sala de mese a colegiului după ce și-a luat paharul ca să bea. S-a gândit că era un pic obosit și nervos. Dar a doua zi, Maxime a simțit o mică teamă înaintea mesei și l-a apucat din nou tremuratul ducându-și paharul cu mîna acoperită la gură. A treia zi, s-a întîmplat la fel luînd farfuria din mîinile unui coleg. A avut impresia că, de fapt, acesta din urmă i-a observat tremuratul și-l privea ușor tulburat; cu toate acestea, nu i-a făcut nici o remarcă. Pe urmă, Maxime a evitat să mai bea în sala de mese și strîngea puternic furculița în mînă, pentru a nu mai tremura. După o vreme, a decis să nu mai frecventeze cantina și să meargă mai degrabă în sala de clasă între orele 12-14. Treptat, a început să se simtă rău la cursuri: se temea să nu tremure ieșind la tablă; se temea mai ales de orele de chimie, unde trebuia uneori să transfere lichide dintr-o eprubetă în alta sub privirea elevului așezat alături de el sau, mai rău, a profesorului. În autobuzul școlar, era jenat de priviri și simțea că, în acele momente, îi tremura capul. Prin urmare, le-a cerut părinților lui să-i cumpere o motoretă, fără să le mărturisească motivul. De acum înainte, se ducea la liceu pe două roți, fie că ploua, ninge sau bătea vîntul. Orice, numai să scape de angoasele din autobuz. Puțin cîte puțin, aceste frici s-au generalizat, iar el a început să se izoleze din ce în ce mai des. A reușit să-și ia bacul în condiții dificile: nu suporta, la probele scrise, să simtă privirea supraveghetorilor care-l observau, poate, în timp ce scria. Așadar, nu-și completa foile decît atunci cînd aceștia, plimbîndu-se prin sală, îi întorceau spatele.

A trebuit să renunțe la studiile universitare: nu suporta amfiteatrele pline ochi, unde era obligat să ajungă printre primii pentru a fi sigur că prindea un loc în colț, în spate, și unde, în orice caz, nu putea lua notițe. Și-a dat, deci, toate examenele de licență prin corespondență. Fiindcă era dotat, le-a trecut și a devenit inginer. Incapabil să se prezinte la un interviu de angajare, fiindcă îl apuca un tremurat îngrozitor (sau, cel puțin, așa i se părea), a fost angajat de niște prieteni de familie, cărora nu le-a mărturisit nici odată nimic. Totul a mers bine inițial, dar cu timpul a început să consume alcool, pentru a suporta zilele de lucru, ședințele pe care nu le putea evita, cu toate că a fost considerat maestru în arta de a-și muta gândurile în cu totul altă parte în acele momente. Avea întotdeauna asupra lui sticlute de votcă, în

eventualitatea unei situații speciale neprevăzute, cum ar fi o convocare la superiorul lui sau o întâlnire neplanificată: își dăduse seama că tremura mai puțin când consuma alcool. Și i se părea că votca avea un efect rapid și-i parfuma puțin halena. Era apreciat în întreprinderea lui, întrucât se dovedise un muncitor harnic și amabil cu toată lumea. Una dintre colege s-a îndrăgostit de el, i-a făcut curte și s-au căsătorit.

Maxime continua să bea, din ce în ce mai mult, și în mod „preventiv”: înainte de a se duce la muncă dimineața, înainte de a merge la cumpărături în weekend sau la seratele cu prietenii, când nu găsea un pretext plauzibil ca să le evite. În mod curios, nu înțelegea bine ce i se întâmpla. Cei doi medici generaliști pe care i-a cunoscut au menționat stresul, surmenajul, nervozitatea; au prescris tranchilizante, care au avut un efect modest. În orice caz, erau, în mod clar, mai puțin eficiente decât alcoolul, pe care continua să-l consume. Uneori făcea amestecuri din cele două, care-l amețeau bine, dar îl calmau. Medicul lui generalist l-a trimis la un psihoterapeut, însă acesta s-a mulțumit să-i pună întrebări și să-l asculte. După o vreme, Maxime s-a săturat de aceste ședințe în care trebuia „să monologheze în fața unui sfînx în penumbra unui cabinet” și care, în ochii lui, nu-i aduceau mare lucru.

Situația lui s-a degradat treptat, sfîrșind prin a fi concediat. Soția lui născuse de un an, iar el a profitat de ocazie pentru a sta cu bebelușul acasă. Asta i-a accentuat și mai mult degringolada: a început să iasă din ce în ce mai puțin și din ce în ce mai greu. Avea impresia că toată lumea de pe stradă îl privea și nu-l vedea decât ca pe „șomerul tremurînd care se tîrăște cu țîncul lui prin cartier”. Nu se mai ducea nici la cumpărături, nici cu fiul în parc. Soția lui a decis să-și înscrie copilul la creșă, simțind că situația era toxică atît pentru tată, cît și pentru fiu. Lui Maxime nu-i mai rămînea decât o activitate: să-și însoțească la creșă copilul dimineața și să-l ia seara acasă. Pentru asta trebuia să bea o jumătate de litru de votcă înainte de fiecare traseu, ceea ce însemna un litru pe zi, dacă nu avea alte obligații sociale: să se ducă să caute un pachet recomandat la poștă, să primească muncitori în apartament... În aceste cazuri, dozele creșteau. Soția lui Maxime l-a însoțit la consultații la mai mulți psihiatri. Unul l-a spitalizat pentru o cură de dezintoxicare: Maxime a început să bea din nou încă de la ieșire. Altul a

cerut să-i vadă soția între patru ochi și a anunțat-o că soțul ei era schizofrenic. Într-adevăr, Maxime era „bizar”, cum sînt uneori acești pacienți: evitînd privirile, vorbind puțin, exprimînd cu stîngăcie ce simțea. I-au fost prescrise diverse medicamente, fără mare succes.

Într-o zi în care Maxime, probabil, s-a alcoolizat prea repede, s-a rătăcit pe stradă, ducîndu-se să-și ia fiul de la creșă. A fost „cules” de un comerciant care l-a recunoscut și căruia a încercat să-i relateze povestea lui: a bolborosit numele fiului său, a izbucnit în lacrimi, vorbind despre dorința lui de a muri... A fost ridicat, împleticindu-se, de pompieri și dus la spital. După un bilanț și o consultație amănunțită, unul dintre psihologii noștri a pus, în cele din urmă, diagnosticul corect: Maxime suferea de o fobie socială foarte severă. După un an de tratament adaptat, era vindecat...

Povestea lui Maxime uimește întotdeauna studenții. Și-i impresionează prin veritabilul parcurs de combatant al acestui subiect înainte de a fi diagnosticat potrivit pentru fobia lui. Între momentul în care primele lui tremurături și primele evitări au apărut și cel în care boala lui Maxime a fost identificată, s-au scurs douăzeci de ani. Povești ca a lui sînt nenumărate în unitatea noastră de îngrijiri, specializată, între altele, în acest tip de fobii.

► Fricile sociale la maximul lor

Fobia socială se definește printr-o frică socială intensă și invalidantă: persoana care este afectată de ea se teme să le dezvăluie observatorilor sau interlocutorilor ei vulnerabilitatea sa (înroșindu-se, tremurînd, transpirînd) sau limitele ei (arătîndu-se prea puțin inteligentă sau cultivată).

Din cauza acestui fapt, situațiile sociale în care individul se simte vulnerabil vor provoca inițial mare suferință, iar cel mai adesea sînt evitate, chiar dacă asta trebuie să pună numeroase probleme sociale sau profesionale. Ieșitul la cumpărături poate crea panică și căutarea unui loc de muncă e posibil să devină o misiune imposibilă; șomajul este, de altfel, o dramă pentru fobicii sociali, cel mai adesea incapabili să depășească parcursul de obstacole al interviurilor de angajare. Gravitatea fobiei sociale va depinde, între alți factori, de situațiile temute: dacă sînt numai situații de performanță, precum a vorbi în cadrul unui grup sau a îndeplini o sarcină în public, deficiența rămîne moderată. Dacă, în plus, se teme de interacțiunile cotidiene cu semenii săi, ca să stea de vorbă sau să cunoască alți oameni,

Evitări limitate și anxietate de confruntare moderată.	Evitări frecvente și anxietate de confruntare foarte importantă.
Persoana este percepută de anturaj ca timidă și emotivă.	Persoana este percepută de anturaj ca distantă și bizară.
Sentiment de tristețe după performanțele sociale „ratate”.	Sentiment de rușine profundă după performanțele sociale „ratate”.
Alterare moderată a calității vieții.	Alterare importantă a calității vieții.

► Fobia socială poate avea diferite fețe

În cazul în care cea mai mare parte a situațiilor sociale constituie surse de teamă, chiar cele mai anodine în aparență, vorbim despre fobii sociale generalizate. Persoana se simte judecată, indiferent ce are de făcut: să stea în fața cuiva într-un mijloc de transport în comun, să discute cu un vecin sau să cumpere un produs obișnuit de la un vânzător. Pacienții au recurs adesea, pentru a-și ascunde vulnerabilitatea emoțională, la niște strategii de disimulare: să se machieze pentru a masca o înroșire, să tacă pentru a nu spune prostii, să evite privirile pentru a nu-și trăda jena printr-o expresie îngrijorată... sau, pur și simplu, să iasă cât mai puțin posibil din casă.

Alte fobii sociale sînt numite elective și sînt specifice unui număr limitat de situații, de exemplu luarea cuvîntului în public: se estimează că 10% din ansamblul populației prezintă o fobie de a lua cuvîntul în public²⁰⁸. Cifra urcă la 30% dacă includem persoanele cărora le este foarte frică, dar se estimează că teamă asta nu a provocat neapărat suferință sau deficiențe majore în existența lor. Trebuie diferențiate aceste fobii sociale elective de simplul trac: majoritatea oamenilor simt, într-adevăr, o teamă, uneori puternică, înainte de a vorbi în public. Însă de îndată ce încep să vorbească, ea se disipează: teama este maximală înaintea acțiunii, apoi scade rapid, pentru a ajunge chiar la un sentiment de ușurare odată intervenția terminată. În schimb, în fobia socială, indispoziția persistă sau chiar crește în timpul cuvîntării și nu încetează la sfîrșitul acesteia decît pentru a face loc unui sentiment de rușine și eșec.

Fobia socială poate fi asociată cu niște profiluri foarte variate de personalitate²⁰⁹: există printre fobicii sociali atît sociabili, cît și mizantropi, ca în ansamblul populației. Unii dintre acești pacienți prezintă personalități numite evitante: ei sînt foarte sensibili la judecata altuia, nu se implică în

relațiile sociale decît cu condiția de a fi siguri că sînt acceptați, se percep inferiori altora etc. Sensibilitatea lor accentuată la respingere îi face foarte interpretativi: un zîmbet va fi perceput cu ușurință ca disprețuitor sau compătimitor, însă lipsa acestuia va fi interpretată ca un semn de respingere sau de dispreț.

Alți pacienți aleg confruntarea: înfruntă, în ciuda fricii lor, situațiile sociale de care se tem. Datorită acestui fapt, aceste persoane pot exercita responsabilități sociale înalte. În ceea ce privește contactul social, se manifestă adesea cu răceală sau o relativă agresivitate, permițîndu-le să țină anturajul la distanță. Aceste atitudini de indiferență față de celălalt sau de impasibilitate aparentă nu sînt decît de suprafață, pentru că angoasa este foarte prezentă, iar prețul ei emoțional este ridicat; anumite lucrări sugerează, de exemplu, că astfel de pacienți ar prezenta un procent anormal de ridicat al tulburărilor cardiace legate de stres.

Anumite fobii sociale sînt centrate pe teama apariției unor simptome fizice: în principal, înroșitul, tremuratul sau transpiratul. Unii dintre acești pacienți cred că, dacă i-am vindeca de simptomul lor fizic, n-ar mai avea nici o problemă. Ei optează chiar pentru chirurgie: sînt practicieni care propun o secționare a nervilor simpatici, responsabili anatomic de înroșire. Dar nu există studii controlate riguroase care să dovedească eficacitatea acestei chirurgii mutilatoare și ireversibile. Și rezultatele ei sînt foarte aleatorii, în funcție de pacienți, inducînd adesea efecte secundare, precum transpirații abundente ale părții de jos a corpului... Aceste fobii sociale centrate pe teama apariției unui simptom fizic prezintă un ansamblu de caracteristici particulare, de aceea o vom detalia puțin pe cea mai frecventă dintre ele...

► **Teama de a roși**

„E suficient ca o persoană să declare în prezența mea: «Mi s-a furat umbrela» și imediat mă tulbur, îmi schimb culoarea. E paradoxal, deoarece nu pot suferi umbrelele și nici măcar nu mă interesează! Da, iau instantaneu un «aer de circumstanță», un aer care nu se poate să nu pară dubios în ochii celorlalți. Simt nevoia să mă disculp. Mă bîlbîi. Improvizez două sau trei povești, uneori mincinoase, pentru a stabili că nu știam de existența acestei umbrele, că eram absent cînd umbrela aceasta a dispărut...”

Aceste rînduri sînt extrase din Jurnalul lui Salavin, una dintre numeroasele lucrări ale unui scriitor astăzi căzut în dizgrație: Georges Duhamel. Ele ilustrează de minune frămîntările persoanelor ereutofobe.

Din grecescul ereuthos, care înseamnă roșu, ereutofobia, această spaimă obsesivă de a roși, este una dintre cele mai dureroase forme de frică socială. Înroșirea este, de altfel, proprie ființei umane: nici o altă specie nu prezintă acest tip de manifestare asociat cu teama sau jena. În ereutofobie, înroșirea este total incontrolabilă și chiar agravată de tentativele de control: cu cît subiectul se forțează să nu se îmbujoreze, cu atît se concentrează pe tulburarea lui și se îngrijorează din cauza ei, amplificînd-o și mărimdu-i nivelul de activare emoțională.

„Odată apărută, înroșirea mă acaparează și zdrobește restul”, îmi povestea Héloïse, o pacientă. Persoana care se teme să nu roșească, și care începe să roșească, se va simți profund incomodată să continue corect discuția în care era angajată, concentrîndu-se pe tulburarea ei („nu-i normal”, „începe din nou”, „ce se va crede despre mine?”), în loc să fie atentă la interacțiunea în curs. De altfel, tulburarea provocată de înroșit, mai mult ca înroșitul în sine, este cea care, în general, atrage atenția asupra celor care roșesc: se opresc din vorbit sau nu mai răspund decît prin monosilabe, devin nervoși sau încremenesc, ca și cum ar fi absenți. Sînt pe punctul de a simți că roșesc, de a simți că „se topesc”, neputincioși și descurajați. „Este ca și cum eram pe punctul de a face pe mine vorbind cu cineva”, îmi spunea într-o zi Héloïse.

După o anumită perioadă de evoluție, înroșitul, asociat la origine cu situațiile jenante, sfîrșește prin a apărea în mod anarhic, chiar în lipsa oricărei mize emoționale: o tăcere, un subînțeles, o privire pot fi factori declanșatori. Cu toate că asta poate părea ciudat și disproporționat unui observator din afară, înroșitul în fața altcuiva reprezintă pentru ereutofob cea mai mare dezonoare. Subiectul este convins astfel că interlocutorul va face numaidecît o serie de considerații depreciative: „O persoană care roșește este o persoană fără valoare, fără personalitate, fără interes, fără forță, fără virilitate (pentru bărbați), sexual tulburată de interlocutorul său (pentru femei)”.

De aceea, ereutofobii vor utiliza numeroase stratageme de disimulare: machiaj sau meșe lungi de păr la femei, gulere întoarse chiar și vara, pentru

a masca înroșirile decolteului, perdele trase, în scopul de a asigura o penumbră protectoare, pseudo-strănuturi, ca să-și ascundă fața într-o batistă, chiar fuga precipitată de privirile indiscrete... Putem înțelege deci cum teama de înroșit în fața altuia capătă la acești subiecți un aspect obsesional și proporții uneori prost înțelese de anturaj, fiecare circumstanță socială devenind obiectul unei evaluări: „Această situație riscă să mă facă să roșesc în fața celorlalți?” După cum am văzut, această polarizare sfârșește, de altfel, prin a deveni în sine unul dintre principalii factori declanșatori ai înroșitului, chiar dacă, în mod evident, remarcile eventuale ale anturajului întăresc durabil și obiectiv înroșitul²¹⁰.

Mulți dintre subiecții ereutofobi sînt convinși la început că tulburarea lor are o origine hormonală sau circulatorie. Un psihiatru din Belle Epoque²¹¹ povestea cum a fost vindecat, din păcate temporar, un pacient obsedat de această teamă de a roși, făcîndu-l să creadă că i se prelevase sînge pentru a se elimina un exces de sînge! Lucrurile sînt, desigur, mai complexe. Mecanismul psihologic standard al subiectului ereutofob poate fi rezumat după cum urmează:

- Subiectul este mai întîi convins că pînă și cea mai mică înroșire a chipului sau decolteului său este vizibilă din exterior: „Jena mi se citește pe față”.

- Crede că detaliul ăsta va fi reperat de către interlocutor: „Toată lumea va observa rapid”.

- Apoi deduce din asta că interlocutorul lui va atribui acestei înroșiri o judecată de valoare negativă: „Nu-i fără urmări, se va descoperi că sînt slab și vulnerabil”.

- Este convins că această judecată de valoare va genera niște comportamente de respingere, mai mult sau mai puțin ironice sau disprețuitoare: „O să-și bată joc de mine sau o să mă respingă”.

- Convinș de aspectul ineluctabil al acestei înlănțuiri, concluzionează că e mai bine să facă orice - și deci să fugă - pentru a evita momentul: „Orice, numai să nu roșesc în fața altora”.

Fără îndoială, la ereutofobi, neînțelegerea despre fricile sociale atinge cotele maxime: acolo unde anturajul nu vede decît o trăsătură de caracter

fără importanță și fermecătoare, persoanele care suferă de înroșiri incontrolabile se percep ca grav vulnerabile și puternic afectate.

Știința fricilor sociale

O veste bună pentru persoanele care suferă de frici sociale: după ce au fost uitate de terapeuți și cercetători decenii întregi, ele revin, în sfârșit, sub lumina reflectoarelor, beneficiind deja de unele progrese în materie de tratament. Aceste informații pe care vi le propun despre starea cercetării nu ilustrează o simplă plăcere științifică, ci permit persoanelor cu frici excesive să se învinovățească mai puțin în fața vulnerabilității lor emoționale și să se implice mai mult, înțelegând sensul anumitor eforturi cerute. În fața unei fobii, este inutil să te judeci, dar este necesar să te concentrezi la maximum să o combați...

► O amigdală cerebrală foarte sensibilă la chipurile ostile?

Prezentînd foarte rapid, pe un ecran de calculator, fotografii cu chipuri amenințătoare unor persoane cu fobii sociale, ne dăm seama că, de fapt, acestea din urmă le detectează mai rapid ca niște persoane care nu suferă de această patologie²¹². Ele reperează în egală măsură mult mai repede chipurile ostile decît chipurile neutre²¹³. Aceste rezultate arată că nu este vorba despre o hipersensibilitate „oarbă” la chipurile umane, ci, pur și simplu, exagerarea unui mecanism adaptat de depistare rapidă a semnalelor de potențială amenințare, chipurile ostile reprezentînd pentru specia noastră un risc crescut de atac, verbal sau fizic. Cînd studiem ceea ce se întîmplă la nivel cerebral în aceste momente, ne dăm seama de următorul lucru: contemplarea fețelor care exprimă furie sau dispreț - alt obiect de frici sociale - provoacă o activare puternică la nivelul amigdalei cerebrale - tot ea - la pacienții cu fobii sociale²¹⁴.

O dată în plus, aceste rezultate nu înseamnă că fricile sociale excesive nu provin „decît” dintr-o mașinărie cerebrală, ci că pacienții aceștia trebuie să lupte împotriva unei realități biologice palpabile, de care trebuie ținut seama în tratamentele pe care ne pregătim să le propunem. Așa se explică și necesitatea, uneori, a unui tratament medicamentos și întotdeauna a unor psihoterapii cu impact emoțional.

► Concentrarea asupra propriei persoane în defavoarea interacțiunii

Una dintre greșelile principale comise de subiecții cu fobii sociale asupra corpului lor care se apără este concentrarea asupra propriei persoane, și mai ales asupra sinelui chiar înainte de a se simți, efectiv, rău și de a o arăta: „Cînd încep să tremur, nu mai reușesc să mă concentrez asupra altui lucru în afara a două întrebări care devin fundamentale în ochii mei: Oare asta se vede? Cum să ies din această încurcătură? Din acest moment, conversația în curs este terminată pentru mine". Această predispoziție atențională, cum o numesc psihologii cognitivști, o întâlnim doar în situații sociale²¹⁵. Fobicii sociali nu sînt neapărat narcisiști: dacă își centrează atenția asupra lor, o fac pentru că se simt în pericol, din cauza manifestărilor lor de emotivitate, pe care le consideră un factor de vulnerabilitate la posibilele agresiuni ale celuilalt. Aceste fenomene sînt, evident, caracteristice la pacienții ale căror frici sociale provin din temerea de a manifesta un simptom fizic jenant și ușor vizibil, precum înroșitul²¹⁶. Și în acest caz, autosupravegherea este la maximum.

► O tendință spre autocritica feroce...

Persoanele care suferă de frici sociale sînt adesea cei mai mari inamici ai lor, criticîndu-se cu o mare ferocitate: nimănui din jurul lor nu i-ar veni ideea să meargă atît de departe cu reproșurile. Au frecvent gînduri, dar și imagini „foarte” negative în privința lor, care, după cum s-a arătat, le întrețin și agravează, desigur, fricile sociale²¹⁷. Frecvența acestor gînduri negative apropie în mod clar fobia socială de depresie, o altă patologie care oferă o imagine foarte alterată despre sine²¹⁸. De altfel, dintre toate fricile excesive, se pare că fricile sociale sînt cele care expun cel mai mult la riscul de depresie; ele sînt, în orice caz, cele care generează procentul cel mai ridicat de emoții negative în viața cotidiană. Din fericire, psihoterapiile modifică eficace aceste înlănțuiri repetate de idei sumbre în legătură cu sine²¹⁹.

► Toxicitatea insidioasă a ideilor negative după confruntările sociale

Am menționat despre rolul rușinii, o altă mare emoție potențial distructivă, mai ales atunci cînd se asociază cu fricile sociale. Chiar dacă nu sînt în mod clar deprimați, pacienții cu fobii sociale își petrec mult timp repetînd întruna gînduri „foarte” negative despre ei înșiși după confruntările lor sociale²²⁰. S-a arătat că ideile acestea obsedante joacă un rol foarte toxic în agravarea sentimentelor de rușine și lipsă de demnitate: ele reprezintă

într-o oarecare măsură cimentul, liantul care va imprima durabil în memoria persoanei emoțiile negative asociate cu situațiile înfruntate. De aici și dificultățile ulterioare de a-și lua măsuri de precauție și o tentație de a reacționa la aceste dureri viitoare prin evitare. Atenție, așadar, la aceste perioade de repliere asupra propriei persoane care urmează eforturilor de confruntare! Ele nu joacă niciun rol reparator, ci, dimpotrivă, distructiv. Și în acest caz, psihoterapia are un efect favorabil asupra acestui mecanism insidios toxic²²¹.

► Rolul furiei, mai ales al celei înăbușite, și riscul supunerii

Fricile sociale implică un număr mare de renunțări: nu sîntem îndrăzneți, va trebui să renunțăm, să batem în retragere de îndată ce interlocutorii ridică tonul sau chiar sprînceană. După cum am văzut, acest lucru va spori frecvența gândurilor și emoțiilor de tristețe și de autoevaluare: „Nu sînt bun de nimic, nici măcar nu sînt în stare să cer restul de la brutăreasă, privind-o în ochi fără să tremur”. Însă aceste numeroase renunțări provoacă și un mare număr de frustrări și s-a demonstrat că, printre persoanele care simt frici sociale importante, mulți aveau sentimente frecvente de furie²²². Pacienții care suferă de frici sociale intense le „poartă pică” multora: părinții, apropiații, persoanele care le fac remarci sau care îi observă intens...

Multe emoții negative toxice le alterează astfel existența cotidiană, afectată deja de fricile lor. În plus, mulți dintre ei își reprimă și „înăbușă” furia, în loc s-o exprime într-o manieră potrivită, atitudine care s-a demonstrat că este nefastă pentru echilibrul general. Ca întotdeauna, aceste date sînt, în mod clar, ameliorate după terapie²²³.

Cum să tratăm fricile sociale severe?

Mai mult ca orice altă formă de frică patologică, fobiile sociale induc, an după an, o modificare profundă a obiceiurilor de viață, bazate pe evitare și disimulare. De aceea, terapeuții vizează două obiective succesive: mai întîi, anihilarea înlănțuirii sufocante a bolii, prin explicații și medicamente, însă și prin primele eforturi de nesupunere la fricile sociale. O astfel de terapie durează, în general, cîteva luni. Apoi punerea în practică a noi reflexe sociale, a noi obiceiuri de viață. Această muncă poate lua ani întregi, dar prezența terapeutului nu este la fel de necesară ca în prima fază: esențialul este ca pacientul să perceapă că a intrat din nou pe făgașul normal...

► Medicamentele

Ca întotdeauna în fobii, tranchilizantele oferă un ajutor provizoriu, atenuând fricile. Ca întotdeauna, ele sînt insuficiente. Ca întotdeauna, mai degrabă antidepresivele care acționează asupra serotoninei sînt cele care reglează cel mai bine frica și vor ajuta persoana să-și modifice treptat automatismele comportamentale și psihologice. Două medicamente au obținut recunoașterea eficacității lor asupra fobiei sociale în Franța: paroxetina (Deroxat) și venlafaxina (Effexor).

► Psihoterapiile

Terapiile comportamentale și cognitive (TCC) au făcut dovada eficacității lor în cadrul numeroaselor studii științifice și al protocoalelor de cercetare, dar și pe teren, în condiții variate²²⁴. Prin intermediul lor se poate începe astăzi tratamentul fricilor sociale severe. TCC în cazul fobiei sociale se sprijină pe aceleași baze precum în cazul tuturor celorlalte fobii, astfel încît se recomandă tratarea în grup de fiecare dată cînd este posibil: în afara sentimentului liniștitor de a întîlni persoane avînd aceleași suferințe (mulți dintre acești pacienți își imaginează că sînt unici și disperat de singuri în fobia lor), grupul permite, evident, realizarea exercițiilor de expunere foarte particulare²²⁵.

► Exercițiile de expunere pentru a lupta împotriva fricilor sociale

Vă povesteam, la începutul capitolului, cîteva dintre exercițiile efectuate adesea în terapiile noastre de grup. Există multe altele, pe care le propunem personalizat, în funcție de dificultățile întîlnite de participanți, ideea de bază fiind simplă: „Dacă vă înspăimîntă ceva în viață, atunci e mai bine să exersați să înfrunțați lucrul respectiv aici”. Iată cîteva dintre principalele exerciții de expunere pe care le utilizăm:

- Subiectul să fie observat în tăcere de întregul grup, cincisprezece minute, forțîndu-se, desigur, să privească pe toată lumea în ochi. Acest exercițiu este foarte dificil și foarte util. Confruntă pacienții cu lucrul de care se tem cel mai mult: să fie în centrul atenției, fără cea mai mică posibilitate de a se proteja vorbind sau făcînd ceva.

- Să ia cuvîntul în fața întregului grup, pentru a improviza asupra unui subiect la întîmplare (ultimul lui weekend, o amintire de copilărie, un film

văzut recent...), fără să se grăbească așa cum procedează de obicei, de teamă să nu fie neinteresant sau să se declanșeze o reacție de emotivitate.

- Să suporte niște remarci în privința jenei lui („Ai roșit”, „Nu pari în largul tău”), mai întâi fără să răspundă la ele, apoi răspunzându-le într-un mod nici agresiv („Dar te-ai uitat la tine?”), nici supus („Este adevărat, am o groază de probleme, sînt foarte bolnav”). Scopul este să învețe mai întâi să suporte emoțional acest gen de remarci, în realitate destul de rare într-o viață de adult, înainte să dea un răspuns care, în caz contrar, ar fi prea marcat de emoțiile patologice de frică sau furie.

- Să vorbească despre sine: cine sînt, ce-mi place, ce nu-mi place... Fără să caute să se sustragă, mai întâi răspunzînd la întrebările precise ale grupului, pe urmă spontan. Am văzut că, adesea, fobicii sociali se feresc să vorbească despre ei, atît de mult le este rușine de ce sînt sau ce fac.

- Să fie refuzat o dată, de zece ori, de douăzeci de ori, pînă cînd simte că asta nu-i va mai crea o indispoziție emoțională: trebuie să se desensibilizeze de alergia la nu. Multor persoane nu le place să ceară din teama de refuz, care le dă un sentiment de eșec și umilire. Utilizăm jocuri de rol în care persoana trebuie să ceară ceva tuturor membrilor grupului, abordîndu-se unii pe alții și auzindu-se răspunzînd „nu” de fiecare dată. Este adesea mult mai dur decît ne putem imagina, atît de profund este înrădăcinată în orice ființă umană ecuația „refuz = respingere” - nu numai în cei care suferă de frici sociale.

