

Dominika Dudek, Maria Mazurek

MÓZG NIE TYLKO

**OPOWIEŚĆ PSYCHIATRY
O LUDZKIM UMYŚLE**

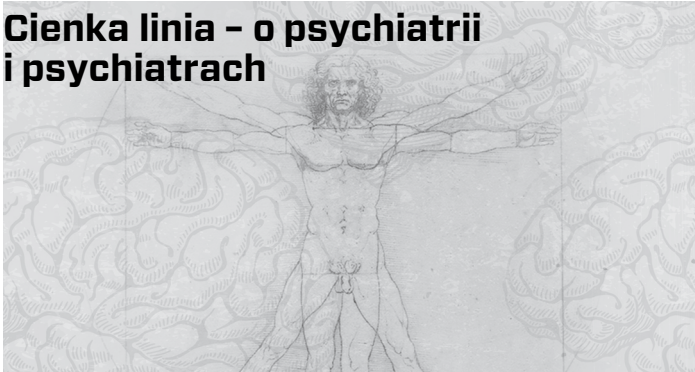
MANDO 

Spis treści

Zaproszenie do podróży (wstęp)	9
Cienka linia – o psychiatrii i psychiatrach	12
Czy mózg jest domem duszy? – o umyśle i psychoterapii	33
Zakochanie jak psychoza – o miłości i związkach	56
Czerń na palecie emocji – o smutku i depresji.....	76
Matki, żony i kierowniczkki – o współczesnych kobietach	102
Dalszy ciąg młodości – o starości.....	126
Nie sądzcie, abyście nie byli sądzeni – o naturze zła.....	146
Bóg, diabeł i psyche – o religijności.....	161

Magiczna moc ustawiania kubków – o fobiach, natręctwach i lęku	179
Ci, którzy więcej czują – o schizofrenii	195
Mentalny rollercoaster – o kreatywności i dwóch biegunach	210

Cienka linia - o psychiatrii i psychiatrach



Maria Mazurek Przyznajemy się?

Dominika Dudek Miałam kiedyś w życiu bardzo trudne momenty, kiedy zawalił mi się świat. Myślałam: to nie tak miało być. Przeszłam długą psychoterapię. Czasem mam wrażenie, że ona uratowała mi życie. W moim przypadku to nie była kliniczna depresja, ale po tym doświadczeniu choć trochę bardziej rozumiem tych, którym smutek przeżera duszę tak bardzo, że tracą chęć życia.

To teraz ja: mam podleczone OCD, czyli nerwicę natręctw.

Fachowo: zaburzenia obsesyjno-kompulsywne. Film *Dzień świra* o tym opowiada.

Właśnie. Długo uważałam, że wszystkie rytuały i kompulsje: obsesyjne mycie rąk, porządkowanie przedmiotów według kolorów, omijanie złączeń między płytkami chodnikowymi, jakby coś miało się stać, jak na nie nadepnę, są nawet śmieszne. Aż kiedyś o drugiej w nocy pojechałam do całodobowego marketu, żeby kupić płyn

do prania odzieży sportowej. Nawet nie miałam takich ubrań do wyprania, po prostu zauważyłam, że brakuje mi detergentu do kompletu.

Klasyka. Osoby z OCD czują przymus porządkowania, ciągłego mycia, wykonywania rozbudowanych rytuałów, bo to ich sposób na radzenie sobie z lękiem.

Zgadza się. Gdy pojechałam do marketu po ten nie-szczęśny płyn, poczułam, że to zaszło za daleko, że zaczyna mi przeszkadzać. Zapisałam się na terapię behawioralno-poznawczą. Potem przez kilkanaście tygodni dostawałam dziwne zadania typu „siądź w brudnych ubraniach na łóżku” albo „nie umyj rano kubka”.

To jedna z technik w tego rodzaju terapii: ma ci pokazać, że jeśli nie wykonasz jakichś rytuałów, coś w nich zaburzysz, nic złego się nie stanie.

Opowiedziałyśmy o tym nie po to, żeby kogokolwiek zanudzać swoimi historiami.

Nie. Zrobiliśmy to, żeby pokazać, że osoby z chorobami i zaburzeniami psychicznymi – czy będące na ich granicy – są wśród nas. Często świetnie sobie radzą, osiągają sukcesy, żyją normalnie.

Osoby zaburzone psychicznie przez wieki były stygmatyzowane. Do dzisiaj w pewnym sensie są. Nazywamy ich wariatami, psycholami, trochę się ich boimy. Tymczasem niektóre dane mówią o tym, że na zaburzenia psychiczne cierpi osiem milionów Polaków. Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje, że co czwarty Europejczyk ma chorobę lub zaburzenie psychiczne. A ta statystyka uwzględnia tylko zdiagnozowane przypadki; nie ma wśród nich stanów na granicy zaburzeń psychicznych. A na tej granicy jesteśmy niemal wszyscy: część z nas jest melancholijna, ale to jeszcze nie depresja, część panicznie boi się pajaków albo latania

samolotem, ale to jeszcze nie zaburzenie lękowe, a część po zamknięciu drzwi do domu naciska na klamkę jeszcze kilka razy, ale to jeszcze nie nerwica natręctw. To jest w psychiatrii najbardziej fascynujące: ta granica między zdrowiem psychicznym, chorobą a zaburzeniem jest płynna.

Dlatego chciałam zatytułować tę książkę *Wszyscy jesteśmy wariatami*.

