

Monika Słodka

W sferze *praxis* – relacja z panelu dyskusyjnego „Przeciwstawianie się melancholii w praktyce lekarskiej, psychologicznej, duszpasterskiej”

Ostatnia część konferencji upamiętniającej 40. rocznicę śmierci prof. Antoniego Kępińskiego „Przeciw melancholii - perspektywy nauki i wiary”, która odbyła się 15 czerwca 2012 roku, przeznaczona była na dyskusję nad możliwościami przezwyciężania depresji z perspektywy psychiatrycznej, psychologicznej oraz religijnej. Zastanawiano się, co oznacza towarzyszenie smutkowi, co jest leczeniem chorego, a co przeciwstawianiem się melancholii. Panel poprowadziła mgr Anna Turczyńska, psycholog kliniczny i psychoterapeuta, przewodnicząca zarządu Oddziału Krakowskiego PTP. Ponieważ w rozmowie wziął udział multiprofesjonalny zespół, była ona również okazją do wymiany doświadczeń pomagania osobom dotkniętym smutkiem z różnych perspektyw. Wśród zaproszonych gości byli psychiatrzy – dr n. med. Krzysztof Walczewski, dr n. med. Łukasz Cichocki, psycholodzy – mgr Małgorzata Baster, mgr Anna Bogatyńska-Kucharska oraz księża – ks. dr Paweł Pielka i o. dr Andrzej Zajac.

Na początku debaty dr Krzysztof Walczewski podkreślił olbrzymią wagę podejmowanego tematu. Jak wynika bowiem z bieżących badań nad rozpowszechnieniem zaburzeń psychicznych, w ciągu życia dotyczą one mniej więcej jednej czwartej z nas. Badania europejskie donoszą, że zachorowalność roczna wynosi 38,2% mieszkańców kontynentu, wliczając także ADHD u dzieci oraz demencje u osób starszych. Jednocześnie niewiele osób jest świadomych skali obecnego problemu. Paradoksalnie, jest też pozytywny efekt sytuacji – będąc pacjentem, trudno jest czuć się stygmatyzowanym w społeczeństwie, w którym choroby psychiczne dotyczą tak licznej grupy ludzi. Wracając do tematu konferencji, objawy z grupy tzw. *subthreshold depression*, czyli niespełniające kryteriów diagnostycznych depresji, takie jak objawy resztkowe po żałobie lub depresji czy objawy zwiastunowe zaburzeń psychicznych (m. in. bezsenność, lęk, uczucie przygnębienia, osłabienie) dotyczą około 0,5 miliona osób w samej Małopolsce. Co ważne, ludzie ci nie mają realnego prawa do leczenia, ponieważ leki na te zaburzenia nie są zarejestrowane, podobnie jak psychoterapia. Zatem stan faktyczny na dzień dzisiejszy niewątpliwie kłóci się z humanistycznymi ideami głoszonymi przez prof. Kępińskiego. Dlatego tak ważne jest szerzenie tzw. kultury antydepresyjnej. Tak jak w latach 90-tych popularne były różne formy poprawy nastroju, takie przyjmowanie Prozacu lub wykonywanie ćwiczeń fizycznych, obecnie można by zaangażować się w działania zapobiegające depresji w obszarze szerszym niż toczona debata.

Mgr Anna Bogatyńska-Kucharska, kontynuując odwołanie do myśli prof. Kępińskiego, przyznała, że jego dzieła jako jedne z nielicznych pozwalają przygotować się do autentycznego, empatycznego kontaktu z osobami cierpiącymi z powodu smutku. Jest to niezwykle cenne zwłaszcza dla młodych profesjonalistów rozpoczynających karierę zawodową. Stan melancholii jest bowiem bardzo powszechny, w jakimś momencie życia dotyka każdego z nas. Książki Antoniego Kępińskiego przekazują nie tylko teoretyczne informacje, ale dają też możliwość odczucia cierpienia jeszcze przed spotkaniem z pacjentem. Dzięki ich lekturze mamy również okazję w pewnym stopniu dowiedzieć się, jakim człowiekiem był profesor, postawienia się w relacji uczeń-mistrz i czerpania z ogromnego doświadczenia prof. Kępińskiego, jak również przekonać, jakie wartości w pracy terapeutycznej i praktyce lekarskiej były dla niego najważniejsze. Tak jak pisał profesor, towarzyszenie smutkowi jest wyjątkowo trudnym przeżyciem, także na oddziale psychiatrycznym, na którym melancholii jest tak wiele.