- Celor care se tem să nu tremure li se cere să mănînce mazăre sau porumb cu o furculiță sau spaghetti bolognese în fața grupului care observă tăcut. Sau să ducă la gură un pahar plin ochi, să toarne lichidele dintr-o sticlă în alta etc. Atenție, scopul nu este să nu tremure: dimpotrivă, le cerem pacienților noștri să nu se abțină să tremure, verificăm să nu-și țină lipit brațul de corp sau să nu-și încordeze mușchii, chiar fără să-și dea seama de asta (sînt atîția ani de cînd se protejează în felul acesta!). Țelul este să nu le mai fie nici frică, nici rușine să tremure în fața altora. Să uzeze și să obosească reacția emoțională de frică și rușine legată de tremurat, ceea ce, în mod secundar, va implica reducerea și adesea dispariția tremurăturilor.

- Să cînte la chitară, să danseze, să cînte în fața altora. Și în acest caz, nu ca s-o „facă bine”, ci ca să-și ofere dreptul s-o facă, chiar dacă nu se pricep.

Acest exercițiu prilejuiește momente destul de emoționante, deoarece mulți pacienți nu au evoluat nici odată astfel în public. De altfel, nu ezit - ca terapeut angajat! - să le dau exemplul cuiva puțin dotat, dar care nu se ferește s-o facă, schițând chiar eu câțiva pași de dans în fața lor sau cîntînd fals. În ambele cazuri, nu trebuie să mă prefac!

► **Exerciții utile și terapeuților**

Ne prelungim adesea ședințele prin niște exerciții efectuate în afara serviciului, pentru a testa terenul reflexelor lucrate pe grup, ducîndu-ne în diferite magazine sau galerii comerciale, în metrou, pe stradă. Aceste expuneri sînt foarte eficace, însă foarte agitate pentru pacienții noștri din punct de vedere emoțional, deoarece ele reprezintă niște eforturi cu adevărat importante. Cu regularitate, stagiarii mei psihologi, ale căror frici sociale sînt în mod normal mai scăzute decît cele ale pacienților pe care-i tratăm, îmi mărturisesc în ce situații aceste exerciții i-au învățat și lucruri despre ei înșiși. Îmi amintesc de o stagiară venită să asiste la una dintre ședințele noastre de terapie, căreia i-am cerut să se prezinte în picioare în fața grupului, alcătuit totuși din opt pacienți și tot atîția stagiaari sau coterapeuți.

Ea a roșit foarte, foarte tare! Și-a dat seama de asta, dar a reacționat normal, a zîmbit, și-a dus mîinile la obraji, spunînd: „Ia te uită, vedeți, nici pentru mine situația aceasta nu-i ușoară, simt că roșesc". Apoi s-a întors la locul ei, un pic jenată, însă nu rușinoasă, întrucît a participat ulterior zîmbind și punînd numeroase întrebări. Încîntat de noroc, am intervievat-o din nou la încheierea ședinței în fața pacienților, pentru a insista pe ceea ce a simțit în momentul în care a roșit: „Eram, într-adevăr, stînjenită și tulburată, îmi spuneam că dădea rău pentru o viitoare terapeută să se îmbujoreze chiar ea. Apoi mi-am zis că nu urma să mă concentrez pe asta și am trecut la altceva". Pacienții mei ereutofobi o ascultau atent și sînt convinși că ea le-a făcut mult bine roșind astfel, dar mai ales fiind sinceră și recunoscînd-o. Pacienții au nevoie să descopere că terapeuții nu aparțin unei rase de persoane superioare. Nu mai mult ca oricine altcineva, de altfel. Toți terapeuții din grupul meu, inclusiv eu, povestesc întotdeauna pacienților propriile lor cazuri de frici sociale. Ei practică în egală măsură aceleași exerciții sau mai rău chiar. Dacă vreau ca pacienții mei să exerseze pentru a suporta sentimentul de a fi ridicoli, trebuie să mă expun și eu ridicolului.

Este o simplă chestiune de etică: să nu ceri nici odată pacientului să facă ceva ce tu nu ești capabil să faci. Iată cum mă trezesc uneori că merg în cartierul spitalului Sainte-Anne cu turul pantalonilor lăsați sau cu cămașa ieșită, sau cu șlițul deschis, ori cu fața acoperită de picături de sudoare, sau pe cap cu o pălărie absurdă și în afara sezonului... urmat de un pacient care a primit sarcina să observe reacțiile trecătorilor (în general, nu-i interesează), înainte de a practica și el exercițiul.

Toată această muncă necesită, în mod evident, o puternică alianță terapeutică: pacienții noștri trebuie să simtă că avem stimă și simpatie pentru ei, iar aceste sentimente trebuie să fie reciproce. În caz contrar, nu ne vor urma în ceea ce li se pare la început o aventură ciudată, în vreme ce pentru noi este o terapie solidă științific, codificată și validată. Intensitatea acestor ședințe, uneori solicitante emoțional, prezintă în egală măsură un avantaj neașteptat, pe care mi l-a rezumat astfel o pacientă: „Hm! Este atât de dur ce ne faceți aici, că, în comparație cu ce e afară, totul pare ușor!”

► **Lucrul cu gândurile proprii și acceptarea de sine**

Completăm, desigur, această lucrare comportamentală prin niște ședințe de terapie cognitivă, menite să ajute pacientul să-și modifice sistemele de gândire²²⁶. Într-adevăr, fricile sociale sînt asociate cu numeroase greșeli reflexe în evaluările pe care le operăm asupra propriei persoane sau a altora^{227, 228}: cititul gândului (să ghicească ce urmează să gîndească ceilalți), judecată emoțională (confundarea emoțiilor simțite cu realitatea: „Mă simt ridicol pentru că sînt ridicol”), „catastrofizare” (transformarea unei probleme minore în dramă absolută și definitivă) etc. Această muncă se efectuează sub formă de dialoguri cu pacienții noștri, în cursul cărora reflectăm la situații precise, cu ajutorul tabelelor precum cel reprodus în pagina următoare. Ca întotdeauna, este necesar să adăugăm la această abordare centrată pe sistemele de gândire niște exerciții de confruntare pe teren.

Toată această muncă asupra gândurilor este și ocazia de a aborda noțiunea esențială de acceptare de sine. Greșeala pe care o comit adesea pacienții este că vor să-și rezolve problema de frică printr-un hipercontrol: pentru a lupta împotriva tracului meu, îmi învăț expunerea pe de rost; pentru a lupta împotriva tremurăturii, îmi lipesc brațul de corp și-mi încordez mușchii; pentru a lupta împotriva emotivității mele, dau impresia că sînt în largul meu

sau că sînt distant etc. Este o luptă fără sfîrșit: dacă-mi reglez problemele prin hipercontrol, rămîn convins că emotivitatea mea poate reapărea în orice moment și că trebuie tot timpul să controlez, să mă prefac, să mă contrazic. Este un rol inadecvat la care se supun astfel multe dintre persoanele suferind de frici sociale. Singura soluție durabilă este să-și accepte această parte de emotivitate și să-i facă și pe ceilalți s-o accepte. Este obiectul a numeroase ședințe, în care evaluăm avantajele și inconvenientele unei asemenea sincerități, testînd, totodată, prin intermediul jocurilor de rol cel mai bun mod de a vorbi despre asta, în funcție de interlocutori...

Exemplu de rezumat cognitiv pe coloane la un pacient cu fobie socială

Situație provocatoare de anxietate	Gîndire automată	Gîndire alternativă
Cumpărătul unei pîini de la brutărie	Ar trebui neapărat să vorbesc despre ploaie și vremea frumoasă cu un aer relaxat. Probabil că par bizar că nu spun nici odată nimic.	Am dreptul să nu îmi vorbăresc. Însă, în realitate, e suficient să spun o frază sau două de banalități despre vreme, este un ritual social, nimic mai mult.
Ședință de lucru	Nu reușesc să iau cuvîntul, mi-e prea frică să nu spun o prostie sau să nu mă exprim corect.	Nu sînt singurul care se teme să vorbească în public. Dar voi încerca puțin cîte puțin să-mi ofer mai mult părerea: văd bine că se întîmplă oricui să spună lucruri eronate sau să se bîlbîie.
Cumpărătul de haine	Am încercat mai mulți pantaloni și i-am irosit timpul vânzătorului: trebuie să cumpăr unul acum, chiar dacă nimic nu-mi place cu adevărat.	Vînzătorul este acolo pentru asta. Dacă-l explic amabil, va înțelege foarte bine. Mulți oameni probează și nu cumpără nimic. Există, cu siguranță, clienți mai enervanți ca mine.

► Terapia lui Maxime

Vă relatam în paginile anterioare din acest capitol povestea lui Maxime, ajuns alcoolic din cauza fobiei lui sociale. Iată cum a fost tratat.

Maxime urmasese deja un tratament cu un antidepresiv serotoninergic în trecut, dar cum nu a primit nici sfaturile, nici psihoterapia adecvate în același timp, nu s-a bucurat de un beneficiu durabil. Nu și-a luat cu regularitate medicamentele, a fost puțin motivat și jenat de efectele

secundare. Ne-am rezervat de data asta timpul să-i explicăm în detaliu boala lui, ce putea aștepta și ce nu de la tratament, care era, de altfel, necesar în cazul lui ca urmare a intensității fobiei lui sociale, și ce eforturi personale vom solicita din partea lui.

A început astfel o terapie comportamentală individuală cu un psiholog din spital, care a stabilit cu el o listă de obiective care aveau să reprezinte câteva ocazii de reflectat in vivo asupra dificultăților lui și a modului în care le trăia. Această listă vă este prezentată într-un tabel mai departe. Fricile lui Maxime se refereau, în principal, la aspecte legate de teama de a nu începe să tremure: să nu îndrăznească să privească oamenii în ochi, să nu îndrăznească o interacțiune cu ei, să nu îndrăznească să întreprindă o activitate care i-ar putea trăda tremurăturile.

Terapeutul i-a cerut mai întâi lui Maxime să îndrăznească să se confrunte cu aceste situații, apoi, puțin câte puțin, l-a îndemnat s-o facă fără să caute să-și blocheze tremuraturile. La încheierea terapiei, tremuraturile devenise obiectivul principal: era vorba despre a-l provoca voluntar, pentru a-și da seama că nu atrăgea ironii sau agresiuni verbale. Maxime a fost nevoit chiar să răspundă unor remarci cu voce tare, pe care terapeuta le făcea în privința emotivității lui și a tremuraturii sale în locurile publice.

Obiectivul vizat era dublu. Pe de o parte, ca Maxime să înceteze să evite situațiile, să conștientizeze că nu se întâmpla nimic grav și că aproape toți oamenii, pur și simplu, nu-i remarcă tremuraturile. Dacă Maxime putea accepta să gândească asta calm în biroul terapeutei (cogniții „emoțional reci”), ideile precum „toată lumea mă privește și mă consideră patetic” reveneau de îndată ce se găsea în situații sociale (cogniții „emoțional calde”). Confruntarea în situație de activare emoțională era singurul mijloc de a dezamorsa aceste cogniții calde, ceea ce nu se putea realiza doar prin discuție.

Celălalt obiectiv era ca Maxime să învețe să nu se mai panicheze simțind că-i cresc emoțiile de frică și rușine în situații sociale: vrînd să le evite cu orice preț, devenise din ce în ce mai lipsit de apărare și mai incapabil să le înfrunte. Este ceea ce terapeuta lui îi prezenta sub termenul de „obișnuite”: „În loc să fugiți de ele cu orice preț, trebuie să vă obișnuiți cu ele; dacă nu

mai dați înapoi în fața lor, ele vor fi cele care se vor retrage." Și chiar așa s-a întâmplat...

După șase luni de terapie, starea lui Maxime s-a ameliorat considerabil și a reînceput să se gândească plin de speranță la viața lui.

Și-a completat progresele cu șaisprezece ședințe de terapie de grup, în timpul cărora a făcut numeroase exerciții alături de ceilalți șapte pacienți suferind și ei de fobie socială: să vorbească în picioare în fața tuturor, să suporte remarci despre tremuratură și să le răspundă calm, fără să se justifice, să relateze despre el și despre emotivitatea lui fără rușine, să mănânce și să bea încet sub privirea atentă a douăsprezece persoane din grup, tăcute.

După un an de tratament, Maxime era vindecat. Ne-a mărturisit că declicul s-a produs în mintea lui în momentul în care a înțeles, în urma întrebărilor noastre, că îi cunoaștem boala și că nu era, așadar, singurul care suferea de ea. Maxime a reușit să găsească un alt loc de muncă, a avut un alt copil, a suferit o recădere cinci ani mai târziu, ceea ce a necesitat câteva luni de „revizie psihoterapeutică”. În prezent se simte bine.

Fricile sociale ale lui Maxime

Situație	Nivel de frică prezis de Maxime înainte de terapie, din 100
Să stea la terasă unei cafenele privind oamenii trecând.	30/100
Să abordeze persoane pe stradă, ca să le întrebe cât e ceasul sau cum să ajungă într-un anumit loc.	40/100
Să intre într-un magazin și să ceară informații vinzătorului.	40/100
Să se așeze în metrou pe scaunele unde este expus privirii persoanelor din fața.	50/100
Să bea în public.	70/100
Să mănânce în public.	70/100
Să suporte remarci despre tremuratură sau din partea terapeutei, mai întâi în ședință, apoi în afara ei.	80/100
Să tremure voluntar într-un loc public frecventat.	100/100

„M-am săturat să subviețuiesc...”

Teama de celălalt distruge...

Unul dintre pacienții mei care suferea de fobie socială mi-a zis într-o zi că s-a săturat nu să supraviețuiască, ci, pur și simplu, să „subviețuiască: să se teamă de orice și să rateze totul". Obosise să-și petreacă timpul fugind de situațiile sociale în privința cărora visa să se delecteze.

Cum să ne evităm semenii, în vreme ce nu ne putem lipsi de ei? Drama fricilor sociale constă în întregime în această interogație. Fricile și fobiile specifice, pe care tocmai le-am abordat în capitolul precedent, sau chiar tulburarea de panică și agorafobia, pe care le vom descoperi curînd, lasă loc unei stări de bine din clipa în care nu mai sîntem confrunțați cu fricile proprii.

Dar aceste momente de stare de bine sînt mult mai rare în cazul fricilor sociale: o întîlnire, o privire, un cuvînt pot fi angoasante. Și lipsa aceluiași momente, obligația de a le evita, de a fugi de ele ne vor frustra și astfel existența noastră va deveni foarte repede ternă. Așa cum sublinia unul dintre pacienții noștri, „cînd sînt cu ceilalți, mi-e frică, iar cînd sînt singur, mă deprim...”

Dintre toate fricile, fricile sociale sînt cele mai dăunătoare, deoarece privează persoanele care suferă de ele de legăturile relaționale indispensabile oricărei ființe umane. Însă dacă reușim să depășim aceste frici, ceea ce astăzi este posibil, atunci această sensibilitate accentuată devine din slăbiciune forță și nu-i mai păstrăm decît părțile bune: vulnerabilitatea se transformă în intuiție și empatie.

Sărbătorim acest moment cu pacienții noștri la sfîrșitul ședințelor de terapie de grup, dedicîndu-le de cîțiva ani un mic ritual: îi invităm pe toți să bea un pahar (nu băuturi alcoolice!) cu noi în jurul unei mici gustări. Acest gen de moment este banal în viața de toate zilele, dar este rar în psihoterapie. Totuși, ținem mult la el: acest ritual înseamnă pentru noi că nu există o diferență fundamentală între pacienți și terapeuții lor, că relația lor nu este decît un parteneriat, fără superioritatea unora asupra altora, în numele legitimității științei sau al suferinței. De altfel, una dintre cele mai bune ucenice terapii de-ale mele, psiholog, este ea însăși... o fostă fobică socială.

CAPITOLUL 9

Teama de neliniște: crize de angoasă, panici și agorafobie

Iată cele mai violente dintre frici, cele care dau senzația de pierdere a controlului asupra propriului corp sau suflet.

Ele se manifestă sub forme minore: spasmofilie, unele mici vertijuri existențiale ale cotidianului, în care ne simțim ca aspirați, fizic, psihic, spre ceva bizar.

Însă uneori teama este cutremurătoare: impresia de moarte iminentă sau de nebunie momentană. Este atacul de panică. El poate duce la agorafobie.

Veți vedea cum niște exerciții atît de puțin metafizice precum respiratul printr-un pai, flotările sau cîntatul la chitară pot reprezenta un prim pas spre controlul acestor frici, cele mai metafizice din cîte există...

„Stăteam acolo împietrit, neputincios,
tremurînd, conștient pentru prima dată că
sufeream nu de o simplă angoasă, ci de o boală
gravă..." William STYRON, Lie down in
darkness

Îi aud vocea șoptită de cealaltă parte a ușii.

- Sînteți tot aici, domnule doctor?
- Da, da, nu vă îngrijorați, sînt tot aici! Nu voi pleca fără să vă spun, așa ne-am înțeles. Nu v-aș face una ca asta totuși.
- Și... Sînteți sigur că nu risc nimic?
- Sigur, sigur! Tocmai am vorbit în urmă cu o clipă, nu-i așa?
- Da, e adevărat, însă mă simt atît de tensionată, încît sfîrșesc întotdeauna prin a mă îndoi.
- E normal. Veți vedea, ca și în celelalte dăți, asta va trece.
- Nu risc să mă sufoc?
- Tocmai am vorbit despre asta!
- Și să mă panichez?
- La fel!

– (Chicotit nervos.) Văd că nu mă veți liniști. Va trebui să mă descurc de una singură! În orice caz, e adevărat că pentru moment e suportabil. Am impresia că mă calmez deja un pic mai repede ca ultima dată...

– În regulă!

Sîntem în toaleta spitalului în care lucrez. Odile este închisă acolo de un sfert de oră. Pentru prima dată de ani buni, a închis o ușă cu cheia, cu ea înăuntru. Iată că, de aproape douăzeci de ani, Odile suferă de atacuri de panică, din cauza cărora a devenit agorafobă și claustrofobă. Douăzeci de ani de cînd nu mai poate șofa singură, nu se mai poate urca la volanul mașinii ei, nu mai face o călătorie cu metroul sau cu RER⁸-ul . Să nu mai vorbim despre TGV⁹, darămite de avion. Odile trebuie să se ducă la serviciu cu autobuzul, și numai cu autobuzul. Se simte rău cînd autobuzul este arhiplin, cu atît mai mult cînd este prins într-un ambuteiaj. Dar măcar dintr-un autobuz poți coborî cu ușurință în caz de nevoie; în vreme ce, dintr-o garnitură de metrou prinsă între două stații...! Odile nu poate nici să ia liftul, să rămînă închisă într-o cameră fără fereastră, darămite să închidă cu cheia cabina toaletei în care se duce. Se simte foarte rău în toate locurile în care se percepe ca „blocată”: cozi de așteptare, scaune din mijloc în cinematografe sau teatre, mese cu scaune un pic mai înghesuite etc. Dacă încearcă să se confrunte, pedeapsa este imediată: atac de panică. Simte că se sufocă și trebuie să fugă, altfel ar muri, probabil, în două sau trei minute. În orice caz, de asta este convinsă.

Cincisprezece minute mai tîrziu, Odile este tot închisă în toaletă...

– Odile, mă auziți?

– Da, da.

– Cum merge?

– Aici merge bine, sînt obișnuită, nu credeam că ar funcționa atît de repede.

– Perfect. Trecem la etapa următoare?

– Stinsul luminii?

– Da.

⁸ Réseau Express Regional este un sistem de transport feroviar rapid din Franța care deservește Parisul și suburbiile lui. RER este formată dintr-o rețea subterană modernă în centrul aglomerației și o serie de căi ferate preexistente din suburbii (n.t.).

⁹ TGV sau tren de mare viteză este un tren electric care circulă cu viteză mare, conceput de Societatea Națională a Căilor Ferate Franceze și construit de societatea Alstom (n.t.).

- Însă... În întuneric, așa... Nu risc să mă panichez din nou?
- Tocmai asta vrem să verificăm. Am văzut împreună că nu exista un motiv anume, nu-i așa?
- Da, da...
- Stingeți?
- De acord... Iată! Perfect. Respirați liniștit?
- Da.
- Cum merge?
- Nu chiar așa de rău... Am impresia că va trece... Nu, de fapt, merge. Suport bine să fiu aici, închisă, în întuneric. Mi se părea că n-aș reuși nici odată asta...

Atacurile de panică ale lui Odile au început brutal în urmă cu douăzeci de ani, în timp ce era la volanul mașinii ei, blocată într-un ambuteiaj. A avut dintr-odată o senzație de sufocare, impresia că gâtul i se îngusta puțin câte puțin și că urma să moară pe loc. Cu cât încerca să respire mai adânc, cu atât indispoziția i se agrava. A trebuit să-și abandoneze mașina și să ceară ajutorul celorlalți automobiliști, care au chemat SAMU. Primită la secția de urgențe a celui mai apropiat spital, Odile a fost supusă mai multor analize în urma cărora nu s-a descoperit nimic îngrijorător. Medicii au menționat ceva despre „stresul legat de surmenaj”. Dar în zilele următoare au apărut alte crize, dintre care una când era în toaleta unui restaurant aflat lângă locul ei de muncă, unde lua masa de prânz. Zăvorul ușii s-a blocat câteva secunde, iar ea a simțit instantaneu aceeași sufocare ca în mașina ei, s-a văzut din nou murind din lipsă de aer în această mică încăpere închisă. Bătînd cu degetele în ușă și strigînd după ajutor, a atras atenția personalului și clienților, iar patronul restaurantului a deblocat fără greutate ușa toaletei. Odile a ieșit de acolo demnă de milă, zăpăcită și cu lacrimi în ochi, și a trebuit să se întoarcă la birou, incapabilă să-și reia munca de după-amiază. Sfîrșitul zilei a fost înspăimîntător: își supraveghea respirația, avînd impresia că făcea pauze anormale. A telefonat medicului de familie, care a încercat s-o liniștească, apoi a trebuit să treacă s-o examineze acasă, pentru că ea nu mai îndrăznea să iasă: se simțea epuizată, terminată fizic și se temea să n-o cuprindă noi neliniști dacă se aventura afară din casă. Medicul i-a prescris tranchilizante și i-a dat adresa unui psihiatru. Însă nimic nu a funcționat. Psihiatrul era

totuși foarte drăguț, dar după ce i-a povestit îndelung copilăria și visele ei, Odile se simțea tot neliniștită. Tranchilizantele o calmau, desigur, dar își dădea seama că devenea dependentă de ele și, mai ales, că fricile erau mereu prezente. Doar anesteziate, latente, dar nu trebuiau sub nici o formă să se reactiveze. Deoarece atunci... Treptat, ea a început să evite toate situațiile pe care le-a identificat ca declanșatoare ale crizelor: să șofeze, să rămână singură, să fie închisă... Și asta a durat douăzeci de ani.

– Bun, pare să meargă bine, Odile, nu?

– E ciudat! Nu reușesc să cred asta. Aproape nu simt frică.

– Foarte bine. Așadar, voi merge să vă aștept în biroul meu. Mă urmați cam peste un sfert de oră?

– Ah... Veți veni să mă căutați dacă, din întâmplare, nu mă vedeți sosind?

– Desigur, nici o problemă.

– Îmi promiteți?

– V-am dezamăgit până acum?

– Nu, nu, scuzați-mă.

– Atunci, pe curînd. Curaj!

Cînd Odile m-a vizitat puțin mai tîrziu, era epuizată, dar satisfăcută.

– Vă felicit, ați lucrat foarte bine astăzi.

– Mulțumesc, doctore. Cred că îmi voi aminti mult timp de această ședință!

– Va fi o amintire plăcută! De acum pînă marțea viitoare, vă veți antrena: trebuie să refaceți acest exercițiu zilnic, la dumneavoastră, însă și în afară. Chiar dacă nu simțiți nevoia, de îndată ce veți fi la restaurant, la cantina întreprinderii dumneavoastră, într-un bistrou ca să beți un pahar, invitată la niște prieteni, la cinematograful etc., veți merge la toaletă și vă veți închide cu cheia (Odile a evitat întotdeauna să folosească alte toalete în afara celei de acasă). Chiar dacă nu simțiți nici o nevoie, o veți face, doar pentru a efectua acest exercițiu, de acord?

– De acord, doctore, am mai vorbit despre asta, nici o problemă. Și care va fi programul pentru ședința de săptămîna viitoare?

– Va fi foarte interesant și foarte util pentru dumneavoastră: vom începe exercițiile pentru senzația de sufocare...

La ora la care scriu aceste rînduri, Odile este tot în tratament, de trei luni. A supraviețuit ședinței, și aceea memorabilă, în care am lucrat pe teama ei de senzațiile de sufocare: să stea treizeci de secunde fără să respire, să-și pună o pernă pe față, să respire printr-un pai... De acum înainte, poate să se închidă fără teamă în încăperile mici. Poate să-și ia din nou mașina ca să facă drumuri lungi pe autostradă. Este capabilă să înfrunte fără să înnebunească situații care îi declanșau altădată senzații de sufocare, cum ar fi să poarte un guler rulat strîns sau o mască de înfrumusețare din argilă. Are sentimentul că-și recucerește puțin cîte puțin libertatea, că a „reînceput să meargă înainte” după propriile-i cuvinte. Odile este pe punctul de a-și vindeca fobia de a fi închisă și de a se sufoca...

Ca o indispoziție...

Oricui i se poate întîmpla să aibă o indispoziție fizică. Să-i fie prea cald și să simtă că nu are aer în locurile suprapopulate, ca în unele mari magazine în zilele de promoții. Să simtă că-l ia amețea la cozile de așteptare interminabile dacă este obosit sau stresat. Să-l apuce palpitațiile în circumstanțe intimidante, ca înaintea unei luări de cuvînt în public. Să aibă impresia că-i bate inima în mod ciudat, ca și cum ar vrea să se oprească...

Oricui i se poate întîmpla să-i vină brusc în minte o idee ciudată, o imagine neplăcută. Să ne spunem în timp ce conducem pe o autostradă: „Și dacă aș trage o dată tare de volan, așa, în mod absurd?” Să ne gîndim în timp ce facem o prezentare orală: „Și dacă aș începe să mă panichez acum, să-mi pierd firul și să transpir abundant, în fața întregii lumi?” Să ne zicem, pe cînd călătorim în avion, că nu ne place prea mult să zburăm și că ușile tocmai s-au închis: „Și dacă aș înnebuni, dintr-odată, și m-aș arunca urlînd asupra stewardeselor, ca să le implor să mă lase să cobor?”

Cel mai des, aceste indispoziții nu durează. Respirăm adînc, încercăm să ne convingem că vor trece. Ne gîndim la altceva. Și asta funcționează. Era doar o alertă falsă. Ne spunem că trebuie să ne odihnim puțin, să ne luăm o mică vacanță, să bem mai puțină cafea, să facem mai mult sport, să ne eliberăm de stres. Și dacă facem toate astea, senzațiile nu mai survin. În realitate, era vorba doar despre mici semne de surmenaj.

Din cînd în cînd totuși, aceste indispoziții evoluează spre altceva. Cu un amestec inextricabil de senzații fizice neplăcute: jenă la respirație, bătăi

cardiace prea rapide sau prea neregulate, furnicături în mâini sau pe buze, mici tulburări de vedere... Și gânduri neliniștite și îngrijorătoare: „Sînt pe punctul de a pierde controlul aici, unde se va termina povestea asta? Și dacă nu se oprește? Dacă e ceva grav? De cîtva timp simt ceva nedefinit...” În Franța, medicii vă vor diagnostica adesea „spasmofilie”. Și vor menționa un teren fragil, stresul, anxietatea. Dar vedeți bine, sau mai degrabă simțiți, că povestea asta nu-i decît în mintea dumneavoastră. Percepeți bine că trupul participă, că vă adresează semnale preocupante. Însă totul poate să rămînă în acest stadiu și să nu mergeți mai departe. Veți avea din cînd în cînd „mici” crize similare, dar nimic mai mult.

Totuși, uneori lucrurile pot sfîrși rău. Vreau să spun, în mod dureros și dezagreabil. Aceste senzații fizice neplăcute încep să genereze gânduri îngrijorătoare, cuvintele vi se îngrămădesc în minte: infarct, ruptură de anevrism, moarte, sufocare, edem al gîtului, asfixie, pierderea controlului, nebunie, agonie, singur, ajutor... Și, din clipă în clipă, menghina vă strînge. Sînteți pe punctul de a avea un atac de panică. Nu sînteți singurul: un studiu pe un campus universitar a arătat că aproximativ un sfert dintre studenți a simțit o indispoziție de acest tip în decursul anului precedent²²⁹. În orice caz, această experiență vă va marca profund, fiindcă ați avut, cu adevărat, impresia că urma să muriți sau să înnebuniți. Și începeți să vă temeți din ce în ce mai mult de alte crize similare. Așadar, veți evita activitățile care le-ar putea facilita. Și locurile în care s-ar putea declanșa. Încet, se declanșează claustrofobia și agorafobia.

Teama de indispoziție sau tulburare de panică?