Nie zgodziłam się na to. Słowo „wariat” jest stygmatyzujące. Rozumiem twoją intencję: chciałaś je trochę „odczarować” i pokazać, że zaburzenia psychiczne nie są niczym rzadkim, wyjątkowym, że to sfera, która w zasadzie dotyczy każdego z nas. Myślę jednak, że mogłoby to zostać odczytane dokładnie odwrotnie. A mamy przecież zbieżny cel: pokazać złożoność ludzkiej psychiki, jej fascynujący świat. Zaprosić czytelników do odkrywania ludzkiego umysłu. Zdrowy, chory czy zaburzony – zawsze jest on równie tajemniczy i genialny.

Zacznijmy więc najprościej: czym jest psychiatria?

Dziedziną medycyny. W odróżnieniu od psychologii. Ludzie myślą te dwa pojęcia. Często słyszę, że jestem psychologiem.

Wkurza cię to?

Trochę tak, bo ile razy można tłumaczyć różnicę? W każdym razie psychiatria to dziedzina medycyny zajmująca się zaburzeniami sfery myślowej i emocjonalnej człowieka oraz pojawiającymi się na tym podłożu patologicznymi zachowaniami, których wynikiem jest dyskomfort, cierpienie i upośledzenie funkcjonowania pacjenta w różnych sferach: społecznej, rodzinnej, zawodowej.

Pojęcie psychiatria pochodzi od greckiego *psyche*, co oznacza duszę, tchnienie życia, umysł, i *iatros*, czyli lekarz,

uzdrowiciel; zostało wprowadzone w XIX wieku przez niemieckiego fizjologa i klinicystę, Johanna Christiana Reila. I w zasadzie to jest dziedzina niejako pośrednia między psychologią a neurologią. Tym, co nas, psychiatrów, odróżnia od neurologów, jest między innymi nacisk na relację z pacjentem i używanie w pracy z nim technik psychoterapeutycznych. Od psychologów różnimy się zaś tym, że mamy edukację medyczną, przepisujemy leki, zlecamy badania medyczne, co jest dość istotne, bo dla wielu pacjentów jesteśmy jedynymi lekarzami, z którymi się konsultują. A poza tym wiele zaburzeń psychicznych wynika bezpośrednio z jakiejś choroby somatycznej.

Psychiatria bardzo różni się od całej reszty medycyny.

Tak. Dla mnie, ale to subiektywne, istnieją dwie główne różnice między psychiatrą a resztą medycyny. Po pierwsze: kwestia diagnozy.

W medycynie somatycznej diagnoza ma nadrzędne znaczenie. Kiedy przychodzisz do lekarza z bólem w klatce piersiowej, on musi natychmiast ustalić, czy masz zapalenie płucnej, czy zawał serca, czy złamałaś żebro, bo to całkowicie zmienia leczenie i prognozę. W psychiatrii diagnoza jest wciąż istotna, ale nie nadrzędna. Na przykład jeśli trafia do nas pacjent w psychozie, to w pierwszej kolejności będziemy leczyć go lekami przeciwpsychotycznymi, a dopiero potem zajmiemy się jego diagnozowaniem. Diagnoza w psychiatrii tworzy się przez długi czas, w miarę poznawania pacjenta. Może też ulegać konwersji, na przykład w chorobie dwubiegunowej bardzo często najpierw diagnozujemy depresję, a dopiero później – gdy pojawi się epizod maniakalny – zmieniamy diagnozę.

Poza tym ta diagnoza w psychiatrii jest nieco umowną kwestią, prawda?

W pewnym sensie tak. To znaczy my oczywiście stawiamy rozpoznanie, posługując się kryteriami diagnostycznymi, ale te, tak samo jak jednostki chorobowe, ulegały przecież na przestrzeni lat zmianom. Niektóre choroby wchodzą do systemów klasyfikacyjnych, inne z nich wypadają.

Jak homoseksualizm.

Tak. Gdyby homoseksualizm był wciąż klasyfikowany jako choroba psychiczna, byłoby to oczywiście kompletnie błędne i pozbawione podstaw naukowych, ale to, że przestał być za nią uznawany, odbyło się drogą głosowania. To było w 1973 roku podczas panelu ekspertów Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, podczas gdy Światowa Organizacja Zdrowia wykreśliła homoseksualizm z listy chorób dopiero w 1990 roku. Jeszcze w latach 50. i 60. XX wieku wśród naukowców panował konsensus co do patologicznego statusu homoseksualizmu; próbowano go leczyć psychoterapią, farmakologią, lobotomią, elektrowstrząsami, kastracją. Dramatycznym przykładem tych barbarzyńskich metod postępowania jest historia Alana Turinga – genialnego matematyka, jednego z twórców informatyki, uważanego za ojca sztucznej inteligencji – który ze względu na kontakty homoseksualne został zmuszony do poddania się chemicznej kastracji i w konsekwencji popełnił samobójstwo, pozbawiając świat swojego niezwykle umysłu.

Obecnie psychiatria zdecydowanie sprzeciwia się wszelkim „terapiom” konwersyjnym, czyli mającym na celu zmianę orientacji seksualnej, uznając je za nie tylko całkowicie nieskuteczne, ale przede wszystkim szkodliwe. Homoseksualizm jest wariantem normy, podobnie jak rude włosy albo piegi. Psychiatra może się przydać jedynie wtedy, gdy osoba homoseksualna nie akceptuje siebie albo spotyka się z odrzuceniem przez otoczenie, ze stresem

mniejszościowym, z określeniami typu „tęczowa zaraza”, co skutkuje na przykład lękiem albo stanami depresyjnymi.

