

Lekarze

LUDZKIEJ PSYCHE

Dodatek specjalny

POZNAŃ, XLIII ZJAZD
PSYCHIATRÓW
POLSKICH,
23 - 26 CZERWCA

Kogo krzywdzi świat

KRZYSZTOF KOWALSKI

Bez oporów dzielimy się kłopotami zdrowotnymi z rodziną, przyjaciółmi, znajomymi. W rozmowach towarzyskich, pytani czy nie pytani, informujemy o stanie serca, nadciśnieniu, migrenach, kłopotach trawiennych. Ale o kłopotach psychicznych - milczymy. Wstydzimy się tego rodzaju kłopotów. Wstydzimy się wizyty u psychiatry bądź u psychoterapeuty. Dlaczego?

Przyczyna jest prozaiczna: z obawy, że odsuną się od nas znajomi, że zaszkodzi to naszej pozycji zawodowej, że - bez owijania w bawełnę - przyłgnie do nas piętno „wariata”. Dlatego w tej dziedzinie statystyki są wyjątkowo zawodne, co podkreślają sami psychiatry. Szacunki nie są ścisłe, z reguły są zaniżone. Bardzo trudno stwierdzić, jak duża grupa potrzebujących nie korzysta z psychiatrycznej pomocy lekarskiej.

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia WHO, z zaburzeniami psychicznymi, trwającymi dłużej lub krócej, w różnej postaci i o różnym natężeniu, może się borykać nawet 20 proc. ludzi na całym świecie czyli co piąty człowiek. W Polsce sytuacja wciąż jeszcze jest nieco korzystniejsza niż w najbardziej rozwiniętych krajach. Kłopoty takie dotyczą - według szacunków - co siódmego Polaka. Ale, niestety, pod tym względem szybko doganiamy świat, co w tym przypadku, jak na ironię, wcale nie wychodzi nam na zdrowie.

Z badań Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie wynika, że wśród współczesnych zaburzeń psychicznych, pierwsze miejsce zajmują depresje. Niestety, współczesny świat sprzyja ich rozwojowi. Wzrasta natężenie gwałtownych zjawisk klimatycznych powodujących powodzie, huragany, osunięcia ziemi. Pozbawiają one coraz większą liczbę osób dachu nad głową. Utrata dobytku jest wyjątkowo stresująca. A jeśli powtarza się w krótkim odstępie czasu, po kilku latach czy nawet po kilkunastu dniach, jak w przypadku ostatnich powodzi w Polsce? Wówczas powodzianom potrzebne są nie tylko śpiwory i woda pitna, ale także pomoc psychiatry.

Praktycznie po każdym zamachu terrorystycznym, w metrze, na dyskotecę, na morzu - akty piractwa stały się prawdziwą plagą - ludzie, którzy z nich wychodzą cało, mają „roztrzęsione nerwy”, pomoc psychiatry jest im niezbędna. Niestety, terroryzm we współczesnym świecie nie wygasa, dlatego ludzi potrzebujących tego rodzaju pomocy przybywa w błyskawicznym tempie.

Cechą charakterystyczną ostatnich dekad XX wieku i początku wieku XXI są misje wojskowe, w których uczestniczy coraz więcej żołnierzy. Miesiącami działają z dala od domu, bez kontaktu z bliskimi w trudnych, bojowych warunkach, w stałym stresie - przecież ich życie i zdrowie jest zagrożone. Po powrocie do kraju wielu z nich musi korzystać z pomocy psychiatry.

Jednak najwięcej potencjalnych pacjentów gabinetów psychiatrycznych przybywa tam, gdzie nie padają strzały i nie drży

ziemia, a mimo to „świat się wali”. A dochodzi do takiego dramatycznego stanu, gdy człowiek traci pracę i przez długi czas nie może znaleźć innej. Komunikaty o poziomie bezrobocia mają nie tylko ekonomiczny wymiar, ich drugim dnem są psychiczne konsekwencje dotyczące ludzi dotkniętych bezrobociem. Ekonomiści mówiący o „strukturalnym bezrobociu wpisanym w wolny rynek pracy” nie muszą wiedzieć, jakie są tego psychiczne konsekwencje dla ludzi. Ale psychiatry wiedzą to bardzo dobrze, w coraz większym stopniu mają do czynienia na co dzień z ludźmi objętymi „strukturalnym bezrobociem”.

Współczesna cywilizacja jest w stanie destabilizacji. Tradycyjne wartości tracą na znaczeniu, podobnie jak tradycyjne autorytety. Maleje liczba zawieranych małżeństw, w wielkich miastach coraz więcej kobiet i mężczyzn decyduje się na rolę „singla”. Wiara przestaje pełnić decydującą, sterującą rolę w odniesieniu do moralności i etyki. Wszelkie media, programy radiowe i telewizyjne informują 24 godziny na dobę o wszystkim a więc także o korupcji, prywatnie, kradzieżach, rozbojach, krótkowzroczności władz samorządowych, zenujących sporach polityków, niebezpieczeństwie czyhających na zmotoryzowanych i pieszych - zarówno na tych, którzy przestrzegają przepisów jak i na piratów drogowych. Wszystko to razem sprawia, że wielu wrażliwych ludzi przynębionych jest taką postacią świata. Świat ich przytłacza. Postrzegają świat jako groźny. „Młyny historii” miały pełną parę, a oni, wrażliwi ludzie, bezradni i bezbronni w zasięgu tych cywilizacyjnych młyńskich kół, czują się źle.

To z ich grona wywodzą się coraz liczniejsi pacjenci psychiatrów, także w naszym kraju. Jeśli do wrodzonych predyspozycji dochodzą stresujące okoliczności zewnętrzne, rozwój choroby psychicznej, zwłaszcza depresji, jest bardzo prawdopodobny (na przykład, takimi „okolicznościami zewnętrznymi” był w Polsce stan wojenny). Niestety, tendencja ta będzie się nasilać. Niestety, psychiatry będą mieli coraz więcej pracy. I coraz częściej ich pacjentami będą ludzie młodzi, których depresja wynika z tego, że nie widzą dla siebie zachęcających perspektyw w zniechęcającym świecie.

Dlatego XLIII Zjazd Psychiatrów Polskich nie jest tylko rutynowym zgromadzeniem adeptów tej dziedziny wiedzy, ale bardzo ważnym wydarzeniem, którego uczestnicy radzą nad skutecznymi sposobami pomocy tym, których świat krzywdzi.

terMedia

wydawnictwa
medyczne

Termedia sp. z o.o.
ul. Wenedów 9/1
61-614 Poznań
Tel/fax: +48 61 822 77 81
www.termedia.pl



•Happening „Forum przeciw depresji na warszawskich ulicach” w ramach Światowego Dnia Walki z Depresją

Świat współczesny a psychiatria

W tym roku uwagę lekarzy zajmujących się ludzką psyche skupia Poznań, tam bowiem odbywa się XLIII Zjazd Psychiatrów Polskich. Stolica Wielkopolski gości ich w dniach od 23 do 26 czerwca

Istotą tego rodzaju zgromadzeń jest umożliwienie uczestnikom wymiany myśli, poglądów, wzbogacenie ich wiedzy, praktycznej i teoretycznej. Tak będzie i tym razem.

Ale tegoroczny Zjazd ma szczególny charakter, z dwóch powodów. Po pierwsze, odbywa się pod hasłem „Świat współczesny a psychiatria”. Po drugie, odbywa się w 90. rocznicę powstania Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, co nastąpiło podczas I Zjazdu który obradował w Warszawie od 30 października do 1 listopada. wypracowano wówczas zasady prawodawstwa psychiatrycznego i organizację opieki psychiatrycznej w Polsce. Dobrze euro-

pejskie i amerykańskie wzorce już wówczas istniały.

Od tamtej pory wiedza psychiatryczna przebyła daleką drogę, dyscyplina ta stała się bardzo ważną gałęzią medycyny i wszystko wskazuje na to, że w dzisiejszym świecie będzie jeszcze zyskiwać na znaczeniu - choroby cywilizacyjne nie oszczędzają przecież naszej psyche. Dlatego Zjazd stanowi dobrą okazję do refleksji na ten temat.

Z kolei refleksja nad rozwojem wiedzy psychiatrycznej stanowi dobrą podstawą do dyskusji o kierunkach, w jakich pójdą w przyszłości diagnostyka i terapia zaburzeń psychicznych.

Na potrzeby uczestników zjazdu, lekarzy i naukowców z

wielu krajów, swoje podwoje otwiera Centrum Kongresowe Międzynarodowych Targów Poznańskich. Jest to już siódmy zjazd psychiatrów w Poznaniu, a czwarty w okresie powojennym (pierwszy raz Poznań gościł psychiatrów w maju 1921 roku, tematem był wówczas alkoholizm).

Pierwszym i zarazem mocnym akcentem Zjazdu jest walne Zebranie Delegatów Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego - 23 czerwca.

W tym roku organizatorami XLIII Zjazdu Psychiatrów Polskich są: Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Katedra Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz specjali-

styczne, medyczne wydawnictwo „Termedia”.

Język polski jest podstawowym językiem XLIII Zjazdu Psychiatrów Polskich, lecz wystąpienia zaproszonych zagranicznych gości będą w języku angielskim.