În capitolul din Eseurile lui consacrate fricii, Montaigne descria o formă de care au fost loviți cartaginezii din Antichitate: „Totul era în dezordine și tumult, pînă cînd, prin orații și sacrificii, au potolit mînia zeilor. Ei au numit aceste spaime Panici”. Iată o categorie de frici și fobii a căror cunoaștere a evoluat profund în acești ultimi ani, chiar dacă au fost identificate cu mult înainte. Epoca modernă începe în 1872 la Berlin, cu neurologul german Westphal, ai cărui pacienți, pentru a-l consulta, trebuiau să traverseze o mare piață publică, Dönhofsplatz: unii dintre ei întîmpinau cele mai mari dificultăți trecînd pe-acolo. Westphal numea această tulburare „agorafobie”. Multă vreme, agorafobia a fost definită ca teama de spații deschise sau pline

de oameni, prin referire la agora - piața publică - a grecilor din Antichitate. Apoi s-a ajuns la ipoteza că persoanele agorafobe sufereau, mai exact, de teama de a simți o indispoziție, sau orice ar fi, chiar dacă teama aceasta este agravată, într-adevăr, în anumite locuri publice. Frica de o indispoziție fizică poate fi foarte intensă, culminând în adevărate atacuri de panică.

Astfel, se pare că temerile trimit mai degrabă spre frica de a avea atacuri de panică decât asupra faptului de a se găsi într-un anumit loc, în cele din urmă puțin specific.

În stadiul fricilor fobice, vorbim, așadar, despre o „tulburare de panică însoțită de agorafobie”. Pentru a înțelege bine această afecțiune, trebuie să ne-o imaginăm ca pe niște păpuși Matrioșka, în care s-ar îmbina trei manifestări pe care le vom descrie: atacul de panică, tulburarea de panică, agorafobia.

Componentele tulburării de panică însoțită de agorafobie

Manifestare	Descriere
Atac de panică	O criza de angoasă acută, foarte brutală și foarte intensă, cu numeroase semne psihice, dând convingerea că vom muri sau inebuni.
Tulburare de panică	Repetarea atacurilor de panică, imprevizibile la început și traumatizante, urmate de o frică obsedantă de recidivele lor.
Agorafobie	Restricții la ieșiri, deplasări, activități, pentru a nu declanșa sau facilita noi atacuri de panică.

► Atacul de panică

„Luna martie, în timpul cursului meu de gimnastică.

Imediat, simt cum mi se învîrte capul. Membrele nu mai răspund la exerciții, nu mai am putere. La sfîrșitul cursului, să mă îmbrac, să vorbesc, să merg, toate astea îmi solicită un efort supraomenesc. Crezînd că am o scădere de tensiune, cer cîteva dulciuri, apoi plec.

Ajungînd la mașina mea, am senzația că pămîntul se scufundă sub fiecare pas, abia mă țin pe picioare. Însă trebuie să ajung pînă la școală ca să îl iau pe Jules, fiul meu, pentru prînz.

Aproape că nu mai schimb vitezele, atît de grele îmi sînt brațele și picioarele. Am impresia că șofez un camion. Mă simt singură și din ce în ce mai rău: zumzete în cap, impresia de a nu mai putea respira, slăbiciune din

ce în ce mai intensă, viața și sîngele par să mi se scurgă din corp. Tremur, mi-e atît de cald și atît de frig în același timp. Am o singură idee: să ajung aproape de școală.

Mă forțez să fiu atentă la drum, abia îl văd, conduc încet pe banda dreaptă, gata să opresc. Corpul meu este ca o succesiune de valuri care se sparg de țărîm din ce în ce mai violente. Mă lupt cu puținele forțe care mi-au mai rămas. Dacă mi se face rău aici, cine va veni să mă ajute?

Mi-e foarte frică, întrucît nu mai înțeleg ce mi se întîmplă: n-am cunoscut nici odată nimic atît de puternic și atît de brutal. Trebuie să mă opresc, nu mai pot conduce. Am observat doi agenți pe trotuar, îmi par atît de departe. Dar trebuie să merg pînă la ei. În fața lor, mă opresc și scot cheia din contact. Abia respir, însă nu mai mișc. E 11.30, Jules iese într-un sfert de oră. Am puțin timp ca să recuperez.

Uimit, un agent îmi deschide portiera și-mi spune să-mi deplasez mașina, încurc traficul. Aud, într-adevăr, claxoanele, dar abia ajung la mine în acest vârtej de senzații înfricoșătoare în care nu găsesc niciun reper. Nu mai pot mișca.

Reușesc să cer unui polițist să se ducă să-l caute pe Jules, care este foarte aproape, pe cînd celălalt a rămas alături de mine. Îl simt tulburat, nu știe ce să facă.

E deja prînzul. Unde-i Jules? Deodată, sînt cuprinsă de furnicături din cap pînă-n picioare, din ce în ce mai violente. Îmi simt corpul înțepenind. Instinctiv, îmi pun mîinile pe volan. Trebuie să vorbesc, simt că într-o clipă nu voi mai putea. Un lanț metalic îmi strînge neîncetat pieptul într-o menghină. Cu gura înțepenită, abia reușesc să rostesc: «Nu-i bine deloc» și: «Jules?» Mă gîndesc la el tot timpul. Unde este? Ce face?

Durerea aceasta în piept care se amplifică din ce în ce mai mult devine insuportabilă. Corpul meu este atît de înțepenit, atît de dur. Sînt singură, mi-e atît de frică. Este înspăimîntător, nu mai pot comunica, aș vrea ajutor, susținere, însă n-o pot spune. Durerea asta din piept este un stop cardiac? Sînt pe punctul de a muri aici, în mașina mea, singură..."

În relatarea aceasta, redactată la cererea mea de Sophie, una dintre pacientele mele, este descrisă în detaliu apariția unei crize de panică.

În urma acestei prime crize, ea a fost înregistrată la camera de primiri-urgente de la cel mai apropiat spital, de unde a ieșit cu diagnosticul de „oboseală nervoasă”. Mai multe luni, aceste crize s-au repetat, în cea mai mare parte a timpului în afara casei, în magazine, sau la volanul mașinii: puțin câte puțin, a început să evite aceste situații. Viața ei a devenit din ce în ce mai complicată: nu mai putea ieși singură, trebuia să fie mereu însoțită pentru a-și face cumpărăturile sau cel mai mic drum. Nu mai suporta să se găsească în locuri închise sau depărtate de casă: săli de cinematograful, trenuri, avioane i-au devenit interzise. Treptat, a trebuit în egală măsură să evite spațiile „suprapopulate sau supraîncălzite”: magazine, locuri publice... Când s-a decis să se consulte, trecuseră cinci ani de când suporta aceste tulburări. I-am utilizat apoi relatarea scrisă pentru o metodă particulară de tratament, dar voi menționa ulterior despre asta. Să revenim la atacul de panică.

Este vorba despre o criză de angoasă intensă, cu apariție brutală, a cărei intensitate maximă este atinsă foarte rapid, în câteva minute. Ea prezintă numeroase semne fizice, precum palpitații și tahicardie, senzație de apăsare sau de sufocare, frisoane sau bufeuri de căldură, vertijuri și senzații de instabilitate etc. Este însoțită uneori de un sentiment de neîmplinire sau depersonalizare: persoana are impresia că este ireal ce i se întâmplă sau că este martorul acestui lucru, ca și cum ar fi înstrăinată de ea însăși și s-ar privi fiindu-i rău. Pe durata atacului de panică, subiectul are senzația că riscă să moară, din cauza simptomelor fizice, sau că înnebunește ori că-și pierde controlul asupra lui însuși (să se facă de râs în public, să se arunce în gol pe o fereastră, să provoace un accident de mașină...), din cauza simptomelor psihologice.

Există mai multe tipuri de atacuri de panică în funcție de contextele lor de apariție:

- Neașteptate, adică neasociate unei situații precise. Este, de exemplu, cazul atacurilor nocturne, care trezesc subiectul din somn, sau al celor care apar în timp ce este într-un loc de obicei sigur, ca domiciliul său.
- Facilitate, adică avînd posibilitatea să se declanșeze, dar nu întotdeauna, în anumite situații. De exemplu, la volanul mașinii sale sau făcînd cumpărături.

- Condiționate, apărînd aproape sistematic în anumite situații. Cozile de așteptare în locurile încălzite, zgomotoase, cu multă mișcare, sau locurile închise, de unde nu putem scăpa în cazul în care ni se face rău (avion, TGV, mese simandicoase...).

În mod paradoxal, pot exista în egală măsură atacuri de panică induse de calm, tăcere, meditație, relaxare, sau măcar de tentative de relaxare, scurtate rapid. Vom vedea că este destul de logic, pentru că, în realitate, pacienții panicarzi, dacă se concentrează prea mult asupra senzațiilor lor corporale, vor începe să se îngrijoreze din cauza asta: „Oare bătaia asta de inimă nu era anormală? Oare nu sînt pe punctul să-mi pierd respirația?” Unul dintre principiile relaxării fiind să se concentreze asupra senzațiilor lor fizice, acești pacienți vor fi mai mult angoasați de asemenea exerciții pînă cînd vor fi învățat să-și regleze tulburarea de panică.

Atacurile de panică izolate par relativ frecvente. Respectînd niște criterii de diagnostic foarte stricte, se estimează că o asemenea experiență neplăcută va afecta aproximativ 8 pînă la 15% dintre persoane cel puțin o dată în viața lor²³⁰. Am văzut că unele pot fi ocazionale: li se atribuie adesea apelative variate: spasmofilie în Franța, *ataque de nervios* în țările latino-americeane... Ele pot fi întîlnite, de asemenea, în aproape toate patologiiile psihiatrice, precum depresiile și alte fobii. Însă ele pot evolua și pe cont propriu spre o tulburare de panică.

În romanul *Le Portique*²³¹, scriitorul Philippe Delerm face portretul lui Sebastien, profesor de litere, de 45 de ani, afectat de ceea ce seamănă foarte mult cu niște atacuri de panică:

„Se poate întîmpla oricînd. Te crezi puternic, senin la minte și trup, și apoi, iată. Un vertij, o durere surdă și imediat simți că nu va trece așa. Totul devine dificil. Să stai la coadă la butar, să aștepti la ghișeu de la poștă, să schimbi cîteva fraze în picioare pe trotuar. Momente pe care le-aș asemui cu niște cavități găunoase, fără miză aparentă, dar care devin munți. Te simți clătinîndu-te, crezi că mori și e stupid...”

„Ridicînd capul, a simțit că se clatină: sala nu mai era decît un lung culoar orbitor, un elev îl întrebă, însă nu-i percepea cuvintele. A încercat să respire, să se adune, apoi a început lectura cu voce tare a nuvelei lui Jean Giono, *L'Homme qui plantait des arbres*. Însă în zadar. După cîteva fraze, a

început să gîfîie și elevii se priveau cu un ochi întrebător. Piciorul stîng al lui Sebastien tremura. El s-a gîndit o clipă la cele șase ore de curs pe care trebuia să le asigure și, palid, a sfîrșit prin a se scuza:

- Cred... că va trebui să vă părăsesc. Nu mă simt prea bine..."

„Să vorbească în fața subiecților lui nu-l interesa deloc, era tocmai tipul de situație care-i provoca numaidecît o indispoziție, Își completă cu greutate cecul; semnătura nu era decît o mîzgălitură diformă..."

„Într-un mod sau altul, indispozițiile care-l apucară erau dacă nu cauzate, cel puțin amplificate de o angoasă, o crispă care-i trădau dorința imperioasă, panicardă de a rămîne în viață..."

„Se simțea mai bine. Indispozițiile îl mai cuprindeau la cozile de așteptare, dar nici odată în timpul orelor de curs..."

► Tulburarea de panică

Atunci cînd atacurile de panică se repetă, ele vor lua forma unei afecțiuni cu precădere invalidante, tulburarea de panică. Din cauza particularității foarte neplăcute ale atacurilor de panică, persoanele care suferă de ele se tem, mai presus de orice, de noi crize și de consecințele acestora: moartea sau nebunia. Multe dintre ele sînt convinse că suferă de o boală organică pe care medicii ar fi incapabili să o diagnosticheze, de aceea și apelează la o serie de examene medicale și consultații pe la specialiști²³². Alții vin să-și modifice considerabil modul de viață, renunțînd la anumite activități (ieșiri, deplasări, profesii...) care i-ar putea expune la crize de panică.

În tulburarea de panică, frecvența și intensitatea atacurilor de panică pot varia considerabil de la o persoană la alta și, de asemenea, de la o perioadă la alta: există faze intermediare între atacurile cotidiene și intense, care apar, în general, la începutul tulburării, și atacurile episodice și incomplete, în care pacientul resimte doar simptomele crizelor și reușește adesea să le împiedice să se dezvolte fugind. Aceste diferențe se explică uneori prin înlănțuirile vieții cotidiene: la pacienții care evită multe situații, atacurile par mai puțin numeroase, însă cu prețul renunțărilor multiple sau al utilizării permanente de tranchilizante. Acestea din urmă fac, desigur, crizele mai puțin intense, dar provoacă o anumită dependență; de altfel, pacienții trăiesc în continuare cu teama recurenței fricii, simțind că ea este numai „adormită” de tratament.

În prezent, se crede că mecanismul central al tulburării de panică este reprezentat de interpretarea „catastrofică” a senzațiilor corporale: persoana percepe anumite senzații fiziologice care ar părea banale altora (o palpitație cardiacă izolată, un vertij ușor, o jenă respiratorie sau o nevoie de a suspina...), cum ar fi primele manifestări incontrolabile ale unui atac de panică și deci anunțând o catastrofa iminentă. Această interpretare a senzațiilor corporale fugare și benigne neliniștește subiectul, stare care menține și agravează la rândul ei primele senzații (care altfel ar fi dispărut spontan), ceea ce amplifică angoasa etc. Este ceea ce numim „spirală de panică”. În acest sens, tulburarea de panică reprezintă o formă de fobie foarte interesantă, numită și „interoceptivă”, respectiv centrată pe manifestările corporale: este vorba despre o veritabilă fobie a propriilor senzații fizice. Frecvența acestei boli ar fi de 1-2% din ansamblul populației.

Trebuie notat că tulburarea aceasta este, fără îndoială, prezentă în toate culturile. Avem, de exemplu, o descriere destul de exactă a ei în psihiatria japoneză, ca simptom al unei patologii numite Shinkeishitsu, făcută la începutul secolului al XX-lea de cunoscutul psihiatru japonez Shoma Morita: „Cu cât ne concentrăm mai mult pe o senzație, cu atât ea devine mai intensă, și cu atât atenția noastră se axează asupra ei... Sîntem astfel imediat dominați de spaimă, conștienți sau nu de starea psihologică ce a precedat și urmat stimulul... În cazul crizelor repetate, bolnavul devine progresiv victima fricii în viața cotidiană - atenția lui mereu concentrată asupra ei -, puterea și frecvența crizelor intensificându-se²³³...”

Oricum ar fi, tulburarea de panică, odată instalată, nu are deloc tendința să dispară spontan²³⁴. În lipsa tratamentului, mai mult de 90% dintre pacienți încă mai suferă și după un an de evoluție²³⁵. Mai rău, printre cei la care tulburarea a cunoscut o remisie spontană, 40% vor suferi o recidivă. Și dintre cei care au prezentat manifestări minore (tulburarea de panică „incompletă”), 15% vor dezvolta o tulburare de panică „totală”. Trebuie, așadar, să fii prudent cu tentația de a banaliza aceste simptome sau de a crede că repausurile sau vacanțele le vor face să dispară: rareori se întâmplă așa.

În relatarea sa autobiografică, *Voyage au bout de l'angoisse*, jurnalista Pascale Leroy²³⁶ povestește cu umor și precizie tulburarea de care a suferit:

„Nu s-a schimbat nimic, doar că în prezent sînt bîntuită de certitudinea că «asta» poate reapărea și mă poate doborî în orice clipă. Prima dată, indispoziția m-a luat prin surprindere; de acum înainte, o pîndesc, o aștept..."

„Și a revenit. În stradă, mereu. Tot cu aceleași senzații, aceleași impresii. Mă simt «plecînd», ca și cum aș pierde contactul cu lumea. O forță de o violență extraordinară mă mîină în altă parte. Enervarea pune stăpînire pe mine, mă crispez, înțepenesc, corpul mi se contractă, mi-e cald și frig în același timp, transpir și tremur, mă simt golită de energie. Inima îmi bate cu o cadență înnebunitoare..."

„Americaniilor vorbesc despre atac de panică. Ei au dreptate: este vorba despre un atac în toată regula. Și sînt singură în fața unui adversar puternic și rapid, care nu-mi lasă nici o clipă de răgaz, nici o șansă de a mă salva..."

► **Agorafobia**

În mod logic, mulți dintre subiecții panicarzi evoluează spre frici de natură agorafobică. Numeroși factori vor interveni pentru a facilita sau limita acest tip de evoluție care afectează, conform studiilor, între 20 și 60% dintre persoanele suferind de o tulburare de panică²³⁷.

În prezent definim agorafobia prin fobia de a ne găsi în locuri în care apariția unui atac de panică ar fi problematică: fie pentru că ar fi dificil sau jenant să plecăm de acolo (de exemplu, fiind așezați în mijlocul sălii la cinematograful sau la o masă în prezența a numeroși invitați), fie pentru că am putea să nu fim ajutați dacă indispoziția temută ar fi gravă (să fim în locuri îndepărtate sau izolate).

Agorafobia nu este, așadar, doar teama de marile spații descoperite sau cea de locurile publice, cum se crede uneori. Fricile persoanei agorafobe sînt mult mai insidioase și numeroase: să fii singur acasă, să aștepti la o coadă, să te afli într-un avion care nu decolează sau într-o garnitură de metrou oprită între două stații...

Unele persoane agorafobe, datorită multor evitări, reușesc să nu mai simtă atacuri de panică: tulburarea lor de panică nu se mai află în prim-plan, însă nu este vorba, desigur, decît despre o remisie înșelătoare. Costul acestei ușurări este foarte mare: renunțarea la o mulțime de activități cotidiene, precum a face cumpărături, a accepta invitații, a ieși la plimbare și, în general, orice formă de activitate spontană... Și dacă persoana riscă să

înfrunte aceste situații, atacurile de panică reapar imediat: ea nu mai insistă atunci.

Se consideră, de fapt, că orice tulburare de panică este asociată cu o formă mai mult sau mai puțin evidentă de agorafobie: când evidentă - persoana evită situațiile -, când subtilă - le înfruntă, dar condiționat. De exemplu, ea nu conduce decât cu radioul deschis, pentru a-și ocupa gândurile și a nu-și lăsa atenția să se axeze asupra unui eventual început de indispoziție; nu-și va face cumpărăturile decât la ore libere, pentru a evita cozile de așteptare; nu iese decât însoțită sau cu un telefon mobil, în cazul în care i se face rău fulgerător în stradă.

Odată apărută, agorafobia este o manifestare care devine repede cronică: vedem adesea pacienți trăind cu această deficiență de zeci de ani. Îmi amintesc că am primit într-o zi, însoțită de fata ei, o pacientă simpatcă de 50 de ani, care nu mai ieșise singură din casă de 30 de ani. Agorafobia este uneori - dar nu întotdeauna - asociată cu niște trăsături de personalitate dependentă, marcate de nevoia de a fi îngrijit de altul, sfătuit în deciziile importante, despovărat de responsabilități etc. Aceste trăsături de personalitate preexistă agorafobiei sau sînt consecința acesteia? Încă nu se știe clar.

De asemenea, trebuie știut că mulți dintre subiecții panicarzi nu evoluează spre agorafobie: poate fi vorba despre cei a căror personalitate este relativ autonomă și puternică sau de cei ale căror atacuri de panică nu sînt prea violente încă de la început. Aceste persoane nu suferă, așadar, „decît” de frici de tip panică, ce le alterează totuși în mod clar calitatea vieții. Chiar și asemenea manifestări numite „sub prag” de psihiatri, mai exact chiar înainte de fobia severă, vor deteriora în mod clar viața pacienților²³⁸.

Numeroase personalități au fost, probabil, afectate de agorafobie și de tulburare de panică, printre care Charles Darwin. Părintele teoriei evoluției speciilor pare să fi suferit, începînd de la 28 de ani, de crize de angoasă, de palpitații, de vertijuri, care l-au obligat la o existență foarte sedentară, după ce a parcurs tot globul, din America de Sud în Galapagos, pentru a studia condițiile de viață a numeroase specii animale și vegetale. Fără

constrîngerile legate de aceste deficiențe, și-ar fi redactat Darwin cunoscutul și controversatul lui tratat Originea speciilor?

O frică foarte stînjitoare

Deficiența indusă de tulburarea de panică este considerabilă, mai ales dacă o agorafobie importantă o complică. Întîlnim, de altfel, la persoanele care suferă de acest sindrom o frecvență foarte ridicată de patologii psihice asociate, precum depresia, alcoolismul, tentativele de sinucidere²³⁹. Implicațiile în plan social sînt și ele semnificative: multe dintre persoanele afectate nu mai pot continua să lucreze sau să ducă o viață socială în condiții normale²⁴⁰.

Mai mult, aceste persoane nu sînt adesea diagnosticate și tratate corect. Ele pot primi timp de ani întregi calciu, magneziu, terapii neadaptate necesității lor. Panicarzii, la fel ca multe persoane îngrijorate pentru sănătatea lor, se simt adesea neînțeleși de corpul medical, care-i percepe, în cel mai bun caz, ca pe niște „anxioși ipohondri” și, în cel mai rău caz, ca pe niște „pisălogi atinși de cenestopatie” (etimologic, bolnavi de senzațiile lor). S-a demonstrat că persoanele panicarde recurg la numeroase tratamente și examene medicale fără rezultat²⁴¹. Într-adevăr, primul reflex al unei persoane care tocmai a avut atacuri de panică este de a consulta medici somaticieni (din grecescul soma: corp), mai exact cei care tratează, în special, bolile fizice.

Traseul obișnuit este, în general, următorul: după primul atac de panică, ajungeți la camera de primiri-urgente a celui mai apropiat spital. Acolo, după analize, medicul de la urgențe vă vorbește despre nervii dumneavoastră și vă trimite la medicul generalist, care încearcă să vă liniștească, dar nu-l ascultați, pentru că, „deși e un bun generalist, nu-i cu adevărat specializat în acest domeniu”. În plus, atîta vreme cît nu va fi pus un nume și nu se vor fi dat explicații satisfăcătoare pentru simptomele dumneavoastră, neliniștea va continua. Crizele următoare vă preocupă din ce în ce mai mult și începeți rondul specialiștilor, în funcție de simptomele pe care le simțiți: cardiologi pentru palpitații sau aritmii, neurologi pentru vertijuri, pneumologi sau ORL pentru senzațiile de sufocare etc. Și, cu excepția cazului în care unul dintre medicii consultați nu diagnostichează tulburarea de panică, deși, din fericire, tocmai despre asta este din ce în ce mai des vorba, vă veți învîrți mult timp

în acest circuit cu angoasele dumneavoastră. Recurgerea sistematică la serviciile de urgențe spitalicești este, de altfel, un factor de pronostic nefavorabil pentru evoluția tulburării de panică²⁴². Ea indică dificultatea de a recunoaște simptomele de origine psihologică sau măcar, după cum vom vedea, psihosomatică. Fiindcă tulburarea de panică nu-i decît în minte...

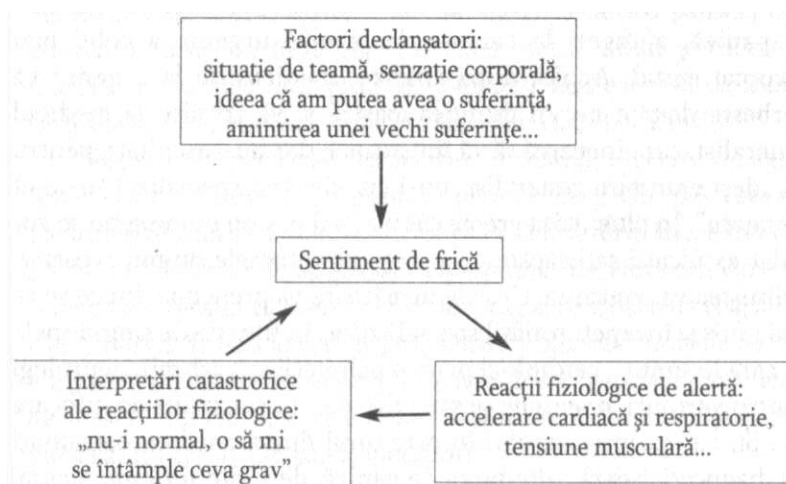
Dinamica tulburării de panică

► Spirala de panică

Un model explicativ foarte interesant al tulburării de panică este furnizat de teoriile cognitive²⁴³.

Acestea explică faptul că persoana panicardă simte din cînd în cînd, ca toată lumea, mici senzații fizice care întrerup funcționarea obișnuită a organismului ei: modificarea ritmului cardiac sau al respirației, amețeli... Dar ea va percepe aceste fenomene ca anormale. Se va declanșa astfel o reacție de teamă, care amplifică numaidecît aceste senzații fizice și provoacă altele asemenea, ceea ce mărește și mai mult frica etc. Așa debutează ceea ce numim „spirala de panică”.

Odată ce spirala de panică a debutat, este, evident, dificil s-o oprim. În terapia cognitivă învățăm s-o blocăm încă de la început, ca s-o împiedicăm să se întărească la fiecare dintre buclele ei. Puțin cîte puțin, pacienții noștri reușesc să limiteze amploarea fricii, nu mai simt decît „începuturi de panică”, a căror intensitate o controlează. Și progresiv, astfel „pusă la regim”, teama revine în limitele normale.



► O fobie dublă

Motivul pentru care este atât de distrugătoare tulburarea de panică însoțită de agorafobie - pe care o vom numi de acum înainte TPA pentru simplificare - este faptul că avem de-a face cu o fobie dublă: în același timp internă și externă, o fobie care implică atât propriile senzații corporale, cât și situațiile de teamă.

Fobia senzațiilor corporale

În TPA, primele frici sînt cele care provin de la persoana însăși, mai exact din interiorul ei. Ne temem de propriile noastre senzații corporale, cel puțin de cele care ni se par că anunță o indispoziție, așa cum au mărturisit unii dintre pacienții mei:

„Cînd încep să-mi simt bătaile inimii, nu-mi place, e semn rău, înseamnă că se petrece ceva în interiorul corpului meu”.

„Într-o noapte m-am trezit cu impresia că mă asfixiam, era înfiorător. De atunci, trăiesc cu teama că se va repeta. Am adesea impresia că-mi lipsește aerul”.

„Dacă rămîn prea mult timp în picioare, am vertijuri care apar și trebuie să mă așez sau să mă sprijin de ceva, un zid, o margine de tejghea, sau să mă agăț de cineva”.

„Există dați în care am impresia că nu mai sînt eu însămi, că am ieșit din corpul meu și îi văd pe ceilalți ca pe niște fantome, bucăți de carne cu care nu-i posibil să comunic cu adevărat, totul devine bizar, nu mai știu dacă exist în realitate. Mi-e teamă că starea asta nu trece, mă întreb dacă nu sînt pe punctul de a înnebuni”.

În fața acestei frici de senzații fizice, persoanele panice vor recurge adesea la soluții nepotrivite. Ele vor folosi aproape întotdeauna evităările: ca să nu mai riște să moară asfixiate noaptea, unele nu mai dorm în patul lor, ci așezate într-un fotoliu; sau nu acceptă nici odată să doarmă singure, solicitînd întotdeauna pe cineva în patul lor. Îmi amintesc de o tînără care accepta uneori să petreacă noaptea cu băieți pentru care nu simțea mare lucru, doar ca să scape de singurătatea nocturnă în serile în care niciuna dintre prietenele ei nu putea s-o găzduiască. Pentru a nu-și mai simți inima accelerîndu-i-se, unii renunță să facă sport, să meargă repede, să urce în fugă scările. Ca să evite vertijurile legate de statul în picioare, mulți nu-și fac

cumpărăturile și drumurile decât la ore libere, în scopul de a evita cozile de așteptare. A învăța să vă confrunțați cu aceste senzații, să nu vă mai fie frică, va reprezenta, așadar, o etapă fundamentală și indispensabilă a tratamentului TPA.

De asemenea, pentru a evita să se gândească la corpul sau la fricile lor, aceste persoane încearcă să aibă tot timpul mintea ocupată: nu mai pot conduce decât cu radioul pornit; acasă, televizorul e deschis în permanență, ca să facă un zgomot de fond; în timpul unei călătorii cu avionul, trebuie neapărat să citească sau să discute cu vecinul lor. De aceea mi se întâmplă, la consultații, să le propun în unele momente să nu mai vorbească: rămânem tăcuți, față-n față, ceea ce constituie pentru mulți un exercițiu foarte incomod. Și foarte util!