A druga kluczowa różnica między psychiatrią a resztą medycyny?

Kontekst. Norma i patologia zmieniają się między innymi w kontekście historycznym. Poza tym, patrząc na pacjenta, musimy zwracać uwagę nie tylko na jego biologię i objawy, ale też na jego sytuację rodzinną czy społeczną. Tak naprawdę nie ma jednoznacznej definicji „normalności” i tak naprawdę nie da się jednoznacznie stwierdzić, gdzie leżą granice zdrowia psychicznego.

Światowa Organizacja Zdrowia nie podaje żadnej definicji zdrowia psychicznego?

Podaje ogólną definicję zdrowia. Według niej zdrowie to pełny dobrostan psychiczny, fizyczny i społeczny człowieka. No ale kto z nas jest w takim pełnym dobrostanie? Kiedy boli cię brzuch, bo masz miesiączkę, albo jesteś wkurzona, bo pokłóciłaś się z chłopakiem, to na pewno nie jesteś w pełnym dobrostanie. A przecież nie można też powiedzieć, że jesteś chora.

Czasem zresztą bardzo łatwo się pomylić. Opowiem ci o starszej pani, 82-letniej wdowie, która zamieszkała samotnie w bloku na jednym z duńskich osiedli. Została skierowana do poradni psychiatrycznej z rozpoznaniem stanów majaczeniowych, prawdopodobnie na podłożu rozwijającego się otępienia, ponieważ w rozmowie ze swoją pomocą domową mówiła, że wieczorami miewa wizyty dziwnych gości. Ma to być grupa Afrykanów z małymi dziećmi, którzy siadają u niej na podłodze, piją kawę i prowadzą pogawędki w niezrozumiałym języku. Pacjentka ponadto skarżyła się, że doskwiera jej samotność i zależność od innych, że nie opuszcza swojego mieszkania, ma problem z chodzeniem.

W badaniu psychiatrycznym nie było znaczących odchyleń – poza opowieścią o tych dziwnych ludziach, co oczywiście mogło być interpretowane jako objawy urojeniowo-omamowe. Zlecono wizytę pielęgniarki środowiskowej, która przysłała w godzinach wieczornych i ku swojemu zaskoczeniu zastała u pacjentki dużą rodzinę afrykańską. Okazało się, że jej członkowie niedawno zamieszkali w tym samym bloku i postanowili poznać sąsiadów. A że starsza pani wydała im się szczególnie miła, to zaczęli jej składać regularne wizyty. Można więc sobie z łatwością wyobrazić, że gdyby nie wizyta pielęgniarki środowiskowej, gdyby lekarz nie był wystarczająco wnikliwy, żeby poznać otoczenie pacjentki, to pewnie niepotrzebnie zaordynowano by jej jakieś leki.

A uwarunkowania kulturowe normy i patologii?

Kolejny temat rzeka. Pamiętam pacjentkę, która w epizodach maniakałnych chodziła po ulicach; wymyśliła, że będzie się opiekować bezdomnymi, i niemal cały swój majątek zaczęła rozdawać biednym – pieniądze, które wyciągnęła z banku, i przedmioty, które wynosiła z domu. Może w innej epoce uchodziłaby za osobę świętą? Granica zależy także od kontekstu historycznego i kulturowego.

Czym więc jest ta „nienormalność”, którą się zajmujecie?

Przyjmuje się istnienie pewnych cech wskazujących na patologię psychiki. To cierpienie pacjenta, trudności z przystosowaniem, nieracjonalność, niekonwencjonalność i dziwaczność zachowań, nieprzewidywalność i utrata kontroli, naruszanie norm społecznych czy dyskomfort otoczenia. Żadna z tych cech występująca pojedynczo nie świadczy jeszcze o „nienormalności”, może występować u całkowicie zdrowej osoby. Cokolwiek by znaczyło słowo „zdrowa”.

Na przykład starsza kobieta ubrana w znoszone, brudne ubranie, zaniedbana higienicznie, cierpiąca, kulejąca, obolała wywoła uczucie dyskomfortu u obserwatora. Dodatkowo nieładnie pachnie, ma trudności z przystosowaniem do życia (bo nie robi sobie sama zakupów), ale nie oznacza to jeszcze, że jest nienormalna. Z tym, że im więcej cech, które wymieniłam (i im bardziej są one wyraźne), tym większe prawdopodobieństwo, że mamy do czynienia z zaburzeniami psychicznymi. Jeśli ta kobieta jednocześnie będzie się zachowywać w nieprzewidywalny sposób, głośno do siebie mówić, zaczepiać ludzi na ulicy, to można ją już rozpatrywać w kategoriach psychopatologii. Nic natomiast nie może być rozpatrywane w psychiatrii bez kontekstu. Na pewno takim kontekstem jest między innymi wiek; to, co jest zupełnie normalne w zachowaniu dziecka, na przykład nieumiejętność abstrakcyjnego myślenia czy nagła zmienność emocji, nie zawsze jest normalne u dorosłego. Jeśli nie dasz dziecku zabawki, a ono zacznie tupać, możesz stwierdzić, że jest niegrzeczne, ale nie, że jest „nienormalne”. Jeśli zaś dorosła osoba zaczęłaby tupać nogami i rzucać się na ziemię, z dużym prawdopodobieństwem uznałabyś, że jest zaburzona. Podobnie u 90-letniej osoby lęk przed śmiercią, robienie bilansu życia, częste wizyty u lekarza będą czymś normalnym, a te same zachowania u osoby dwudziestoletniej rodziłyby pytania, czy ten człowiek nie ma zaburzeń nerwicowych, lękowych lub depresyjnych.