Praca „Melancholia” prof. Kępińskiego ma dla niektórych profesjonalistów także osobiste znaczenie. Dr Łukasz Cichocki jest urodzony w tym samym roku, w którym została wydana – 1974. Piśmiennictwo profesora przyczyniło się również do wyboru jego drogi zawodowej w trakcie studiów medycznych. Wpływ myśli Kępińskiego obecny jest obecnie podczas pracy, również za sprawą osób, które pracowały z profesorem i dzieliły się swoimi wspomnieniami oraz doświadczeniem z młodszym pokoleniem psychiatrów. Do takich lekarzy należała niewątpliwie prof. Maria Orwid. Dla dr Cichockiego najważniejszym elementem, który wniósł Kępiński do jego praktyki zawodowej, jest wzór relacji terapeuta-pacjent. Chociaż jest to model bardzo ambitny, być może zniechęcający do naśladowania z obawy przed koniecznością podjęcia dużego wysiłku, to jednak warto się do niego odwoływać i starać się w jakimś stopniu realizować go w praktyce.

Mgr Małgorzata Baster także opowiadała o tym, jakie znaczenie podczas studiów miały dla niej pisma profesora. Stały się one drogowskazem pracy terapeuty. Szczególne znaczenie ma dla niej pozycja „Poznanie chorego”, która kładzie nacisk na fakt, że każdy człowiek jest niepowtarzalny, zatem należy traktować go indywidualnie i nigdy nie tracić w niego wiary. W związku z tym, w trakcie procesu diagnostyczno-terapeutycznego, warto pamiętać, że podczas każdego spotkania z pacjentem należy podchodzić do niego bez uprzedzeń, a z życzliwą ciekawością, świeżością umysłu i szczerym zainteresowaniem. Nie można zakładać z góry, że wie się już wszystko o pacjencie, a próbować dostrzec to, czego nie widać na powierzchni. Pojawia się także refleksja, czy przeciwdziałanie melancholii jest konieczne. Kierując się myślą prof. Kępińskiego trzeba stwierdzić, że na pewno należy to robić, gdy cierpiąca osoba pozbawiona jest w swoim życiu nadziei i celów. Zadaniem terapeuty jest zatem taka praca z pacjentem, aby obudziły się w nim siły życiowe i

dopuszczył psychologa lub lekarza do przestrzeni swoich pragnień, które w depresji są zazwyczaj niedostrzegalne. W takim widzeniu depresji nie jest ona zjawiskiem wstydlivym, a rodzajem życiowego wyzwania oraz okazją do wzbogacenia wiedzy o sobie, smakowania życia w drobiazgach oraz, w ostateczności, szansą na całościową zmianę. Być może warto pracować nie tyle przeciw melancholii, co starać się ją oswajać.