Senzațiile fizice prezente la 8.137 de pacienți suferind de tulburare de panică și consultați în clinica de psihiatrie ambulatorie²⁴⁴

Palpitații, bătaii de inimă sau accelerarea ritmului cardiac	90%
Senzație de respirație tăiată sau impresia de sufocare	81%
Senzație de vertijuri, de instabilitate, de cap gol sau impresia de leșin	70%
Transpirație	69%
Frisoane sau bufeuri de căldură	64%
Dureri sau jenă toracică	62%
Teama de a muri	60%
Tremurături sau spasme musculare	58%
Teama de a pierde controlul de sine sau de a înnebuni	56%
Parestezii (senzații de înțepături, de descărcări electrice)	51%
Senzație de sugrumare	51%
Greață sau disconfort abdominal	40%
„Derealizare” sau depersonalizare	33%

Fobia situațiilor de teamă

A doua categorie a fricilor, după cea a fricilor de senzațiile fizice, este aceea a situațiilor de teamă. În TPA, ele sînt nenumărate, însumînd, în realitate, toate situațiile care ar putea facilita apariția unei indispoziții (a se simți captiv într-un spațiu închis cu teama de sufocare) sau ar împiedica un eventual ajutor (a face o drumeție pe un munte înalt). Pacienții încearcă să le evite sau nu riscă să le înfrunte decît în anumite condiții... Iată mărturia lui Gaelle, în legătură cu aceste precauții și evitări multiple: „Nu iau lifturile. Mi-e prea teamă că o să am o criză de panică dacă se blochează. Dar dacă fac eforturi, atunci există unele pe care mă pot forța să le iau: cele care sînt din sticlă, mă liniștește să văd exteriorul; fiindcă nu mi-e teamă de înălțimi! Pot urca și în cele care sînt în niște locuri foarte frecventate, și în plină zi: îmi spun că, dacă o să rămînă în pană, lumea își va da seama repede de asta. Posibile și cele care sînt aparent într-o stare bună de funcționare. Prefer să am lîngă mine una sau două persoane, ca să mă ajute și să sune la numărul de urgență dacă mi se face rău. În schimb, nu urc dacă ascensorul este plin ochi; în caz de pană, vom rămîne fără oxigen foarte repede. Aceleași calcule mi le fac și pentru transportul în comun, cumpărăturile în magazine etc. Vedeți cît de simplă e viața mea...”

Principalele frici raportate de pacienți agorafobi²⁴⁵

Tip de frică	Procentaj de pacienți agorafobi prezentând această frică
Șofat	54%
Mari magazine	43%

Singurătate	37%
Mulțime	34%
Îndepărtarea de domiciliul personal	34%
Restaurante	34%
Ascensoare	29%
Spații închise	23%
Poduri, tuneluri	20%
Transporturi în comun	17%
Avion	14%
Spații descoperite	6%

Știința și atacurile de panică

TPA a fost printre psihiatri boala vedetă a anilor '90. Au fost efectuate atunci numeroase lucrări științifice care au dus la descoperirea secretelor ei. Unul dintre protocoalele clasice de studiu era de a testa ce anume declanșa atacuri de panică la pacienți, voluntari desigur, suferind de TPA. Diferite substanțe chimice au indus panici experimentale, fapt în urma căruia au fost depistați, printre altele, neuromediatorii implicați²⁴⁶. Însă știm, totodată, că este posibilă declanșarea panicii doar prin simpla menționare a simptomelor fizice, fără a fi necesară prezența lor²⁴⁷. Mereu puterea imaginației...

► O vigilență corporală excesivă

Mai multe lucrări au confirmat tendința panicarzilor de a-și supraveghea inconștient senzațiile corporale, mai ales cardiace²⁴⁸. Cîțiva dintre ei dezvoltă chiar o însușire de a-și evalua cu multă precizie rapiditatea ritmului cardiac²⁴⁹. Însă această vigilență și atenția excesivă pentru starea fizică proprie este prejudiciabilă stării lor psihice. Nu definim sănătatea ca „viață în liniște a organelor”? Jules Renard preciza chiar: „Cea mai bună sănătate este să nu-ți simți sănătatea”. Dar panicarzii aderă cu mai multă plăcere la această frază a cunoscutului doctor Knock, șarlatanul descris de Jules Romain: „Sănătatea este o stare precară care nu prevestește nimic bun...”

De altfel, înrudirea între TPA și ipohondrie (teamă obsedantă de boală) este uimitoare, cu exact aceleași tendințe de „a ne asculta prea mult” și de a ne imagina ce-i mai rău bazîndu-ne pe detalii anodine. Însă ipohondrul are adesea convingerea că este deja bolnav și se teme, în general, de

diagnosticele asociate cu o moarte lentă (cancer, SIDA, leucemie...), în vreme ce panicardul se teme mai mult de bolile care pot provoca morți subite (infarctul miocardic, ruptură de anevrism cerebral, edem acut al căilor respiratorii...).

Persoanele panicarde sînt într-o perpetuă mișcare de apropiere și de evitare în privința autoobservării: nu le place deloc să se concentreze pe senzațiile lor fizice, deoarece le-ar crea o indispoziție. Nici să nu le acorde întreaga atenție, fiindcă ar avea impresia că riscă atunci să nu „anticipeze ceva grav”. Ele sînt, așadar, în permanență la răscruce: își supraveghează corpul, de unde disconfort și neliniște, dar nu-și înfruntă nici odată pînă la capăt temerile, de unde cronicizarea acestora din urmă.

Ce înseamnă pînă la capăt? Vom vedea, asta vrea să însemne amplificarea simptomelor fizice temute și găsirea unei soluții în acea eventualitate. Una dintre pacientele mele a rezumat foarte bine ideea acestui tip de exerciții: „În ceea ce privește scenariile-catastrofă, e mai bine să mergi pînă la capăt din cînd în cînd decît să fii tot timpul împotmolită...” Înclinația spre autoobservarea angoasată și incompletă va fi deci una dintre principalele ținte ale tratamentului psihologic al acestor frici.

► **Chimie și fobie: molecule ale fricii?**

Știm de mai mulți ani că este posibil să se declanșeze un atac de panică la persoanele predispuse, utilizînd agenți chimici. De exemplu, niște perfuzii cu lactat de sodiu induc atacuri de panică la 25 pînă la 100% dintre pacienții panicarzi, conform protocoalelor studiilor, și doar pînă la 30% dintre voluntarii nepanicoși.

Există, probabil, la aceste persoane o vulnerabilitate la anumite modificări ale echilibrelor chimice ale organismului care vor declanșa alarme false, adică inducerea unei violente reacții biologice de frică în lipsa unui pericol real. Aceste alarme se sting cu atît mai ușor, cu cît nu se cedează în fața panicii. Însă ele se accentuează cu atît mai durabil, cu cît înnebunim din cauza lor.

Panicarzii să nu uite: cafeaua poate favoriza atacurile de panică, așadar, nu abuzați de ea. Sau, în caz contrar, va trebui să efectuați un mic exercițiu de stăpînire a fricilor...

► **Hiperventilația și hipersensibilitatea la gazul carbonic**

Unele persoane care suferă de tulburare de panică prezintă o tendință spre hiperventilație, adică ritmul respirației este frecvent prea rapid și prea amplu. De ce se întâmplă asta?

Ar putea fi consecința unei dereglări a mecanismelor reglatoare ale sistemului respirator.

S-a arătat că este posibilă declanșarea atacurilor de panică atunci când subiecții vulnerabili sînt puși să inhaleze un gaz ca bioxidul de carbon, sau CO₂. Perfuziile cu lactat, despre care am menționat anterior, măresc, într-adevăr, procente sanguine de CO₂, de unde și efectul lor panicogen. Ipoteza numeroșilor cercetători este că avem cu toții în sistemul nervos central niște receptori destinați să depisteze lipsa de oxigen în aerul înconjurător, ca un soi de alarmă anti-asfixiere. Dar ca întotdeauna în fricile excesive, acești receptori ar fi reglați prea sensibil la subiecții panicarzi. Se pare că pacienții aceștia suferă de o sensibilitate crescută de a detecta gazul carbonic (CO₂) în aerul pe care-l respiră, ceea ce le poate declanșa uneori o criză de panică²⁵⁰ atunci când mediul înconjurător este saturat de CO₂, ca în locurile prost ventilate, unde există multă lume (toată lumea trebuie să respire...). Așa s-ar putea explica mai ales tendința lor spre hiperventilație cronică, ea avînd drept scop să diminueze procente acestui gaz în sînge în favoarea oxigenului.

Senzațiile de sufocare și de lipsă de aer pe care unii panicarzi le simt atît de des sînt datorate mai mult acestei hipersensibilități decît unei reale lipse de aer. Să amintim că gazul carbonic este prezent în cantitate mare în aerul pe care-l expirăm după ce am extras oxigenul din el: în spațiile închise și aglomerate, există, așadar, o concentrație crescută a acestui gaz. Nu ai cum să te asfixiezi, mai rămîne suficient oxigen pentru toată lumea și pentru multă vreme. Însă persoanele panicarde detectează - înconștient - înaintea tuturor această acumulare de CO₂ și încep să se simtă nervoase... Să ne liniștim numaidecît cititorii panicoși: nu este vorba despre o tendință spre asfixiere! Și nu sînt singurii care-și supraestimează nevoia de oxigen într-un spațiu închis, chiar subiecții nepanicoși fac greșeală asta; dar fără a face din asta un motiv de groază²⁵¹.

Această sensibilitate accentuată pare, de altfel, să fie un indicator familial de risc pentru TPA, întrucît ea e întîlnită cu o frecvență ridicată la rudele

apropiate ale victimelor acestei tulburări²⁵². Aceste persoane nu prezintă neapărat frici ce ating un nivel fobic, însă nu sînt nici departe de asta, iar anumite circumstanțe în care vor avea impresia că „duc lipsă de aer” le pot declanșa un început de panică. O astfel de fragilitate există în mod precoce la anumiți copii și am putea s-o depistăm prin intermediul neregularităților ritmului lor respirator, prezente chiar în afara perioadelor în care se simt anxioși²⁵³. Într-adevăr, o manifestare clinică a acestei sensibilități este bine cunoscută de apropiații subiecților panicoși: ei simt foarte des nevoia de a inspira puternic sau de a suspina²⁵⁴, au un ritm respirator mai degrabă instabil și neregulat²⁵⁵.

► Probleme cu modul de a respira

Tot ceea ce am menționat explică de ce respirația este una dintre țintele tratamentului pentru pacienții care suferă de TPA. Paradoxul este că tendința asta spre hiperventilație - adică să se respire prea amplu și/sau prea puternic - atunci cînd se simt anxioși, la unii chiar în mod cronic, este, fără îndoială, un mijloc de a preveni scăderea de CO₂, dar ea va provoca multe efecte neplăcute și va reproduce, în realitate, semne fizice asemănătoare celor încercate în sindromul de frică. Puteți experimenta umflînd cu gura, și fără să luați pauză, o piscină gonflabilă pentru copii sau un balon mare: după o clipă, vă veți simți capul învîrtindu-se și o întreagă sumedenie de alte mici semne neplăcute, ca o împăienjenire a vederii sau pete în fața ochilor, înțepături în buze sau limbă, inima care o ia la galop...

De aceea, lucrul asupra respirației și învățarea metodelor numite de „control respirator” sînt foarte utile persoanelor panicarde supuse acestui tip de hiperventilație cronică.

► Raportul între TPA și anomalii în materie de sănătate

La un moment dat, au fost efectuate numeroase lucrări de cercetare pentru a descoperi anomalii fizice care să explice atacurile de panică. S-a găsit, de exemplu, o asociere anormal de frecventă între atacurile de panică și o anomalie a unei valve a mușchiului cardiac, prolapsul valvei mitrale. Însă în afara faptului că asemenea anomalii nu sînt mereu asociate cu atacuri de panică²⁵⁶, studiile în speță nu trebuie să fie înțelese ca niște tentative de a accentua latura medicală a tulburării, pentru a anula patologia psihologică.

Dimpotrivă, este important să ținem seama de asta, deoarece descoperim că există, fără îndoială, mai multe senzații fizice anormale sau jenante care pot reactiva fricile persoanei. Se întâmplă rar ca temerile „să se iște din nimic”. De exemplu, s-a demonstrat că există foarte adesea la subiecții panicoși, mai ales agorafobi, mici anomalii la nivelul urechii interne, responsabilă în special de echilibru²⁵⁷. Aceste anomalii explică, evident, ușurința cu care foarte multe dintre aceste persoane simt senzația de vertij ridicînd brusc capul pentru a privi în sus. Ori sînt deranjate cînd trebuie să-și modifice acomodarea vizuală, de exemplu privind un obiect de departe după ce au fixat un obiect de aproape, și tot așa de mai multe ori la rînd. Și organizarea acestor mici tulburări va trebui să fie integrată în terapie, iar unul dintre obiective va fi să învețe „să se descurce cu”: o anomalie nu e o boală.

Este important ca persoanele care simt adesea începuturi de panică să se deprindă să aibă încredere în propriul corp și să nu se mai teamă de unele mici oscilații fiziologice. Acestea nu sînt nimic altceva decît expresia vieții, care este un mecanism biologic supus unor neregularități sau unor disfuncții nepericuloase.

Pentru a termina într-o notă pozitivă cu aceste legături între corp și minte, să semnalăm, în sfîrșit, că ameliorarea TPA va induce și o ameliorare a stării de sănătate fizică percepută, altfel spus, sentimentul de a se simți bine în propriul corp²⁵⁸.

A face față unei crize de angoasă sau unei indispoziții

„Era în timpul unei călătorii în Birmania. La două zile după sosirea noastră, după ce tocmai îmi luasem micul dejun, am intrat în ascensorul hotelului cînd, dintr-odată, s-a oprit, blocat între două etaje. Luminile s-au stins. Nimeni n-a înnebunit printre ceilalți clienți, îmi aveam soțul alături, și totuși... Am simțit urcînd în mine un val de panică incontrolabilă. Mă agățam cu mîna de soțul meu, ca și cum căutam să-i sfărîm oasele. Nu am avut nici odată o asemenea teamă înainte. Am urcat totuși pe munte, am practicat zborul cu parapanta, raftingul, motociclismul. Nu sînt neapărat o fricoasă. Însă acolo mi-am văzut moartea cu ochii. Am înțeles ce voia să însemne cuvîntul «panică». Din fericire, pana n-a durat decît cîteva minute. Dar aceste minute în întuneric au fost cele mai rele din existența mea.

Simțeam un val de teroare deasupra mea, sufeream ca și cum niște cuțite îmi scormoneau în carne. Toate eforturile mele se concentrau pe ambiția de a nu urla. Nu știu de ce. Nu voiam să par ridicolă, desigur, însă exista altceva: simțeam, în mod greșit sau pe bună dreptate, că dacă începeam să țip, n-aș fi reușit să mă opresc și că urma să devin isterică și incontrollabilă. La un moment dat, luminile s-au aprins, liftul a pornit din nou. Eram KO asemeni unui boxer amețit de lovituri sau mai degrabă ca un îns care tocmai s-a smuls din ghearele morții și rămîne înțepenit, zăpăcit, încremenit, în urma terorii... N-am mai luat liftul, niciun lift, în timpul sejurului. Chiar și în prezent, la șase luni după incident, simt că sînt încă marcată de ce s-a petrecut de fiecare dată cînd trebuie să iau din nou liftul."

Sylvaine a venit să mă consulte în urma acestui atac de panică. Ea voia o părere, să înțeleagă de ce a avut această criză și mai ales să știe ce-i de făcut dacă recidiva. Asemenea atacuri de panică sînt frecvente. În cazul lui Sylvaine, pe lîngă temperamentul ei anxios, accesul de frică a fost facilitat de oboseala legată de călătoria lungă și decalajul orar; de un consum excesiv de cafea în ultimele patruzeci și opt de ore, pentru a lupta tocmai împotriva acestei oboseli; de ușorul sentiment de nesiguranță de a se găsi într-o țară foarte exotica și puțin frecventată de turiști. Am primit, de asemenea, într-o zi un pilot de linie, venit să-mi relateze cum l-a cuprins un început de angoasă în timp ce pilota Airbus-ul plin de pasageri. I-a încredințat comanda copilotului și a reușit să se calmeze. Dar a ieșit foarte zdruncinat din această experiență, pe care nu a povestit-o nimănui. Precizare pentru cititorii mei care se tem de avion: acest pilot se simte foarte bine la ora actuală!

► Ce-i de făcut în cazul unei crize de angoasă acută?

Numeroase persoane, am spus-o, vor simți într-o zi un atac de panică. Și cele mai multe dintre ele nu vor veni să ne consulte. Ele vor aplica singure sfaturile de mai jos...

În toate cazurile, în fața apariției primelor semne de frică, este important să ne amintim că nu este „decît” frică, pentru a împiedica încă de la început spirala de panică să-și ia avînt. În acest scop, trebuie să fî citit și învățat informațiile științifice despre debutul, dezvoltarea și diminuarea unui ciclu de frică, așa cum am descris în Capitolul 4. Obiectivul inițial este de a nu

agrava panica printr-o criză de nervi. Primum non nocere, respectiv: Întîi de toate, nu face rău, cum scria Hippocrate.

Este recomandat să facem, calmi, exerciții de respirație abdominală, 3-4 minute: o manevră care limitează tendința naturală spre hiperventilație în situație de frică. Reflexul de hiperventilație, menit să oxigeneze un organism care trebuie să acționeze prin luptă sau fugă, este logic. Însă am văzut că facilitează apariția simptomelor la rîndul lor angoasante și poate anclanșa spirala de panică. Una dintre pacientele mele, care a fost ajutată de pompieri în timpul unui început de panică într-un magazin, a intrat, pur și simplu, într-o panică patologică atunci cînd aceștia din urmă i-au pus o mască de oxigen pe față: ea a simțit în acel moment efectele unei hiperventilații profunde!

O altă recomandare: să nu fugim de situație, dacă este posibil, sau să ne întoarcem la ea foarte repede, pentru a nu „confirma” creierului nostru emoțional un pericol care nu există. În cazul lui Sylvaine, asta ar fi însemnat să ia din nou liftul în aceeași zi. Pentru pilotul nostru de linie, nu s-a pus problema: el trebuia să continue să rămînă la comandă.

Și o ultimă recomandare: să ne gîndim apoi la ce s-a întîmplat, calm și în detaliu, pentru a atribui fricii ceea ce îi revine, adică esențialul indispoziției. Dacă nu facem acest efort, alerta falsă va fi considerată în mod inconștient ca una adevărată. Și frica se va reactiva cu și mai mare forță data viitoare.

În caz de îndoială, e mai bine să consultăm totuși un medic. Avem o oarecare obișnuință și un pic de intuiție pentru a face deosebirea între alarma adevărată și cea falsă. Îmi amintesc de o călătorie în TGV în care am auzit la microfon cum un controlor solicită un medic. Era vorba despre un domn de șaizeci de ani, fumător, care se simțea rău. Cînd m-a văzut sosind, s-a grăbit să-mi ofere diagnosticul său: „Sînt un pic obosit și stresat în ultima vreme”. Dar oricît de psihiatru aș fi, l-am găsit totuși destul de afectat pentru cineva, pur și simplu, anxios. Și am cerut să se oprească trenul în gara următoare, după ce am chemat o ambulanță. Am simțit că-l contrariam un pic, însă fiind în dubiu, am preferat să fac un „fals pozitiv”, adică să diagnostichez o boală din imaginația mea, decît un „fals negativ”, adică să ignor o problemă gravă. La o oră după repornirea TGV-ului, controlorul a venit să mă caute ca să mă anunțe că, de fapt, pasagerul a suferit un infarct. Nu îndrăznesc să spun că am simțit o ușurare, însă...

Cum să tratăm panicile și fricile agorafobe

► Medicamentele

Benzodiazepinele alină panicile, anesteziindu-le temporar. Dar ele nu împiedică recurența fricii. Au și tendința să devină ceea ce se numește un „obiect contrafobic” la mulți dintre pacienți: chiar dacă nu le consumă, ei nu vor să se mai despartă de ele, păstrându-le mereu la îndemână „în caz de”, în buzunar, în rucsac, în torpedo. Mulți descriu cum și-au declanșat începuturi de panică dându-și seama că și uitaseră comprimatele, deși cu o clipă înainte se simțeau bine...

Antidepresivele „serotoninerge”, a căror acțiune am descris-o, dau rezultate foarte bune în atacurile de panică, pe care reușesc aproape întotdeauna să le diminueze sau să le suprimă total²⁵⁹. Cu condiția ca pacienții să le suporte: într-adevăr, din cauza hipersensibilității lor interoceptive, adică excesul de atenție acordat propriilor senzații fizice, ei vor simți aproape toate efectele secundare posibile. Există și un risc de recidivă la oprirea tratamentului, mai ales dacă n-a fost efectuată nici o psihoterapie în perioada în care au fost administrate medicamente. Terapia trebuie să dureze minimum un an.

► Psihoterapia comportamentală și cognitivă

Această nouă abordare psihoterapeutică a schimbat radical viața a numeroase persoane care suferă de atacuri de panică și de agorafobie. Ea se bazează pe o întreagă serie de tehnici care, asociate unele cu altele, dau rezultate validate de numeroase studii științifice²⁶⁰.

Acceptarea dimensiunii psihologice a tulburării de panică

Această etapă prealabilă este importantă. Cu cât persoana va înțelege mai bine mecanismele tulburării sale, cu atât va practica mai ușor tehnicile de expunere care, de altfel, vor fi foarte angoasante pentru ea: fricile simțite în acest caz sînt frici adevărate, comparabile fizic cu ce ar putea simți un nepanicos pe care l-am introduce în cușca a trei tigri, asigurându-l că nu pățește nimic, pentru că tigrii tocmai și-au luat micul dejun.

Învățarea tehnicilor de control respirator și de relaxare

După ce am explicat cum hiperventilația poate agrava senzațiile de frică și angoasă, terapeutul va învăța pacientul să adopte un ritm respirator constant, în general pe baza a șase cicluri inspirație-expirație pe minut.

Inspirăm lent cinci secunde, numărând în minte „un-doi-trei-patru-cinci”, apoi expirăm lent alte cinci secunde. Putem face între fiecare inspirație și expirație, și invers, o pauză scurtă de o secundă. Detaliem aceste tehnici în Anexă.

Metodele de relaxare, descrise, de asemenea, în Anexă, pot fi utile, însă nu vor fi suficiente de unele singure. Scopul lor este să învățăm să limităm creșterea angoasei, și nu de a-i împiedica apariția.

Oprirea spiralei de panică

Lucrul asupra înlănțuirii gândurilor angoasante se efectuează cu ajutorul tehnicilor cognitive: discuții cu terapeutul despre relevanța gândurilor automate și a interpretărilor anxioase (cognițiile), o examinare aprofundată a convingerilor alarmante... Dar oricât de utile și necesare ar fi, aceste discuții nu reprezintă decât un timp preliminar și trebuie să fie urmate întotdeauna de confruntări. Într-adevăr, doar lucrul asupra cognițiilor „reci” (fără activare emoțională) nu este eficace. Nu va da rezultate decât dacă este efectuat și asupra cognițiilor „calde”, când emoțiile de frici excesive sînt pe punctul de a ne „împinge” din spate...

Modificarea convingerilor alarmante la o pacientă panicardă agorafobă

Convingeri înainte de terapie	Convingeri după terapie
Dacă am un început de vertij, îmi voi pierde siguranța, cunoștința.	Sînt adesea mici vertijuri; nu-mi place asta, dar nu-i grav. Se întâmplă, în general, atunci când sînt obosită sau stresată.
Toate aceste începuturi de indispoziție înseamnă că am o boală gravă, voi sfârși prin a muri din cauza ei.	Am aceste manifestări de mai mulți ani, și toate rezultatele analizelor mele sînt normale: este neplăcut, însă, sigur, nu voi muri din cauza asta.
Când încep criza, nu pot face nimic, decât să fug sau să mă îndop cu tranchilizante.	Dacă nu fug de situație și respir calm, îmi va trece. Dacă nu dau înapoi în fața angoasei mele, ea va fi cea care va da înapoi.

Înlăturarea traumatismului: expunerea în imaginație la amintirea celor mai rele crize

La mulți dintre pacienți, amintirile crizelor de panică sînt atent evitate. Însă această evitare, ca întotdeauna, le menține intactă puterea „înfricoșătoare”. Dar este esențial, când aceste amintiri se vor trezi automat

la fiecare nou val de frică, să fie „curățate”, în scopul de a deveni doar niște amintiri pentru creierul nostru emoțional, și nu o actualitate. Ceea ce este, de altfel, cazul amintirilor traumatice, oricare ar fi originea lor: emoția de frică a fost încarcerată încă „de vie”, cu amintirea, și se va trezi la fiecare evocare a numitei amintiri...

Pentru a-i face pe pacienți să se confrunte astfel, le cerem să povestească precis, cu multe detalii senzoriale, aceste crize inițiale, care au fost, în general, cele mai intense și cele mai traumatizante. Îi invităm apoi să le scrie și să le recitească de mai multe ori, pînă cînd simt că nu mai sînt decît niște amintiri neplăcute, și nu actualitate emoțională. Este ceea ce am făcut cu Sophie, a cărei poveste v-am oferit-o la începutul capitolului. Se întîmplă chiar ca persoana respectivă să-și înregistreze relatarea pe un suport audio, pentru a o asculta zilnic și a uza cu regularitate reacția de frică.

Autoprovocarea simptomelor fizice: expunerea la senzațiile temute

Este vorba, cu siguranță, despre unul dintre modurile de a trata care uimesc cel mai mult persoanele neavertizate asupra tehnicilor comportamentale: ce încearcă, așadar, să provoace acest terapeut care le cere pacienților să sufle într-un pai sau care-i face să se învîrtească foarte repede pe un scaun cu roțile?

El vrea să declanșeze la pacienții săi acele senzații fizice de care ei se tem, de care le este foarte frică și care-i fac să se panicheze! Iată exercițiile pe care le practicăm cel mai des, în funcție de senzațiile temute²⁶¹:

- Menținerea pacienților noștri în picioare mai mult timp (20-40 de minute). Ei cred, de obicei, că nu vor rezista mai mult de 3 minute fără să le fie rău.

- Îi facem să se învîrtească (1-2 minute) cu ajutorul unui scaun cu roțile sau într-un picior, ca niște derviși rotitori. Scopul vizat: să nu mai intre în panică din cauza senzațiilor de vertij pe care le declanșează această mișcare de rotire (la toată lumea, chiar la terapeut, pot să vă asigur...).

- Să-i fac să întoarcă rapid capul spre stînga (1-2 minute) cu același obiectiv.

- Să-i fac să hiperventileze (1-2 minute), cerîndu-le să respire foarte adînc și destul de repede. Puneți deoparte această carte și încercați o clipă...

- Să-i fac să respire printr-o țeavă sau un pai, cu nasul acoperit (1-2 minute), pentru a declanșa senzațiile de lipsă de aer de care se tem.

- Pentru cei care se tem să simtă inima bătându-le puternic sau repede, urcarea rapidă a unei scări sau flotări, genuflexiuni (5-10 minute). Apoi să se concentreze pe propriile bătăi cardiace și să-și dea seama că nu se întâmplă nimic grav și că inima poate reveni la starea de calm de una singură.

Recucerirea teritoriului: expunerea la situațiile evitate

Este vorba despre un demers clasic de expunere la situațiile temute, care completează, în general, faza precedentă și depinde de importanța fricilor agorafobice. Pentru unii, exercițiul va începe cu încercarea de a ieși din casă singuri și de a-și extinde puțin câte puțin teritoriul, stradă după stradă. Pentru alții, va însemna să ia din nou transportul în comun - una, apoi două, pe urmă trei stații de autobuz sau de metrou - sau să-și conducă din nou mașina - și să se aventureze din ce în ce mai departe, din ce în ce mai mult timp. Pentru alții, va fi nevoie să învețe să aștepte, în picioare, la o coadă. Îmi amintesc astfel că mi-am însoțit unul dintre pacienți într-un mare magazin aproape de spital. Era înțepenit în fața raionului de periute de dinți de o jumătate de oră, în vreme ce plecam în apropiere și mă întorceam, lăsându-l să-și controleze fricile fără să mă îndepărtez prea mult, pentru că era prima dată când îl testam în această situație. Însă manevrele noastre au atras atenția paznicilor magazinului, care s-au apropiat imediat, ca să ne întrebe dacă aveam o problemă. Pacientul meu și cu mine le-am ținut un mic curs despre atacurile de panică. Nu sînt sigur că i-a pasionat, totuși ne-a asigurat apoi o relativă liniște pe durata exercițiilor noastre în magazinul lor...

Mentținerea însușirilor dobîndite: trăiască sportul!

Practicarea cu regularitate a unui sport este benefică pentru tulburarea de panică: ea îi învață pe pacienți să nu se mai teamă de senzațiile lor corporale. Însă tocmai pentru că se tem de aceste senzații, panicarzii au mai degrabă tendința să evite activitatea fizică²⁶², deși practicarea constantă a unui exercițiu fizic le va ameliora simptomele²⁶³. Și în acest caz, la fel ca pentru expunere, sînt recomandate în special cîteva mici exerciții prestabilite care sînt mai eficiente decît mari eforturi depuse în diferite intervale de timp.

M-a cuprins un fior de spaimă...

Crizele de angoasă au existat întotdeauna, fără îndoială. Găsim, de exemplu, numeroase descrieri în Biblie, precum acest pasaj din Cartea lui Iov (4, 14):

„Cutremur m-a apucat și fiori mi-au scuturat toate oasele.

Atunci, un duh a trecut prin fața mea; tot părul mi s-a zbîrlit de groază”.

Ne putem întreba, totodată, dacă fricile acestea, legate de sentimentul constant de nesiguranță, de teama de boli grave și inducînd treptat o agorafobie, nu afectează mai mult în prezent decît altădată. Modul nostru de viață modernă necesită, în realitate, deplasări foarte frecvente, ca mersul la serviciu cu mașina personală sau mijloacele de transport în comun, cumpărăturile, călătoria cu avionul sau trenul pentru deplasări profesionale sau vacanțe. Era, fără îndoială, mai puțin grav să fii panicos agorafob într-o societate tradițională, mai sedentară, decît este astăzi în societatea noastră în care mobilitatea este regula. De unde și marea disperare și marea cerere de ajutor a persoanelor afectate de aceste frici.

