

✖ Ewa Biernacka, 2017-10-02 14:07

Psychiatria na zakręcie



Fot. Thinkstock/Getty Images

W Polsce człowiek w poważnym kryzysie psychicznym najczęściej trafia do odległego szpitala i tam zaczyna typową „karierę” pacjenta psychiatrycznego. Tradycyjny szpital psychiatryczny, nawet najbardziej nowoczesny, to rodzaj zesłania.

Nie milknie spór o to, czym są zaburzenia psychiczne i jak je najtrafniej opisać. Inaczej niż w przypadku większości chorób w innych działach medycyny, zaburzenia opisywane w podręcznikach psychiatrii nie spełniają w pełni kryteriów jednostek nozologicznych. W ich złożonej patogenezie trudno oddzielić wpływ czynników wewnątrz- od zewnątrzpochodnych, wskazać udział osobowości i środowiska. Nie mają dostatecznie jednolitego obrazu klinicznego, przewidywalnego przebiegu i rokowania ani jednoznacznego postępowania leczniczego.

Objawy psychopatologiczne to różne – poznawcze, uczuciowo-motywacyjne i wykonawcze – dysfunkcje życia psychicznego, które opisane i nazwane służą jako budulec rozpoznań klinicznych, a także szerszych konstruktów psychologicznych: świadomości, inteligencji czy osobowości. Wysły one z różnych szkół psychopatologii i z różnych tradycji klinicznych, odzwierciedlających czasem dość odmienne poglądy na granice między normą a patologią, na związki między psychicznością a cielesnością. Współczesne klasyfikacje zaburzeń psychicznych próbują te napięcia łagodzić i harmonizować, ale nadal funkcjonują równocześnie dwa wpływowe systemy diagnostyczne: międzynarodowy (ICD) i amerykański (DSM).

Co kilkanaście lat wchodzi do psychiatrii nowe klasyfikacje zaburzeń psychicznych, o których duchu i literze decyduje zmieniające się pojmowanie roli zdrowia psychicznego i udziału jego zaburzeń w ludzkim życiu. Kiedyś wyodrębniano kilkadziesiąt zaburzeń, ich obecna lista obejmuje kilkaset pozycji. Wprowadzeniu DSM-5, najnowszego wydania klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (2013) towarzyszyła w Ameryce i na świecie bardzo krytyczna dyskusja klinicystów, ekspertów i całego środowiska medycznego na temat uzurpującej postawy psychiatrii w kwestii klasyfikowania ludzkich doświadczeń oraz potrzeby używania wobec nich interwencji medycznych.

Niedawno (2016) opublikowano próbną wersję ICD-11, nowego wydania klasyfikacji WHO, która w części dotyczącej zaburzeń psychicznych harmonizuje pewne rozwiązania z propozycjami amerykańskimi, w innych pozostaje jednak wierna swojej tradycji. Te spory i procesy nadają pojęciom psychiatrii pewien dramatyzm i nie pozwalają na traktowanie ich jako wyczerpujących i dokończonych. – W proklamowanej nie tak dawno dekadzie mózgu dokonał się wielki postęp w badaniu biologicznego tła zaburzeń psychicznych, które bez wątplenia istnieje – człowiek jest bowiem istotą biologiczną. Ale też procesy biologiczne nie zachodzą w oderwaniu od życia psychicznego, od funkcjonowania umysłu i od sposobu doświadczania otaczającej rzeczywistości społecznej. To najczęściej z ich złożonych interakcji wyrastają kryzysy zdrowia psychicznego – tłumaczy prof. Jacek Wciórka.

Nauka dociera do istotnej wiedzy na temat zaburzeń psychicznych, klasyfikuje je i opisuje, ale też ciągle szuka uchwytnych wskaźników, by je obiektywizować. Wiele wiadomo na temat funkcjonowania mózgu i układu nerwowego, ale wynikało z tego dotąd względnie niewiele prostych odpowiedzi. Poznano np. mechanizm regulacji procesów nerwowych przez neuroprzekaźniki, pozostał problem, co powoduje jego dysfunkcjonalność. Czy zaburzenie biologicznego mechanizmu wynika z dysfunkcji

neurorozwojowej powstałej w trakcie życia, czy jest raczej skutkiem upośledzającego deficytu różnych dyspozycji wrodzonych i nabytych.