„Nawigacja” podczas zjazdu jest łatwa. Przewidziano wykłady plenarne zaproszonych gości, także z zagranicy, oraz sesje naukowe i szkoleniowe organizowane przez Sekcję Naukowe i Komisje Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Referaty są pogrupowane tematycznie, poszczególne wystąpienia stanowią rozwinięcie szczegółowych wątków bardziej ogólnych zagadnień. Nie jeden lecz kilku uczonych i lekarzy przed-

stawi takie zagadnienia jak: „polskie standardy leczenia zaburzeń psychicznych”, „podstawowe problemy psychoterapii dzieci i młodzieży”, „seksualność - zagrożenie czy spektrum zdrowia psychicznego”, „zespół zależności alkoholowej: od konceptów etiologicznych do leczenia”.

Dobrą tradycją w zjazdach i kongresach naukowych stają się tzw. sesje plakatowe. Ponieważ nie wszyscy chętni mogą wystąpić z referatami, organizatorzy udostępniają im przestrzeń ze stelażami, gdzie mogą prezentować swoje dokonania w formie tekstowej. Właśnie tak jest w Poznaniu.

Organizatorzy podzielili prace prezentowane w tej formie na

siedem sesji: depresja i zaburzenia lękowe, schizofrenia i zaburzenia psychotyczne, substancje psychoaktywne, psychoterapia, psychiatria dzieci i młodzieży, psychiatria sądowa, varia. Jak widać, sesja plakatowa obejmuje pełny zakres zagadnień, jakimi zajmuje się współczesna psychiatria.

O wysokiej randze Zjazdu pośrednio świadczy fakt, że uczestniczący w nim lekarze - praktycy otrzymują tzw. punkty edukacyjne w ramach ministerialnego programu kształcenia zawodowego.

—kk
Biuro organizacyjne Zjazdu:
61-614 Poznań, ul. Wenedów
9/1; tel/fax +48 61 656 22 00;
szkolenia@termedia.pl

Obłąd a la Polonaise

To, że stan ojczyzny bezpośrednio wpływa na samopoczucie jej obywateli wydaje się oczywiste.

KRZYSZTOF MASŁOŃ

Przestrzegalbym jednak przed zbytnią pewnością siebie, która podpowiadałaby, że skoro akurat przeżywamy koniunkturę, to najwyraźniej z psychiką Polaków jest wszystko w porządku, bo też co najgorsze (rozbiory, okupacje, kończące się klęską powstania) mamy już za sobą.

Za pięknie by się działo. Karen Horney w fundamentalnej „Neurotycznej osobowości naszych czasów” jakże słusznie pisała: „Udziałem neurotyka (...) stają się nie tylko lęki wspólne wszystkim członkom danej kultury, ale także - wynikające z jego indywidualnych warunków życiowych, choć splecione z warunkami ogólnymi - lęki różniące się pod względem ilościowym i jakościowym od specyficznych lęków właściwych danemu wzorcowi kulturowemu”.

Nakłada się na to nasza narodowa tradycja. „Kochać ojczyznę aż do szaleństwa” - naucza Maria Janion - ten wytarty zwrot, który wydawałoby się już nic nie znaczy, jednak znaczy. „Patriota-wariata”, jak go nazwał romantyczny poeta, Sewersyn Goszczyński, odznacza się głównie tym, że wybuch instynktu narodowego w momencie zagrożenia bytu ojczyzny przez przemoc i zło przebiega w nim w sposób gwałtowny i ostateczny”.

Tak właśnie, w ciemnej sferze polskiego patriotyzmu, graniczącej z sacrum, obłądem i śmiercią sytuują się nasi bohaterowie romantyczni. Zygmunt Krasiński komentując swój poemat „Adam Szaleniec” wyznawał: „Żyć tylko wtedy, kiedy opisuję szaleństwo człowieka, który ma mnie wyobrazić”. Kordian, tytułowy bohater dramatu Juliusza Słowackiego nieprzypadkowo trafia do domu wariatów.

Il Rzeczypospolita, jak wiadomo, zrzuciła z siebie nieprzystający do nowej sylwetki płaszcz Konrada, po pierwsze jednak - na krótko, po drugie zaś - w swoich największych dokonaniach ocierała się o obłąd. I to zupełnie świadomie, jak uczynił to Stanisław Ignacy Witkiewicz w „Wariacie i zakonniczy” (1923), pokazując świat jako dom obłąkanych, po którym miota się więziony poeta, najpierw gwałcający siostrę zakonną, potem zabijający lekarza, a wreszcie popełniający samobójstwo, po którym zresztą zmartwychwstaje.

Podobne utwory tak zeżliły marksistowskiego krytyka, Ignacego Fika, że w 1935 roku sprokurował istny akt oskarżenia pod adresem „Literatury choromaniaków”, rozprawiając się za jednym za-

machem z Schulzem i Gombrowiczem, Flukowskim i Rudnickim, Ważykiem i Kadenem, Uniłowskim i, naturalnie, Choromańskim: „Czy nie jest zastanawiające, że piszący ją autorzy są to ludzie, którzy w rozwoju zatrzymali się w fazie dojrzewania płciowego, że są to homoseksualiści, ekshibicyjniści i psychopaci, degeneraci, narkomani, ludzie chronicznie chorzy na żołądek, mieszkający na stałe w szpitalach, ludzie nie rozróżniający jawy od snu, hipochondrycy, neurastenicy, mizantropi?”

W PRL, urzeczywistniającej marzenia Fika o państwie z nareszcie zdrową literaturą, stosunkowo szybko pisarze zorientowali się, że rzeczywistość zyskała wymiar schizofreniczny. A skoro tak, to w chorobach umysłowych doszukiwać się można normalności. Tak powstała „Apelacja” Jerzego Andrzejewskiego (1968), osobliwy moralitet o psychicznie chorym byłym milicjancie, a potem dyrektora prowincjonalnego przedsiębiorstwa, który pisze do I sekretarza KC PZPR paranoiczny list, skarżąc się na nieustanną inwigilację 30 tysięcy szpiegów, a na dodatek Mózgu Elektronowego. Sam autor tak to komentował: „Obłądkiem wydaje się w tych okolicznościach, czy M-ski dobrowolnie popadł w chorobę, czy raczej ona, ukształtowana rzeczywistością i nim samym, jego dopadła. Jego bzik spoczywa równie mocno w porządku polskiej natury, jak szaleństwo Orestesa w ówczesnym porządku greckim lub ciemność zidiocenia ogarniająca swymi urokami Alioszę Karamazowa”. Dodam, że Jerzy Andrzejewski pisał „Apelację” w szpitalu dla nerwowo chorych, w którym sam przebywał - na kuracji antyalkoholowej.

Literackie szaleństwo a la Polonaise ma bowiem swoją bardziej prozaiczną odmianę - alkoholową właśnie. To wódka jest kluczem interpretacyjnym wielu znaczących utworów literatury polskiej ostatnich dziesięcioleci. Tak jest m.in. w wypadku dramatu Stanisława Grochowiaka „Lęki poranne” (1972), tak w „Pętli” Marka Hłaski (1956) czy w niedocenionej powieści Andrzeja Pastuszka „Dobranoc” (1980), która i pod względem formalnym uległa deformacji charakterystycznym dla alkoholowego nałogu. Stąd bierze się jej alinearność, fragmentaryczność, widmowość.

Oczywiście, gdybym miał tutaj wymienić twórców i utwory w mniejszym lub większym stopniu zależne od C₂H₅OH, potrzebowałbym kilku-

dziesięciu stron. Problem jest jednak w tym, że tylko niektóre dzieła przekraczają granicę umownie oddzielającą „normalność” od „szaleństwa”. Dlatego nagrodzona ponad miarę rzecz Jerzego Pilcha „Pod Mocnym Aniołem” (2000) jest jedynie zgrabną literacko powiastką wykorzystującą doświadczenia alkoholika poddawane odwykowi (prowadzenie tzw. dzienniczka

Kto mnie wywiedzie z absurdów i ciemności tak aby umysł nie stracił godności.

Aż dziwne wydaje się, że w Polsce - z naszą wybitną tradycją alkoholową - nie powstało dzieło literackie na miarę „Pod wulkanem” Lowry’ego czy „Moskwa Pietuszki” Jerofiejewa. Powie też ktoś, że choć do szpitala psychiatrycznego zagładali w swych książkach Białoszewski i Konwicki, Kuśniewicz, Lem czy Jacek Bocheński, nie znajdujemy w dorobku literatury polskiej utworu na miarę „Lotu nad kukułczym gniazdem” Kena Keseya.

I już czuję absolutny fałsz tego zdania, bowiem trzydzieści lat temu - w 1980 r. do księgarni trafił liczący tysiąc stron „Obłąd” Jerzego Krzysztonia. To uniwersalne, wielopłaszczyznowe dzieło z licznymi odniesieniami psychologicznymi, narodowymi i społecznymi powstawało, co skrupulatnie wyliczył autor, 3 lata, 6 miesięcy i 23 dni. Miało być częścią terapii; niestety, dwa lata po edycji, 16 maja 1982 r. Jerzy Krzysztoń popełnił samobójstwo rzucając się z okna swego mieszkania na trzecim piętrze przy ulicy Madalińskiego. Przebywał na przepustce z zakładu psychiatrycznego w Tworzech.