Jak wyglądało leczenie chorób psychiatrycznych na przestrzeni wieków?

Przez bardzo długi czas nie leczono ich w ogóle, chociaż oczywiście szaleństwo istnieje od zarania ludzkości. Są setki świadectw na temat zaburzeń psychicznych, które pochodzą ze starożytności, właściwie ze wszystkich części świata. Również w Starym Testamencie mamy przejmujący opis depresji psychotycznej w Księdze Hioba.

A w epokach przedpiśmiennych?

Znaleziono czaszki z okresu neolitu z dziurami po trepanacjach, wykonanymi za życia tych „pacjentów”. Jedna z teorii mówi, że były to próby leczenia zaburzeń psychicznych. Wierzono, że w ten sposób wypuszcza się demony, zagnieżdżone – jak sobie wyobrażano – w tych czaszkach. Zaburzenia psychiczne, odpowiadające ludzkim, opisuje się zresztą też u małą człekokształtnych.

Co z psami, końmi, kotami i innymi zwierzętami?

Wiele osób uważa, że psy, które panicznie boją się burzy, cierpią na zaburzenia lękowe. Te, które po śmierci właściciela nie ruszają się z miejsca, zagładzając się powoli na śmierć – były takie przypadki – na depresję. Tylko czy u zwierząt rozpatruje się to w takich kategoriach? To kwestia definicji i perspektywy.

Powracając do ludzi, w prymitywnych czy starożytnych kulturach osoby zaburzone psychicznie były często traktowane jak prorocy czy szamani. Starożytni greccy filozofowie również zauważali pozytywne aspekty szaleństwa, na przykład Sokrates mówił o prorokowaniu, kreatywności oraz inspiracji twórczej. Niestety, w większości społeczeństw i okresów historycznych pozycja osób chorych psychicznie była dramatycznie niska. Podobna do pozycji trędowatych. Chorzy psychicznie byli więzieni, izolowani, torturowani, przykuwani do ścian, unieruchamiani. W pierwszych szpitalach psychiatrycznych, właściwie w przytułkach, chorzy przebywali w okropnych warunkach.

I to nie skończyło się z końcem średniowiecza.

Niestety, nie. W książce Macieja Zaremby-Bielawskiego *Dom z dwiema wieżami*, świetnej zresztą, można znaleźć fragment opowiadający o tym, jak okrutnie jeszcze w XX wieku traktowano pacjentów psychiatrycznych. Ojciec

autora był psychiatrą, dyrektorem szpitala w Kościanie, gdzie wsławił się, wprowadzając własne porządki. Wcześniej agresywni chorzy leżeli tam na słomie, w izolatkach, do których podawano im jedzenie, a odchody wyciągano łopata, i tyle mieli kontaktu ze światem zewnętrznym. Gdy Zaremba-Bielawski to zmienił, nakazał, by traktować ich z poszanowaniem godności, nagle okazało się, że ci rzekomo skrajnie agresywni pacjenci zachowują się dość normalnie, to znaczy ich agresja jest do opanowania. Wcześniej była wywoływana przez nieludzkie warunki.

Z opieką, jeśli w ogóle można użyć tego słowa, domową nie było lepiej. Przeczytam ci opisy z 1817 roku, pochodzą z książki Edwarda Shortera *Historia psychiatrii. Od zakładu dla obłąkanych po erę prozacu*: „Trudno wyobrazić sobie coś bardziej wstrząsającego od widoku obłąkanego wieśniaka. Wsadza się go do wykopanej na środku chaty, przykrytej kratą jamy, w której nie może się nawet wyprostować. Nieszczęśnik dostaje tam jedzenie i tam w końcu umiera” (tłum. P. Turski, Warszawa 2005, s. 11).

Ciarki przechodzą.

Inny fragment: „Pewien mężczyzna został przykuty przez żonę do ściany i spędził tak pięć lat, wskutek czego stracił władzę w nogach”.

Albo: „16-letni młodzieniec, który całe życie spędził w chlewiku, nieopodal chaty swojego ojca, do tego stopnia stracił trzeźwość umysłu, że zlizywał jedzenie z miski niczym zwierzę. Na wsi panuje opinia, że obłąkany przynosi wstyd swojej rodzinie i dlatego te nie oddają ich do zakładu. Chłopi trzymają tych nieszczęśników w domu; jeśli są niespokojni, przykuwa się ich do ściany w stajni lub w innym pomieszczeniu” (s. 12).

Co było gorsze: być obłąkanym wieśniakiem czy trafić do przytułku dla obłąkanych?

To był czasem wybór jak między dżumą a cholera. Są dokumenty, z których wynika, że pacjenci przytułków mieli plecy sine od uderzeń, pokryte krwawiącymi ranami.

Dalej nie rozumiem, skąd ta stygmatyzacja szaleńców.

Z lęku.

Ale z lęku przed nimi czy z lęku, że będziemy tacy jak oni?

Na poziomie uświadomionym – z lęku przed nimi, przed nieprzewidywalnością ich zachowań. Chodzi taki dziwnie ubrany, krzyczy, wrywa sobie włosy z głowy, boimy się, bo go nie rozumiemy. Ale pewnie też boimy się, że i w nas coś podobnego drzemie. Tyle że to już pewnie procesy nieuświadomione.