Na smutek można spojrzeć również z perspektywy religijnej. O. Andrzej Zając odwołał się do prac profesora Kępińskiego podkreślając, że aby towarzyszyć komuś w smutku, trzeba go najpierw dostrzec, prawdziwie „zobaczyć” i mieć dla niego czas. W trakcie pełnienia służby kapłańskiej często ma się okazję do spotkań z ludźmi, które powinny być okazją do przypatrzenia się drugiemu człowiekowi z uwagą oraz zastanowieniem, jaki jest i dlaczego przychodzi. Towarzystwo smutkowi kojarzy się ponadto z innym wymiarem, jakim jest poczucie osamotnienia. Prof. Kępiński rozumiał go częściowo jako alienację, jednak niezwykle ważne jest rozróżnienie tych dwóch stanów. Jak mówił o. Zając, samotność wpisana jest w egzystencję człowieka. Zwłaszcza najgłębsze przeżycia i krytyczne momenty, takie jak śmierć, są niemożliwe do dzielenia nawet z najbliższymi osobami. Nie zmienia to faktu, że towarzyszenie człowiekowi w takich chwilach jest wykonalne, jednak nie jest ono współprzeżywaniem. Okazuje się, że melancholia ma często swoje źródło w trudno przeżywanej samotności. Podobnie jak mgr Baster, zaproszeni księża także zwrócili uwagę na rozwojowy charakter melancholii. O. Zając wspominał, że bł. Jan Duns Szkot mówił o najgłębszej samotności, która jest konieczna, aby człowiek miał okazję w pełni doświadczyć siebie oraz Boga. Wracając do tematu debaty, jakim jest sfera praxis, warto zwrócić uwagę na granice kompetencji poszczególnych profesji – lekarza, psychologa i księdza. Księża szczególnie często nie tyle leczą w takim rozumieniu jak medycy, a właśnie towarzyszą ludziom i są blisko ich cierpienia. Ks. Paweł Pielka przyznał, że już sama refleksja nad melancholią jest ważna i ma oddziaływanie terapeutyczne, pozwalając być sobą. Nie do końca jest przeciwny melancholii – perspektywa religijna przyjmuje pozytywne założenie, że głębokie doświadczenia duchowe przychodzą właśnie do człowieka pogrążonego w smutku. Biorąc to pod uwagę, lęk przed chorobą psychiczną czy samą wizytą u psychiatry lub psychologa oznacza uniżenie, które człowiek powinien, a nawet musi przyjąć, aby spotkać w pełni Boga. Również z perspektywy duchownego może okazać się, że traumatyczne doświadczenie, jakim jest depresja, to szansa dla człowieka, fundament nadziei i okazja do rozwoju.

Nie lekceważąc rozwojowego wymiaru melancholii oraz nakazu towarzyszenia cierpieniu, dr Cichocki zwrócił uwagę, że w kontakcie z człowiekiem w depresji najważniejsza jest taka pomoc, która pozwoli pacjentowi przestać doświadczać smutek. Na skuteczność procesu zdrowienia

najbardziej wpływa to, na ile osoba chorująca będzie w niego zaangażowana, natomiast rolą lekarza jest pokazanie drogi, podsuniecie narzędzi i umożliwienie tego zaangażowania. Kluczowe jest, aby pacjent wyszedł z pozycji bezradności i braku nadziei w stronę własnego sprawstwa i możliwości. Dr Cichocki nie neguje przy tym głosów pojawiających się w dyskusji, że kryzys psychiczny można potraktować jako szansę. Jest on bowiem informacją o tym, że dotychczasowe sposoby radzenia sobie czy pomysł na życie były zawodne oraz okazją, aby człowiek wypracował nowy projekt na siebie. Dlatego w procesie leczenia warto myśleć nie tyle o powrocie pacjenta do funkcjonowania sprzed choroby, które okazało się w końcu nieskuteczne, a raczej o budowaniu nowej jakości życia. Myślenie takie jest też bliskie ideom prof. Antoniego Kępińskiego.

Mgr Bogatyńska-Kucharska przyznała, że główną rolą psychologa jest pomoc w wyjściu z depresji. Jedną z form wspomagających ten proces podczas pobytu na oddziale psychiatrycznym jest grupa psychoedukacyjna dla pacjentów depresyjnych. Stwarza ona wiele możliwości, między innymi wspólnego namysłu nad metodami radzenia sobie z obniżonym nastrojem. Jej podstawowym zadaniem jest wzbudzenie nadziei na wyzdrowienie. Dzieje się to również poprzez fakt, że pacjenci wzajemnie obserwują siebie na różnych etapach pobytu w szpitalu – osoby będące na początku swojej drogi w leczeniu widzą tych w lepszym stanie, co daje im większą nadzieję niż samo przekonywanie przez profesjonalistów. Pacjent dostrzega, że doświadczenie depresji jest powszechne, nie dotyczy tylko jego. Innym ważnym czynnikiem pomagającym w zdrowieniu oraz dodającym pacjentom siły i nadziei jest głęboka wiara specjalistów w to, że z depresją można sobie poradzić. Dlatego tak ważne jest docenianie małych postępów w leczeniu. Uczestnictwo w grupie oswaja też współpracę z personelem, na przykład ułatwia kontakt z psychologiem. Pacjent może najpierw pobyć z nim bez mówienia we wspólnej przestrzeni, aby potem mieć szansę się przed nim otworzyć. Dostyc często jest tak, że osoba nie zainteresowana takim kontaktem, po spotkaniu w grupie psychoedukacyjnej, jest gotowa go nawiązać. Praca psychologa na oddziale jest wstępnym etapem pomocy pacjentom w depresji, ponieważ większość osób wypisywanych z oddziału ostrego wymaga dalszej pomocy profesjonalistów.