Właśnie do Tworerek trafia bohater tej powieści, radiowy dziennikarz Krzysztof J., alter ego autora. Śledzimy powstanie jego choroby, jej rozwój i powolne dochodzenie do „normalności”. Są w „Obłądzie” dwie perspektywy narracyjne. Pierwsza, opowiadająca o wszystkim z dystansu i druga, z punktu widzenia przeżywającego alternatywną rzeczywistość szaleńca. Jest ta książka summą polskiego losu, ale też ma ona podbudowę we współczesnej psychologii, w koncepcjach m.in. Antoniego Kępińskiego, Rogera Bastide’a czy Rolanda Jaccarda. Wszyscy oni dowiedli, że postęp cywilizacji niewątpliwie wzmógł nerwicowe rozdźwięki między człowiekiem a społeczeństwem. Nie należy jednak zapominać, że historia Krzysztofa J. jest szczególnym przypadkiem nerwicy myślenia polskiego. „Powieść Krzysztonia - stawiała werdykt prof. Janion - ujmuje w końcu przejście przez obłąd jako rytuał pogrążenia, zejścia na dno piekiel i odkupienia, oczyszczenia. »Ktoś za nas musi to zrobić«, zdaje się mówić autor, narrator i bohater. Ktoś musiał jeszcze raz sprawdzić na sobie i wypowiedzieć do końca należytą prawdę o męczeńskiej polskiej drodze do wolności. Zrobił to Jerzy Krzysztoń”.

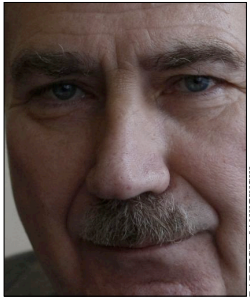


uczuciu), a poezja Rafała Wojaczka tworzy z krótkim, niestety, życiorysem autora „Sezonu” nierozważną jedność.

Co zaś znajduje się na końcu nałogu pokazuje dobitnie przypadek Kazimierza Ratonia (1942-1983), gruźlika, epileptyka i schizofrenika w jednej osobie. Sens swego przerażającego życia i uprawianej twórczości widział Ratoń w cierpieniu. To była jedyna, rozpaczliwa wartość wierszy, w których retorycznie pytał:

Między skutkiem a przyczyną

ROZMOWA | Prof. Andrzej Rajewski, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu



BARTOSZ JANKOWSKI

Co jest największym wyzwaniem dla współczesnej psychiatrii?

PROF. ANDRZEJ RAJEWSKI: Duże zróżnicowanie nastawień ludzi. Z jednej strony jest poczucie pełnego bezpieczeństwa w sensie nawet ekonomicznym, czy zdrowotnym. W powszechnym przekonaniu prawie wszystkie choroby można wyleczyć, bo przecież medycyna robi postępy. Z drugiej strony pojawiają się zupełnie nowe zagrożenia dla zdrowia psychicznego na przykład nagła utrata pracy, czy temat - który po raz pierwszy pojawił się na naszym przedmiejscu - rola psychiatrii w zwalczaniu skutków ataków terrorystycznych, czy gwałtownych wydarzeń, takich, jak choćby niedawna powódź.

Czy w takich przypadkach potrzeba aż psychiatrii? Pomoc psychologiczna nie wystarczy?

W pierwszej fazie, tak. Ale potem pojawia się zaburzenie psychiczne, zwane zespołem stresu pourazowego. Powstaje ono w wyniku nie odreagowania różnego typu sytuacji stresujących o dużym natężeniu. Prowadzi do konkretnych zaburzeń psychicznych. Psycholog z reguły jest potrzebny na etapie profilaktyki, kiedy próbujemy bezpośrednio walczyć ze skutkami stresu. Jeżeli w wyniku takich działań nie dojdzie do odreagowania, pojawiają się objawy - tzw. flash-backi, „przebłyski”, pojawianie

się żywych obrazów, halucynacji z tych wydarzeń, zmiany nastroju typu depresyjnego. Te zaś mogą prowadzić do pojawienia się myśli samobójczych i wzrostu agresji. Osoby, które były ofiarami agresji, łatwo przyjmują rolę oprawcy w stosunku do innych. Są to zaburzenia jakościowe, które trzeba leczyć, i należy to do zadań psychiatrii, nie psychologii.

Co odróżnia psychiatrię od psychologii?

Trzeba sobie zdawać sprawę z tego, co może być leczone metodami czysto psychologicznymi, a co - w świetle dzisiejszej wiedzy - wymaga bardziej biologicznego podejścia.

Najważniejsze jest odróżnienie zmian ilościowych od jakościowych, na przykład nadmierna reaktywność, lękliwość, zmiany nastroju o dużej amplitudzie wykraczającej poza normalne reagowanie, to jeszcze zmiany ilościowe. Ale jeśli wiążą się ze zmianą w sposobie odbierania świata zewnętrznego: widzeniem czegoś, czego nie ma albo wydawaniem sądów sprzecznych z rzeczywistością, wtedy mamy do czynienia ze zmianami jakościowymi.

Psychiatra się tym wcześniej nie zajmowała?

Zagadnienia związane z zespołem stresu pourazowego były dotąd na obrzeżach zainteresowania psychiatrii, ale w związku ze wzrostem tego typu zagrożeń, częściej się z tym problemem stykamy. Nasze wojsko nie brało udziału w działaniach wojennych od II wojny światowej. Zespół stresu pourazowego spowodowany udziałem w działaniach wojennych znamy z literatury. Znakomicie opisuje go Melchior Wańkiewicz w książce o bitwie pod Monte Cassino.

Zagrożenie związane ze stresem spowodowanym działaniami wojennymi będzie wiodącym tematem zjazdu?

Jednym z tematów. Chcemy skoncentrować się na psychiatrii dzieci i młodzieży.

A co w tym przypadku jest największym zagrożeniem?

Mamy do czynienia z pewną niewydolnością wychowawczą. To oczywiście na początku jest sprawa dla psychologa i pedagoga, ale gdy dochodzi do nasilenia objawów depresyjnych, szczególnie z różnego rodzaju próbami samobójczymi, wówczas pacjenci trafiają głównie do psychiatrów. Leczenie psychiatryczne - przynajmniej w opinii rodziców - daje większe bezpieczeństwo, że działania autodestrukcyjne się nie powtórzą, co niekoniecznie musi być prawdą, ale takie jest powszechne przekonanie.

Czy można uszczęśliwić człowieka tabletką? Przecież przyczyn chorób medykamenty nie wyeliminują.

W niektórych chorobach - jak najbardziej. Szczególnie, gdy się wcześniej rozpocznie leczenie. Dotyczy to tzw. choroby afektywnej dwubiegunowej, która polega na fazach depresyjnych i maniakalnych. Ona jest uwarunkowana dysharmonią układów neurohormonalnych, które regulują nastrój. Analogią może być dotąd na obrzeżach zainteresowania psychiatrii, ale w związku ze wzrostem tego typu zagrożeń, częściej się z tym problemem stykamy. Nasze wojsko nie brało udziału w działaniach wojennych od II wojny światowej. Zespół stresu pourazowego spowodowany udziałem w działaniach wojennych znamy z literatury. Znakomicie opisuje go Melchior Wańkiewicz w książce o bitwie pod Monte Cassino.

A nastrój jest regulowany jednocześnie przez kilka neurohormonów. Ich praca często uwarunkowana jest genetycznie, uszkodzenia układu nerwowego ujawniają się w procesie rozwoju. W tym przypadku można powiedzieć, że leczymy przyczynowo, podobnie jak w terapii cukrzycy, z tą

jednak różnicą, że chorym na cukrzycę podajemy insulinę, natomiast naszym pacjentom leki tzw. normotymiczne, które wpływają na wyrównanie poziomu hormonów regulujących nastrój. Leki te nie wpływają bezpośrednio na zachowanie pacjentów. Działają regulująco, utrzymują nastrój w określonych granicach, na nie za wysokim, ani nie za niskim poziomie.

Nasze nastroje uzależnione są od chemii?

Nasza psychika nie fruwa w powietrzu, lecz jest w mózgu, a mózg składa się z związków chemicznych. Jesteśmy cali chemią, jak by na to nie patrzeć. Często sytuacje stresowe są uwarunkowane sytuacyjnie, ale bywa, że się na tyle utrwalają, że niewiele daje tłumaczenie na zdrowy rozum, że „świat jest piękny”, „masz jeszcze szanse” itp. Przebywanie długo w stanie stresu, zamknięcia w sobie, wycofania, prowadzi do ciężkich zaburzeń depresyjnych, powoduje pewne zmiany w układzie limbicznym regulującym m.in. nastrój. Zmniejsza możliwości adaptacji. U każdego człowieka: u mnie, u pana są granice wytrzymałości, jeżeli się te granice przekroczy, wtedy można ulec tzw. dekompensacji nerwicowej. Jeśli to trwa krótko, ewentualnie można sobie z tym poradzić. Gorzej jeżeli nie uda się człowiekowi z tym poradzić. Wtedy zaczyna się wycofywać, a im dłużej to wycofanie trwa, tym większe jest zagrożenie, że zmiany będą nieodwracalne. Depresje początkowo próbuje się leczyć psychoterapią, ale jeżeli to nie daje efektu, nie można takiego leczenia zbyt długo ciągnąć. Dochodzi do różnego typu zmian. Oczywiście lek nie rozwiąże problemów, ale po pierwsze działa osłaniająco,

stwarza większe możliwości generalnej poprawy. To tak jak w rzecze, kiedy woda jest niska, to wszystkie kamienie widać. Oczywiście tabletki tych kamieni nie usunie ale może podnieść poziom wody, czyli napędu psychicznego i wtedy łatwiej sobie z tym poradzić.

A więc trzeba uważać i kiedy sytuacja tego wymaga zgłosić się do psychiatry?

