

CO GRYZIE PROFESORA WCIÓRKĘ?

fot. Włodzimierz Wąsyluk

Jeden z zacnych kolegów psychiatrów, przywiązany do pacjentów i aktywnie zabiegający o dobrą przyszłość polskiej psychiatrii, zwierzył mi się, że co jakiś czas budzi się przerażony z koszmarnego snu. Spotyka w nim pacjenta lub pacjentkę sygnalizujących mu nagłą potrzebę pomocy. Bywa to człowiek zropaczony, zagubiony lub przerażony, pogrążony w milczeniu lub krzyku, rezygnacji lub buncie, uciekający lub natarczywy, zawsze bardzo cierpiący. To, co w tym śnie dla śniącego najgorsze, to poczucie całkowitej bezradności, zupełnie daremne rozglądanie się w poszukiwaniu pomocnego narzędzia, właściwego słowa, jakiegoś klucza do sytuacji i – niestety – obezwładniające poczucie niemożności. Nie ma jednak żadnej podpowiedzi, żadnej wskazówki, żadnej procedury, żadnego standardu, żadnego schematu, kwestionariusza ani instrukcji. Żadnej tabletki i żadnej iniekcji. Na szczęście, gdy uczucie koszmaru przekracza granicę wytrzymałości i pojawia się myśl o rezygnacji z zawodu, następuje przebudzenie. Zdaje się, że podobne odczucia nie są obce psychiatrom i na jawie. Intensywność i złożoność doświadczeń ujawnianych nam i czasem powierzanych przez pacjentów nie jest łatwa do oswojenia. Wymyślono wiele różnych form postępowania, które mają to ułatwić. Niestety żadna z nich, jak dotąd, nie osiąga rangi panaceum. To, co gryzie, to rosnąca obawa, że z biegiem lat i upowszechniania się w psychiatrii tzw. nowoczesnych tendencji, instrumentarium psychiatrii upraszcza się i jałowiej, że nadzieja pozyskania jakiegoś prostego, technicznego rozwiązania pokierowała naszą uwagę na manowce, co przypomina beznadziejne, średniowieczne poszukiwania kamienia filozoficznego.

Do jakich mocnych punktów odwołuje się nowoczesna psychiatria? Ryzykując pewne uproszczenia, można powiedzieć, że jej współczesną dumę i chwałę podpierają co najmniej trzy filary: nowoczesna diagnostyka (zoperacjonalizowane kryteria nozograficzne, począwszy od DSM-III), nowoczesna farmakoterapia (kolejne generacje leków psychotropowych, liczne oparte na nich standardy i wskazówki) oraz niewątpliwy postęp neurobiologii, jak i wtórna moda opatrywania kolejnych dziedzin klinicznych przedrostkiem „neuro”. Ale jeśli jest tak dobrze, to dlaczego na łamach czasopism psychiatrycznych toczy się spór o rdzeń kompetencji psychiatry, pojawia się lament o psychiatrach jako zagrożonym gatunku, narastają wątpliwości co do przyszłości psychofarmakoterapii?

Dlaczego nie łagodnieje fala publicznej krytyki i stygmatyzacji psychiatrów i psychiatrii?

Może dlatego, że odwrót od psychopatologii w stronę zoperacjonalizowanej nozografii (DSM) nie spełnił wszystkich oczekiwań, a niektóre zawiodł; może dlatego, że badania naukowe niekoniecznie rozwiązują realne problemy kliniczne, a kolejne generacje leków nie przynoszą dostatecznie przewidywalnych sukcesów? Że argumenty wynikające z empirycznych badań (EBM, *evidence-based medicine*) w praktyce nie zawsze ważą więcej niż wynikające z empirycznych doświadczeń (VBM, *value-based medicine*)? Że znalezienie większości właściwych dróg i narzędzi jest jeszcze przed nami? Może zamiast wypatrywać kolejnych przełomów i przewrotów wiedzy psychiatrycznej, przedwcześnie nazywanych rewolucjami, lepiej byłoby przyrzeć się temu, kto jest najbliższy i kto, zrezygnowany, zbuntowany lub zdezorientowany, oczekuje naszej pomocy? Może naszym zadaniem jest raczej konkretna pomoc w rozwiązywaniu indywidualnego kryzysu psychicznego, niż przymierzanie doń przemądrzałych schematów – uśrednionego szablonu nozograficznego, uśrednionych rekomendacji terapeutycznych czy uśrednionych, i często realnie ślepych, wyników badań. Pomoc, która mogłaby, stosownie do potrzeb, korzystać z wielu dróg i narzędzi – uważnego słuchania, baczego patrzenia, rozsądnego wnioskowania, wyważonego słowa, sensownego przykładu, pomocnych interwencji, zróżnicowanego wsparcia instytucjonalnego – bez technologicznej buty i ideologicznego zacietrzewienia? I ze świadomością, że poczucie omnipotencji jest tyleż zobowiązujące, co złudne.

Gdy stając twarzą w twarz z cierpiącym człowiekiem czujemy ogarniające nas poczucie bezradności, rozglądamy się za przydatnymi narzędziami, sięgamy do tego, czego nauczyli nas starsi koledzy, czego dowiedzieliśmy się lub co sami odkryliśmy w trakcie specjalizacji. Jeśli były to doświadczenia skąpe lub jednostronne, ryzykujemy poczucie frustrującej niemożności. Trwające obecnie prace nad nowymi zasadami szkolenia specjalizacyjnego zmierzają do uproszczenia jego programu. Jeśli pójdzie ono zbyt daleko i pozbawi szkolących się sensownej rozpiętości i zróżnicowania doświadczeń klinicznych, to wspomniany czarny sen psychiatrii może się upowszechnić.

Prof. dr hab. med. Jacek Wciórka