Mgr Baster opowiadała o perspektywie pracy indywidualnej w pacjentami depresyjnymi. Podkreśliła, że nie można rozdzielać czy stawiać w opozycji towarzyszenia osobie pogrążonej w smutku oraz farmakoterapii. Wielu pacjentów boi się jednak farmakoterapii z powodu poczucia zagrożenia własnej niezależności, mimo że bywa ona bardzo potrzebna i pomocna na pewnych etapach leczenia. Czasem rolą terapeuty jest zatem współpraca z psychiatrą w celu budowania zaufania pacjenta do lekarza, aby przekonać chorego go do zażywania leków. Pacjent, który ma poczucie wyalienowania ze swojego najbliższego otoczenia, aby odzyskał nadzieję na wyzdrowienie,

nie może w depresji pozostać sam. Towarzystwo jest ważne jednak na tyle, na ile pacjent pozwoli psychologowi wejść w swój świat. Wtedy można próbować pokazywać mu różne perspektywy leczenia. Rozsypanie się dotychczasowego świata pacjenta jest, posługując się terminem Kazimierza Dąbrowskiego, szansą na dezintegrację pozytywną. Mgr Baster, podobnie jak jej przedmówcy, traktuje depresję jako możliwość rozwoju. Aby go ułatwić, trzeba przez chwilę побыć z pacjentem w momencie, kiedy przeżywa on swój dotychczasowy świat pogrążony w zgliszczach, a następnie uruchamiać nadzieję i oczekujące pragnienia cierpiącego człowieka. Mgr Baster nawiązała również do wypowiedzi zaproszonych do debaty księży. Przyznała, że w jej pracy poziom duchowy pojawia się bardzo często i nie można go oddzielać od poziomu psychologicznego.

Ks. dr Paweł Pielka, odwołując się do wypowiedzi swoich poprzedników, wyjaśnił, że potrzebą duchownych w kontakcie z odwiedzającymi ich wiernymi jest nie tyle psychologizowanie i zagarnianie ich uwagi dla siebie, co konsultowanie ich z profesjonalistami zajmującymi się zdrowiem psychicznym. Podkreślił, że osoby duchowne nie posiadają czasami wystarczających kompetencji do udzielenia pomocy. Zwykle jednak skontaktowanie się z wykwalifikowanymi osobami nie jest proste. Zwrócił też uwagę, że wynieść w pełni pożytek z lektury dzieł prof. Kępińskiego mogą osoby, które posiadają już odpowiednie wykształcenie. Laikom sprawiają one pewną trudność. Wyjaśnił także, że duchownym przynależy odmienna metoda niż psychiatrom, nazywana w teologii zasadą prymatu łaski, czyli podstawowości Bożego działania. Gdy przychodzi cierpiący człowiek, kapłan stara się dzięki środkom natury duchowej, a nie psychologicznej, usunąć duchowe przeszkody, aby umożliwić dostęp łaski, ponieważ to, co trudne w człowieku, często właśnie dopływ tej łaski blokuje. Łaska ma zdolność do przemienienia człowieka, również tego pogrążonego w depresji.

O. dr Andrzej Zając, aby wytłumaczyć, na czym polega praca kapłana z osobami przeżywającymi smutek, przywołał pewien obraz ewangeliczny – przypowieść o miłosiernym Samarytaninie. Pomagający najpierw powinien zaopatrzyć rany człowieka cierpiącego, czyli zrobić to, co w danym momencie wybija się na pierwszy plan. Tak samo kapłani starają się robić to, co jest do zrobienia w chwili spotkania i w tym sensie podobni są do lekarzy. Kolejnym zadaniem jest powierzenie tego człowieka trosce Boga, w której dzieje się to, o czym mówił ks. Pielka.