Niekoniecznie trzeba zacząć od wizyty u psychiatry, szczególnie w przypadku młodzieży. Tu reakcje agresywne są wyolbrzymiane. To specyfika rozwojowa. Obecnie obserwujemy coraz częstsze występowanie poważnych chorób od wcześniejszego wieku. U dzieci i młodzieży coraz częściej występują te najpoważniejsze. Mamy większy odsetek dzieci wrażliwych, mniej podatnych na radzenie sobie z trudnymi sytuacjami. Ludzki układ nerwowy na szczęście jest plastyczny na tyle, że potrafi wyjść z trudnych sytuacji. Ale tak się dzieje jedynie w warunkach, kiedy dziecko funkcjonuje w miarę normalnie w układzie: rodzina, szkoła, grupa rówieśnicza. Jeżeli przynajmniej w dwóch obszarach z tych trzech dziecko funkcjonuje normalnie, wówczas nawet jeśli pojawia się zagrożenie, może sobie poradzić. Ale jeżeli coś złego dzieje się w dwóch obszarach, a tym bardziej w trzech, wtedy mamy dziecko wysokiego ryzyka. W takim przypadku profilaktyka powinna iść w kierunku likwidowania zagrożeń. Tu rodzina jest bardzo ważna.

Dzieci z rodzin niepełnych mają mniejsze szanse na zdrowie?

Są bardziej narażone na zaburzenia. O szansach wyjścia

z opresji nie mówię, bo z tym może być różnie. Bardziej narażone są też dzieci z rodzin, jak się dawniej mówiło - patologicznych - gdzie w grę wchodzi alkohol, narkotyki, lub patologiczne wzorce funkcjonowania społecznego. **Ale przecież patologie to margines społeczeństwa?**

Jesteśmy narodem, który lubi trochę narzekać. W związku z tym rodzice dzieci, którym coś tam w życiu nie wyszło, mają taką tendencję do skarżenia się na swój los. Mamy skłonności do schematycznego myślenia, posługiwania się stereotypem. Jeśli dziecko się przysłuchuje ciąglemu poszukiwaniu winnych wokoło, to taką postawę przejmując. Dzieci uczą się głównie przez naśladownictwo. Myślenie krytyczne pojawia się stosunkowo późno.

A komputery w życiu dziecka?

To kolejne zagrożenie. Oddziaływanie mediów powoduje, że zaczynamy żyć życiem wirtualnym i część szczególnie inteligentnych dzieci ucieka w ten świat. Grozi to przejmowaniem wzorców wirtualnych i ich mechanicznym powielaniem.

Co można radzić rodzicom?

Nie narzekać przy dzieciach, nie pozwalać na zbyt długie zabawy z komputerem, więcej czasu poświęcać dzieciom. Trochę sportu albo przynajmniej czegoś co je wciągnie, szczególnie w okresie dojrzewania. Niech to będzie klub sportowy, czy harcerstwo dobrze zorganizowane, cokolwiek, co potrafi wciągnąć, nie pozostawia zbyt dużo wolnego czasu, który można zagospodarować niewłaściwie.

—rozmawiał: Krzysztof Urbański



Od wydawania ocen są Bóg i sąd

DYLEMATY PSYCHIATRY | Każdy człowiek ma prawo do decydowania o sobie. Zwłaszcza wtedy, gdy cierpi z powodu choroby psychicznej. Choć w praktyce wiąże się w tym wiele problemów

IZABELA FILC REDLIŃSKA

Psychiatrię obowiązują te same zasady etyczne, co wszystkie inne dziedziny medycyny. Tyle tylko, że ona jest w tym względzie bardziej wrażliwa. Wynika to z tego, że problemy, z którymi musi się zmierzyć, są dość delikatnej natury. W jaki sposób lekarz ma na przykład zareagować na prośbę pacjenta, który nie chce, by nie wpisywał mu do akt rozpoznania psychozy, gdyż może to zaszkodzić rozwojowi jego kariery zawodowej? Albo co zrobić w przypadku chorego przyjmującego leki, które mogą obniżyć sprawność psychofizyczną, w tym kierowanie samochodem – kiedy lekarz podejrzewa, że pacjent mimo to siada za kółkiem? Odrębnym, bardzo delikatnym problemem jest kwestia ograniczania wolności człowieka.

– Zdarzają się sytuacje, które nazywamy „psychiatrycznym piekłem” – opowiada prof. Janusz Heitzman, kierownik Kliniki Psychiatrii Sądowej w warszawskim Instytucie Psychiatrii i Neurologii. Na przykład: w danej rodzinie żyje osoba chorująca na schizofrenię. Nie chce się zgodzić na leczenie szpitalne. Uważa je za zagrożenie dla własnej autonomii. Sądzi bowiem, że nic jej dolega. Rodzina jest innego zdania. W związku z czym domownicy stają się jej wrogami. Chcą mi zaszkodzić – myśli chora.

I choć nikt oprócz niej nie ma wątpliwości, że leczenie mogłoby w takiej sytuacji pomóc, to właściwie wszyscy mają związane ręce. – Dopóki nie ma zagrożenia dla zdrowia lub życia zarówno członków rodziny, jak i samej osoby chorej, nie ma możliwości zastosowania wobec niej przymusowej hospitalizacji – tłumaczy prof. Heitzman.

Od razu jednak zaznacza, że takie przypadki zdarzają się rzadko. Ponad 90 proc. pacjentów zgłasza się do szpitala dobrowolnie. To, że cierpią z powodu zespołu urojeniowego nie znaczy, że są nieopieczętani albo niezdolni do wyrażania zdania

na temat swoich praw. I choć w społeczeństwie triumfy święci mit, według którego psychiatria jest dziedzicą represyjną, to w rzeczywistości stoi ona na straży praw pacjenta.

Prawa pacjenta gwarantują mu, że zarówno diagnostyka, jak i leczenie musi odbywać się za jego zgodą. Trafiając do szpitala podpisuje świadczące o tym stosowne dokumenty. Co ważne,



♦ Dopóki nie ma zagrożenia dla zdrowia lub życia zarówno członków rodziny, jak i samej osoby chorej, nie ma możliwości zastosowania wobec niej przymusowej hospitalizacji

podstawą do rozpoznanie choroby może być wyłącznie osobiste badanie (zdarza się, że rodzina chorego, który nie chce się leczyć, prosi lekarza postawienie diagnozy „na odległość”). Nie mówiąc o prawie chorego do zakazu udzielania informacji na temat stanu jego zdrowia np. rodzinie.

Część z tych praw zapisana jest w Kodeksie etyki lekarskiej, część w Ustawie o Zakładach

Opieki Zdrowotnej. Kwestie udzielania informacji reguluje Ustawa o zawodzie lekarza. Inne – rozporządzenia ministra zdrowia.

Co zrobić, jeśli jednak chory się uprze i wbrew zdrowemu rozsądkowi oraz zdaniu rodziny nie chce poddać się hospitalizacji? – Zanim zdecydujemy się użyć wobec niego przymusu, musimy uprzedzić go o naszych zamiarach – mówi prof. Heitzman. – Nierzadko zdarza się, że wówczas zmienia zdanie. Nie mówimy przecież o ludziach, którzy są źli z natury. Oni są chorzy. To choroba sprawia, że pojawia się w nich lęk przed wyimaginowanym zagrożeniem.

Jeśli słowa nie podziałają, rodzina może wezwać pogotowie lub policję.

To pod wpływem poczucia zagrożenia osoby chore mogą na przykład gromadzić w domu materiały wybuchowe, grozić bronią czy użyć noża, z którym chodzą za pazuchą. W związku z tym, że podobne okoliczności stanowią bezpośrednio zagrożenie dla zdrowia lub życia, ich zaistnienie pozwala na poddanie chorego przymusowej terapii.

Jeśli nie jest on zdolny do świadomego wyrażenia zgody na leczenie, bo na przykład jest ubezwłasnowolniony prawnie, dokonuje tego jego pełnomocnik ustawowy (np. rodzic czy ktoś z rodzeństwa). W przypadku mniej złożonych procedur, może uczynić to opiekun faktyczny. Niekoniecznie musi być nim ktoś z rodziny, może być np. sąsiadka.

– Najważniejszą obowiązującą nas zasadą etyczną jest poszanowanie autonomii człowieka i prawa do podejmowania przez niego decyzji – podsumowuje prof. Heitzman. Ważne jest również dążenie do minimalizowania uciążliwych procedur medycznych; oraz to, by korzyści wynikające z terapii przewyższały ryzyko negatywnych skutków.

Psychiatry, jak wszyscy lekarze, są zobowiązani do zachowania tajemnicy zawodowej. I tak na

przykład nie mają prawa odnotować w dokumentacji choroby pacjenta faktu jego przyznania się do czynu zabronionego.

Pewne zasady postępowania psychiatrów wynikają z norm moralnych. Przykład? Nie powinni dokonywać oceny chorego. – Od tego jest Bóg lub sąd. Obowiązkiem lekarza jest leczenie – tłumaczy prof. Heitzman.

Szereg problemów natury etycznej niesie również terapia farmakologiczna. Nie ma leków idealnych, w związku z czym lekarz ordynując je pacjentowi, powinien poinformować go zarówno o pożądanym skutkach terapii, jak i o efektach ubocznych.

Generalnie na straży przestrzegania zasad przez psychiatrów stoją trzy narzędzia lub instytucje:

Po pierwsze, samoregulacja środowiska. Zachowania naganne spotykają się z odrzuceniem grupy. Jest to łatwe o tyle, że praca psychiatrów w dużym stopniu opiera się na konsultacjach z innymi specjalistami.