Însă un alt motiv care suscită interesul terapeuților pentru această tulburare este trăsătura sa metafizică: panicarzii sînt niște pacienți cu care putem adesea „discuta filosofie”. Angloasele lor despre viață și moarte, sănătate și boală, autonomie și dependență îi fac - un pic constrînși, este adevărat - să reflecteze la tot ce este esențial pentru ființa umană: sentimentul de pierdere a controlului asupra existenței, toate formele de vertij existențial, rupturile în ordinea aparentă a lucrurilor, conștientizările brutale ale fragilității noastre fizice, mentale... De unde și obsedanta lor conștiință a efemerității vieții, frica lor de moarte și de nebunie. Toți oamenii poartă aceste frici în ei, însă cei mai mulți ajung să nu se mai gîndească sau să nu înnebunească reflectînd la ele. Dar panicarzii nu pot uita. Așa pot fi explicate, ca întotdeauna, forța și bogăția lor cînd reușesc să-și depășească fricile: viața lor poate deveni astfel mai bogată decît cea a multora dintre non-fobici...

CAPITOLUL 10

Multe alte frici...

Teama de moarte, de îmbolnăvire, de ghiorăit, de a vomita, de sufocare, de a naște, de a face dragoste, de a lovi pe cineva pe care-l iubim...

Fricile sînt nenumărate, întrucît pericolele care ne amenință sau pe care le personificăm sînt la rîndul lor nenumărate.

Această creativitate a fricii, care se manifestă prin intermediul tuturor acestor măști, n-are decît un remediu: inventivitatea terapeutului, și aceea a pacientului său, amîndoi angajați într-o luptă, solicitantă dar pasionantă, pentru a combate aceste frici excesive.

Vom extrage apoi ce-i mai bun din asta: teama de boală și teama de moarte reprezintă pîrghii optime pentru a medita la sănătate și la viață. Însă trebuie mai întîi să le subjugăm...

„Nu vreau trăiesc veșnic în amintirea
oamenilor prin intermediul operei, ci fiind
eu însumi nemuritor.”

Woody ALLEN

„Doctorului Christophe Andre, fobolog.”

Printre scrisorile pe care le primim la spital, unele au adrese sau titluri fanteziste. Dar era prima dată, în dimineața aceea, cînd țineam în mînă o corespondență menționînd această diplomă honoris causa, evident imaginară, de fobolog, specialist în frici și fobii. Sînt încîntat de ea și păstrez și astăzi plicul în biroul meu din Sainte-Anne. Într-adevăr, ca mulți dintre confrății mei, am văzut tot felul de frici și fobii...

Pseudofrici și fobii false

Anumite frici excesive sînt datorate, în realitate, altor maladii. Știm, de exemplu, că o formă aparte de epilepsie, numită temporală, poate provoca apariția unei panici brutale fără o logică anume, în afară de aceea de a fi facilitată de oboseală și agitație emoțională²⁶⁴. În cazuri rare, o teamă violentă de întuneric la copil își poate avea, de fapt, originea într-o boală oculară familială, o retinopatie²⁶⁵. Nu se poate vorbi însă, decît în mod excepțional, de a găsi o cauză originară precisă unor manifestări de frică.

În schimb, frici invalidante pot complica adesea boli sau probleme fizice preexistente. Am întîlnit într-o zi un pacient foarte emoționant, care prezenta o fobie socială secundară unei infirmități motrice cerebrale. Din cauza deficienței cerebrale, Emmanuel suferea de tulburări grave de mers: se deplasa cu dificultate, cu un mers „legănat”, tulburări ale motricității fine (îi

era greu să prindă obiectele) și mai ales probleme de vorbire: se exprima cu dificultate, sacadat și exploziv, și trebuia să te obișnuiești ca să-l înțelegi și să ai o relativă răbdare. Însă merita să-l ajut, pentru că era un băiat foarte inteligent și afectuos. Și curajos: trăia singur în Paris, ajutat de vecini și prieteni pentru numeroase sarcini cotidiene, refuzând să rămână dependent de familia lui care locuia în nordul Franței.

Emmanuel avea un temperament vesel și curios și adora să se așeze la terasa bistrourilor, pentru a degusta un pahar privind trecătorii. Sau, când economiile i-o permiteau, îi plăcea să meargă la restaurant ca să ia o masă bună. Din nefericire pentru el, handicapul motor juca în defavoarea lui: de mai multe ori i se refuzase servirea sau, ceea ce însemna același lucru, chelnerul „uitase” să-l servească. Dacă solicita o băutură alcoolizată, ceea ce era dreptul lui firesc de cetățean adult și responsabil, i se opunea o rezistență pasivă sau i se ținea un discurs calmant despre „starea lui care nu-i permitea”. La un moment dat, Emmanuel a dezvoltat o teamă de aceste incidente atât de des repetate, care îi răpeau una dintre plăcerile pe care i le oferea traiul parizian. În cele din urmă se temea să se mai ducă în localuri în care nu era cunoscut, din cauza a ceea ce numea el, cu multă inteligență și umor, „handicapatorilor” lui. De altfel, a conceput o strategie de planificare a aparițiilor lui în aceste locuri: le scria cu câteva zile înainte o scrisoare responsabililor barului sau restaurantului, în care le explica tulburarea lui, le preciza că, în ciuda motricității și dicției lui haotice, era pe deplin lucid și responsabil.

Pe scurt, nu trebuia să le fie teamă de el și de handicapul său!

Dacă handicapații pot, din păcate, să înspăimânte, adesea sînt ei înșiși victimele fricilor legate de privirile ațintite asupra persoanei lor. Orice formă de handicap vizibilă de celălalt poate deveni astfel terenul fricilor sociale invalidante: au fost raportate, de exemplu, cazuri de fobie socială secundare bolii Parkinson, în care pacienții dezvoltă o teamă excesivă când oamenii le observă tremurăturile și incapacitatea²⁶⁶. Dintre persoanele afectate de un „tremur esențial”, de origine adesea familială, aproximativ 30% vor dezvolta simptome de fobie socială²⁶⁷.

Printre temerile legate de boli organice să cităm kinezifobia, teama de mișcare și de acțiune, frecventă cel puțin cu titlu temporar la persoanele care

au suferit de dureri importante, precum sciatici severe. Și, prin extensie, psihokinezifobia, teama de a efectua operațiuni mentale, mai ales la bolnavii de migrenă, cărora le e frică să nu se declanșeze noi crize²⁶⁸: important în aceste cazuri este să nu ne pierdem, sub nici o formă, cu firea! Aceste frici se înscriu în cadrul mai general al algofobiilor, fricile de durere, care pot face, de exemplu, multe persoane să-și amâne vizitele la dentist! Ele sînt uneori sechelele tratamentelor anterioare efectuate fără menajamente.

Multe dintre frici și fobii pot fi legate de cele trei mari categorii pe care tocmai le-am abordat în capitolele anterioare. De pildă, teama de a roși, de a transpira, de a tremura sînt în raport cu fricile și fobiile sociale. Am menționat deja aceste lucruri.

Există și azi variante culturale ale marilor categorii de frici. Fobia socială în Japonia se numește Taijin-Kyofusho, o teamă de a nu-1 deranja pe celălalt printr-un comportament social inadecvat²⁶⁹: un zîmbet nepotrivit, de exemplu. Specificitatea culturală: nu mi-e teamă să par jenat (a nu fi la înălțime este o problemă pentru occidentali), ci să nu-i jenez pe ceilalți (nerespectarea regulilor de integrare în grup constituie o problemă pentru orientali).

De asemenea, atacurile de panică la eschimoși nu au decît rareori legătură cu situații precum metroul, cozile de așteptare sau ambuteiajele pe autostradă. Dar ele se exprimă mai degrabă prin „fobia caiacului”: teama de a pleca în caiac la vînătoare de foci („Și dacă mi se face rău acolo, singur în spatele aisbergului acestuia mare?”)

Însă exotism există și la noi: fobia fantomelor și strigoilor combină elemente de frică de întuneric, de frică de moarte și de frică de singurătate; să semnalăm și frica de a fi îngropat de viu la claustrofobi și panicarzi...

De fapt, vom aborda în acest capitol, pe de o parte, frici și fobii rare sau particulare, care nu pot fi atașate niciunui alt grup, reprezentînd, totodată, pentru persoana care este afectată problema centrală, cu adevărat jenantă. Pe de altă parte, frici și fobii care se înscriu, în realitate, în cadrul bolilor anxioase distincte, pentru care fricile nu constituie decît o parte.

Frici și fobii rare sau mai puțin cunoscute

► Frica de sufocare mîncînd sau bînd

Fobia de sufocare este relativ răspândită: persoanele care suferă de ea nu suportă să fie nevoite să înghită alte alimente decât cele semilichide sau cu înghițituri mici, îndelung mestecate. Ele tolerează cu dificultate să aibă obiecte dure în gură: dacă reușesc să folosească singure periute de dinți, tolerează cu greu tratamentele dentare. Dar le este greu și să înghită comprimatele și pastilele prea voluminoase. Nu pot purta gulere strânse, cravate și sînt foarte angoasate de anginele sau infecțiile ORL ușoare, care le vor da o senzație îngrijorătoare de jenă respiratorie. Cel mai rău coșmar al lor este, desigur, de a muri asfixiate, fiindcă au înghițit greșit, sau de a fi victimele unui edem al glotei după ce s-au trezit înțepate de o viespe ascunsă într-o boabă de strugure.

► Frica de a vomita în public

Văd destul de des persoane care se tem să vomite în public după ce au mâncat, motiv pentru care nu iau nici o masă înaintea unui eveniment social. Ele prezintă destul de des alte frici sociale, însă uneori această teamă de a vomita este izolată.

Una dintre pacientele mele, pe care o vom numi Charline, nu mîncea nici odată înainte de a pleca de acasă; în cursul săptămîinii, nu se hrănea, în general, decât seara. Dacă trebuia să mănînce în prezența altor persoane și, mai mult, era nevoită să rămînă alături de ele în timpul digestiei, era atentă să nu consume decât feculente - orez, paste, preparate pe bază de cartofi - pe care le credea mai potrivite pentru stomacul ei în cazul în care i se făcea greață. Încerca pe cît posibil să nu mănînce decât alimente puțin colorate, spaghetti carbonara mai degrabă decât bolognese: în cazul unui „accident”, acesta ar fi fost mai puțin respingător și mai puțin spectaculos. În timpul tratamentului, terapeuta care a luat-o în grijă îi cerea să vină la consultație după o masă, apoi se duceau împreună pe stradă, în magazine, în metrou etc. Pe durata anumitor exerciții, pacienta trebuia să întrebe într-o cafenea: „Unde este toaleta, vă rog, îmi vine să vomit...”, să se ducă și să rămînă acolo „ca și cum”. Apoi să iasă din nou și să ceară un șervețel angajatului. După aproximativ șase luni, fricile ei s-au atenuat semnificativ. Ea a început din nou să accepte invitațiile la mese în afara casei și să consume diverse alimente pînă atunci „interzise”.

► Frica de ghiorăituri, de flatulențe sau de incontinențe

Ni se întâmplă să facem lucruri uimitoare în terapia comportamentală, v-ați dat, fără îndoială, seama de asta citind această lucrare. Dar unul dintre cele mai uimitoare momente din cariera mea de fobolog a fost, negreșit terapia lui Isabelle.

Aceasta era o femeie de vreo treizeci de ani, venită să mă consulte pentru o fobie socială. Discutînd cu ea, am înțeles că fricile sociale de care îmi vorbea erau, în cele din urmă, puțin importante, mi se părea că existau alte probleme mai urgente de rezolvat la personalitatea ei și am început să i-o spun, cînd, brusc, m-a întrerupt: „Ah, în realitate, doctore, dacă nu mă simt adesea în largul meu în aceste situații, este pentru că... Mi-e teamă să nu dau vînturi". Isabelle se temea să nu-i ghiorăie stomacul, însă mai ales de a „flatula" în public. Cum era posibil ca o simplă jenă pentru majoritatea dintre noi să devină obiectul temerilor importante la această femeie?

Potrivit lui Isabelle, fricile ei proveneau dintr-o mare umilire suferită în adolescență. Sub efectul tracului, a avut parte de acest gen de incident la liceu, în timp ce se ducea la tablă. Profesorul și întreaga clasă și-au bătut atunci joc de ea fără margini. Dar cel mai rău a fost că mai mulți băieți din clasă au prins apoi obiceiul de a imita din gură zgomote de flatulență de fiecare dată cînd fata trecea prin apropiere sau, mai grav, cînd era chemată la tablă. Și cum povestea a făcut rapid înconjurul liceului, Isabelle a devenit ținta a numeroase ironii, pînă cînd părinții au retras-o din școală. Însă răul era făcut.

Desigur, Isabelle era, de altfel, foarte sensibilă, foarte emotivă. Firește, se îndoia de ea însăși, se arăta mai degrabă rezervată și mai precaută cu noile cunoștințe. Însă aceste trăsături de personalitate nu erau la un nivel patologic. Ele reprezentau doar o jenă, adevărata sa solicitare era alta: „Am făcut deja două terapii, care m-au ajutat să-mi recapăt încrederea în mine, dar nu am scăpat de fobie". I-am explicat atunci, ca de obicei într-un asemenea caz, în ce urma să consiste munca noastră: în mare, să nu-i mai fie rușine de flatulare și deci să mergem s-o facă pe drum, în metrou, în sălile de așteptare etc. Probabil că nu am fost foarte convingător în acea zi, pentru că Isabelle nu s-a prezentat la întîlnirea următoare și nu am mai auzit vorbindu-se despre ea aproximativ un an. Apoi ea a reluat contactul cu mine, ușor jenată: „M-ați înspăimîntat prea tare, data trecută, cu exercițiile

dumneavoastră. Nu mă vedeam făcînd toate astea, preferam să rămîn cu fobia mea. Dar de atunci... Am întîlnit pe cineva. Și mi-e atît de frică să nu mi se întîmple asta cu el!"

Cîteva luni mai tîrziu, am început terapia. Am făcut mai întîi o trecere în revistă a temerilor sale: în cazul în care ar fi flatulat,

Isabelle se temea să fie catalogată ca respingătoare și nepoliticoasă. M-a asigurat că n-a auzit nici odată pe nimeni să facă așa ceva în societate, în afară de ea. A mărturisit că, în plus, îi era teamă să nu se confrunte cu același gen de batjocuri precum cele suferite în liceu. Am petrecut, așadar, două ședințe pentru a vorbi exact despre această perioadă și a o retrăi în cele mai mici detalii senzoriale și emoționale, așa cum facem într-un asemenea caz pentru a „curăța” amintirile traumatice. Apoi am alcătuit lista gîndurilor pe care oamenii le-ar putea avea față de cineva care ar flatula în prezența lor, de tipul: „Ei bine! Sînt unii care nu se jenează”. Asta pentru a evalua calm importanța și efectele exacte.

În sfîrșit, am început să pregătim cîteva exerciții: i-am cerut lui Isabelle să cumpere dintr-un magazin de ciudățenii o pernă pîrîitoare, un soi de balon de bășică ce se pune sub un puișor de pernă și care imită zgomotul flatulențelor. Am exersat să producem aceste zgomote în timpul consultației. Și să le imităm din gură. Am recurs la cîteva mici jocuri de rol, în care Isabelle răspundea eventualelor priviri nemulțumite printr-un zîmbet larg și un: „Scuzați-mă, sînt un pic balonată în clipa asta”. Am încurajat-o să vorbească despre problema ei cu cele mai bune două prietene ale ei. Ea n-a discutat nici odată despre această teamă cu nimeni. Doar părinții ei erau la curent.

În timpul ședinței următoare, am ieșit cu balonul nostru. În metrou, apoi în holul unui mare hotel aproape de spital, pe urmă într-un mare magazin, am produs zgomote anatomice variate. La început, eu mi le-am „asumat”, după aceea Isabelle. Ea trebuia să facă zgomotul, continuînd să privească oamenii din jur în ochi. După o oră, Isabelle a înțeles mesajul: flatulența este un eveniment social supărător, dar „gestionabil”...

Mai rămîne doar să se expună unui risc real. Isabelle a evitat întotdeauna cu grijă alimentele care favorizează fermentațiile digestive aflate la originea gazelor: fasole albă, linte, varză, ceapă etc. Avea drept misiune, așadar, să

înceapă din nou să le consume, Între timp, ea a îndrăznit să vorbească despre fricile ei cu una dintre prietenele sale, care i-a povestit că și ei i se întâmplă uneori, pentru că suferea de aerofagie . La o ieșire la shopping împreună, într-o sîmbătă după-amiază, ele au rîs una de alta, în magazine, în autobuze, pe scurt în public, cu dialoguri de genul: „Ai dat vînturi! Nu, tu ai fost!", însoțite de hohote nestăpînite de rîs... Atunci cînd Isabelle mi-a povestit întîmplarea, am știut că urma să se vindece. Cîțiva ani mai tîrziu, în camera uneia dintre fetele mele, am dat peste o cărticică pentru copii al cărei titlu era *Encore toi, Isabelle?* și care relata povestea unei fete timide, complexată fiindcă burtica ei făcea zgomote²⁷⁰. Dar nu Isabelle era cea care o scrisese...

Nu toate poveștile de frici asemănătoare cunosc neapărat un deznodămînt atît de favorabil. Se întîmplă destul de des ca fricile acestea centrate în jurul zgomotelor tubului digestiv, ghiorăitului sau gazelor să apară în cadrul tulburărilor de personalitate mai importante decît cele ale lui Isabelle. Aceste „borborigmo-fobii" (din grecescul borborygmos, zgomot al intestinului) vor trebui tratate ținînd cont de fragilitățile pacientului care le prezintă: exercițiile de expunere pot declanșa emoții destul de violente.

Cît despre teama de incontinență, ea nu se pretează, evident, la fel de bine unor reconstituiri ale situației respective. Pacienții trebuie totuși să se confrunte progresiv cu riscul teoretic de diaree, începînd din nou să consume fructe și legume proaspete, pe care le evită, în general, de ani buni. Trebuie știut că, atunci cînd aceste frici sînt accentuate, riscul de diaree psihomotrice există cu adevărat, nu este doar o posibilitate. Știm, de exemplu, că, sub efectul unei frici violente, numeroși soldați tineri în războiul din 1914-1918, în momentul trecerii la atac și ieșirii din tranșee, prezentau un fenomen de acest tip care se numea sobru „diareea tînărului recrut". Va fi necesar, așadar, să-i facem pe acești pacienți să lucreze pe alte forme de rușini și frici sociale pentru a începe a-i învăța în ce mod să le „obosim" și să le antrenăm, apoi să-i deprindem să înfrunte situația în sine: să iasă cu un pantalon sau o rochie de culoare deschisă; pe urmă pătați la spate; să se ducă după aceea într-un bar și să întrebe care este drumul spre toaletă, precizînd, „am avut un accident", fără să caute să ascundă pata etc. Ideea de bază este de a exersa să ne asumăm un incident jenant, desigur, pentru toată lumea, dar care nu

trebuie să stea la originea unei frici ce poate afecta o viață întreagă. Procedura este aceeași în cazul fricii de incontinență urinară.

Dacă există un inconvenient real la acest nivel, le explic pacienților mei că nu trebuie să se pedepsească pentru atîta lucru și să se condamne, prin fricile și evităările lor, la ceea ce numesc o „suferință dublă”: inutil să adauge problemei anatomice, pe care n-o pot modifica deloc, emoții de teamă și rușine, pe care ei trebuie, dimpotrivă, să le rezolve.

► Frica de cădere și de spațiile deschise

Fobiile mersului sînt destul de frecvente la persoanele în vîrstă puțin autonome, care se tem de consecințele unei căderi sau care au căzut deja și au așteptat uneori ajutor cîteva ore sau chiar cîteva zile. Aceste frici sînt adesea invalidante, deoarece persoanele în vîrstă încep să renunțe la micile drumuri și ieșiri necesare echilibrului lor psihic, mental și social. Temerile lor sînt agravate în fața spațiilor deschise și pot semăna deci cu cele ale agorafobiei²⁷¹ Însă fobia de alunecare există și la subiecți tineri, precum o pacientă care prezenta o teamă de cădere și nu-și putea pune șosete sau colanți, de teamă că nu vor face aderență bună cu încălțările. Gary Larson, un cunoscut creator american de desene animate, bazîndu-se pe un posibil coșmar din copilărie, a ilustrat într-o zi o fobie nouă, luposlipafobia, neologism creat chiar de el plecînd din latinescul lupo, lup, și englezescul slip, a se strecura, pentru a desemna „teama de a fi vînat de lupii din pădure în jurul mesei de bucătărie în timp ce este în șosete și pardoseala tocmai a fost ceruită²⁷²”...

► Frica de naștere sau tocofobia

Tocofobia, din grecescul tokos, „procreare”, este cunoscută de multă vreme de medici. Trebuie amintit că ea se bazează pe o anumită realitate istorică: pînă la descoperirea regulilor moderne de igienă - spălatul mâinilor înainte de a asista nașterea este o regulă apărută de două secole, apoi aceea a antibioticelor, foarte multe femei mureau la naștere. Existau, așadar, la acea epocă destule argumente pentru a fi tocofobă. Chiar dacă asistența medicală a nașterilor ar fi făcut din acest rezultat dramatic o excepție, teama de naștere pare încă destul de răspîndită, deși nu i se cunoaște frecvența exactă²⁷³.

Ea poate apărea într-un mod numit „primar”, înaintea oricărei experiențe personale de naștere. Ca să nu-și asume riscul, tinerele care suferă de tocofobie recurg fie la o evitare a raporturilor sexuale, fie la o contracepție riguroasă. Când dorința de a avea copii biruie asupra fricii, ele caută adesea un obstetrician înțeleghător cu care pot negocia o cezariană.

Tocofobia poate fi și „secundară”, adică să survină în urma unei nașteri cu evoluție nefericită: suferință neonatală sau moartea copilului, ori accident obstetric. În toate cazurile, aceste frici se pot răsfrînge asupra oricărui lucru care implică situația temută și pot să provoace, de exemplu, un disconfort intens în fața relatărilor sau fotografiilor de la naștere. Cunoștințele despre mijloacele de a trata aceste paciente sînt încă incomplete.

► Frica de raporturi sexuale

Spre deosebire de tocofobie, temerile și fricile care gravitează în jurul raportului sexual au constituit subiectul multor lucrări scrise de sexologi și sînt disponibile numeroase tratamente eficace²⁷⁴. La femeie, cea mai frecventă frică este vaginismul, adică teama de o penetrare care va induce o contracție reflexă incontrollabilă a mușchilor vaginului. Iar la bărbat, teama de a nu reuși să aibă erecție sau cea a unei ejaculări precoce, care au drept caracteristică esențială aceea de a fi modele de frici autoinduse: frica favorizează apariția obiectului fricii noastre. Aceste spaime sînt apropiate de ceea ce numim la sportivi sau artiști „anxietatea de performanță”, pentru care angoasanta și sîcîitoare întrebare centrală este: „Voi fi la înălțime?”

Unul dintre prietenii mei psihiatri, specialist în tulburări anxioase, vorbea sub formă de butadă despre „tulburare penică”, făcînd aluzie la tulburarea de panică, pentru a descrie neliniștea foarte mare ce pune stăpînire pe anumiți pacienți în momentul unui raport sexual. Sub efectul libertății sexuale, femeile sînt, și ele, din ce în ce mai confruntate cu aceste frici referitoare la o performanță sexuală sau cel puțin o sexualitate în limitele normale: „Am suficiente orgasme? Sînt destul de puternice? Sînt destul de sexy pentru partenerul meu?”

Aceste frici sexuale răspund bine componentelor de bază ale terapiilor comportamentale și cognitive: informație, disculpăre, confruntare progresivă cu partenerul a situațiilor temute, cu condiția, totodată, să nu fie asociate cu

niște secrete nedezvăluite partenerului: pierderea dorinței, din cauza legăturilor extraconjugale etc.

► Frici și fobii rare și atipice

Parcurgînd literatura despre frici și fobii, vom găsi un soi de inventar fără cap și fără coadă: există - într-adevăr - frici de orice! Ne poate fi frică de păpuși, de zăpadă, de flori, de fluturi, de crucifixe, de extaz... Raritatea relativă a acestor frici le face și mai puțin cunoscute și, în afara povestirilor de vînătoare ale psihiatrilor și psihologilor, nu este deloc posibil să generalizăm în legătură cu ele.

Sînt și aversiuni puternice, asemănătoare oarecum cu imaginea aversiunii pentru scîrțîitul cretei sau al unghiei pe o tablă neagră, sau pe o suprafață metalică mată. De exemplu, anumite persoane nu suportă contactul cu mătasea sau vata: evităările lor sînt categorice, dar ele nu se supun unei logici a fricii, ci mai degrabă unei forme de dezgust. Anumite mirosuri pot declanșa și ele unele indispoziții: au fost descrise, de pildă, cazuri de aversiune la mirosul de trandafiri. Și în privința lor, au fost scrise foarte puține lucrări în legătură cu acest subiect, cu toate că știm că dezgustul este adesea implicat în anumite fobii (porumbei, insecte, sînge), alături de frică²⁷⁵.

În general, cu cît fobia este mai bizară sau mai rară, cu atît fobologul este mai prudent! Mai ales atunci cînd frica se diferențiază net de rădăcinile și funcțiile ei evolutive logice: să ne îndepărtăm de ceva periculos pentru specia noastră. În cazul fricilor ciudate, este posibil să fie vorba despre simptome care fac parte din schizofrenii sau tulburări de personalitate, precum stările limită.

Sau despre temeri bizare la persoane „normale”, explicabile sau nu prin istoricul lor intim sau familial.

► Tratamentele pentru frici rare

Multe dintre psihoterapii evitau altădată să pună în practică o terapie axată asupra fobiei, ca într-un caz istoric de fobie de păpuși care a necesitat patru ani de psihanaliză și aproape șapte sute de ore de ședințe²⁷⁶. Considerăm astăzi că munca directă asupra fobiei, realizată de un terapeut experimentat, capabil să facă distincția între fobia reală, necesitînd TCC, și

pseudo-fobie, în care TCC nu sînt indicate, poate fi, dimpotrivă, eficace și fructuoasă în același timp.

Frici și fobii simptomatice ale altor boli ale anxietății

Putem găsi frici și fobii asociate în aproape toate bolile psihice: depresie, schizofrenii etc. Însă cele mai frecvente în acest context, cele pe care le vom menționa în continuare, aparțin categoriei angoaselor obsedante.

Anxietatea este anticiparea fricii. Ea este însoțită adesea de strategii de supraveghere a mediului și de precauții multiple pentru a preîntîmpina apariția problemelor temute. Există o trăsătură anxioasă la toate persoanele fobice: cu cît fobia este mai intensă și cu cît obiectul ei este omniprezent, cu atît obsesiile anxioase vor fi mai numeroase. Ele sînt, de exemplu, maxime în fobia socială (imposibil de evitat toate contactele sociale) sau în tulburarea de panică (imposibil de prevăzut o indispoziție), dar moderate în fobiile de animale sau de înălțimi, întrucît putem ști mai ușor că nu vom fi confrunțați cu obiectul fricii noastre. Totuși, se întîmplă ca obsesiile astea să devină principala problemă, chiar înaintea fricii, ca în dificultățile despre care vom vorbi...

În aceste boli, întîlnim, într-adevăr, frici iraționale, cu tentative de a evita confruntarea cu ele, însă și frămîntări frecvente și ceea ce numim „gînduri intruzive”: persoana nu se poate abține să nu se gîndească frecvent, repetitiv, la ceea ce-i provoacă teamă, chiar dacă pericolul nu este iminent. De asemenea, temerile ei sînt puternic „ambivalente” comparativ cu aprehensiunile despre care am amintit: persoana simte în același timp o frică excesivă, de exemplu, de a contracta o anumită boală, care o face să evite (să se gîndească la asta sau să asculte povești care o pot face să reflecteze la asta). Și, de asemenea, poate să simtă o mare nevoie de a se confrunta pentru a se liniști și de a verifica, de exemplu, consultînd o enciclopedie sau un medic, în cazul fricii de boală. Spre deosebire de „adevăratele fobii”, soluția pentru frică nu este doar evitarea, ci căutarea de informații și verificările urmînd mai mult sau mai puțin un ritual.

► Frica de microbi

Ceea ce neinițiații numesc „fobia de microbi” se dovedește a fi cel mai adesea o TOC, tulburare obsesiv-compulsivă. În acest caz, comportamentele fobice, ca teama de a fi contaminat de murdărie sau de microbi, și evitarea

situațiilor de acest fel sînt asociate cu niște ritualuri de neutralizare a angoasei: spălatul sau verificările, ritualuri care nu există în „simplele” frici și fobii.

În tratarea acestor „frici din TOC” va trebui, într-adevăr, să facem pacientul să se confrunte puțin cîte puțin cu ceea ce-i provoacă frică, precum atingerea obiectelor pe care le consideră murdare, adunarea lor de pe sol, punerea propriilor mîini pe jos. Dar va trebui, în același timp, să-i cerem să nu-și îndeplinească apoi ritualurile de spălat²⁷⁷. Ceea ce va dubla efortul, și al pacientului, și al terapeutului...