Potoczne doświadczenie uczy, że konstytucja biologiczna współczesnego człowieka często bywa przeciążona napływem stymulujących bodźców – informacji, wydarzeń, zachęt, konfrontacji. Jedni życie z ekranu biorą za rzeczywistość, inni zamykają się w pułapce egotyzmu, wg reklamowej zasady: Ja + coś tam = sukces. „Ja” więc w nich olbrzymieje, a „ty”, „my”, lub „oni” oddalają się. Człowiek przestaje łaknąć kontaktu z innym człowiekiem, jest przekonany i przekonywany, że może sam zaspokoić wszystkie swoje potrzeby i sam ze sobą będzie się miał najlepiej. Gdy złudzenie pryska, zostaje pustka i bywa, że pojawiają się dramatyczne kłopoty ze zdrowiem psychicznym.

W konstytucji człowieka pogranicze cielesności i psychiczności, nierozzerwalnie splecionych, wzajemnie od siebie zależnych procesów życiowych regulowanych przez układ nerwowy – to obszar szczególny. W kategoriach informatycznych nazwalibyśmy go obszarem danych wrażliwych. Współczesna nauka odkrywa, że dyspozycje psychiczne odgrywają nierzadko nie mniejszą rolę niż dyspozycje cielesne. Zachowując nadzieję, podejmując wyzwania, mobilizując się, budując koherentną postawę wobec stresu, człowiek potrafi zwalczyć niemało cierpienia, przeciwności, ograniczeń i napięć.

Potrąfimy dziś podpowiedzieć choremu, jak zmieniać sposób przeżywania kryzysu z nacechowanego bezradnością i rezygnacją na taki, w którym możliwa będzie reorientacja, a potem stopniowe odzyskiwanie poczucia sprawczości, tożsamości i sensowności swego życia, mimo kryzysu, albo i wbrew niemu. Dowodzą tego świadectwa i aktywność pacjentów przemawiających publicznie w swoich sprawach swoim głosem, w roli ekspertów zdrowienia – ekspertów przez doświadczenie.

Liczne odkrycia i badania podstawowe w psychiatrii udostępniły instrumentarium farmakologiczne o różnych mechanizmach działania – leki blokujące albo stymulujące receptory, modyfikujące aktywność szlaków neuronalnych etc. W tych mechanizmach odkrywane są coraz subtelniejsze tony. Jednak od przypuszczenia, który ton trzeba poruszyć – do uzyskania efektu, do znalezienia substancji, która wybiórczo go wywołuje, droga jest daleka i nader kosztowna. Przemysł farmaceutyczny przestał w te poszukiwania inwestować tak intensywnie, jak w poprzednich dekadach. Od kilkunastu lat nie ma istotnie nowych cząsteczek, są tylko nowe postacie leków, np. leki o przedłużonym działaniu. Właściwie wybrane i dawkowane leki psychotropowe są niezwykle pomocne w leczeniu wielu różnych zaburzeń psychicznych, ale niestety nie zawsze w dostatecznym stopniu, dostatecznie szybko i z dostateczną trwałością. Mają też znany margines działań niepożądanych. Farmakoterapia nie rozwiązała wszystkich problemów. Potrzeba także innych narzędzi i metod.

Coraz większemu wyrafinowaniu (ale i rozczłonkowaniu) ulega oferta psychoterapeutyczna. Wśród wielu doktryn trudno wybrać tę najlepszą dla danego pacjenta. Szuka się sposobu ich realnej lub eklektycznej integracji, albo pluralistycznego dobierania metody do przypadku.

W depresji pomocna bywa fototerapia. W nasilonej depresji i w uporczywych zespołach natręctw niektórym pacjentom proponowane są dziś metody neuromodulacji polegające na stymulacji nerwu błędnego, przeczaskowej stymulacji magnetycznej lub głębokiej stymulacji mózgu (przez precyzyjnie wszczepiony stymulator). Nastąpił powrót terapii elektrowstrząsowej (przepływ prądu powoduje rodzaj resetu mózgu), stosowanej obecnie z wysokim stopniem bezpieczeństwa, w asyście anestezjologa, przynoszącej szybkie i nierzadko spektakularne efekty.