Po drugie, izby lekarskie i kodeksy etyki lekarskiej. Z ich pomocą możliwe jest piętnowanie niewłaściwego zachowania, a nawet wprowadzenie zakazu wykonywania zawodu (może dokonać tego sąd koleżeński izby lekarskiej na wniosek rzecznika odpowiedzialności zawodowej, po przeprowadzeniu przez niego odpowiedniego postępowania).

Po trzecie, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, które poprzez swoją działalność organizacyjną i naukową walczy o podmiotowość pacjenta.

Jak jest w praktyce? – Jak w każdej dużej społeczności, tak i wśród pracowników placówek psychiatrycznych zdarzają się przypadki naruszenia obowiązujących zasad – przyznaje prof. Janusz Heitzman. – Aczkolwiek nie są one na tyle bulwersujące, by wzbudziły oburzenie opinii publicznej czy samego środowiska.

System domowy pod lupą

Jak leczyć zaburzenia dzieci i młodzieży? Najlepiej poddając terapii całą rodzinę

Rodzina jest dla dziecka całym światem. To w niej uczy się ono swoich społecznych ról. To dzięki niej zyskuje niezbędne do życia poczucie bezpieczeństwa. To od niej jest całkowicie zależne. Dlatego cokolwiek dobrego lub złego się z nią dzieje, zawsze wpływa na zachowanie najmłodszych. Zaburzenia emocjonalne, które się u nich pojawiają, mogą być często oznaką problemów, jakie dotyczą rodziny.

– Stąd przyjmuje się, że najskuteczniejszym sposobem leczenia zaburzeń okresu dorastania jest terapia całej rodziny – mówi prof. Irena Namysłowska, krajowy konsultant ds. psychiatrii dzieci i młodzieży.

Pierwszym krokiem do tego jest konsultacja. Powinni wziąć w niej udział wszyscy domownicy. Służy ona powiązaniu relacji i procesów zachodzących wewnątrz rodziny z tym, co dzieje się z młodym człowiekiem. Następnym krokiem jest podjęcie decyzji o terapii. Zazwyczaj trwa ona dość długo, bo około roku. Wiąże się z koniecznością regularnych (raz na trzy tygodnie) spotkań całej rodziny z psychoterapeutą.

– U ich podstawy leży przekonanie, że nie tyle ważna jest natura zaburzeń dziecka, ile procesy zachodzące w rodzinie, które utrudniają mu dorastanie – tłumaczy prof. Namysłowska.

A przecież proces ten sam w sobie jest trudny. Dziecko musi poradzić sobie z nowymi zadaniami, jakie stawia przed nim jego własny organizm i

społeczeństwo. Rodzice z kolei muszą się oswoić z separowaniem się latorośli i ze zbliżającą się w związku z tym fazą pustego gniazda.

Zmęczenie freudowskimi teoriami

O tym, że dzieje się coś niedobrego świadczyć może choćby anoreksja dziecka. Jej przyczyny są zazwyczaj bardzo złożone. Ale mogą wynikać na przykład z lęku dziewczynki przed dorastaniem. Zdarza się, że w danej rodzinie rola kobiety uważana jest za wyjątkowo niewdzięczną i trudną. A przynajmniej taki jej wzorzec obowiązuje i przekazywany jest z pokolenia na pokolenie. Oczywiście nieświadomie. Stąd wynikają obawy dziewczynki przed stanieniem się kobietą. Mogą one dochodzić do głosu właśnie w formie obsesyjnego odchudzania się. W ten sposób dziecko próbuje nie dopuścić, by jego ciało nabrało kobiecych kształtów.

W takim przypadku – tłumaczy prof. Namysłowska – celem terapeuty jest dialog z rodziną i zrozumienie z jego pomocą, skąd wzięły się owe wzorce. Często uświadomienie ich istnienia jest pierwszym, niezbędnym krokiem do tego, by straciły one swoją destrukcyjną siłę. W ten sposób otwiera się ludziom oczy na inne, lepsze rozwiązania.

Terapia rodzin zalicza się do nurtu terapii systemowej. Powstała w opozycji do psychoanalizy, która od końca XIX do połowy XX wieku cieszyła się ogromną popularnością. Kierunek rozstrawiony przez Zygmunta Freuda skupiał się na we-

wnątrpsychicznych przeżyciach jednostki. Z czasem jednak część terapeutów poczuła się nim zmęczona. Nie mówiąc o tym, że w przypadku terapii dzieci takie podejście nie zawsze zdawało egzamin. Okazywało się bowiem, że poprzez rozmowę z rodzicami można uzyskać równie dużo, o ile nie więcej informacji na temat źródła zaburzeń ich potomków.

Wzorzec z Sevres dla terapeuty

W takich okolicznościach w latach 50. XX wieku rozwinęła się teoria systemów. Bardziej niż to, co dzieje się w psychice człowieka interesowało ją to, co dzieje się w małej społeczności, w której on żyje. To właśnie analiza tych wydarzeń miała służyć zrozumieniu ludzkiego zachowania. Z czasem także ona ewoluowała. A zwłaszcza rola, jaką przypisano terapii. Z początku miał on przyjmować wobec swoich pacjentów pozycję człowieka, który wie od nich lepiej, jacy powinni być. Nosił w głowie model rodziny idealnej, do którego – niczym do wzorca z Sevres – porównywał korzystających z jego pomocy. Takie podejście pozostawiało mu na szybko postawienie diagnozy. Czas jednak je zweryfikował. Okazało się, że wystawianie przez jedną osobę tak kategorycznych ocen nie jest pozbawione błędów. Stąd terapia w coraz większym stopniu zaczęła opierać się na mądrości systemu rodzinnego i gotowości jego członków do zmiany. Najważniejszy stał się dialog.

Potwierdzeniem słuszności takiego podejścia jest to, co dzieje się podczas spotkań z wykorzystaniem lustra weneckiego. Po jednej jego stronie siedzi wówczas rodzina wraz z terapeutą, po drugiej reszta badawczego zespołu. Często w takiej sytuacji zdarza się, że każdy z jego członków widzi inny aspekt problemów, z jakimi zmaga się dana rodzina.

Związek ważniejszy od winy

Na ile jej terapia jest skuteczną metodą walki z zaburzeniami u dzieci i młodzieży?

– Trudno jednoznacznie to stwierdzić o tyle, że dysponujemy stosunkowo małą liczbą badań na ten temat – odpowiada prof. Namysłowska. – Z drugiej strony, jest ona jedną z podstawowych metod pracy we wszystkich klinikach psychiatrycznych dzieci i młodzieży. Myślę, że się sprawdza.

Dużo rzadziej stosowana jest w odniesieniu do dorosłych. Oni mają już zwykle za sobą proces odseparowania się od rodziców. Stąd w ich przypadku bardziej sprawdza się terapia małżeńska. Dzieci i młodzież są dużo silniej osadzone w systemie rodzinnym.

– Tu nie chodzi o to, że rodzina jest winna rozwojowi zaburzeń emocjonalnych u najmłodszych – podkreśla psychiatra. – Chodzi o związek, jaki system rodzinny odgrywa w indywidualnym rozwoju młodego człowieka.

– Izabela Filc Redlińska

Ludzkie życie coraz bardziej stresujące

ROZMOWA | prof. Aleksandrem Araszkiwiczem, prezesem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego



Jeszcze chyba nigdy w historii psychiatry nie mieli tak pełnych rąk roboty jak obecnie.

PROF. ALEKSANDER ARASZKIEWICZ: Rzeczywiście. Wiąże się to ze wzrostem liczby osób, które z powodu problemów ze zdrowiem psychicznym potrzebują naszej pomocy. Jak wynika z Zielonej Księgi, dokumentu opracowanego przez Komisję Europejską, problemy te dotyczą aż 27 proc. dorosłych mieszkańców Starego Kontynentu. Do najbardziej powszechnych należą zaburzenia depresyjne, lękowe i adaptacyjne (związane ze zmianą określonej sytuacji, np. pracy).

Dawniej wszystkie te zaburzenia wrzucało do jednego worka z napisem „nerwica”.

Pojęcie to wypadło z klasyfikacji zaburzeń psychicznych. Od 1985 roku na próżno szukać go na przykład w klasyfikacji amerykańskich psychiatrów. Dzięki postępowi wiedzy wiemy, że na nerwicę składają się różne kategorie zaburzeń.

Ale choroba, na którą cierpi aż jedna czwarta społeczeństwa przestaje być chorobą, a staje się normą.

We współczesnej psychiatrii mówiąc o chorobie mamy na myśli tak poważne schorzenia jak schizofrenia

czy choroba alzheimera. W rozumieniu medycznym jest to więc stan, którego przyczyny i przebieg są nam znane. Ale nie zawsze tak jest. Stąd między innymi popularność słowa zaburzenie, które powstało w ślad za anglosaskim terminem „disorder”. Ma ono jedną zasadniczą przewagę nad pojęciem „choroba”: nie kojarzy się ze stygmatyzacją, marginalizacją. Dlatego też lepiej brzmi.

Dlaczego zaburzenia psychiczne dotykają aż tak dużej grupy ludzi?

Do ich rozwoju dochodzi w wyniku dysfunkcji układu neuroprzekaznictwa mózgowego, a więc połączeń między neuronami. To, w jaki sposób one zachodzą można porównać do iskry elektrycznej, która przeskakuje między komórkami. Zaburzenie polega na niewłaściwym rytmie przesuwania się iskry, na tym, że przeskakuje ona za rzadko lub zbyt często. Usterkę tę potrafimy już leczyć.