► Frica de boală

Ne putem întreba dacă societatea noastră, atît de avidă de sănătate perfectă și de risc zero, nu contribuie la generarea mai multor frici ca altădată în legătură cu boala²⁷⁸. Oricum ar fi, această frică reunește profiluri de persoane foarte diferite.

Pe de o parte, găsim adesea ipohondrii: mai mult decît de teama de a se îmbolnăvi, aceste persoane sînt stăpînite de ideea obsedantă că ele sînt deja afectate de o boală gravă, pe care medicii n-ar fi diagnosticat-o încă. Este vorba despre o tulburare apropiată de TOC. La fel ca în fobia de microbi, comportamentele sînt mai mult niște ritualuri de verificare (să se observe, să se palpeze, să repete analize și examene medicale, să se asigure) decît niște veritabile evitări fobice (să nu se ducă în vizită la prieteni bolnavi în spitale). Și întîlnim chiar mai des o atitudine ambivalență: fie teama de informații medicale, precum cele conținute în enciclopedii, articole de ziar sau emisiunile televizate sau de radio: „Și dacă aș afla că am cutare boală?”, fie o irezistibilă atracție pentru aceleași informații: „Trebuie neapărat să mă uit și să aflu”.

Pe de altă parte, de acest tip de frică de boală suferă persoanele cu o fobie mai clară, care se tem de boală și evită fără echivoc tot ce o poate aminti: conversații despre sănătate, povestiri despre boli, emisiuni, cărți, reviste... „Nu-mi vorbi despre asta!”, le cer ele adesea apropiaților, cînd aceștia încep să relateze despre boală unei cunoștințe. Ele își pot neglija grav starea de sănătate, de teamă să nu ajungă la doctor sau la spital. Chirurgii au uneori de-a face cu astfel de pacienți, cu tumori într-un stadiu foarte avansat, aduși aproape cu forța de anturajul lor.

Tratamentul acestor frici de boală este foarte delicat, mai ales din cauza faptului că pacienții nu sînt decît pe jumătate motivați să consulte un psihoterapeut. Fie pentru că sînt convinși că vigilența lor este un lucru bun, fie pentru că mersul la un profesionist al sănătății, oricare ar fi el, pentru a vorbi despre sănătatea lor, este tocmai ceea ce îi înspăimîntă. Păcat, deoarece am făcut progrese uriașe în materie de psihoterapie a neliniștilor legate de boală^{279,280}.

► Frica de moarte

O bună parte dintre fricile de boală se pot înscrie și în cadrul unei frici obsedante de moarte. Această teamă este normală la toate ființele umane, constituie chiar problema lor principală: sîntem, fără îndoială, singura specie animală care știe clar că va muri într-o zi. Este, așadar, vital să fim în același timp în stare s-o uităm, gîndindu-ne la altceva, și s-o acceptăm, cînd circumstanțele vieții ne obligă să reflectăm la asta. Această gimnastică mentală dificilă nu este realizabilă pentru toată lumea...

Conform manifestării bine cunoscute a anxietății, anumite persoane încearcă să evite reprezentările sau ceea ce sugerează moartea. Este trăsătura fobică a răului lor: să evite să traverseze cimitirele, să privească dricurile trecînd sau să se uite în vitrinele pompelor funebre, să citească necrologurile în cotidiene, să asculte la radio melodii de cîntăreți decedați etc. Dar, pe de altă parte, ele sînt obsedate la propriu de ideea că moartea le va lovi într-o zi, pe ele sau pe apropiații lor. Și pot adopta atunci comportamente preventive: să repete analizele de sănătate, să-și protejeze în exces copiii, să recurgă la tot felul de ritualuri magice sau religioase pentru a preveni ghinionul.

Iată o frumoasă relatare a eforturilor întreprinse în cadrul unei terapii, redactată de o pacientă care suferea de o asemenea frică de moarte²⁸¹.

„Multă vreme, am vrut să nu mor. De unde venea această angoasă? Nu știu. Însă, încă de la vîrsta de 7-8 ani, îmi amintesc că mergeam, dimineața devreme, în camera părinților mei, ca să verific dacă erau încă în viață.

De-a lungul anilor, această frică de moarte am stăpînit-o mai mult sau mai puțin. Ea se axa, de exemplu, pe tot ce era negru: hainele, imaginile, chiar cerneala din ziare. Atingerea negrului era atingerea morții. Refuzam în egală măsură să aud cuvinte legate de moarte, precum sicriu, cimitir. Dacă

cineva îmi spunea «Ai o față de înmormântare în dimineața asta», mă simțeam angoasată. Tot ceea ce, de aproape sau de departe, se referea la moarte sau genera un sentiment al morții. Pe atunci mă descurcam, mai mult sau mai puțin, să evit confruntările directe cu tot ceea ce se apropia de fobia mea; pînă la decesul lui lady Diana, în august 1997. Tragica și brutala dispariție a acestei femei tinere și împlinite m-a traumatizat. Barajul pe care-l ridicasem oarecum pentru a face față fricii a cedat brutal.

Să trec pe celălalt trotuar ca să evit un magazin de pompe funebre, de acord. Dar să nu pot coborî la stațiile de metrou Pere-Lachaise sau Denfert-Rochereau din cauza cimitirului din apropiere sau să refuz să traversez o stradă unde vedeam un Mercedes negru precum cel al Diane însemna să accept ca viața mea să se reducă la zero și teama mea de moarte să mă împiedice să trăiesc.

Ca un cancer al minții care-și țesea ramificații peste tot, angosta utiliza toate căile posibile ca să mă sufoce. Am decis prin urmare să încep o terapie comportamentală și cognitivă, obiectivul meu fiind, pur și simplu, să fac în așa fel încît să pot trăi cu frica mea.

Prima veste bună: terapeutul m-a învățat că nu sînt o ciudățenie și că alte persoane suferă de aceeași frică. A doua veste bună: asta se tratează! Iată-mă, așadar, încrezătoare să încep ședințele de relaxare care-mi permit să mă concentrez și să învăț să-mi stăpînesc, în situații de urgență, atacurile de panică. Într-o a doua fază, terapeutul meu mi-a cerut să-mi notez toate situațiile care mă angostasau pentru ca, în ritmul meu, să mă confrunt cu ele cu ajutorul său. Am făcut deci o listă care cuprinde împrejurări ca: a bea o bere, care se numește o «moarte subită», sau a intra într-un cimitir.

Primul meu exercițiu, care a necesitat cinci luni de ședințe, a constat în a citi, cu seninătate, necrologurile din ziare. A fost o suită de etape: terapeutul a început prin a le citi, cu voce tare; apoi am îndrăznit să deschid ziarul la pagina respectivă; pe urmă am citit anunțurile cu voce tare; apoi mi-am scris numele pe pagină; în final am aruncat ziarul... La fiecare etapă depășită, îmi dădeam seama, în zilele care urmau, că nu se petrecea nimic grav. Că a vorbi despre moarte n-o aducea mai devreme. Că puteam scrie «voi muri» fără să mor.

Ulterior, pe scara experiențelor forte, a fost vizita la cimitir, cu terapeutul meu. Mă revăd lângă gardul cimitirului din Montparnasse într-o zi de iarnă. Nu privesc nimic, nu un mormînt, nu un nume, refuz să părăsesc marile alei de spaimă că, trecînd prin cele mici, voi atinge ușor un mormînt. A doua oară, am reușit să mă opresc în fața cavourilor și să descifrez, cu voce tare, numele și datele. Cînd terapeutul meu mi-a cerut să îndepărtez frunzele moarte de pe un mormînt, primul impuls a fost să refuz. Desigur, m-am conformat pînă la urmă. Mai întîi luînd frunzele una cîte una, fără să ating piatra. Apoi cu ambele mîini.

Însă adevărata conștientizare mi-au produs-o, fără îndoială, oamenii pe care i-am observat în cimitir: cei care-l traversau ca să meargă la muncă sau care aduceau flori pe un mormînt, mămicile care-și plimbau copilul într-un cărucior, doi adolescenți pe punctul de a mîncea un sandvici pe o bancă... Viața și moartea amestecate. Am descoperit vorbind cu prietenii mei că, pentru mulți, cimitirele sînt adesea locuri liniștitoare, agreabile, unde ne putem reîncărca bateriile.

În prezent, după trei ani de terapie, pot spune că mi-am învins frica. Îmblînzirea morții m-a ajutat să profit mai bine de viață, Înainte, mă frămînta trecutul și mă îngrijora viitorul - nu mai aveam loc pentru prezent. La ora actuală, am înțeles că trebuia să mă relaxez ca să accept inacceptabilul: am venit pe lume ca s-o părăsesc într-o zi."

Iată cum niște terapii aduc uneori nu doar o stare de bine, ci și înțelepciune. Corneille este cel care amintea în Cidul: „Cine nu se teme de moarte nu se teme de amenințări”...

► **Dismorfofobia sau teama de a avea un defect fizic**

Din grecescul dys, „strîmb” și morphos, „aspect”, acest termen desemnează preocupările excesive pentru aspectul fizic la pacienții convinși, cel mai adesea în mod eronat, că au un defect fizic. Uneori, aceste preocupări se referă la convingerea că degajă un miros neplăcut.

Persoanele care suferă de dismorfofobie sînt obsedate de urîtenia sau aspectul lor dizgrațios, ambele imaginare. Ele petrec mult timp încercînd să camufleze defectele fizice pe care și le atribuie: prin machiaj, coafură, o alegere complexă de haine menite să provoace iluzii. Pot recurge în public la manevre destul de complicate pentru a se așeza la o masă astfel încît să-și

scoată în evidență profilul care-i avantajează. De-a lungul zilei, acești pacienți, îngrijorați de aspectul lor fizic, se verifică îndelung în oglinzi și în toate suprafețele reflectorizante, ca vitrinele. Uneori, își detestă atât de mult imaginea, încât nu suportă nici o fotografie și nici o oglindă acasă. Evită să se privească atunci când merg la coafor și pleacă. Și în dismorfofobie există, desigur, multe evitări, în funcție de complexele simțite: să nu poarte haine mulate, sau un costum de baie, să nu-și arate nici odată goliciunea sau să nu aibă raporturi sexuale decât în întuneric, să nu iasă nemachiate în cazul femeilor.

De exemplu, Louis, unul dintre pacienții mei, nu avea nici o oglindă la el, nu se așeza nici odată în fața unei vitrine, nici în fața oglinzilor la restaurant. Nu-și cumpăra hainele decât prin corespondență, pentru a evita penibilele ședințe de probă în fața oglinzilor, nu se lăsa nici odată fotografiat, nici filmat. Își detesta aspectul fizic, mai ales chipul, pe care-l considera respingător (era, evident, fals), și picioarele, care i se păreau prea scurte și crăcănate. Singurele momente în care se privea erau atunci când era deprimat: dar doar ca să-și facă rău, pentru că, ore întregi, își contempla morocănos „oribilul” aspect fizic. Firește, este total inutil să încercăm să liniștim acești pacienți în privința caracterului acceptabil al aspectului lor fizic: nu obținem rezultate. În prezent, îi tratăm prin tehnici comportamentale, cu un dublu obiectiv în primă fază: pe de o parte, să-i facem mai toleranți cu presupusa lor urîțenie, iar pe de altă parte, să-i convingem să-și reia un mod de viață normal²⁸². Odată depășită această etapă, încercăm, puțin câte puțin, să-i împăcăm cu adevărat cu ei înșiși. Și asta pentru că, dincolo de problemele pe care le au cu aspectul lor corporal, ei sînt frecvent preocupați de stima de sine. În cazul lui Louis, l-am expus mai multe ședințe propriiei sale imagini într-o oglindă mare. Apoi i-am cerut să se ducă la piscina apropiată de domiciliul lui și să nu procedeze ca altădată: în loc să renunțe la prosop înainte de a se arunca grăbit în apă, i-am zis să facă turul bazinului îmbrăcat doar în costumul de baie. A participat apoi la o terapie de grup despre stima de sine, organizată de două dintre colegile mele psiholog. După doi ani de aceste diverse ședințe terapeutice, Louis trăia în cea mai bună înțelegere cu el însuși. După cum îmi spunea atunci: „Nu mă ador, însă mă suport. Deja nu-i așa rău...”

În cazurile cele mai severe sau ale celor mai puțin capabili să recurgă la terapie, li se prescrie un antidepresiv serotoninergic care, adesea, calmează și reglează emoțiile negative legate de imaginea de sine. Cîteva studii controlate le-au confirmat eficacitatea²⁸³.

► Frica de a comite un act impulsiv

Aceste frici au adesea o sursă de mare confuzie. La persoanele în cauză ele constau în teama obsedantă de a comite, brutal, fără să se controleze, un act contrar propriilor convingeri, valori, sentimente; pentru o mamă, de exemplu, să-și arunce bebelușul pe fereastră sau pe jos; să înjunghie un apropiat cu un cuțit de bucătărie observat în sertar; să insulte pe cineva care nu merită și pe care-l iubește sau îl respectă...

Aceste frici de pierdere a controlului de sine, numite încă „fobii de impuls”, sînt foarte frecvente în cadrul TOC.

Dar ele apar uneori și în mod izolat la orice ființă umană și sînt, în general, declanșate de un amestec de oboseală și circumstanțe favorizante: trecem pe lîngă o fereastră cu un bebeluș în brațe, vedem un apropiat întorcîndu-ne spatele în timp ce ținem un cuțit mare de bucătărie pentru tăiat friptura...

Evident, fie că apar în cadrul TOC, fie trecător, aceste frici nu se transformă nici odată în realitate. Ele rămîn întotdeauna la stadiul de impulsuri, cu atît mai absurde, cu cît sînt ilogice: ideea de a aplica o lovitură de cuțit partenerului cu care tocmai ne-am certat ținînd un cuțit în mînă ilustrează o anumită „logică”, însă, evident, nu este recomandabilă. Aceste gînduri agresive sînt, așadar, mai puțin destabilizante în contextul unui conflict, chiar dacă ele sînt disproporționate, decît dacă ar apărea în timp ce partenerul dumneavoastră tocmai v-a dat un pupic în trecere și totul merge bine între voi...

Sînt disponibile puține date despre tratamentul acestor fobii de impuls. Se acceptă ideea că, la un moment dat, persoana respectivă trebuie să fie de acord să se expună situațiilor de care se teme: să mînuiască un cuțit în prezența cuiva pe care-l iubește, pentru a verifica faptul că, în ciuda ideilor nebunești care îi vin în minte, nu-l va înjunghia. Sau să stea alături de o persoană aplecată în gol: și în acest caz, cu toate că se imaginează împingînd persoana respectivă în gol, n-o va face. Cel puțin de asta sînt convinși

terapeuții. Nu din tendința de a-și asuma riscuri, ci, pur și simplu, pentru că nici odată, în experiența psihanaliștilor, n-am văzut să se dea curs unor asemenea fobii de impuls...

Acest tip de fobii sînt, de altfel, o bună ocazie de a reaminti că, în fața adevăratelor pericole și amenințări, există în cele din urmă puține diferențe de comportament între fobici și non-fobici. Contrar a ceea ce cred, fobicii se pot comporta normal, și chiar curajos, în fața unei probleme reale și actuale. Doar în fața posibilității pericolului sînt în mod clar mai puțin performanți...

Putem trage concluzii despre frici și fobii?

Dacă sînteți telofob¹⁰, din grecescul telos, scop ultim, iată pasajul cel mai dificil al acestei cărți...

La capătul acestui scurt periplu prin lumea fricilor, nu vom face niciun „elogiu al fobiei”. Dacă fricile normale au o virtute adaptativă, pentru individ, ca și pentru specie, fricile excesive n-au niciuna. Ele reprezintă o suferință și un inconvenient pentru persoanele care sînt victimele acestei stări. Considerate mult timp ca niște tulburări benigne și anecdotice, ele sînt, dimpotrivă, frecvente și handicapante, cum au arătat-o cele mai recente lucrări.

Descrierile destul de precise ale diferitelor tipuri de frici excesive, ale manifestărilor și tratamentelor lor, pe care le-ați descoperit în această carte, nu trebuie totuși să vă facă să uitați că pacienții fobici nu sînt numai purtători ai simptomelor, dar și ființe umane care suferă, care au un trecut marcat de teamă. Dacă vindecarea trece obligatoriu prin dispariția simptomelor de frică, emoționale, psihologice, comportamentale, ea va duce în egală măsură la noi moduri de viață și de a percepe lumea. Rolul terapeuților este și de a-și ajuta pacienții să se adapteze la aceste noi echilibre, pentru că fricile excesive induc un ansamblu de obiceiuri rele, care nu este întotdeauna ușor de abandonat... Terapiile, chiar riguros conduse și efectuate, sînt tot întîlniri între persoane, în care operează o alchimie relațională complexă. Însă această alianță terapeutică nu va da rezultatele scontate dacă terapia nu se sprijină pe baze științifice solide, a căror eficacitate trebuie să fie evaluată în mod regulat.

¹⁰ Persoană care urăște imperfecțiunea (n.t.).

Cunoștințele despre frici au progresat mult în acești ultimi ani. Totuși, vor fi necesare alte numeroase studii pentru a aduce la lumină ansamblul structurii lor. Însă lucrările nu trebuie să se refere doar la fricile constituite. Trebuie, de exemplu, să ne ajutăm mai bine copiii cu o vulnerabilitate fobică ridicată să nu dezvolte această patologie. Trebuie și să înțelegem mai bine ce caută și simt persoanele care privesc filme de groază sau cele care urcă în montagne russe ori în trenul fantomă la bîlciuri. Fără îndoială, încearcă plăcerea de a stăpîni o teamă controlată și limitată. Oare aceste imunizări sînt indispensabile epocii noastre obsedate de zero risc? Ca tot atîtea verificări ale faptului că sistemul acesta bun și bătrîn de avertizare care este frica rămîne în stare de funcționare... Am învăța în egală măsură multe lucruri despre frică studiind psihologia „filicilor”¹¹: persoanele care cresc tarantule în dormitorul lor, cele care escaladează fără rețineri stîncile sau fac sărituri cu coarda elastică nu au puncte comune cu arahnofobii sau acrofobii? Ele prezintă, fără îndoială, aceeași activare emoțională în fața anumitor stimuli, dar optează pentru strategii diferite: confruntare mai mult decît evitare, stăpînire mai mult decît renunțare... Dacă vom înțelege mai bine toate astea, de fapt, ne va ajuta, fără îndoială, să tratăm fricile excesive și fobiile.

Concluzie

„Curaj, n-am deloc, dar acționez ca și cum aș avea, ceea ce înseamnă poate același lucru.”

Gustave FLAUBERT

Atunci cînd vorbim despre frică, știm și că vom vorbi despre curaj, una dintre virtuțile unanim admirate, în toate locurile și în toate timpurile.

Oare dacă ne este frică înseamnă că ne lipsește curajul?

Cred că teoria aceasta este adesea falsă. În orice caz, sînt convins că doar în fața „mușcăturii” fricii putem da dovadă de curaj. De aceea îmi stimez pacienții, toate aceste persoane cărora le era foarte frică și ale căror povești le-ați citit în această carte. Ele se luptă împotriva unui inamic interior, invizibil, ascuns în sinea lor și deci capabil mai mult decît orice altceva să le

¹¹ Termen din greacă, însemnând „persoană iubitoare de” (n.t.).

însăimînte, să le convingă că o simplă iluzie reprezintă de fapt realitatea. În plus, lupta lor este tenebroasă: cine vede acest inamic în afara lor? Cine simte teama aceasta? Prin urmare, da, așa cum spun filosofii, a da dovadă de curaj înseamnă să acționezi împotriva fricii: da, toți acești pacienți sînt curajoși²⁸⁴.

Acest curaj le permite să trăiască deci această clipă, care este, cu adevărat, unul dintre momentele de grație ale psihoterapiei: cel în care simt că încep din nou să progreseze. În care încetează să dea înapoi sau să stagneze în fața fricii. Clipa în care obțin prima victorie: de data asta, în sfîrșit, nu ei, ci frica este cea care a dat înapoi, epuizată de rezistența lor. Ea va reveni, însă ei vor rezista din nou. Începînd din acest moment, evoluția bolii lor devine progredientă, cum spuneau filosofii Antichității²⁸⁵: devin la rîndul lor oameni care progresează, pentru care cotidianul este un teren de exerciții, pentru care viața redevine acest loc în care învățăm și în care ne îmbogățim. Și încetează să mai fie această succesiune tristă de precauții, de renunțări, de sustrageri. Începînd din acest moment, totul se schimbă: de-acum, putem încheia pacea cu fricile noastre. Putem chiar să păstrăm relațiile cu ele, să le ascultăm, de ce nu? Întrucît nu mai trebuie să ne supunem lor...

Și apoi? Ce se întîmplă odată ce i-am vindecat de fricile lor excesive? Atunci e sfîrșitul poveștii pentru terapeut. Și începutul alteia, mult mai interesantă chiar, pentru pacientul său. Fiindcă a lupta împotriva fricilor înseamnă, în realitate, a lupta pentru propria libertate. Și e la latitudinea fiecăruia să procedeze cum va dori cu această libertate de mișcări și gândire recucerită. Totul este posibil, așadar, pentru că, așa cum remarcă Montesquieu: „Libertatea este bunul care ne îngăduie să ne bucurăm de alte bunuri...”

Anexe

Cărți și site-uri pentru a afla mai multe

► Cărți despre diferitele tipuri de frici și fobii

Frici și fobii specifice

Marie-Claude DENTAN, *Vaincre sa peur en avion*, Denoël, 1997.

Francoise SIMPERE, *Vaincre sa peur de l'eau*, Marabout, 1998.

Roger ZUMBRUNNEN, Pas de panique au volant, „Guide pour s'aider soi-même", Odile Jacob, 2000.

Roger ZUMBRUNNEN și Jean FOUACE, Comment vaincre la peur de l'eau et apprendre à nager, Editions de l'Homme, 1999.

Frici sociale

Christophe ANDRE și Patrick LÉGERON, La Peur des autres. Trac, timidité et phobie sociale, Odile Jacob, 2000.

Laurent CHNEIWEISS și Eric TANNEAU, Maîtriser son trac, „Guide pour s'aider soi-même", Odile Jacob, 2003. Charly CTJNGI, Savoir s'affirmer, Retz, 1996.

Frederic FANGET, Affirmez-vous!, „Guide pour s'aider soi-même", Odile Jacob, 2000.

Frederic FANGET, Oser. Thérapie de la confiance en soi, Odile Jacob, 2003.

Gerard MAQUERON și Stephane ROY: La Timidité. Comment la surmonter, „Guide pour s'aider soi-même", Odile Jacob, 2004.

Frici de indispoziții, tulburare de panică și agorafobie

Jean-Luc EMERY, Surmontez vos peurs. Vaincre le trouble panique et l'agoraphobie, „Guide pour s'aider soi-même", Odile Jacob, 2000. Andre MARCHAND și Andree LETARTE, La Peur d'avoir peur, Stanki, 1993.

Franck PEYRE, Faire face aux paniques, Retz, 2002.

Neliniști obsedante și TOC (tulburare obsesiv-compulsivă)

Jean COTTRAUX, Les Ennemis intérieurs, Odile Jacob, 2000. Franck LAMAGNERE, Peurs, manies et idées fixes, Retz, 1994. AJain SAUTERAUD, Je ne peux pas m'arrêter de laver, vérifier, compter. Mieux vivre avec un TOC, „Guide pour s'aider soi-même", Odile Jacob, 2000.

Neliniști generalizate

Robert LADOUCEUR, Arrêtez de vous faire du souci pour tout et pour rien, Odile Jacob, 2003.

Evelyne MOLLARD, La Peur de tout, Odile Jacob, 2003. Dominique SERVANT, Soigner le stress et l'anxiété par soi-même, „Guide pour s'aider soi-même", Odile Jacob, 2003.

Toate fricile și fobiile la un loc

Gerard APFELDORFER, Pas de panique!, Hachette, 1986. Richard STERN, Maîtriser ses phobies, Marabout, 2000.

Frici și fobii la copii

Stephen GARBER, Les Peurs de votre enfant, Odile Jacob, 2000.

► Cărți despre meditație și relaxare

Charly CUNGI și Serge LIMOUSIN, Savoir se relaxer, Retz, 2003.

TCHICH NHAT HANH, Le Miracle de la pleine conscience. Manuel pratique de meditation, L'Espace Bleu, 1994.

Cărți despre mecanismele aflate la originea fricilor și fobiilor

Elaine ARON, Ces gens qui ont peur d'avoir peur, Editions de l'Homme, 1999.

Joseph LEDOUX, Neurobiologie de la personnalité, Odile Jacob, 2004.

► Site-uri internet

AFTA: Association française des troubles anxieux/Asociația Franceză a Tulburărilor Anxioase

Societate savantă care grupează câțiva specialiști în tulburări anxioase și fobice. Documente pedagogice pentru marele public. afta.anxiete.org

AFTCC: Association française de therapie comportementale et cognitive/Asociația Franceză de Terapie Comportamentală și Cognitivă Asociație de terapeuți practicînd TCC, cele mai eficace metode psihologice pentru tratamentul fricilor excesive și al fobiilor. Informații pentru publicul larg. aftcc.org

AFFORTHECC: Association Francophone pour la Formation et la Recherche en Therapie Comportementale et Cognitive/Asociația Francofonă pentru Formare și Cercetare în Terapia Comportamentală și Cognitivă Altă

asociație științifică de practicieni în TCC, cu aceleași obiective.
www.afforthecc.org

MEDIAGORA

Asociație de pacienți care oferă informații utile persoanelor care suferă de tulburare de panică, agorafobie sau fobie socială. mediagora.free.fr

ALAPHOBIE

Site care propune informații și activități de dezvoltare personală persoanelor fobice izolate. alaphobie.com

ATAQ: Association des troubles anxieux du Quebec/Asociația Tulburărilor Anxioase din Quebec

Asociație din Quebec de pacienți și profesioniști, care oferă informații despre toate tulburările anxioase. ataq.org

Phobies Zero/Fobii Zero

Asociație din Quebec de pacienți, care oferă informații despre fobii, phobies-zero.qc.ca

AFTOC: Association française des troubles obsessionnels-compulsifs/Asociația Franceză de Tulburări Obsesiv-Compulsive

Asociație de pacienți care oferă informații utile persoanelor ce suferă de TOC sau apropiatilor lor.

perso.club-internet.fr/aftoc

ADAA: Anxiety Disorders Association of America/Asociația Tulburărilor Anxioase din America

Asociație americană de pacienți care suferă de fobii și alte tulburări anxioase. Numeroase informații, dar, evident, în engleză.

adaa.org

Exerciții de relaxare și meditație pentru persoanele care suferă de frici excesive sau de fobii

Relaxarea și meditația sînt instrumente bune pentru vindecarea propriilor frici. Dar doar simpla lor utilizare nu va fi îndeajuns: pentru a vă ajuta să vă eliberați de frici, ele trebuie asociate cu eforturile de confruntare cu situațiile fobogene și cu reculul psihologic pe care le-am menționat pe parcursul acestei cărți. Însă ele vă vor permite, în schimb, să exercitați aceste eforturi cu mai multă ușurință.

Relaxarea și meditația, cel puțin la început, nu vor împiedica apariția fricilor, nici nu vor avea puterea de a le face să dispară. Ele nu sînt niște instrumente de tratare, ci de prevenție. Relaxarea vă va ajuta să vă limitați treptat această stare de tensiune cronică, legată de anticiparea sau gîndurile obsesive, adesea inconștiente, aflate în raport cu fricile dumneavoastră. Meditația vă va învăța să dezvoltați o relație mai senină cu fricile dumneavoastră, să nu mai fiți impresionat, intimidat, înspăimîntat de ele.

Relaxarea și meditația necesită o practică regulată pentru a prezenta interes. Sînt mai utile, așadar, cîteva minute zilnic decît o jumătate de oră săptămînal. Nu așteptați de la ele rezultate imediate și spectaculoase. La început, ca în cazul tuturor proceselor de învățare, rezultatele vor fi modeste. Apoi vor fi mai clare și apreciable. Dar vor exista întotdeauna zile cu și zile fără: sînt momente în care, cu toate că ne dorim și simțim nevoia, este dificil să ne relaxăm, să medităm, să ne liniștim. În aceste clipe, trebuie să acceptăm ceea ce e evident: nici corpul, nici mintea noastră nu sînt mașini. Prin urmare, este recomandabil să ne fixăm ca obiectiv o apropiere de calm, mai degrabă decît dorința de a-l atinge total. Tot așa cum, dacă aveți insomnii, veți utiliza aceste demersuri nu pentru a dormi (nu putem să-i comandăm somnului), ci pentru a vă apropia de somn, sau măcar a vă depăși insomniile în modul cel mai pașnic cu putință. După ce ați utilizat relaxarea și meditația pentru a vă vindeca de fricile dumneavoastră, probabil că veți continua să recurgeți la ele ca la niște mijloace de a vă ameliora starea de bine zilnică în toate formele ei.

► **Exercițiile de relaxare**

Ce este relaxarea?