Powracając do przytułków: pełniły tak naprawdę głównie funkcję nadzorczą. Metodami „leczenia” było między innymi głodzenie, podtapianie w zimnej wodzie, upusty krwi, zawijanie w mokre prześcieradła. Pierwszym, który uwolnił z kajdan chorych psychicznie, był Philippe Pinel, francuski psychiatra żyjący na przełomie XVIII i XIX wieku, który twierdził, że długotrwałe unieruchamianie pacjenta jest niemoralne i nieskuteczne, a zamiast tego należy pokazać mu wzorce zdrowych zachowań. Stworzył więc miejsca, gdzie chorzy psychicznie mogli mieszkać ze zdrowymi – w dzisiejszym języku nazwalibyśmy ich terapeutami; mieli swoje zadania, pracę, byli rehabilitowani. To była pierwsza psychiatria środowiskowa.

Nie od razu się wszędzie przyjęła, prawda?

Niestety, były też inne szkoły. Pojawiła się na przykład koncepcja degeneracji Benedykta Morela, który twierdził, że choroby nasilają się, przechodząc z pokolenia na pokolenie, i powodują degenerację rodzin i całego społeczeństwa.

„Zwyrodniały osobnik stacza się coraz niżej; nie tylko nie potrafi włączyć się w łańcuch postępu cywilizacyjnego, ale stykając się ze zdrową częścią populacji, staje się dla tego postępu największą przeszkodą”, pisał. (cytat za: Edward Shorter, *Historia psychiatrii...*, s. 111–112).

Teoria degeneracji mocno odcisnęła się na XIX-wiecznej mentalności. Choć psychiatrzy już kilka lat po jej skonstruowaniu kompletnie od niej odeszli, to wiadomo, że zmiana mentalności społecznej zajmuje zawsze więcej czasu. Wykształcona klasa średnia głęboko wierzyła, że trzeba zlikwidować to trujące źródło dziedziczności. A zatem zaczęto stosować przymusową sterylizację osób zaburzonych psychicznie w ramach programów społecznych. To była zresztą część szerszego programu eugeniki negatywnej, która miała na celu wyeliminowanie niepożądanych cech ze społeczeństwa, popularnej w pierwszej połowie XX wieku. Wyznaczone instytucje mogły zarządzić przymusową sterylizację zapobiegającą dalszej prokreacji wbrew woli tych osób, a nawet bez ich wiedzy, przy okazji innych zabiegów medycznych. Taka praktyka odbywała się w wielu „cywilizowanych” krajach: w Stanach Zjednoczonych – do lat 60. masowo, w Szwecji – do 1975 roku, także w Kanadzie i Japonii. Oprócz tego w Indiach, Chinach, Związku Radzieckim w ramach tak zwanej psychiatrii karnej i oczywiście w III Rzeszy. W tej ostatniej zresztą doszło do zagłady osób chorych psychicznie, stały się one jednymi z pierwszych celów eksterminacji, szacuje się, że w okresie III Rzeszy zabito ponad 200 tysięcy chorych na schizofrenię, padaczkę, otępienia, płąsawicę Huntingtona czy w stanach po zapaleniu mózgu. Przez wstrzykiwanie śmiertelnej dawki morfiny czy barbituranów zabijano też dzieci, które uznawano za „niegodne życia”. Pediatrzy i pielęgniarki środowiskowe mieli obowiązek zgłaszać upośledzone dzieci, które następnie wysyłano na „szczepienie”.

Rodzice wiedzieli, że ich dzieci zostaną zabite?

Nie. Rodzice byli potem informowani o powikłaniach po szczepieniu. Mózgi tych dzieci były pobierane do badań, wysyłano je do ośrodków neuropatologicznych i robiono z nich kolekcje. Szokujące i haniebne jest to, że jeszcze wiele lat po wojnie publikowano artykuły oparte na badaniach tych mózgów.

Gdy zaczęła się wojna, naziści rozstrzeliwali pacjentów szpitali i ośrodków psychiatrycznych. Ale szybko uznano, że szkoda na to pieniędzy i czasu, zaczęto zabijać ich więc gazami, w tym cyklonem B, stosowanym później również w obozach zagłady. Pacjenci psychiatryczni w Bawarii mieli też specjalną „dię”, czyli po prostu byli zagładzani na śmierć. W 1942 roku w Berlinie wydano dyrektywę do wszystkich szpitali psychiatrycznych nakazującą głodzenie pacjentów.

Mroczna karta historii psychiatrii.

To niestety nie jedyna z tych mrocznych kart. Inną jest psychiatria represyjna w Związku Radzieckim, która służyła niszczeniu przeciwników politycznych. Osoby „naruszające normy społeczne” kierowano przymusowo do szpitali psychiatrycznych. Wprawdzie psychiatria była wykorzystywana do celów politycznych nie tylko w Związku Radzieckim – również w innych krajach komunistycznych: w Rumunii, na Kubie, w Chinach; w Polsce na szczęście psychiatrzy do tego nie dopuścili – ale to właśnie w Związku Radzieckim od lat 50. do 80. była to masowa praktyka. Wcześniej, w czasach stalinowskich, władza w ogóle nie miała takich problemów, od razu zabijała przeciwników politycznych. Odwilż przyniosła poszukiwanie bardziej wyrafinowanych metod pozbywania się dysydentów i osób nieprawomyślnych. Takie uwięzienie w szpitalu psychiatrycznym, gdzie panowały straszne warunki, było

bezterminowe, pozwalało więc na bezkarne znęcanie się nad kimś przez lata. Zresztą etykieta chorego psychicznie dyskredytowała na całe życie i pociągała za sobą kolejne szykany. Rosyjscy psychiatrzy będący na usługach reżimu wymyślili w tym celu nową jednostkę chorobową: schizofrenię białą. Właściwie bezobjawową. Do tej pory sądy niechętnie rozpatrują sprawy o rehabilitację tych osób, a żaden z lekarzy biorących w tym udział nie przyznał się do winy, nie wyraził skruchy, nikogo nie pozbawiono prawa wykonywania zawodu.