Nie wiemy jednak, dlaczego u jednych ludzi dochodzi do jej powstania, a u innych nie. Prawdopodobnie wynika to z podatności zapisanej w genach. Potencjał zaburzenia drzemie w człowieku, ale wyzwala ją trudne, stresujące sytuacje. A że w życiu współczesnego człowieka jest ich więcej niż kiedykolwiek, stąd te duże liczby.

O jakich konkretnie stresujących sytuacjach mówimy?

Nie mam tu na myśli tylko takich dramatów jak śmierć bliskiej osoby. Ale stres życia codziennego. A więc wielokrotnie powtarzające się trudne sytuacje, np. w pracy. Myślę, że dzisiaj odnosi się to również do położenia powodzian. Ludzie ci w wyniku działania żywiołu stracili często cały swój dobytek. Domy części z nich fala powodziowa nawiedzała

kilkakrotnie. To poczucie stanu ciągłej gotowości do ewakuacji, napięcia może doprowadzić do załamania się mechanizmów adaptacyjnych i w rezultacie skutkować rozwojem zaburzeń lękowych czy depresyjnych.

Wtedy ludzie często szukają pocieszenia w alkoholu.

Uzależnienia są poważną grupą zaburzeń. Człowiek, który nie radzi sobie z problemami próbuje zmieniać sposób ich przeżywania. Szuka alternatywnych środków zaradczych. Stąd sięga po alkohol. Ale mogą to być również dobrze leki uspokajające czy inne substancje zmieniające świadomość. My psychiatrzy nazywamy to samoleczeniem. Jego efektem jest zazwyczaj podwójna diagnoza. Przychodzi do nas pacjent i oprócz depresji cierpi jeszcze na alkoholizm. Zamiast jednego problemu ma więc dwa.

Z badań wynika, że w zastraszającym tempie rośnie liczba Polaków, którzy przyjmują środki antydepresyjne wypisywane na receptę. Wydaje się, że zaczynamy traktować je jako leki na całe zło. Nie martwi to pana?

Z mojego doświadczenia wynika, że ludzie boją się zażywania leków. Wszystko tylko nie psychotropy - mówią. Obawiają się, że pod ich wpływem zmieni się im osobowość. Myślę, że w dużym stopniu wynika to ze złych doświadczeń z przeszłości. Leki starej generacji, tzw. neuroleptyki, stosowane np. w leczeniu schizofrenii powodowały wiele objawów niepożądanych. Wpływały na funkcje poznawcze, zaburzając pamięć i koncentrację. Generalnie usztywniały człowieka.

Leki przeciwdepresyjne nowej generacji, inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny (np. prozac)

nie mają tego efektu tłumiącego. Poza działaniem antydepresyjnym są również skuteczne w leczeniu zaburzeń lękowych. Oba te problemy dotyczą w sumie 22 proc. społeczeństwa. Takiej grupie mogą one potencjalnie pomóc. Historia jednak pokazuje, że ich obecność nie rozwiązuje problemu. Prozac pojawił się na rynku już ponad 20 lat temu. Od tamtego czasu ilość zaburzeń psychicznych wcale nie maleje, a wręcz przeciwnie - rośnie. Stanowią one główną przyczynę śmierci samobójczej. Liczba Polaków, którzy giną z własnej ręki jest porównywalna z liczbą ofiar na polskich drogach, a obecnie nawet nieco wyższa. Stąd uważam, że nie mamy do czynienia z modą na branie leków przeciwdepresyjnych. One naprawdę są potrzebne. Dlatego zachęcamy lekarzy pierwszego kontaktu, by nie obawiali się przepisywać je pacjentom.

Ale leki to nie wszystko. W powrocie do zdrowia psychicznego ważną rolę odgrywa również psychoterapia.

To prawda. Dlatego boleję nad tym, że dostępność do niej jest w Polsce tak ograniczona. Wynika to głównie z tego, że NFZ za mało za te procedury płaci. Poza tym problemem jest fakt, że nie każda osoba, która chwali się mianem psychoterapeuty, rzeczywiście posiada odpowiednie kwalifikacje. W Polsce właściwie każdy kto powiesi na drzwiach tabliczkę z napisem „psychoterapeuta” może zajmować się leczeniem ludzi. My jako Polskie Towarzystwo Psychiatryczne dążymy do uregulowania tych kwestii. Mam nadzieję, że zmieni się to wraz z wejściem w życie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Został on uchwalony w sierpniu 2008 roku, a do tej pory nie

ma jeszcze przepisów wykonawczych!

Z tego wynika, że polska psychiatria chyba nie najlepiej radzi sobie z wyzwaniem współczesności.

Na to też trzeba pieniędzy. W ramach uchwalenia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego postulowaliśmy podwyższenie nakładów na opiekę psychiczną. W państwach zachodnich wynoszą one ok. 6 proc. całego koszyka przeznaczanego na opiekę medyczną. W Polsce w zeszłym roku znalazły się na poziomie 3,5 proc, w tym roku wyniosły 3 proc. Przy takiej masie ludzi wymagającej pomocy to naprawdę niewiele.

Jak to się przekłada na pracę pojedynczej placówki?

Proszę sobie wyobrazić, że w Klinice Psychiatrycznej CM UMK w Bydgoszczy, której jestem kierownikiem, mamy na oddziale ogólnopsychiatrycznym tylko 27 łóżek. Służą one do udzielania natychmiastowej pomocy, np. osobom po nieudanych zamachach samobójczych. Niespełna 27 łóżek na aglomerację liczącą 400 tys. ludzi to kropla w morzu potrzeb. Jeśli więc mamy pacjenta, a nie mamy dla niego miejsca, co się dość często zdarza, to wysyłamy go do najbliższego dużego szpitala psychiatrycznego w Świeciu. Ale i tam w ciągu ostatnich dwóch lat były cięcia, w wyniku czego skurczył się on z 700 łóżek do 300. Jeśli miejsca dla pacjenta brak również w Świeciu, to wieziemy go do Gniezna albo Iławy.

Skoro tak sytuacja wygląda w opiece szpitalnej, to co dopiero mówić o oddziałach dziennych, psychiatrii środowiskowej. Z dostępnością do niej jest dramat.

—rozmawiała Izabela Filc Redlińska





Bogowie, demony i lekarze

Po raz pierwszy określenia „psychiatria” użył w roku 1808 Johann Christian Reil. Wywodzi się ono z greckiego „psyche” – dusza i „iatros” – lekarz

KRZYSZTOF KOWALSKI

Ale problemy, wobec których staje psychiatria, są stare jak świat. W starożytności uważano – w Egipcie, Chinach, Indiach, wśród ludów Azji i Europy – że objawy psychotyczne, to co dziś nazywamy chorobami psychicznymi, były boskim zrzędzeniem. Już od epoki kamienia archeolodzy odkrywają ślady trepanacji czaszek. Możemy się domyślać, że na miarę ówczesnych możliwości, usiłowano pomóc chorym, ulżyć ich cierpieniu, „wypuścić” złe duchy.

Postęp i regres

Jednak w miarę pewne wiadomości na ten temat pochodzą dopiero z czasów, gdy ludzie posługiwali się piśmem. W połowie I tysiąclecia p. n. e. Grecy zaczynają wątpić w nadprzyrodzoną naturę zaburzeń psychicznych. W IV wieku p. n. e. gigant greckiej medycyny, Hipokrates głosił, że zaburzeń psychicznych nie wywołują bogowie, lecz wynikają one ze złego funkcjonowania organizmu. Ten pogląd przejęła medycyna starożytnego Rzymu. Lecz wielki przełom światopoglądowy, jakim było chrześcijaństwo, spowodował zmianę w podejściu do zaburzeń psychicznych. Wraz z szerzącym się chrześcijaństwem, zaczęło się także szerzyć przekonanie, że za zaburzenia psychiczne odpowiedzialne są demony. Rozpoczęła się era egzorcyzmów i metod leczenia mających wiele wspólnego z okrucieństwem a niewiele wspólnego z medycyną.

Arabska lekcja

A jednak w średniowieczu, określanym często jako „wieku ciemne”, pojawiały się też zjawiska godne pochwały, humanitarne. Jednak należy pamiętać, że określenie „wieku ciemne” odnosi się do średniowiecza europejskiego, nie arabskiego, wówczas kultura arabska przeżywała swoje apogeum. W świecie arabskim powstały prototypy szpitali psychiatrycznych. Pierwsze takie obiekty założono w Bagdadzie, Kairze i Fezie, na początku VIII stulecia. Mimo, że świat demonów był głęboko zakorzeniony w kulturze arabskiej, lekarze arabscy zwracali uwagę na objawy choroby, bacznie je obserwowali, swoje spostrzeżenia notowali. Dokonali wielkiego postępu w tej dziedzinie, pierwsi zaczęli stosować psychoterapię, a także metody leczenia, które nie miały już niczego wspólnego z okrucieństwem. Współczesny człowiek nie musi się wzdragać na myśl o ciepłych kąpielach, muzykoterapii, terapii zajęciowej – a takie właśnie metody stosowali arabscy średniowieczni lekarze.

Dzięki rzetelnym opisom arabskim wiemy, że choroby wtedy nękające ludzi były takie same, z jakimi borykamy się dziś. Arabski medyk Najab ud-din Muhammad opisał w X wieku wiele zaburzeń, między innymi niemoc seksualną, priapizm,

nerwicę, depresję, psychozę, stan maniakalny.

W XI wieku perski uczyony i lekarz Awicenna pierwszy opisał kolejne zaburzenia psychiczne: bezsenność, koszmary nocne, halucynacje, melancholię, epilepsję, demencję. Próbował je leczyć między innymi ćwiczeniami fizycznymi. Był przekonany, że istnieje związek między pulsem a uczuciami człowieka, dlatego sądził, że regulując puls, można na nie wpływać.