W debacie brała aktywny udział zgromadzona publiczność. Podzielono się kilkoma refleksjami. Jedną z nich było to, jak obecnie mało czasu mają niektórzy psychiatry i psychologowie na pracę z pacjentami, często przypada im 10-15 minut na jedną osobę. Jak pisał prof. Kępiński, zauważenie pacjenta wymaga czasu. Co więcej, nie zawsze należy przeciwstawiać się melancholii, na przykład w sytuacji przeżywania utraty. Z doświadczeniami tego rodzaju często mają do

czynienia interwencji kryzysowi. Na przykład pacjenci kardiologiczni często znajdują się w swoim stanie zdrowia właśnie dlatego, że w sytuacji utraty zostali poddani farmakoterapii. Za szybko wrócili do siebie dzięki oddziaływaniu chemicznemu, a później przez długi czas przeżywali niedokończoną żałobę, która zaszkodziła ich somatycznemu stanowi zdrowia. Kolejną myślą było to, jak wielu pacjentów depresyjnych to obecnie młodzi ludzie. Tak jak kiedyś mówiło się o neurotycznej osobowości naszych czasów, tak teraz można śmiało mówić o melancholijnej osobowości młodego pokolenia naszych czasów.

Kolejny głos zabrany z widowni dotyczył tego, że warto rozróżnić melancholię i depresję. Nie ma potrzeby, aby przeciwstawiać się tej pierwszej, tej drugiej natomiast należy. Nie jest bowiem możliwe, aby życie przeżyć zupełnie bez smutku, który jest naturalną częścią funkcjonowania. Druga refleksja dotyczyła tego, czy można łączyć rolę terapeuty i chrześcijanina. Można powiedzieć, że to najlepsze, co się mogło przytrafić pacjentowi. Jedną z najistotniejszych rzeczy w obszarze fantazji pacjenta na temat terapeuty jest to, czy jest on wierzący czy niewierzący.

Kolejna osoba zauważyła kilka zagrożeń, które mogą być obecne w pracy psychiatry i psychologa, a na które zwrócił uwagę prof. Kępiński. Pierwszą jest to, że lecząc człowieka z depresji, trzeba wiedzieć, po co i do czego się go leczy. Gdy celem jest zdrowie psychiczne lub norma, należy najpierw podjąć trudu zdefiniowania, czym one są. Nie ma tutaj jednych, pewnych definicji. Ten cel różnie bywa też spostrzegany w zależności od perspektywy – psychiatrycznej, psychologicznej czy duchowej. W psychiatrii istnieje ryzyko, że za cel postawi się znieczulenie człowieka za pomocą małych zadowoleń, zaprojektuje jego pojmowanie szczęścia. W niektórych sytuacjach, na przykład żałobie, warto dać czas na naturalne „wycierpienie się”. Rozwiązaniem może być tutaj szczęście widziane oczyma perspektywy duchowej jako to „wyższego gatunku”, odnoszące człowieka do kategorii transcendentálnych. Innym zagrożeniem jest etykietowanie pacjentów ze strony osób zajmujących się zdrowiem psychicznym i opieranie swojego zdania o pacjencie na podstawie wycinkowych, absurdalnych notatek. Warto także zastanowić się, na ile możliwe jest towarzyszenie smutkowi, który dotyka człowieka indywidualnie, w jego samotności. Osobom przysłuchującym się debacie nie brakowało także żartobliwej dociekliwości. Kolejną osobą, która zabrała głos z widowni, był dr Mirosław Harciarek. Zapytał on, czy Chrystus uzdrawiał z depresji.

Dr Cichocki, w odniesieniu do tych głosów, przyznał, że rola psychiatry nie powinna polegać na likwidacji cierpienia, ponieważ jest ono nieodłączną częścią życia. Jak pisał prof. Kępiński, ale też Viktor Frankl, nie można uciec od cierpienia. Ważne jest natomiast to, jak się je przyjmie. Frankl mówił o tym, żebyśmy okazali się godnymi naszego cierpienia. Lekarz powinien zmniejszać to

cierpienie, które jest możliwe do minimalizacji, aby nie przerosło człowieka lub nie prowadziło do destrukcji. Konieczny jest także namysł w każdym indywidualnym przypadku, czemu służyć ma leczenie. Według dr Cichockiego, robocza definicja zdrowia psychicznego jest taka, że jest to możliwość zmiany i rozwoju. W wielu przypadkach osoba w cierpieniu styka się z barierami przeszkadzającymi w dostrzeżeniu perspektywy zmiany. Proces leczenia w dużej mierze polega na przywracaniu tego horyzontu rozwoju.