Relaxarea are drept scop să inducă o stare de destindere fizică. La început, plecînd de la exerciții voluntare reprezentînd un antrenament deliberat. Apoi în mod aproape reflex: odată pregătite, corpul și mintea dumneavoastră vor fi capabile să se pună pe pilot automat. De fiecare dată cînd veți începe să vă tensionați sau să vă crispați mai mult decît este nevoie, automatismele dumneavoastră vă vor aminti necesitatea de a vă reduce cu o treaptă starea de activare, fizică și emoțională. Ideea de bază a relaxării nu este de a rămîne total calm în fața tuturor circumstanțelor stresante ale vieții, ci de a atinge pe cît posibil această stare: cum să fac ce

am de făcut, să înfrunt ce am de înfruntat rămînînd cît mai relaxat posibil? Există, desigur, numeroase metode de relaxare. Descriem aici o abordare derivată din cea mai veche și mai practică: trainingul autogen²⁸⁶.

Utilitatea relaxării în fața fricilor

În privința luptei împotriva fricilor excesive, relaxarea prezintă numeroase avantaje: diminuarea nivelului de tensiune corporală cronică, asociată adesea fricilor; pregătirea pentru înfruntarea anumitor situații ca surse de frici excesive; facilitarea recuperării emoționale după aceea.

Modalități practice ale relaxării

Relaxarea se poate practica în poziție așezată sau culcat. Ea este facilitată de un mediu calm, prin închiderea ochilor. Însă puțin câte puțin, este de dorit s-o practicați peste tot, chiar într-un autobuz sau un birou, și cu ochii deschiși.

Veți întrebuința relaxarea în trei contexte diferite:

- Relaxarea-prevenție: mici exerciții scurte, cu o durată de la cîteva secunde la cîteva minute. Aceste „minirelaxări” sînt destinate să vă menajeze forțele și să vă relaxeze de-a lungul întregii zile. Ele trebuie să fie practicate în cursul vieții cotidiene. În primul rînd, trebuie să fim instalați cît mai confortabil cu putință acolo unde ne aflăm; să respirăm calm și adînc; să relaxăm mușchii cefei și ai umerilor. Acest exercițiu se face cu ochii deschiși, la un semafor dacă sînteți la volan, între două telefoane dacă sînteți la muncă.

- Relaxarea-pregătire: înainte de a înfrunta o situație care vă inspiră teamă, pentru a limita pe cît posibil intensitatea reacțiilor fizice de frică. Inutil să așteptați să vă simțiți relaxat în această circumstanță: scopul este mai degrabă de a limita tensiunile. Și de a vă aminti cît de important este de a nu vă agrava starea înnebunind de groază și aruncîndu-vă în brațele panicii. Aceste exerciții nu trebuie să fie foarte lungi: veți simți că la un moment dat lucrurile se „plafonează” și că nu vă puteți relaxa mai mult știind ce vă așteaptă. Dar veți fi pregătit deja pentru confruntare.

- Relaxarea-recuperare: după o confruntare cu fricile dumneavoastră sau după oboseala unei zile. Aceste exerciții sînt tradițional mai lungi ca precedentele. Ele sînt și mai ușoare, deoarece n-au drept scop îndepărtarea fricii, ci să vă ofere o stare de confort și relaxare. Practicate constant, ele sînt

importante în egală măsură, pentru că vă ajută să aprofundați stăpînirea relaxării, ceea ce va fi util în fața fricii: săptămîină după săptămîină, lună după lună, vor apărea automatisme. Nu uitați că este foarte probabil ca practicarea lor cu regularitate să vă modifice oarecum arhitectura cerebrală și circuitul sinapselor implicate în declanșarea reacțiilor de frică.

Exemplu de exercițiu de relaxare

Iată o desfășurare simplificată de ședință. Nu căutați s-o învățați pe de rost de la început, ci treptat: mintea este mai importantă ca litera! Recitiți adesea textul, adaptați-l cu propriile cuvinte nevoilor dumneavoastră. Puteți, de asemenea, să-l înregistrați sau să utilizați la început anumite înregistrări vîndute de librari sau vînzătorii de materiale muzicale.

Nu uitați: sînt mai bune cîteva minute în fiecare zi decît o oră o dată pe săptămîină. Și nu așteptați de la aceste exerciții să vă inducă încă de la început o stare de relaxare profundă.

Sînt așezat(ă) confortabil, cu ochii închiși...

Încerc și să fiu cît mai calm(ă) și relaxat(ă) posibil...

Mă străduiesc să nu mai acord atenție zgomotelor venite din exterior sau gîndurilor care-mi vin regulat în minte.

Las aceste zgomote exterioare, aceste gînduri să vină și să plece din conștiința mea. Nu caut să le vînez, să le controlez sau să le împiedic. Nu accept nici să le urmez. Las libere aceste zgomote și gînduri.

Este ca și cum aș organiza o masă: fiecare este liber să intre și să iasă, să se așeze unde-i place.

Mă ocup doar să-mi păstrez atenția asupra a ceea ce sînt pe punctul de a face: să las să se instaleze încet în mine o stare de relaxare.

Fac mai multe inspirații foarte profunde.

Îmi las respirația să-și ia ritmul, calm, liniștit, lent.

Simt bine, la nivelul nasului și gîtului, senzația de aer proaspăt pe care-l inspir și de aer călduț pe care-l expir...

Simt în egală măsură, la fiecare expirație, că tot corpul se mai relaxează un pic...

Ca și cum aș expira tensiunile în afara mea...

Respirația mea este calmă și liniștită...

Îmi voi examina acum întreg corpul, pentru a verifica dacă sînt cît mai relaxat(ă) cu putință...

Îmi simt bine picioarele: degetele mari, tălpile, partea de sus a picioarelor. Îmi simt gleznele și pulpele, genunchii, mușchii coapselor. Îmi simt coapsele și fesele, partea de jos a abdomenului și întregul abdomen. Îmi simt rinichii și spatele, pieptul...

Îmi simt bine respirația, liniștită. Simt că la fiecare expirație tot corpul mi se mai destinde un pic...

Las să mi se relaxeze bine umerii și ceafa...

Las să mi se relaxeze bine maxilarul, obrazii, fruntea, pleoapele...

Sînt foarte calm(ă) și relaxat(ă)...

Voi simți acum, la nivelul brațelor, apariția progresivă a unei senzații plăcute de greutate și apăsare care se va instala puțin cîte puțin în cele două brațe ale mele...

Apoi în cele două picioare ale mele...

Pe urmă în tot corpul.

Tot corpul îmi este agreabil de greu și apăsător...

Sînt foarte calm(ă) și relaxat(ă)...

Voi simți acum, în ventrele mele, la nivelul plexului solar, apariția progresivă a unei senzații plăcute de căldură...

Senzație de căldură plăcută, care crește la fiecare expirație...

Plexul solar este agreabil de plăcut...

Sînt foarte calm(ă) și relaxat(ă)...

Atunci cînd vreau să termin exercițiul, respir profund o dată sau de două ori, îmi întind foarte lent brațele, picioarele. După aceea deschid ochii...

► **Exercițiile de meditație**

Ce este meditația?

Meditația se definește în mod tradițional în Occident ca o reflecție prelungită și aprofundată asupra unui subiect; astfel o înțelegea Descartes, de exemplu. În prezent, definiția meditației s-a inspirat, desigur, din tradiția orientală și trimite la o stare aparte de conștiință, cumulînd calmarea fizică bazată pe postură și respirație, control al atenției și relaxare la nivel psihologic, detașare și acceptare în fața gîndurilor și emoțiilor negative... Pe scurt, o stare destul de complexă. Cu atît mai mult cu cît numeroasele tradiții

filosofice și religioase au propriile modele și-și urmează propriile obiective în meditație: să se apropie de Dumnezeu, de Adevăr, de Seninătate... Vom vorbi, în principal, aici despre metoda de meditație cea mai utilizată în prezent în sînul comunității științifice în psihologie: conștientizarea prezentului sau mindfulness^{287, 288}.

Utilitatea meditației în fața fricilor

În cadrul luptei împotriva fricilor excesive, meditația este semnificativă din mai multe motive: ea ne ajută să ne obișnuim cu ideea de a simți frica; să ne privim fricile în față; să ne distanțăm treptat de emoțiile negative adăugate fricii, precum frica de frică, rușinea, furia...

Modalități de practicare a meditației

Starea mentală vizată de meditația de tip „conștientizare a prezentului” se bazează pe două elemente: concentrare liniștită a atenției, acceptarea a ceea ce ne stăpînește și ne înconjoară. Este vorba, pur și simplu, despre „a fi acolo”, cu corpul în starea de calm și mintea în pace, fără să încercăm să gîndim, să judecăm, să „facem”. Atenție, meditația nu este totuși doar o practică a minții, ea utilizează, de asemenea, mult respirația și stările corpului. De aceea se consideră că învățarea prealabilă a unei tehnici de relaxare este de ajutor.

Iată, în general, cum ne putem antrena să medităm, prin intermediul mai multor etape mari:

- **Așezarea.** Alegeți o poziție confortabilă. În mod clasic, occidentalilor li se recomandă poziția îngenunchată, de preferință cu un scăunel pentru meditație sau o pernută, strecurate sub fese. Așezați-vă în fața unei ferestre sau a unui perete, în fața unui element asupra căruia să vă îndreptați atenția: un colț de cer, un obiect, un tablou, orice vă convine. Se meditează adesea cu ochii deschiși, pentru a se fixa atenția asupra acestui punct.

Însă puteți să-i închideți din cînd în cînd. Va trebui să rămîneți izolat(ă) pe durata exercițiului de meditație: fără drumuri du-te-vino în încăpere, fără telefon dacă este posibil. Izolat(ă), dar nu rupt(ă) de lume - este inutil să căutați liniștea deplină sau calmul absolut în jurul dumneavoastră: așa ceva nu există, de obicei, în societatea noastră, de aceea, a învăța să meditați în mijlocul mișcării vieții va reprezenta un foarte bun exercițiu.

● **Respirație și relaxare.** Începeți prin a respira și a vă relaxa, cu una sau două inspirații foarte adânci. Apoi lăsați-vă respirația să adopte un ritm calm. Puteți proceda în felul acesta: numărați de la unu la cinci inspirînd, pe urmă o mică pauză pe șase, apoi numărați de la unu la cinci expirînd, pe urmă o mică pauză pe șase și tot așa... Asta pentru a induce o respirație liniștită. Abandonați după aceea numărutul și lăsați-vă respirația să continue singură. Veți fi din nou conștient(ă) din cînd în cînd: dacă vă concentrați din nou să vă liniștiți ritmul respirator, meditația vă va fi ușurată. Raportul cu respirația noastră este , interesant: respirația este un proces natural, pe care nu-l pot împiedica, ci doar controla și orienta în cel mai bun sens pentru mine. Este același lucru ca în cazul raportului nostru cu frica: nu putem împiedica apariția fricii, însă îi putem modula manifestarea.

● **Acceptare:** este, fără îndoială, demersul cel mai caracteristic al formei de meditație pentru „conștientizarea prezentului”. Este vorba despre a accepta tot ce se întîmplă, în noi sau în jurul nostru: zgomotele exterioare, venite din stradă sau din locul în care ne aflăm; nenumăratele gânduri parazite, care profită, în general, de spațiul mental deschis de meditație pentru a da năvală; emoțiile negative, neliniștea, tristețea, furia și altele, care profită, totodată, de meditație pentru a reapărea... Le veți accepta, fără a vă spune că vă împiedică meditația, că o fac imposibilă. Spuneți-vă că viața este cea care este acolo și că e minunat! Nu meditați ca să vă rupeți sau să vă izolați de lume, ci pentru a fi prezent(ă) pașnic în ea. Nu meditați ca să nu mai simțiți teama, ci ca să nu vă mai fie frică de teamă. Acceptați zgomotele care vă înconjoară și vă agresează, dar nu le ascultați: ele intră pe-o ureche și ies pe cealaltă; treptat, nu vă vor mai jena. Acceptați gândurile care vă asaltează, însă nu le urmați: lăsați-le să vină și să plece, să-și trăiască viața de gânduri, vă veți ocupa mai târziu de ele; cele importante vor reveni, iar cele care nu sînt esențiale vor fi uitate. Acceptați emoțiile care vă chinuie din nou, dar nu vă supuneți lor; dacă nu le „hrăniți”, ele se vor calma încet; își vor relua locul și importanța naturală fără supralicitare.

● **Menținerea meditației.** Este mai dificil la început: zgomotele din jur, gândurile în legătură cu tot și cu nimic, senzațiile fizice, această mică durere a gâtului, acest stomac care chiorăie, țuiturile din urechi, totul vă va distra. Luați-le ca pe un exercițiu: este normal și este util. Imaginați-vă că

sînteți așezat(ă) în iarbă, ceva mai departe de o masă la țară cu familia sau cu prietenii: auziți zgomotele, dar nu participați la conversații. Ați făcut alegerea de a fi prezent(ă), însă la distanță. Nu le purtați pică fiindcă fac zgomot: ei sînt acolo tocmai pentru a face zgomot, vorbind și bucurîndu-se. Din acest motiv există această veselă reuniune. Și tocmai pentru că toate acestea există meditația dumneavoastră are un sens. Ea n-ar avea niciunul dacă ați fi înconjurat(ă) de o liniște și un vid absolute. Cînd meditați, acceptați fiecare distragere și readuceți-vă încet conștiința spre starea mentală căutată: concentrat(ă) încet asupra cerului sau peretelui, lăsînd să treacă prin dumneavoastră senzații, gânduri, emoții. Vă puteți imagina și că duceți cu blîndețe spre ieșirea din „biroul dumneavoastră de meditații” un copilaș, cu răbdare, toleranță, în mod liniștit, fără să vă enervați dacă se întoarce: asta face parte din viață, și este cel mai bun exercițiu posibil pentru a vă întări seninătatea. A fi distrat(ă) de ceva nu este un eșec: e normal, constituie un episod din drum. Fiecare exercițiu de meditație reprezintă un pas înainte, și nu un scop în sine.

● **Concentrarea atenției și utilizarea meditației.** Meditația poate fi autosuficientă: menținerea atenției întoarsă spre noțiunea de simplă prezență, de apartenență la viață și lume. Doar „să fii acolo”. Ea poate ajuta și la atingerea altor obiective: facilitarea rugăciunii, cugetarea la probleme importante sau lupta cu fricile. În acest caz, care ne interesează aici, meditația ne ajută să acceptăm ideea de frică, să privim în față obiectele fricilor noastre, să ne imaginăm fără să înnebunim cele mai rele dintre scenariile noastre catastrofă: „Nu vreau să se întîmple asta, dar nu frica mea o va împiedica să se întîmple. Acțiunile și deciziile mele o vor face. Dacă mi-e frică de mușcătură, trebuie să accept să mă văd mușcat. Dacă mi-e frică de cădere, trebuie să accept să mă văd căzînd. Dacă mi-e frică de moarte, trebuie să accept să-mi văd moartea. Dacă mi-e frică de umilire, trebuie să accept să mă văd umilit. Apoi, odată ideea acceptată, voi acționa pentru ca lucrul să nu se întîmple dacă nu vreau. Sau să mă găsească senin(ă) și puternic(ă) atunci cînd va apărea. Însă acțiunea mea va fi mai eficace dacă sînt senin(ă) în fața celei mai rele posibilități decît dacă sînt sub controlul total al emoțiilor mele”.

● **Sfârșitul exercițiului.** Aproape toți cei care meditează întrebunțează un anumit număr de ritualuri pentru a-și începe exercițiul: să se așeze adesea în același loc, să se concentreze pe aceleași lucruri, să repete anumite fraze sau cuvinte ca pentru a-și legăna și relaxa mintea. De asemenea, au adesea un mic gest sau o mică frază de concluzie: să se încline ducând o mână la inimă sau împreunându-și palmele. Alegerea va fi a dumneavoastră. Ideea de bază este să manifestați respect față de dumneavoastră și exercițiul pe care tocmai l-ați efectuat. Chiar în zilele în care vă este rău, încercați să respectați acest ciclu complet pe care tocmai l-am descris: dacă el nu vă aduce nimic clar într-o zi, pregătiți-vă mai bine pentru dățile următoare.

Note bibliografice

Capitolul 1: Frici normale și frici patologice

1. Curtis G.C. et al., „Specific fears and phobias”, *Psychological Medicine*, 1998,173: 212-217.
2. Kessler R.C. et al., „Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey”, *Archives of General Psychiatry*, 1994,51:8-19.
3. Stein D.J. (ed.), „Clinical manual of anxiety disorders”, Arlington, American Psychiatric Publishing, 2004.
4. Crompton G.K. et al., „Maladies du systeme respiratoire”, în Haslet C. et al.: Davidson. *Medecine interne, principes et pratique*, Maloine, Paris, 2000, pp. 326-335.
5. McLean, P.D., Guyot R., *Les Trois Cerveaux de l’homme*, Laffont, Paris, 1990.

Capitolul 2: De unde vin fricile și fobiile?

6. Van Rillaer J., *Psychologie de la vie quotidienne*, Odile Jacob, Paris, 2003.
7. Van Rillaer J., „Une legende moderne: «les comportementalistes ne traitent que les symptomes»,” *Journal de therapie comportementale et cognitive*, 2004, 14: 3-7.
8. Grunbaum A., *Les Fondements de la psychanalyse. Une critique philosophique*, PUF, Paris, 1996.

9. Laplanche J., Pontalis J.B., Vocabulaire de la psychanalyse, PUF, Paris, 1976.
10. Gelineau E., Des peurs malades ou phobies, Societă d'Editions scientifiques, Paris, 1894.
11. Birraux A., Les Phobies, PUF, Paris, 1995.
12. Gorwood P., „Lanxiete est-elle hereditaire?", L'Encephale, 24,1998: 252-255.
13. Craske M.G., „Disposition to fear and anxiety: negative affectivity", în Craske M.G.: Origins of phobias and anxiety disorders, Elsevier, Oxford, 2003, pp. 33-50.
14. Friez B.M. et al., „Diabete sucre, troubles nutritionnels et metaboliques", în Haslet C. et al.: Davidson. Medecine interne, principes et pratique, Maloine, Paris, 2000, pp. 472-509.
15. Huizink A. et al., „Prenatal stress and risk for psychopathology: specific effects or induction of general susceptibility?", Psychological Bulletin, 2004, 130(1): 115-142.
16. Berthenthal B.I. et al., „A re-examination of fear and its determinants on the visual cliff", Psychophysiology, 1984, 21: 413-417.
17. Poulton R. et al., „Evidence for a non-associative model of the acquisition of the fear of heights", Behaviour Research and Therapy, 1998, 36: 537-544.
18. Poulton R. et al., „Low fear in childhood is associated with sporting prowess in adolescence and young adulthood", Behaviour Research and Therapy, 2004, 40: 1191-1197.
19. Muris P. et al., „How serious are common chidhood fears?" Behaviour Research and Therapy, 2000, 38: 217-228.
20. Brewin C.R. et al., „Psychopathology and early experience: a reappraisal of retrospective reports", Psychological Bulletin, 1993, 113: 82-98.
21. Muris P. et al., „Children's nighttime fears: parent-child ratings of frequency, contents, origins, coping behaviors and severity", Behaviour Research and Therapy, 2001, 39: 13-28.
22. Antony M.M. et al., „Heterogeneity among specifics phobias types in DSM-IV", Behaviour Research and Therapy, 1997, 35:1089-1100.

23. Marks I., „Phobias and obsessions. Clinical phenomena in search of laboratory models", în J.D. Maser și M.E.P. Seligman (ed.), *Psychopathology: Experimental Models*, Freeman, San Francisco, 1977.

24. Seligman M., „Phobias and preparedness", *Behavior Therapy*, 1971, 2: 307-320.

25. Cook M. et al., „Selective associations in the origins of phobic fears and their implications for behavior therapy", în P. Martin (ed.), *Handbook of Behavior Therapy and Psychological Science*, Pergamon Press, New York, 1991.

26. Tomarken A.J. et al., „Fear relevant selective associations and covariations bias", *Journal of Abnormal Psychology*, 1989, 98: 381-394.

27. Kendler K.S. et al., „The genetic epidemiology of phobias in women", *Archives of General Psychiatry*, 1992, 49: 273-281.

28. Andrews G. et al., „The prevention of mental disorders in young people", *Medical Journal of Australia*, 2002, 177: S97-S100.

29. Suomi S.J., „Early determinants of behaviour: evidence from primates studies", *British Medical Bulletin*, 1997, 53: 170-1784.

30. Brush F.R. et al., „Genetic selection for avoidance behaviour in the rat", *Behavioural Genetic*, 1979, 9: 309-316.

31. Kagan J. et al., „Temperamental factors in human development", *American Psychologist*, 1991, 46: 856-886.

32. Rosenbaum J.F. et. al., „Behavioral inhibition in children: a possible precursor to panic disorder or social phobia", *Journal of Clinical Psychiatry*, 1991, 52: 5-9.

33. Aron E., *Ces gens qui ont peur d'avoir peur*, Le Jour, Montreal, 1999.

34. Rachman S..J., „Fear and courage among military bomb disposal operators", *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 1983, 4: 99-165.

35. Reiss S. et al., „Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness", *Behaviour Research and Therapy*, 1986, 24: 1-8.

36. Maller R.G. et al., „Anxiety sensitivity in 1984 and risk of panic attacks in 1987", *Journal of Anxiety Disorders*, 1992, 6: 241-247.

37. Descartes R., *Les Passions de l'âme*, Paris, Flammarion, 1996.

38. Davey G..C.L., „A conditioning model of phobias", în *Phobias, a Handbook of Theory, Research and Treatment*, Wiley, Chichester, 1997.

39. Bouwer C. et al., „Association of panic disorder with a history of traumatic suffocation", *American Journal of Psychiatry*, 1997, 154: 1566-1570.

40. Citat în LeDoux J., *The Emotional Brain*, Simon and Schuster, New York, 1996.

41. Block R.I. et al., „Effects of a subanesthetic concentration of nitrous oxide on establishment, elicitation, and semantic and phonemic elicitation of classically conditioned skin conductance responses", *Pharmacology, Biochemistry and Behaviour*, 1987, 28: 7-14.

42. Pope H.G. et al., „Can memories of childhood sexual abuse be repressed?", *Psychological Medicine*, 1995, 25: 121-126.

43. Van Rillaer J., *Peurs, angoisses et phobies*, Bernet-Danilo, Paris, 1997.

44. De Jong P.J. et al., „Spider phobia in children", *Behaviour Research and Therapy*, 1997, 35: 559-562.

45. Muris P. et al., „The role of parental fearfulness and modeling in children's fear", *Behaviour Research and Therapy*, 1996, 34: 265-268.

46. Field A.P. et al., „Who's affraid of the big bad wolf: a prospective paradigm to test Rachman's indirect pathways in children", *Behaviour Research and Therapy*, 2001, 39: 1259-1276.

47. Muris P. et al., „Fear of the beast: a prospective study on the effects of negative information on childhood fear", *Behaviour Research and Therapy*, 2004, 41: 195-208.

48. Field A.P. et al., „Fear information and the development of fears during childhood: effects on implicit fear responses and behavioural avoidance", *Behaviour Research and Therapy*, 2003, 41: 1277-1293.

49. Belmont N., *Comment on faitpeur aux enfants*, Mercure de France, Paris, 1999.

50. Carbone C., *La Peur du loup*, Gallimard, Paris, 1991.

51. Craske M.G., *Origins of Phobias and Anxiety Disorders: Why more Women than Men?*, Elsevier, Oxford, 2003.

52. McGuire M., Troisi A., *Darwinian Psychiatry*, Oxford University Press, Oxford, 1998.

53. Weinberg M.K. et al., „Gender differences in emotional expressivity and self-regulation during infancy", *Developmental Psychology*, 1999, 35: 175-188.

54. Brody L.R., Hali J.A., „Gender and emotion", în M. Lewis și J.M. Havilland, *Handbook of Emotions*, Guilford Press, New York, 1993, pp. 447-460.

55. Kerr M. et al., „Stability of inhibition in a swedish longitudinal sample", *Child Development*, 1994, 65: 138-146.

56. Tronick E.Z., Cohn J.F., „Infant-mother face-to-face interaction: age and gender differences in coordination and occurrence of miscoordination", *Child Development*, 1989, 60: 85-92.

57. McClure E.B., „A meta-analytic review of sex-differences in facial expression processing and their development in infants, children and adolescents", *Psychological Bulletin*, 2000, 3: 424-453.

58. Lindgren A., Fifi Brindacier, Hachette, Paris, 2001.

59. Chambless D.L., Mason J., „Sex, sex-role stereotyping and agoraphobia", *Behaviour Research and Therapy*, 1986, 24: 231-235.

60. Arrindell W.A. et al., „Masculinity-femininity as a national characteristic and its relationship with national agoraphobic fear level", *Behaviour Research and Therapy*, 2003, 41: 795-807.

Capitolul 3: Mecanismele fricilor și fobiilor

61. Koster E.H.W. et al., „The paradoxical effects of suppressing anxious thoughts during imminent threat", *Behaviour Research and Therapy*, 2003, 41: 1113-1120.

62. Feldner M.T. et al., „Emotional avoidance: an experimental test of individual differences and response suppression using biological challenge", *Behaviour Research and Therapy*, 2003, 41: 403-411.

63. Rodriguez B.I. et al., „Does distraction interfere with fear reduction during exposure?", *Behavior Therapy*, 1995, 26: 337-349.

64. Johnstone K.A., Page A.C., „Attention to phobic stimuli during exposure: the effect of distraction on anxiety reduction, self-efficacy and perceived control", *Behaviour Research and Therapy*, 2004, 42: 249-275.

65. Öhman A. et al., „Unconscious anxiety: phobic responses to masked stimuli", *Journal of Abnormal Psychology*, 1994, 103: 231-240.

66. Wells A. et al., „Social phobia: a cognitive approach", în *Phobias, a Handbook of Theory, Research and Treatment*, Davey G.C.L., Wiley, Chichester, 1997.
67. Tolin D.F. et al., „Visual avoidance in specific phobia", *Behaviour Research and Therapy*, 1999, 37: 63-70.
68. Thorpe S.J. et al., „Selective attention to real phobic and safety stimulus", *Behaviour Research and Therapy*, 1998, 36: 471-481.
69. Stopa L., Clark D.M., „Social phobia and interpretation of social events", *Behaviour Research and Therapy*, 2000, 38: 273-283.
70. Winton E.C. et al., „Social anxiety, fear of negative evaluation and the detection of negative emotion in others", *Behaviour Research and Therapy*, 1995, 33: 193-196.
71. Lavy E. et al., „Selective attention evidence by pictorial and linguistic stroop tasks", *Behavior Therapy*, 1993, 24: 645-657.
72. Hope D.A. et al., „Social anxiety and the recall of interpersonal information", *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1990, 4: 185-195.
73. Muris P. et al., „The emotional reasoning heuristic in children", *Behaviour Research and Therapy*, 2003, 41: 261-272.
74. Arntz A. et al., „«If I feel anxious, there must be danger»: ex-consequentia reasoning in inferring danger in anxiety disorders", *Behaviour Research and Therapy*, 1995, 33: 917-925.
75. Lavy E. et al., „Attentional bias and spider phobia", *Behaviour Research and Therapy*, 1993, 31: 17-24.
76. Rauch S.L. et al., „A positron emission tomographic study of simple phobic symptom provocation", *Archives of General Psychiatry*, 1995, 52: 20-28.
77. Stein M.B. et al., „Increased amygdala activation to angry and contemptuous faces in generalized social phobia", *Archives of General Psychiatry*, 2002, 59: 1027-1034.
78. Tilfors M. et al., „Cerebral blood flow in subjects with social phobia during stressfull speaking tasks: a PET study", *American Journal of Psychiatry*, 2001, 158: 1220-1226.

79. Williams L.M. et al., „Mapping the time course of nonconscious and conscious perception of fear: an integration of central and peripheral measures", Human Brain Mapping, 2004, 21: 64-74.

80. Furmark T. et al., „Common changes in cerebral blood flow in patients with social phobia treated with citalopram or cognitive-behavioral therapy", Archives of General Psychiatry, 59: 425-433.

81. Gorman J.M. (ed.), Fear and Anxiety: the Benefits of Translational Research, Arlington, American Psychiatric Publishing, 2004.

Capitolul 4: Cum facem față fricii: primele piste

82. Ellis A., Reason and Emotion in Psychotherapy, Birch Lane Press, New York, 1994.

83. De Joong P.J. et al., „Blushing may signify guilt: revealing effects of blushing in ambiguous social situations", Motivation and Emotion, 27: 225-249.

84. Süskind P., Le Pigeon, Fayard, Paris, 1987.

85. Wenzel A. et al., „Autobiographical memories of anxiety-related experiences", Behaviour Research and Therapy, 2004, 42: 329-341.

86. Lang A.J. et al., „Fear-related state dependant memory", Cognition and Emotion, 2001,15: 695-703.

87. Janet P., Ies Nevroses, Flammarion, Paris,1909.

88. Rihmer Z., „Comorbidity between phobias and mood disorders", în M. Maj et al. (ed.)), Phobias, Wiley, Chichester, 2004.

89. Bouman T.K., „Intra- and interpersonal consequences of experimentally induced concealment", Behaviour Research and Therapy, 2003, 41: 959-968.

90. George F., L'Effet 'Yau de poêle, Hachette, Paris, 1979.

91. Van Rillaer J., Les Illusions de la psychanalyse, Mardaga, Bruxelles, 1980, p. 217.

92. Zweig S., La Peur, Grasset, Paris, 1935.

93. DiLorenzo T.M. et al., „Long-term effects of aerobic exercise on psychological outcomes", Preventive Medicine, 1999, 28: 75-85.