Taką mroczną kartą historii jest też psychochirurgia, prawda?

Niestety. Obecnie wprowadza się różne techniki neurochirurgiczne do leczenia, zwłaszcza techniki głębokiej stymulacji mózgu w depresji lekoopornej, w skrajnie ciężkich zespołach natręctw, u pacjentów bardzo agresywnych, w chorobach neurologicznych typu choroba Parkinsona – one są bardzo skuteczne i mało inwazyjne. Natomiast pierwsze zabiegi, polegające na resekcji fragmentów kory mózgowej u pacjentów chorych na schizofrenię, były wykonane w latach 80. XIX wieku i bardzo silnie zmieniły zachowanie operowanych. Wynalazcą lobotomii u człowieka był portugalski psychiatra António Egas Moniz, który zresztą dostał za to w 1949 roku Nagrodę Nobla. Wysunął on hipotezę, że u osób chorych psychicznie w płacie czołowym występują nieprawidłowe połączenia neuronów, więc stan pacjentów poprawi się po ich resekcji. Wkrótce po tym pojawił się neurochirurg szarlatan Walter Freeman, który opracował nową metodę lobotomii przezoczodołowej. Pacjentów znieczulano elektrowstrząsami, a potem za pomocą młoteczka wbijano im szpikulec, podobny do szpikulca do lodu, do sklepienia oczodołu i dalej, szerokim łukiem, do płata czołowego. W latach 40. i 50. w Ameryce

był to jeden z najpopularniejszych zabiegów medycznych. Freeman wykonał około trzech i pół tysiąca takich operacji. Zabił w ten sposób około trzech procent poddanych operacji pacjentów, a pozostałych trwale okaleczył.

W jaki sposób?

Po lobotomii następowały zmiany osobowości, ale u części pacjentów pojawiała się także padaczka i inne powikłania, między innymi infekcje i krwotoki śródczaszkowe. Pierwotnej choroby pacjenta, na przykład schizofrenii, ten drastyczny zabieg nie likwidował. W ten sposób „leczono” zresztą nie tylko chorych psychicznie, ale też recydywistów, prostytutki, homoseksualistów. Córka jednego z pacjentów napisała do Freemana: „Nie znam lepszej metody zniszczenia rodziny niż pańska operacja. Od czasu pańskiego zabiegu mój ojciec zmienił się w nieodpowiedzialne dziecko. W jego przypadku operacja prawdopodobnie okazała się sukcesem, gdyż od tamtego czasu nie interesuje go ani przeszłość, ani przyszłość” (Jürgen Thorwald, *Kruchy dom duszy*, Kraków 1994, s. 257).

W latach 60. stwierdzono, że 67 procent pacjentów po zabiegu zmienia się w bezwolne warzywa, a kilka procent wkrótce umiera na wylew krwi do mózgu. Wprawdzie pozostała jedna trzecia nieszczęśników potrafiła funkcjonować w codziennym życiu, ale tacy pacjenci emocjonalnie i intelektualnie przypominali kilkuletnie dzieci. Freeman zaś stracił prawo wykonywania zawodu dopiero w 1967 roku.

Niesamowite, że mimo braku skuteczności lobotomii, o tragicznych skutkach nie mówiąc, te zabiegi były wykonywane przez tyle lat.

Tak, ale weź pod uwagę, że wtedy w ogóle nie było skutecznych metod leczenia chorób psychicznych. Dopiero leki

psychiatryczne – a te zaczęły pojawiać się powoli na przełomie lat 40. i 50. XX wieku, więc bardzo późno – zmieniły oblicze psychiatrii. Wcześniej choroby psychiczne były nieuleczalne; jedyne, co można było zrobić, to zapobiegać agresji i autoagresji u takich pacjentów. Gdy pojawiły się neuroleptyki (leki przeciwpsychotyczne), chorzy dostali wreszcie szansę, by zacząć normalnie funkcjonować, wychodzić ze szpitali. Pojawił się za to inny problem, tak zwanych drzwi obrotowych. Psychiatria środowiskowa właściwie nie istniała, nie wiadomo było więc, co z takimi pacjentami, którzy wyszli ze szpitala podleczeni, ale przecież nie do końca zdrowi, robić. Ci ludzie często byli odrzucani przez rodziny, przez społeczeństwo, zasilali rzesze bezdomnych. Nie kontynuowali leczenia, a więc szybko następowały nawroty choroby.

Stygmatyzacja jest problemem do dzisiaj. Chorzy psychicznie w mediach i w sztuce są przedstawiani w złym świetle. Gdy wydarzy się jakaś medialna tragedia, od razu wszyscy zastanawiają się, czy jej sprawca był chory psychicznie. Tak było wiosną 2019 roku w przypadku „zagięcia Dawidka”; chłopczyk został uprowadzony i prawdopodobnie zabity przez ojca. Nawet jeśli w głupich operach mydlanych pojawi się bohater chory na schizofrenię, to zaraz porwie komuś dziecko, kogoś zamorduje, kogoś będzie próbował zgwałcić. Tymczasem 99 procent morderstw popełniają osoby zdrowe psychicznie. Zresztą nie tylko osoby chore psychicznie są stygmatyzowane. Sama psychiatria również jest.