Potrzebne są skuteczniejsze sposoby docierania z pomocą. Sensownego działania w sytuacjach problemów zdrowotnych jeszcze nieutrwalonych – wyprzedzania kryzysów, interwencji podejmowanych bez zwłoki, natychmiast, a nie dopiero wówczas, gdy człowiek jest pod ścianą, albo już o nią się rozbił.

By zmienić system pomagania, trzeba przekonać do zmian społeczeństwo – ów kontekst wielu ludzkich kłopotów. By przestano widzieć w chorych kandydatów do odstawienia na boczny tor, na

marginie życia. A zaczęto widzieć ludzi cierpiących, potrzebujących pomocy. W Polsce człowiek w poważnym kryzysie psychicznym najczęściej trafia do odległego szpitala i tam zaczyna typową „karierę” pacjenta psychiatrycznego. Tradycyjny szpital psychiatryczny, nawet najbardziej nowoczesny, to rodzaj zesłania. Zbyt często zapakowanie pacjenta do „psychiatryka” wszystkim przynosi ulgę i poczucie rozwiązania problemu. A on właśnie wtedy powstaje. Pacjent boleśnie doświadcza realiów dużej instytucji, spada też na niego ciężar tzw. autostygmatyzacji. To, co wiedział o „wariatach”, musi teraz odnieść do siebie. By tak nie musiało się dziać, niezbędne jest jak najszersze zastąpienie konieczności hospitalizacji innymi formami leczenia – w poradni, w ośrodku dziennym, leczeniu domowym, wraz z niezbędnymi formami wsparcia społecznego. Podstawowa pomoc powinna być zindywidualizowana, a nie szablonowa, dostępna blisko i od razu, a nie po wielu miesiącach oczekiwania. Reformę systemu opieki psychiatrycznej zaczęto na świecie 40-50 lat temu, u nas z opóźnieniem staramy się wypracować bardziej przyjazny, środowiskowy system pomocy.

Świat się zmienia, a psychiatria musi się liczyć z aktualnym kontekstem społecznym, działać pod ciśnieniem nowych zadań i czynników ryzyka. Przedmiotem żywej dyskusji – publikacji naukowych i popularnych, spotkań w gremiach eksperckich, konferencji fachowych – jest temat ideowego i tożsamościowego kryzysu psychiatrii, jej jakoby nieprzystawania do nowych wyzwań społecznych, ludzkich, międzyludzkich, politycznych, oddziałujących na ludzkie życie. Rodziny zmieniają funkcje, płęć się zagubiła, postawy spolaryzowały, poglądy zradykalizowały i zaległy w okopach konfrontacji: liberalizm vs fundamentalizm, praktyka profesjonalna vs praktyka niekonwencjonalna, medycyna oparta na dowodach vs oparta na wartościach. A w tym wszystkim żyje cierpiący człowiek, często zostawiony samemu sobie, z pustką wokół, bez pomocy i współczucia, zbędny i porzucony.

Ważnym zadaniem psychiatrii jest obecnie budowanie tożsamości jako działu medycyny klinicznej. Dokonuje się przewartościowanie systemu organizacyjnego i sposobu funkcjonowania psychiatrii. Oddziały psychiatryczne w szpitalach wielospecjalistycznych przełamują dystans lekarzy innych specjalności wobec niej. Nie bez trudności, ale postępuje wszczepianie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego do instytucjonalnej praktyki ochrony zdrowia i do świadomości społecznej. Na świecie nabiera rozpędu dyskusja na temat humanistycznych korzeni myśli i praktyki psychiatrycznej. Psychiatria jest częścią medycyny i ma swoją część biologiczną, ale również psychologiczną i społeczno-kulturową. Nasuwa też fundamentalne pytania filozoficzne. Ta dyskusja dotarła do Polski w ramach ruchu otwartych seminariów filozoficzno-psychiatrycznych, seminariów akademickich, konferencji naukowych i popularnych. Psychiatria powoli wychodzi z cienia, odczarowuje swój publiczny wizerunek, zdejmując z niego pozór tajemniczości i klimat potępienia. W tym widzę prawdziwy potencjał dalszego rozwoju tej fascynującej dziedziny – konkluduje prof. Jacek Wciórka.

Tekst oparty na rozmowie z prof. Jackiem Wciórką, kierownikiem I Kliniki Psychiatrycznej w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Źródło: Służba Zdrowia