94. Thayer R.E., „Rational mood substitution: exercise more and indulge less", în R.E. Thayer, The Origin of Everyday Moods, Oxford University Press, Oxford, 1996, pp. 157-168.

95. Broman-Fulks J.J. et al., „Effects of aerobic exercise on anxiety sensitivity", Behaviour Research and Therapy, 2004, 42: 125-136.
96. Servan-Schreiber D., Guerir, Laffont, Paris, 2003.
97. Cungi C., Faire face aux dependances, Retz, Paris, 2000.
98. Venturello S. et al., „Premorbid conditions and precipitating events in early-onset panic disorder", Comprehensive Psychiatry, 2002, 43: 28-36.
99. Barlow D.H., „Biological aspects of anxiety and panic", în D.H. Barlow, Anxiety and its Disorders, Guilford Press, New York, 2002, pp. 180-218.
100. Andre C. et al., Le Stress, Privat, Toulouse, 1998.
101. Brown K.W. și Ryan R.M., „The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being", Journal of Personality and Social Psychology, 2003, 84: 822-848.
102. Mohlman J., „Attention-training as an intervention for anxiety: review and rationale", Behavior Therapist, 2004, 27: 37-41.
103. Goleman D., Surmonter Ies emotions destructrices, Laffont, Paris,
104. Segal Z.V., Williams J.M.G., Teasdale J.D., Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression, Guilford Press, New York, 2002.
105. Toneatto T.A., „Metacognitive therapy for anxiety disorders: buddhist psychology applied", Cognitive and Behavioral Practice, 9: 72-78.

Capitolul 5: Tot ce trebuie să știți despre tratamentul fobiilor

106. INSERM, Expertise collective, Psychotherapies, trois approches evaluees, Editions Inserm, Paris, 2004.
107. Andre C., „Clinique et traitement des troubles anxieux: un etat des lieux", La Lettre des neurosciences, 2004, nr. 26: 19-21.
108. LeDoux J., Neurobiologie de la personnalite, Odile Jacob, Paris,
109. Vezi interviul neurobiologului Joseph LeDoux în revista Sciences humaines, nr. 149, mai 2004, pp. 42-45.
110. Barlow D.H. et al., „Toward a unified treatment for emoțional disorders", Behavior Therapy, 2004, 35: 205-230.
111. Goldapple K. et al., „Modulation of cortical-limbic pathways in major depression: treatment-specific effects of cognitive-behavioral therapy", Archives of General Psychiatry, 2004, 61: 34-41.

112. Nakatani E. et al., „Effects of behavior therapy on regional cerebral blood flow in obsessive-compulsive disorder", *Psychiatry Research*, 124: 113-120.

113. Paquette V. et al., „Change the mind and you change the brain: effects of cognitive-behavioral therapy on the neural correlates of spider phobia", *NeuroImage*, 2003, 18: 401-409.

114. Furmark T. et al., „Common changes in cerebral blood flow in patients with social phobia treated with citalopram or cognitive-behavioral therapy", *Archives of General Psychiatry*, 59: 425-433.

115. Wilhelm F.H. et al., „Acute and delayed effects of alprazolam on flights phobics during exposure", *Behaviour Research and Therapy*, 1997,35:831-841.

116. Kajimura N. et al., „Desactivation by benzodiazepine of the basal forebrain and amygdala in normal humans during sleep: a placebo-controlled PET study", *American Journal of Psychiatry*, 2004,161: 748-751.

117. Aggleton J. (ed.), *The Amygdala, a Functional Analysis*, Oxford University Press, Oxford, 2000.

118. Klein D.F., „Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes", *Psychopharmacologia*, 1964, 5: 387-408.

119. Millet B., Andre C., Deligne H., Olie J.P., „Potential treatment paradigms for anxiety disorders", *Expert Opinion in Investigational Drugs*, 1999, 8: 1589-1598.

120. Lecrubier Y. et al., „Efficacy of St. John's wort extract in major depression: a double-blind, placebo-controlled trial", *American Journal of Psychiatry*, 2002,159: 1361-1366.

121. Wong A.H.C. et al., „Herbal remedies in psychiatric practice", *Archives of General Psychiatry*, 1998, 55: 1033-1044.

122. WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Treatment of Mental Disorders*, Washington DC, American Psychiatric Press, 1993.

123. Citate de Marc Crapez în lucrarea lui: *Defense du bon sens*, Editions du Rocher, Paris, 2004.

124. „Woody et tout le reste", *L'Express*, 23 octobre 2003, pp. 68-69.

125. Van Rillaer J., *Les Therapies comportementales*, Bernet-Danilo, Paris, 1995.

126. Barlow D.H. et al., „Advances in the psychosocial treatment of anxiety disorders", Archives of General Psychiatry, 1996, 53: 727-735.
127. Mavissakalian M.R., Prien R.F. (edit.), Long-Term Treatments of Anxiety Disorders, American Psychiatric Press, Washington, 1996.
128. Benesteau J., Mensonges freudiens, Mardaga, Sprimont (Belgia), Vezi și: Mahony P., Dora s'en va. Violence dans la psychanalyse, Les Empecheurs de penser en rond, Paris, 2001. Și: Pollak R., Bruno Bettelheim, ou la Fabrication d'un mythe, Les Empecheurs de penser en rond, Paris, 2003.
129. Rodriguez B.I. et al., „Does distraction interfere with exposure?", Behavior Therapy, 1995, 26: 337-349.
130. Rothbaum B.O. et al., „Effectiveness of computer-generated (virtual reality) graded exposure in the treatment of acrophobia", American Journal of Psychiatry, 1995, 152: 626-628.
131. Carlin A.S. et al., „Virtual reality and tactile augmentation in the treatment of spider phobia", Behaviour Research and Therapy, 1997, 35:153-158.
132. Mühlberger A. et al., „Repeated exposure of flight phobics to flight in virtual reality", Behaviour Research and Therapy, 2001,39:1033-1050.
133. Legeron P. et al., „Therapie par realite virtuelle dans la phobie sociale: etude preliminaire aupres de 36 patients", Journal de thêrapie comportementale et cognitive, 2003,13: 13-127.
134. Anderson P. et al., „Virtual reality exposure in the treatment of social anxiety disorder", Cognitive and Behavioral Practice, 2003, 10: 240-247.
135. Cottraux},., Les Therapies cognitives, Retz, Paris, 2001.
136. Davidson P.R., Parker K.C.H., „Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): meta-analysis", Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2001, 69: 305-316.
137. De Jongh A. et al., „Treatment of specific phobias with EMDR: protocol, empirical status and conceptual issues", Journal of Anxiety Disorders, 1999,13: 69-85.

138. Teasdale J.D., „EMDR and the anxiety disorders: clinical research implications and integrated psychotherapy treatment", Journal of Anxiety Disorders, 1999,13: 35-67.

139. Freud S., Cinq Psychanalyses, PUF, Paris, 1979.

140. Birraux A., Les Phobies, PUF, Paris, 1995.

141. Birraux A., op. cit.

142. Rey P., Une saison chez Lacan, Robert Laffont, Paris, 1989.

143. McCullough L. et al., „Assimilative integration: short-term dynamic psychotherapy for treating affect phobias", Clinical Psychology Science, 2001, 8: 82-97.

144. Raimy V.C., Training in Clinical Psychology, Prentice-Hall, New York, 1950.

145. Marks I., „Fear reduction by psychotherapies: recent findings, future directions", British Journal of Psychiatry, 2000, 176: 507-511.

Capitolul 6: Frici și fobii: un pic de istorie și un portret de familie

146. Kagan K., Des idées reçues en psychologie, Odile Jacob, Paris, 2000.

147. Montaigne, Essais, Cartea I, Capitolul XXI „De la force de l'imagination", Garnier-Flammarion, Paris, 1969.

148. Burton, R., Anatomie de la mélancolie, Jose Corti, Paris, 2000.

149. Cottraux J., Mollard E., Les Phobies, perspectives nouvelles, PUF, Paris, 1986.

150. Skrabanek P., McCormick J., Idées folles, idées fausses en médecine, Odile Jacob, Paris, 1992.

151. Ribot T., Psychologie des sentiments, Alean, Paris, 1896.

152. Freud S., Introduction à la psychanalyse, Payot, Paris, 1971.

153. Klein D.F., „Delineation of two drug responsive anxiety syndromes", Psychopharmacologia, 1964, 5: 397-408.

154. Wolpe J., Pratique de la thérapie comportementale, Masson, Paris, 1975.

155. Marks I., Traitement et prise en charge des malades névrotiques, Gaetan Morin, Québec, 1985.

156. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, ed. A 4-a, Masson, Paris 1996.

Capitolul 7: Frici și fobii „simple”: animale, avion, sânge și apă...

157. Magee W.J. et al., „Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the National Comorbidity Survey", *Archives of General Psychiatry*, 1996, 53:159-168.

158. Fredrikson M. et al., „Gender and age differences in the prevalence of specific fears and phobias", *Behaviour Research and Therapy*, 1996, 34: 33-39.

159. Chapman T.F. et al., „A comparison of treated and untreated simple phobia", *American Journal of Psychiatry*, 1993, 150: 816-818.

160. Rachman S. et al., „Fearful distortions", *Behaviour Research and Therapy*, 1992, 30: 583-589.

161. Fredrikson M. et al., „Funcțional neuroanatomy of visually elicited simple phobic fear", *Psychophysiology*, 1995, 32: 43-48.

162. Wessel I., Merckelbach H., „Memory threat-relevant and threat-irrelevant cues in spider phobias", *Cognition and Emotion*, 1998, 12: 93-104.

163. Süskind P., *Le Pigeon*, Fayard, Paris, 1987./Porumbelul, Humanitas, București, 2016 (n.t.).

164. Davey G.C.L. et al., „A cross-cultural study of animal fears", *Behaviour Research and Therapy*, 1998, 36: 735-750.

165. Shakespeare, în *Oeuvres completes*, *Le Marchand de Venise*, Actul IV, scena 1, Gallimard, Paris 1959.

166. McNally R.J. et al., „The etiology and maintenance of severe animals phobias", *Behaviour Research and Therapy*, 1985, 23: 431-435.

167. Simpère, F., *Vaincre la peur de l'eau*, Marabout, Alleur (Belgia), 1998.

168. Rachman S.J., „Claustrophobia", în: *Phobias, a Handbook of Theory, Research and Treatment*, Davey G.C.L., Wiley, Chichester 1997, pp. 163-181.

169. Melendez J., McCrank E., „Anxiety-related reactions associated with magnetic resonance examinations", *Journal of the American Medical Association*, 1993, 270: 745-747.

170. Aubenas F., „Le cauchemar de Paul, claustrophobe", *Liberation*, 6 mai 1994.

171. Van Gerween L.J. et al., „People who seek help for fear of flying: typology of flying phobics", Behavior Therapy, 1997, 28: 237-251.
172. Schiavo M., Flying Blind, Flying Safe, Avon Books, New York, 1997.
173. Zumbrunnen R., Pas de panique au volant, Odile Jacob, Paris, 2002.
174. Kuch K., „Accident phobia", în Phobias, a Handbook of Theory, Research and Treatment, Davey G.C.L., Wiley, Chichester, 1997, pp. 153-162.
175. Sabouraud A., Revivre après un choc, Odile Jacob, Paris, 2001.
176. Arrindell W.A. et al., „Dissimulation and the sex difference in self-assessed fears", Behaviour Research and Therapy, 1992, 30: 307-311.
177. Öst L.G., Hellstrom K., „Blood-injury-injection phobia", în Phobias, a Handbook of Theory, Research and Treatment, Davey G.C.L., Wiley, Chichester, 1997, pp. 63-80.
178. Poulton R. et al., „Good teeth, bad teeth and fear of the dentist", Behaviour Research and Therapy, 1997, 35: 327-334.
179. Berlin I. et al., „Phobic symptoms, particularly the fear of blood and injury, are associated with poor glycemic control in type I diabetic adults", Diabetes Care, 1997, 20: 176-478.
180. Öst L.G. et al., „Applied tension: a specific behavioral method for treatment of blood phobia", Behaviour Research and Therapy, 1987, 25: 25-29.
181. Hellstrom K. et al., „One versus five sessions of applied tension in the treatment of blood phobia", Behaviour Research and Therapy, 1996, 34: 101-112.
182. Curtis G.C. et al., „Specific fears and phobias: epidemiology and classification", British Journal of Psychiatry, 1998, 173: 212-217.
183. Fredrikson M. et al., „Gender and age differences in the prevalence of specific fears and phobias", Behaviour Research and Therapy, 1998, 26: 241-244.
184. Wald M.L., „Shark attacks: when a plane crash at sea is the least of your worries", New York Times, duminică, 2 mai, 2004, p. 5.

185. Filmul a apărut în 2004. Vezi și romanul lui J.K. Rowling după care a fost ecranizat: *Harry Potter et le Prisonnier d'Azkaban*, Gallimard, Paris, 1999.

186. Informații pe site-ul lor: pied-dans-eau.fr. Atenție: nu este vorba de psihoterapie, ci de stagii - plătite - de familiarizare cu apa, conduse cu multă pricepere.

187. Pantalon M.V., Lubetkin B.S., „Use and effectiveness of self-help books in the practice of cognitive-behavioral therapy", *Cognitive and Behavioral Practice*, 1995, 2: 213-228.

188. Gilroy L.J. et al., „Controlled comparison of computer-aided vicarious exposure versus live exposure in the treatment of spider phobia", *Behavior Therapy*, 2000, 31: 733-744.

189. Kenwright M., Marks I.M., „Computer-aided self-help for phobia/panic via internet at home: a pilot study", *British Journal of Psychiatry*, 2004, 184: 448-449.

190. Öst L.G., „Long-term effects of behavior therapy for specific phobia", în Mavissakalian M.R., Prien R.F. (ed.), *Long-Term Treatments of Anxiety Disorders*, American Psychiatric Press, Washington DC, 1996.

191. Öst L.G., Salkovskis P.M., Hellstrom K., „One-session therapist directed exposure vs. self-exposure in the treatment of spider phobia", *Behaviour Therapy*, 1991; 22: 407-422.

192. Öst L.G., Hellstrom K., Kaver A., „One versus five sessions of exposure in the treatment of injection phobia", *Behavior Therapy*, 1992; 22: 263-281.

193. Öst L.G., „One-session group treatment of spider phobia", *Behaviour Research and Therapy*, 1996; 34: 707-715.

194. Tsao J.C.I., Craske M.G., „Timing of treatment and return of fear: effects of massed, uniform-, and expanding-spaced exposure schedules", *Behavior Therapy*, 2000, 31: 479-498.

195. Roy S. Et al., „La therapie par realite virtuelle dans les troubles phobiques", *Journal de thêrapie comportementale et cognitive*, 2003, 13: 97-100.

Capitolul 8: Frici și fobii sociale

196. Gilbert P., Andrews B., Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology and Culture, Oxford University Press, Oxford, 1998.
197. Öhman A., „Face the beast and fear the face: animal and social fears as prototypes for evolutionary analyses of emotion", Psychophysiology, 1986, 23: 215-221.
198. Lewis, M., „Self-conscious emotions", în M. Lewis și J.M. Havilland, ed., Handbook of Emotions, Guilford Press, New York, 1993, pp. 563-573.
199. Vezi de exemplu asociația 1901 „Toastmasters" cu numeroase site-uri pe internet.
200. Dictionnaire Vidal, Editions du Vidal, Paris, 2004.
201. Macqueron G., Roy S., La Timidite: comment la surmonter, Odile Jacob, Paris, 2004.
202. Fanget F., Affirmez-vous !, Odile Jacob, Paris, 2000.
203. George G., Vera L., La Timidite chez l'enfant et l'adolescent, Dunod, Paris, 1999.
204. Heiser N. et al., „Shyness: relationship to social phobia and other psychiatric disorders", Behaviour Research and Therapy, 2003, 41: 209-221.
205. Pelissolo A., Andre C. et al., „Social phobia in the community: relationship between diagnostic threshold and prevalence", European Psychiatry, 2000, 15: 25-28.
206. Davidson J.R. et al., „The boundary of social phobia: exploring the threshold", Archives of General Psychiatry, 1994, 51: 975-983.
207. Wittchen H.U., Beloch E., „The impact of social phobia on quality of life", International Clinical Psychopharmacology, 1996, 11: 15-23.
208. Stein M.B. et al., „Public-speaking fears in a community sample", Archives of General Psychiatry, 1996, 53: 169-174.
209. Pelissolo A., André C. et al., „Personality dimensions in social phobias with or without depression", Acta Psychiatrica Scandinavica, 2002, 105: 94-103.
210. Drummond P.D. et al., „The impact of verbal feedback about blushing on social discomfort and facial blood flow during embarrassing tasks", Behaviour Research and Therapy, 2003, 41: 413-425.
211. Hartemberg P., Les Timides et la timidite, Alean, Paris, 1910.

212. Mogg K. et al., „Selective orienting of attention to masked threat faces in social anxiety", Behaviour Research and Therapy, 2002, 40: 1403-1414.

213. Mogg K., Philippot P., „Selective attention to angry faces in clinical social phobia", Journal of Abnormal Psychology, 2004, 113: 160-165.

214. Stein M.B. et al., „Increased amygdala activation to angry and contemptuous faces in generalized social phobia", Archives of General Psychiatry, 2002, 59: 1027-1034.

215. Bogels S.M., Bradley B.P., „The causal role of self-awareness in blushing-anxious, socially-anxious and social phobias individuals", Behaviour Research and Therapy, 2002, 40: 1367-1384.

216. Mansell W. et al., „Internal versus external attention in social anxiety: an investigation using a novel paradigm", Behaviour Research and Therapy, 2003, 41: 555-572.

217. Hirsch C.R. et al., „Self-images play a causal role in social phobia", Behaviour Research and Therapy, 2003, 41: 909-921.

218. Cox B.J. et al., „Is self-criticism unique for depression? A comparison with social phobia", Journal of Affective Disorders, 2000, 57: 223-228.

219. Cox B.J. et al., „Self-criticism in generalized social phobia and response to cognitive-behavioral treatment", Behavior Therapy, 2002, 33: 479-491.

220. Rachman S. et al., „Post-event processing in social anxiety", Behaviour Research and Therapy, 2000, 38: 611-617.

221. Abbott M.J., Rapee R.M., „Post-event rumination and negative self-appraisal in social phobia before and after treatment", Journal of Abnormal Psychology, 2004, 113: 136-144.

222. Kachin K.E. et al., „An interpersonal problem approach to the division of social phobia subtypes", Behavior Therapy, 2001, 32: 479-501.

223. Erwin B.A. et al., „Anger experience and expression in social anxiety disorder", Behavior Therapy, 2003, 34: 331-350.

224. Lincoln T.M. et al., „Effectiveness of an empirically supported treatment for social phobia in the field", Behaviour Research and Therapy, 2003, 41: 1251-1269.

225. Heimberg R.G., Becker R.E., Cognitive-Behavioral Group Therapy for Social Phobia: Basic Mechanisms and Clinical Strategies, Guilford Press, New York, 2002.

226. Wells A., Papageorgiou C., „Brief cognitive therapy for social phobia: a case series", Behaviour Research and Therapy, 2001, 39: 713-720.

227. Voncken M.J. et al., „Interpretation and judgmental biases in social phobia", Behaviour Research and Therapy, 2003, 41: 1481-1488.

228. Christensen P.N. et al., „Social anxiety and interpersonal perception: a social relations model analysis", Behaviour Research and Therapy, 2003, 41: 1355-1371.

Capitolul 9: Teama de neliniște: crize de angoasă, panici și agorafobie

229. Norton G.R. et al., „Factors associated with panic attacks in non clinical subjects", Behavior Therapy, 1986, 17: 239-252.

230. Pollack M.H. et al., „Phenomenology of panic disorder", în D.J. Stein și E. Hollander (ed.), Textbook of Anxiety Disorders, American Psychiatric Publishing, Washington DC, 2002, pp. 237-246.

231. Delerm P., Le Portique, Editions du Rocher, Paris, 1999.

232. Rees C.S. et al., „Medical utilisation and costs in panic disorder", Journal of Anxiety Disorders, 1998, 12: 421-435.

233. Morita S., Shinkeishitsu, Les Empecheurs de penser en rond, Paris, 1997.

234. Faravelli C. et al., „Five-years prospective naturalistic follow-up study of panic disorder", Comprehensive Psychiatry, 1995, 36: 271-277.

235. Ehlers A., „A one-year prospective study of panic attacks", Journal of Abnormal Psychology, 1995, 104: 164-172.

236. Leroy P., Voyage au bout de l'angoisse, Anne Carriere, Paris, 1997.

237. Weissman M.M. et al., „The cross-national epidemiology of panic disorder", Archives of General Psychiatry, 1997, 54: 305-309.

238. Maser J.D. et al., „Defining a case for psychiatric epidemiology: threshold, non-criterion symptoms and category versus spectrum", în Maj M. et al. (ed.), Phobias, World Psychiatric Association, Wiley, Chichester, 2004, pp. 85-88.

239. Brown T.A. et al., „Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample", *Journal of Abnormal Psychology*, 2001, 110: 179-192.

240. Candilis P.J. et al., „Quality of life in patients with panic disorder", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1999, 187: 429-434.

241. Leon A.C., Portera L., Weissman M.M., „The social cost of anxiety disorders", *British Journal of Psychiatry*, 1995, 166: 19-22.

242. Roy-Birne P.P. et al., „Unemployment and emergency room visits predict poor treatment outcome in primary care panic disorder", *Journal of Clinical Psychiatry*, 2003, 64: 383-389.

243. Clark D.M., „A cognitive approach to panic", *Behaviour Research and Therapy*, 1986, 24: 461-470.

244. Servant D., Parquet P.J., „Etude sur le diagnostic et la prise en charge du trouble panique en psychiatrie", *L'Encephale*, 2000, 26: 33-37.

245. Boulenger J.P. (ed.), *L'Attaque de panique: un nouveau concept ?*, Goureau, Paris, 1987.

246. Ströhle A. et al., „Induced panic attacks shift gamma-aminobutyric acid type A receptor modulatory neuroactive steroid composition in patients with panic disorder", *Archives of General Psychiatry*, 2003, 60: 161-168.

247. Kroeze S. et al., „Imaginal provocation of panic in patients with panic disorder", *Behavior Therapy*, 2000, 33: 149-162.

248. Schmidt N.B. et al., „Effects of cognitive behavioral treatment on physical health status in patients with panic disorder", *Behavior Therapy*, 2003, 34: 49-63.

249. Van der Does et al., „Heartbeat perception in panic disorder: a re-analysis", *Behaviour Research and Therapy*, 2000, 38: 47-62.

250. Papp L.A. et al., „Respiratory psychophysiology of panic disorder: 3 respiratory challenges in 98 subjects", *American Journal of Psychiatry*, 1997, 154: 1557-1565.

251. Rachman S. et al., „Experimental analysis of panic III: claustrophobic subjects", *Behaviour Research and Therapy*, 1987, 26: 41-52.

252. Corryell W. et al., „Aberrant respiratory sensitivity to CO₂ as a trait of familial panic disorder", *Biological Psychiatry*, 2001, 49: 582-587.

253. Perna G. et al., „Respiration in children at risk for panic disorder", Archives of General Psychiatry, 2002, 59: 185-186.
254. Wilhelm F.H. et al., „Characteristics of sighing in panic disorder", Biological Psychiatry, 2001, 49: 606-614.
255. Abelson J.L. et al., „Persistent respiratory irregularity in patients with panic disorder and generalized anxiety disorder", Biological Psychiatry, 2001, 49: 588-595.
256. Toren P. et al., „The prevalence of mitral valve prolapse in children with anxiety disorders", Journal of Psychiatric Research, 1999, 33: 357-361.
257. Jacob R.G. et al., „Panic, agoraphobia and vestibular dysfunction", American Journal of Psychiatry, 1996, 153: 503-512.
258. Schmidt N.B. et al., „Effects of cognitive behavioral treatment on physical health status in patients with panic disorder", Behavior Therapy, 2003, 34: 49-63.
259. Lydiard R.B., „Pharmacotherapy for panic disorder", în D.J. Stein și E. Hollander (ed.), Textbook of Anxiety Disorders, American Psychiatric Publishing, Washington DC, 2002, pp. 257-271.
260. Vezi Spiegel D.A. și Hofmann S.G., „Psychotherapy for panic disorder" , în D.J. Stein și E. Hollander (ed.), Textbook of Anxiety Disorders, American Psychiatric Publishing, Washington DC 2002, p. 273-288.
261. Schmidt N.B., Trakowski J., „Interoceptive assesment and exposure in panic disorder. A descriptive study", Cognitive and Behavioral Practice, 2004,11: 81-92.
262. Broocks A. et al., „Exercise avoidance and impaired endurance capacity in patients with panic disorder" , Neuropsychobiology, 1997, 36: 182-187.
263. Hays K.F., Working It out: Using Exercise in Psychotherapy, American Psychiatric Publishing, Washington DC, 1999.
- Capitolul 10: Multe alte frici...**
264. Gil R., Neuropsychologie, Masson, Paris, 2000, pp. 256-257.
265. Sidiki S.S. et al., „Fear of the dark in children: is stationary night blindness the cause?", British Medical Journal, 2003, 326: 211-212.

266. Heinrichs N. et al., „Cognitive-behavioral treatment for social phobia in Parkinson's disease", *Cognitive and Behavioral Practice*, 2001,8: 328-335.

267. Schneier F.R. et al., „Characteristics of social phobia among persons with essential tremor", *Journal of Clinical Psychiatry*, 2001, 62: 367-372.

268. Schmidt A.J.M., „Does mental kinesiophobia exist?", *Behaviour Research and Therapy*, 2003, 41: 1243-1249.

269. Jugon J.C., *Phobies sociales au Japon*, ESF, Paris, 1998.

270. McKee D., *Encore toi, Isabelle? L'Ecole des loisirs*, Paris, 1994.

271. Brandt T., „Phobic postural vertigo", *Neurology*, 1996,46:1515-1519.

272. Larson G., *It came from the far side*, Futura Publications, Londra, 1986.

273. Hofberg K. et al., „Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth", *British Journal of Psychiatry*, 2000, 176: 83-85.

274. Poudat F.X., *Mieux vivre sa sexualite*, Odile Jacob, Paris, 2004.

275. Tsao S.D., McKay D., „Behavioral avoidance tests and disgust in contamination fears: distinctions from trait anxiety», *Behaviour Research and Therapy*, 2004, 42: 207-216.

276. Rangell L., „The analysis of a doll phobia", *International Journal of Psychoanalysis*, 1952, 33: 43-53.

277. Sauteraud A., *Je ne peux pas m'arreter de laver, verifier, compter*, Odile Jacob, Paris, 2000.

278. Lejoyeux M., *Vaincre sa peur de la maladie*, La Martiniere, Paris, 2002.

279. Asmundson N., *Health Anxiety. Clinical and Research Perspectives on Hypochondriasis*, Wiley, New York 2001.

280. McCabe R. et al., „Challenges in the assesment and treatment of health anxiety", *Cognitive and Behavioral Practice*, 2004, 11: 102-123.

281. Îi mulțumesc sincer tinerei femei care mi-a permis să-i reproduc relatarea, precum și revistei *Psychologies*, în care mi-a fost publicată inițial și care m-a autorizat s-o integrez în cartea mea. *Psychologies*, 2003, nr. 224, pp. 132-134.

282. Phillips K.A., The Broken Mirror: Understanding and Treating the Body Dysmorphic Disorder, Oxford University Press, Oxford, 1998.

283. Phillips K.A. et al., „Efficacy and safety of fluvoxamine in body dysmorphic disorder”, Journal of Clinical Psychiatry, 1998, 59: 165-171.

Concluzie

284. Lacroix M., Le Courage reinvente, Flammarion, Paris, 2003.

285. Jollien A., Le Metier d’homme, Seuil, Paris, 2002.

Anexe

286. Schultz J.H., Le Training autogene, PUF, Paris, 1982.

287. Segal Z.V., Williams J.M.G., Teasdale J.D., Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression, Guilford Press, New York, 2002.

288. Brown K.W., Ryan R.M., „The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being”, Journal of Personality and Social Psychology, 2003, 84: 822-848.

Mulțumiri

Scumpilor mei pacienți, pentru încrederea, curajul, gentilețea și umorul lor.

Lui Catherine Meyer, pentru susținerea și sfaturile ei utile în redactarea acestei cărți.

Lui Antonia Canioni, Loic Hetet și Jean-Jerome Renucci, mereu prezenți, prietenoși și eficienți.

Lui Cerile Andrier, pentru ajutorul ei trecut, prezent și viitor.

Lui Odile Jacob și Bernard Gotlieb, pentru atenția lor constantă.

Lui Patrick Legeron, coleg și prieten, care m-a învățat mult despre fobii, terapiile comportamentale, pedagogie și multe alte lucruri.

Lui Henri Loo și Jean-Pierre Olie, care m-au lăsat întotdeauna liber să-mi îngrijesc pacienții fobici după bunul plac, în contextul unei psihiatrii franceze mult timp reticente la tot ce nu era ortodox.

Celui mai mare dintre specialiștii în patologia fricii, Isaac Marks, star al psihiatriei britanice, căruia i-am vorbit într-o zi despre cărțile mele și care m-a ascultat și m-a încurajat cu cea mai mare gentilețe.