Co masz na myśli?

Niedofinansowanie. Decydenci dadzą na onkologię albo na kardiologię, bo zaraz sami będą mieć raka albo zawał. Ale kto będzie walczył o psychiatrię?

Mity narosły również wobec samych psychiatrów. Że psychiatra to prawie wariat. Albo że tym się różni od swojego

pacjenta, że wraca do domu na obiad. Są też mity z przeciwnego biegu: że psychiatra musi mieć jakieś szczególne moce. Ludzie nagminnie uważają też, że jak się rozmawia z psychiatrą w okolicznościach towarzyskich, to on widzi wszelkie tajniki duszy człowieka.

A tak nie jest?

Nie jest.

Przecież musicie widzieć trochę więcej. Na przykład teraz siedzimy tu przez dwie godziny, zjadłam już ze 20 ciasteczek. Nie myślisz sobie: o, zachowanie kompulsywne?

Nie. Raczej zazdroszczę, że jesteś zgrabna. Jak rozmawiasz prywatnie z dermatologiem, to nie sądzę, żeby wpastrywał się w twoje pryszcze i zastanawiał się, jakiego są rodzaju. W sytuacjach innych niż konsultacje pacjentów nie mam „włączonego” myślenia zawodowego. „Włączam” je wtedy, gdy któryś ze znajomych zaczyna zwracać mi się z problemów psychicznych i oczekuje pomocy. Ale to na jego wyraźną prośbę.

Dlaczego zostałam psychiatrą?

Pamiętam, że jeszcze w dzieciństwie fascynował mnie ten zawód. Psychiatrów postrzegałam jako magików ludzkich umysłów. W rzeczywistości nasza praca jest znacznie bardziej prozaiczna. Po prostu mamy wiedzę na temat chorób i ich objawów, więc staramy się to wszystko powiązać i jednocześnie zrozumieć tego konkretnego pacjenta w szerszym kontekście.

Są jednak sytuacje, które nas przerastają. Szczególnie, że bywamy przeciążeni, również obowiązkami administracyjnymi, ale przede wszystkim odpowiedzialnością za pacjentów. Boimy się popełnienia błędu i jego konsekwencji. Stale obcujemy z cierpieniem. Do tego pacjenci i rodziny

bywają roszczeniowi, agresywni. Trudna jest również praca z pacjentami w depresji, bo depresja w pewnym sensie jest zakaźna – jeśli masz pacjenta, który widzi wszystko w ciemnych barwach, to i ty zaczniesz myśleć w depresyjny sposób. A czasami trudno jest zachować równowagę między pracą a życiem, nie przynosić stresu do domu. Badania pokazują, że psychiatrzy mimo mniejszego niż w innych specjalizacjach przeciążenia – nie musimy stać osiem godzin dziennie nad stołem operacyjnym – częściej są wypaleni emocjonalnie. Szczególnie trudne są sytuacje, które dotyczą naszych osobistych lęków, na przykład lęku przed utratą dzieci. Nigdy nie zapomnę, jak zostałam poproszona, aby porozmawiać z małżeństwem, którego już dorosłe dzieci kilka dni wcześniej wjechały pod tira. Zginęły na miejscu. Jestem matką, więc do tej pory mnie ściska, jak o tym pomyślę. Szalę goryczy przelewa też bezradność, oporność pacjentów na leczenie. Bo choć zazwyczaj potrafimy pomóc pacjentom, to spotykamy się też z sytuacjami beznadziejnymi.

Co dla ciebie jest najtrudniejsze?

Samobójstwo pacjenta. Badania wskazują, że nawet 80 procent psychiatrów ma doświadczenia samobójczej śmierci swoich pacjentów, w tym połowa już w czasie kilku pierwszych lat pracy. A młodzi i mniej doświadczeni lekarze bardziej odczuwają tego skutki: częściej dręczą ich natrętne myśli o pacjencie, bezsenność, depresyjne myśli, częściej pojawia się lęk przed przyjmowaniem trudnych przypadków zagrożonych samobójstwem. Niby śmierć nie jest dla lekarza niczym szczególnym, ale łatwiej pogodzić się z nią, jeśli nastąpiła w wyniku choroby somatycznej, kiedy pacjent miał raka, zawał, „nic nie mogłem zrobić”. A jak pacjent popełnia samobójstwo, zawsze pojawia się w tobie jakieś poczucie winy. Zawsze. W kółko myślisz: a może

mogłam temu zapobiec, może nie zrobiłam wszystkiego? Masz irracjonalne poczucie, że ta śmierć była do uniknięcia, mimo że rozumowo wiesz, że taka jest medycyna, że to śmierć jak każda inna. Mam pacjentów, o których wiem, że prędzej czy później popełnią samobójstwo, niezależnie od tego, co bym robiła.

Pamiętam wszystkie samobójstwa swoich pacjentów.

Rzeczywiście pierwsze przeżyłaś najsilniej?