Daleko było wówczas Europie do takiego poziomu. Wprawdzie w XIII wieku (dopiero) powstają domy dla „obłąkanych”, czyli dotkniętych zaburzeniami psychicznymi, ale nie oferowały chorym terapii a jedynie opiekę. Londyński Bethlem Royal Hospital, ufundowany w XIII wieku, to jedna z pierwszych takich europejskich placówek (funkcjonował do 1948 roku).

Wreszcie dobry wzór

Mijały stulecia i nic się pod tym względem nie zmieniało. Dość powiedzieć, że gdy w 1656 roku francuski Król Słońce, Ludwik XIV stworzył publiczny system opieki nad chorymi psychicznie, służył on jedynie temu, aby odseparować chorych od społeczeństwa, zapewnić im dach nad głową, ale o leczeniu nie było mowy. Nie miał

kto ich leczyć, lekarze tego nie potrafili.

Gdy minęło kolejne stulecie, w 1758 roku angielski medyk William Battie ogłosił „Traktat o szaleństwie”. Ale przeszedł on do historii nie ze względu na opis terapii, ale dlatego, że zawierał apel o to, by wreszcie zacząć leczyć ludzi w domach „dla obłąkanych”.

Trzeba było dopiero nieszczęśliwego i szczęśliwego zarazem trafu, aby podejście do chorób psychicznych zmieniło się. Po tym, jak król Anglii Jerzy III zapadł na chorobę psychiczną, a następnie jego stan uległ poprawie w 1789 roku, zaczęło sobie torować drogą przekonanie, że jeśli nawet nie można uniknąć zaburzeń psychicznych, to jednak mogą się cofać, a zatem można je leczyć.

W tym duchu zaczął postępować z chorymi, we francuskich domach opieki, Philippe Pinel. Rozkuwał ich z kajdan, przerywał okrutne praktyki „lecznicze”. Swoją działalnością zasłużył sobie na miano ojca nowoczesnej psychiatrii.

Jego metody wprowadzał w Anglii William Tuke. Doprowadził do otwarcia The Retreat – pierwszego angielskiego domu dla obłąkanych, który był szpitalem psychiatrycznym z prawdziwego zdarzenia, gdzie ludzi nie dręczono lecz leczono, oczywiście na miarę ówczesnych możliwości. The

Retreat na długi czas stało się wzorem dla europejskiej psychiatrii.

Rodzi się nowa dziedzina nauki

Liczby pokazują, jaki skutek przyniosło rzetelne, humanitarne podejście do ludzi chorych psychicznie. Pod koniec XVIII wieku w Europie zachodniej kilkuset „szaleńców” i „obłąkanych” przebywało w domach dla nich przeznaczonych. Ale już w pierwszych latach XIX stulecia było ich tam kilkaset tysięcy. W Stanach Zjednoczonych w 1904 roku szpitale psychiatryczne mieściły około 150 tys. pacjentów. Placówki psychiatryczne – lecznicze i badawcze – powstawały szczególnie intensywnie w Niemczech. Ponad 20 niemieckich uniwersytetów krzewiło wiedzę psychiatryczną, kształciło specjalistów. W 1 połowie XX wieku Niemcy przodowały w dziedzinie psychiatrii.

Właśnie wtedy psychiatria zyskała status pełnoprawnej dziedziny akademickiej, uczeni i lekarze zaczęli poznawać biologiczne mechanizmy chorób psychicznych. Powstawały fundamentalne prace teoretyczne, wiedza została usystematyzowana, metody terapeutyczne w coraz szerszym zakresie zaczęły korzystać z wyników tzw. badań fundamentalnych. Ta tendencja nie słabnie.



EAST NEWS

Z piekła do szpitala

Nie ma drugiej takiej gałęzi medycyny, która rodziłaby się w tak niekorzystnej sytuacji jak psychiatria

Używając obrazowego porównania, nie startowała nawet z poziomu zero, ale z poziomu minus, dosłownie i w przenośni z piekła.

Żeby w pełni zdać sobie sprawę, czym dzisiaj jest ta dyscyplina, jak gigantyczny postęp dokonał się w jej zakresie, trzeba choć trochę znać jej początki. Jeden z najlepszych na świecie badaczy historii medycyny, Polak, nieżyjący już prof. Władysław Szumowski, tak opisuje początki nowożytnej psychiatrii:

„Pozostają one w związku z ruchem wolnościowym, jaki się obudził we Francji podczas wielkiej rewolucji. W dawnych stuleciach aż do końca XVIII w. obłąkami byli traktowani jak więźniowi. Trzymano ich w wilgotnych piwnicach, zwykle na łańcuchach, pod nadzorem brutalnych dozorców, którzy zazwyczaj sami byli skazańcami odsiadującymi więzienie. W tych warunkach wybuchały walki, które się nieraz kończyły śmiercią obłąkanych. Pogląd, że obłąkaniec jest opętany przez diabła, pospolity w wiekach średnich i w epoce Odrodzenia, staje

się coraz rzadszy w epoce Oświecenia. Ale jeżeli się zdarzył przypadek choroby umysłowej gdzieś w klasztorze, nieszczęśliwego lub nieszczęśliwą umieszczano „w spokoju”, „in pace”, zupełnie tak samo, jak za stosunki z diabłem w wiekach średnich, to znaczy, w wilgotnej norze, we własnym gnoju, czasem na łańcuchu.

[W ten sposób w cuchnącym piwnicznym lochu w klasztorze Karmelitanek w Krakowie spędziła 21 lat Barbara Ubryk, chora umysłowo, aż dopiero komisja sądowa w 1869 r. wydobyla ją stamtąd i umieściła w szpitalu.]

Pierwszy odważył się zdjąć łańcuchy z obłąkanych wielki lekarz francuski Filip Pinel (...)

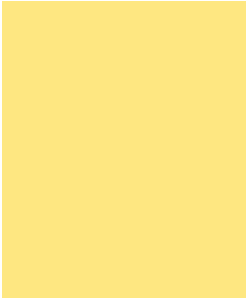
W 1778 przybył do Paryża, gdzie stopniowo wybijał się w świecie lekarskim i wyrobił sobie trochę praktyki. Już q 1793 r. interesował go los obłąkanych, zwłaszcza od czasu, gdy zdarzyło się, że jeden z jego przyjaciół zwarował i włócząc się po lasach, został poarty przez wilki. Po wybuchu rewolucji Pinel został w 1793 r. lekarzem szpitala, co obejmowało także nadzór nad obłąkanymi. Gdy Pinel zwrócił się do Komuny z prośbą, by mu pozwolono

zdjąć łańcuchy i kajdany z obłąkanych, wywołał zdziwienie, ale pozwolenie otrzymał. To było w 1793 r. Pinel najpierw na próbę uwolnił 12 najbardziej niespokojnych.

Gdy próba się udała, ponieważ się wszyscy uspokoili, uwolnił w ten sam sposób w Paryżu jeszcze 200, a potem na innym oddziale jeszcze 600 chorych. Ta radykalna reforma postępowania z obłąkanymi uratowała życie wielu nieszczęśliwym, a niejednemu nawet przywróciła zdrowie. (Władysław Szumowski, „Historia medycyny filozoficznie ujęta”)

Freud zdetronizowany

Podobnie jak dla wielu dziedzin medycyny, i nauki w ogóle, także dla psychiatrii wiek XX okazał się przelotowym



wiąte wydanie jego podręcznika zawiera następującą klasyfikację:

Choroby psychiczne spowodowane urazami mózgu;

- choroby psychiczne spowodowane chorobami mózgu;
- zatrucia;
- zaburzenia psychiczne w przebiegu chorób zakaźnych;
- paraliż;
- choroby psychiczne spowodowane czynnikami endokrynnymi;
- choroby psychiczne na tle miażdżycowym i wieku starczego;
- otępienie endogenne;
- padaczka;
- choroba maniako-depresyjna;
- schorzenia psychogenne;
- histeria.

Prace Zygmunta Freuda, jego teoria psychoanalizy, wywarła wielki wpływ na psychiatrię. Korzystali z niej, ponieważ dawała wgląd w ludzką psychikę. Jednak w latach 70. nastąpił zwrot. Polegał na tym, że w psychiatrii, teorii psychologicznej ustąpiły miejsca neurologicznemu. Odkryto neuroprzekazniki (zwane też neurotransmiterami, neuromediatorami) czyli związki chemiczne,

których cząsteczki przenoszą sygnał pomiędzy komórkami nerwowymi - neuronami oraz z komórek nerwowych do mięśniowych i gruczołowych. Najczęściej spotykane neuroprzekazniki to glutaminian, acetylocholina, noradrenalina, dopamina, serotonina. Odkrycie neuroprzekazników (Otto Loewie, za co otrzymał w 1936 Nagrodę Nobla) spowodowało, że pojawiły się skuteczne leki przeciw chorobom psychicznym, rozwinęła się psychofarmakologia. W drugiej połowie XX wieku zaczęto skutecznie leczyć chlorpromazyną, między innymi schizofrenię.

Lata 80. to początek stosowania w psychiatrii technik neuroobrazowania. Umożliwiają one śledzenie pracy mózgu. Należą do nich: elektroencefalografia (EEG), pozytonowa emisyjna tomografia (PET), przeczaszkowa stymulacja magnetyczna (TMS), funkcjonalny rezonans magnetyczny (fMRI).