Dr Krzysztof Walczewski zgodził się ze wspomnianymi ograniczeniami obecnego systemu leczenia. Nie chodzi tylko o niewystarczający brak czasu i dostępności specjalistów dla pacjenta, ale też o to, że osoby, które nie mają jeszcze postawionej konkretnej diagnozy, nie mogą liczyć na wystarczającą pomoc psychiatryczną czy psychologiczną. Od około 5-6 lat istnieje narzędzie, które może umożliwić tym osobom leczenie – porada profilaktyczna, w ramach której ma szansę rozwijać się kultura antydepresyjna. Konieczne jest wdrażanie programów profilaktycznych przeciw depresji, tak jak ma to miejsce obecnie w Krakowie.

Ks. dr Paweł Pielka, w odpowiedzi na problem etykietowania zauważył, że notatki psychiatrów faktycznie czasami bywają absurdalne, jednak błędy w zawodzie dotyczącą każdego, także księży. Zapiski często mają jednak swoją wartość i są źródłem ważnych informacji o pacjencie. Odwołał się również do łączenia roli terapeuty i katolika. Bycie osobą wierzącą daje terapeutę możliwość akceptacji różnych stanów doświadczanych przez pacjentów i dzięki temu większą nadzieję na zmianę. Ks. Pielka, starając ustosunkować się do pytania dr Harciarka stwierdził, że Chrystus leczył wszystkie choroby, depresję także.

W podsumowaniu debaty każdy z uczestników miał okazję zabrać głos. Mgr Anna Bogatyńska-Kucharska wyraziła zadowolenie z powodu wzrastającej świadomości na temat depresji i konieczności jej leczenia. Warto jednak zastanowić się, czy obecnie mamy do czynienia ze wzrostem liczby zachorowań czy zgłoszeń do specjalistów po pomoc. Cieszy również mniejszy wstyd przed odwiedzeniem psychiatry czy psychologa. Ludzie mają też świadomość, że istnieją różne rodzaje smutku – niektóre trzeba po prostu przeżyć, w poradzeniu sobie z innymi potrzebne jest wsparcie z zewnątrz – psychiatry, psychologa, księdza. Wybór specjalisty nie pozostaje bez znaczenia dla pacjenta. Dlatego ważne jest, aby przedstawiciele tych zawodów znali granice swoich kompetencji i byli w stanie, jeśli wymaga tego sytuacja, odesłać zgłaszającą się osobę do innego profesjonalisty. Z komentarzem mgr Bogatyńskiej-Kucharskiej nie zgodził się dr Krzysztof Walczewski, który uważa, że świadomość depresji jest nadal bardzo niska. Również oferta profilaktyczna, która jest obecnie kluczową potrzebą, pozostaje niewystarczająco rozwinięta. Ks. dr Paweł Pielka zaznaczył, że w odniesieniu do wymiaru transcendentalnego melancholia traci na

swoim wymiarze i przestaje być czymś, co należy zwalczać. Konieczne jest natomiast leczenie jej przez specjalistów, z nieuleganiem pokusie przekraczania granic zawodowych. O. dr Andrzej Zając zaznaczył, że człowiek jest jednością psychofizyczną, o czym dzisiejszy świat nierzadko zapomina. Zdrowie jest harmonią. Równie często jak zaniedbanie ducha, występuje też zaniedbanie wymiaru cielesnego, o czym pisał prof. Kępiński. Dr Cichocki zabrał głos à propos granic, jakie powinna wyznaczyć sobie psychiatria. Zbyt często ma ona tendencję do psychopatologizowania różnych przejawów życia psychicznego. Stwarza to ryzyko, że każda osoba doświadczająca smutku czy żałoby jest potencjalnym pacjentem. Warto pamiętać o prawie do przeżywania naturalnej melancholii. Dlatego potrzebna jest współpraca psychiatrów z innymi specjalistami, aby nie starali się za wszelką cenę leczyć osób, które mogą uzyskać pomoc w innych miejscach.