Przeżyłam bardzo. To był chłopak z depresją i zaburzeniami osobowości, który od dzieciństwa wielokrotnie podejmował próby samobójcze. Bardzo starałam się mu pomóc, regularnie umawiałam się z nim w ambulatorium na długie rozmowy, prowadziłam jego leczenie. Wiesz, ja nigdy nie chodzę na zwolnienia lekarskie. To był jeden z bardzo nielicznych wyjątków. Byłam w pierwszej ciąży, wywiązała się ostra infekcja. Nie było mnie w pracy dosłownie kilka dni. Odwołałam wszystkie konsultacje, w tym spotkanie z tym chłopakiem. I wtedy on popełnił samobójstwo. Poprosił matkę, żeby poszła do sklepu, bo ma ochotę na banany – widzisz, to było 25 lat temu, a ja wciąż pamiętam, o jaki owoc chodziło – i w tym czasie się powiesił.

Pamiętam też dramatyczne samobójstwo na oddziale. Nie ja prowadziłam tę pacjentkę, ale to były moje początki w zawodzie. Trafiła do nas lekarka z ciężką depresją. Gromadziła silne leki, zawijając je w papierki od cukierków. Jak już zgromadziła ich dostatecznie dużo, przez cały dzień je podjadała. Bo gdyby połknęła wszystkie naraz, miałyby płukanie żołądka, zaczęłyby wymiotować, ktoś by coś zauważył. A ona jadła je przez cały dzień, tabletkę po tabletkę. Inna dramatyczna historia z oddziału, która zdarzyła się już znacznie później: trafiła do nas dziewczyna z ciężką depresją w ciąży. Pacjentki w ciąży musimy leczyć tak, by

przy okazji nie zaszkodzić dziecku, chcieliśmy ją jakoś doprowadzić do porodu, a potem zmienić leczenie na silniejsze. W 36. tygodniu miała zabieg cesarski, na świat przyszła zdrowa dziewczynka. Potem od razu wróciła do nas, daliśmy jej już kompletne leki i przygotowaliśmy do zabiegów elektrowstrząsowych. Była na sali obserwacyjnej przy dyżurce pielęgniarek. Weszła pod łóżko i wsadziła sobie głowę w worek foliowy. Osierociła kilkudniowe dziecko. Takie rzeczy się pamięta.

Co się wtedy czuje oprócz wyrzutów sumienia?

Wstyd. Poczucie niekompetencji. Ale bywa też, że ulgę. Zdarzają się pacjenci, którzy ciągle mają próby samobójcze, myśli samobójcze, wręcz terroryzują i manipulują tymi myślami. Miałoby się ochotę nimi potrząsnąć. Kiedy takie osoby ostatecznie popełniają samobójstwo, pojawia się ulga. A ta ulga rodzi z kolei poczucie winy.

Jak sobie z tym radzić?

Przepracować poznawczo. Rozumowo. Tłumaczyć sobie, że mamy do czynienia z chorobami, stanami medycznymi – depresja to nie jest zwykły smutek czy chandra, to ciężka choroba – i że często są one śmiertelne. Poza tym z czasem wpada się w rutynę. Mówi się, że rutyna jest zła. Guzik prawda. Rutyna jest potrzebna, rutyna rozumiana jako merytoryczne, a nie emocjonalne podejście do pacjenta. Gdy zaczynałam pracę, potrafiłam siedzieć z pacjentem, trzymać go za rękę i płakać razem z nim. To było głupie i nieprofesjonalne. Pacjent tego nie potrzebuje. Potrzebuje z naszej strony konkretnego leczenia, nie użalania się nad nim. Jak idziesz do chirurga z zapaleniem wyrostka, to oczekujesz od niego, że ci go zoperuje, a nie będzie cię głąskał po brzuchu i mówił: ojej, jak boli, jak współczuję. Oczywiście, staram się być ciepła, empatyczna, uśmiechnąć

się do pacjenta, okazać mu życzliwość, a jak potrzebuje, żeby go przytulić; mam pacjentki, które tego potrzebują. Ale przede wszystkim powinniśmy używać swojej wiedzy i doświadczenia, a nie emocji.

W utrzymaniu równowagi na pewno pomagają kontakty z innymi lekarzami. Rozmowa z bardziej doświadczonymi od siebie, z autorytetami, ale też przekazywanie swojej wiedzy młodszym kolegom, którzy dopiero zaczynają swoją drogę zawodową. To zapobiega wypaleniu. Nie jest też dobre podejście „wszystko muszę zrobić sama”, to poczucie, że jak nie będzie się mieć nad czymś pełnej kontroli, inni coś zepsują. Niestety, lekarze są bardzo obciążeni depresją. Szacuje się, że depresja dotyczy 15 procent lekarzy wszystkich specjalizacji, występuje również większe niż w populacji ogólnej ryzyko samobójstw. I większe ryzyko uzależnień, głównie od alkoholu. Mówi się nawet żartobliwie: alkoholik to ten, który pije więcej niż jego lekarz.

Za drugim razem wybrałabyś inną specjalizację?

Absolutnie nie. Pomimo wszystkich niedogodności i zagrożeń w psychiatrii jest coś, czego próżno szukać w medycynie somatycznej: to, że patrzy się nie tylko na objawy, ale i na kontekst. A więc na człowieka z jego marzeniami, fascynacjami, z jego ułomnościami i jego pięknem. Podoba mi się to, że psychiatra często towarzyszy swoim pacjentom przez bardzo długi czas; mam pacjentów, których znam ponad 20 lat. Niektórzy pojawiają się po wielu latach z jakimś nawrotem, ale jednocześnie opowiadają, że przez te wszystkie lata czuli się znakomicie, normalnie funkcjonowali, pracowali, odnosili sukcesy, prowadzili rodzinne życie. Towarzyszy im się.

Psychiatria uczy też pokory. I pokazuje, jak cienka granica jest między dobrem a złem w człowieku.