W leczeniu większości schorzeń psychiatrycznych zaczęto stosować psychoterapię.

bardzo silny wpływ na dzisiejszą psychiatrię wywierają rezultaty badań genetycznych. naukowcy ustalili, że wiele zaburzeń psychicznych ma podłoże genetyczne.

Lekarze zrozumieli - dzięki biologii molekularnej - jak działają geny, jaki mają wpływ na kształtowanie psychiki.

AFORYZMY

„Nietzsche powiedział, że czasem dochodzimy do momentu, w którym robi się tak źle, że można uczynić tylko jedno z dwojga - śmiać się albo oszaleć.“

Jonathan Carroll

„Nie ma geniuszu bez ziarna szaleństwa“

Arystoteles

„Kto ukrywa własne szaleństwo, umiera niemy“

Henri Michaux

„Tymczasem my największe dobra zawdzięczamy szaleństwu, które co prawda, bóg nam zsyłać raczy“

Platon

„Spóźnione chęci chętnie przeradzają się w szaleństwa“

Władysław Grzeszczyk

„Kto żyje bez szaleństwa, mniej jest rozsądny, niż mniema.“

La Rochefoucauld

„Wszyscy musimy, chcąc uczynić rzeczywistość znośną, utrzymać w sobie kilka drobnych szaleństw“

Marcel Proust

„Trzy czwarte szaleństw są tylko głupstwami“

Roch Chamfort

Sprawcą zamieszania, które jednak wiele wyjaśniło, był Emil Wilhelm Magnus Georg Kraepelin (1856 - 1926) - niemiecki lekarz, autor podręcznika „Lehrbuch der Psychiatrie“. Zaczął on spoglądać na zaburzenia psychiczne pod innym kątem, od strony nowo powstającej gałęzi wiedzy - psychologii. Zdał sobie sprawę, że psychiatria nie może być „mono“, że musi być interdyscyplinarna, powinna korzystać z osiągnięć między innymi anatomii i patologii. Wychodził z założenia, że choroby psychiczne mają konkretne przyczyny, anatomopatologiczne, biologiczne i fizjologiczne. Dlatego dzie-



Pędzlem i piórem

MOTTO „Od szaleństwa do szaleństwa - takie jest życie“. Charles Dickens

Van Gogh tworzył autoportrety - wizerunki chorego psychicznie artysty.

Hieronim Bosch malował „Statek szaleńców“.

Edward Munch pozostawił światu „Krzyk“ - arcydzieło ekspresjonizmu ukazujące chorą psyche.

Ponieważ literatura jest zwierciadłem życia, nie brakuje w niej opisów zachowań, które w rzeczywistym świecie, przynajmniej w naszym, współczesnym i cywilizowanym, podlegałyby psychiatrycznej pomocy lekarskiej.

W przypiływie szaleństwa Herakles zabił żonę i dzieci.

„To jak martwa opoka
Nie wróci się w stronę oka,
To strzela wkolo oczyma,

To się łzami zaleje.
Coś niby chwytła, coś niby trzyma,
Rozplacze się i zaśmieje...“

Tak zachowuje się dziewczyna zrozpaczona po utracie miłości w balladzie Adama Mickiewicza „Romantyczność“.

Kordian, bohater dramatu Juliusza Słowackiego, gdyby żył dziś, również trafiłby do gabinetu psychiatry. Podjął próbę samobójczą po zawodzie miłosnym, stronił od ludzi, wyhodował w sobie nierealną ideą zabicia cara; ostatecznie car uznał go za szaleńca i rozkazał zamknąć w szpitalu psychiatrycznym.

Maria, żona Henryka, głównego bohatera o Nieboskiej Komedii Zygmunta Krasińskiego, rozczerwana życiem, popada w stan „szaleństwa“ i trafia do domu dla obłąkanych.

Justyna, bohaterka „Granicy“ Zofii Nałkowskiej, także nie unika szaleństwa. Przyczyną jej choroby jest rozczerwanie światem.

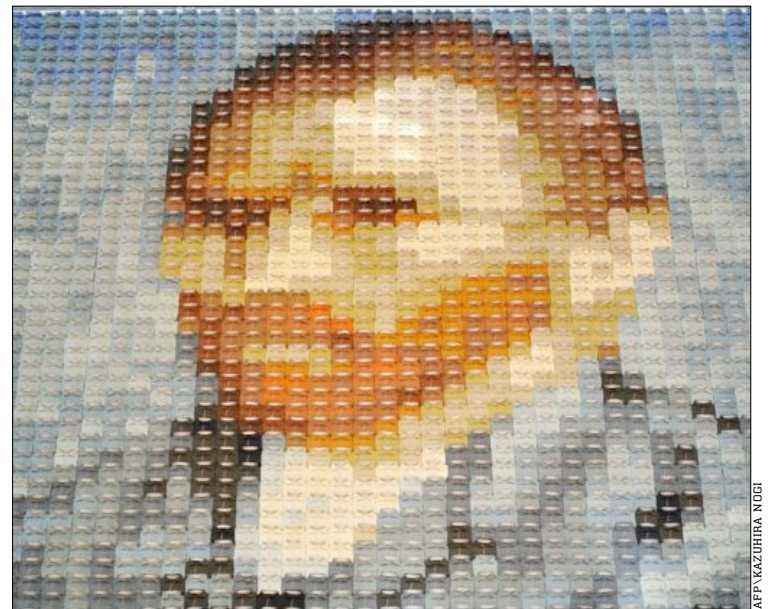
Szekspirowski Hamlet ukrywa swoje prawdziwe zamiary i oblicze pod maską człowieka niepoczytalnego: „W tym szaleństwie jest metoda“.

Zmysły postradał inny wielki bohater Shakespeare'a - Makbet. Nękał go stany lękowe, rozwinęła się u niego silna psychoza maniako-depresyjna. Ten stan pogłębia się i w konsekwencji doprowadza go do śmierci.

W operze „Halka“ Stanisława Moniuszki (libretto Włodzimierza Wolskiego), tytułowa bohaterka, zawiedziona i oszukana, schodzi z drogi rozumu, najpierw chce podpalić kościół, ale ostatecznie rzuca się ze skały do rzeki.

I tak dalej, przykłady można mnożyć. Nie jest zadaniem poetów i prozatorów tak prowadzić akcję utworów, aby wszystko dobrze się kończyło a bohaterowie żyli długo i szczęśliwie. To jest zadanie dla lekarzy, także psychiatrów.

-kk



FORUM PRZECIWIW DEPRESJI 2010

IV EDYCJA OGÓLNOPOLSKIEJ,
SPOŁECZNEJ KAMPANII POD HASŁEM

**OBLICZA
DEPRESJI**

Depresja to poważne schorzenie, które bywa często bagatelizowane. W trosce o zwiększenie świadomości społecznej na temat depresji, a także, aby przełamać tabu na temat choroby firma farmaceutyczna Servier już od kilku lat prowadzi ogólnopolską kampanię społeczną „Forum Przeciw Depresji”.



Kampania społeczna „Forum Przeciw Depresji” ma na celu przede wszystkim rozpowszechnienie wiedzy o depresji oraz uświadomienie Polakom, że choroba ta nie jest jedynie nastrojem, który szybko przemija, ale poważnym schorzeniem, które można i należy leczyć.

W ramach tegorocznej, IV edycji „Forum Przeciw Depresji” uruchomiony został **Antydepresyjny Tramwaj Edukacyjny**. Specjalne, darmowe linie tramwajowe udostępniono pasażerom w czterech polskich miastach – Krakowie, Katowicach, Gdańsku i Warszawie. Pasażerowie tego wyjątkowego tramwaju zapoznawali się z materiałami edukacyjnymi dotyczącymi problematyki tematu depresji, jej przyczyn i objawów. Podróżni wypełniali ankiety sprawdzające wiedzę na temat choroby, a każdy zainteresowany otrzymał kupon uprawniający do skorzystania z bezpłatnych konsultacji lekarskich. Dodatkową atrakcją Antydepresyjnego Tramwaju Edukacyjnego stanowiły monodramy przedstawione przez studentów IV roku Państwowej Wyższej Szkoły Teatralnej we Wrocławiu.

„Forum Przeciw Depresji” dociera do ludzi dzięki różnym środkom przekazu. W tym roku po raz pierwszy można było uczestniczyć w interaktywnych konkursach, korzystając z profilu kampanii na Facebook'u. Przez cały rok można korzystać ze strony www.forumprzeciwdepresji.pl, gdzie podczas Ogólnopolskiego Dnia Walki z Depresją (23 lutego) uruchomiono specjalny chat umożliwiający konsultacje z lekarzem psychiatrą. Korzystając ze strony internetowej www.forumprzeciwdepresji.pl można też wykonać indywidualny test ryzyka zagrożenia chorobą. Przez cały rok dostępny jest także Antydepresyjny Telefon Zaufania Fundacji ITAKA (22 654 40 41). Eksperti dyskutują pod nim w poniedziałki i czwartki w godzinach 17:00 – 20:00. Dzięki tej linii ze specjalistą mogą łatwo skonsultować się nie tylko osoby chore i ich rodziny, ale również ci, którzy jedynie przypuszczają, że prawdopodobnie zmagają się z depresją. Funkcjonowanie Antydepresyjnego Telefonu Zaufania Fundacji ITAKA od 2007 roku jest możliwe dzięki wsparciu finansowemu firmy Servier Polska, która od czterech lat świadczy na ten cel grant edukacyjny.



**Antydepresyjny Telefon Zaufania Fundacji ITAKA
022 654 40 41 Zadzwoń!**

