

## MEA SUMMA PSYCHIATRIAE

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży

Katedra Psychiatrii UJ CM

Kierownik kliniki: dr med. Maciej Pilecki

Kierownik katedry: prof. med. dr hab. Józef Krzysztof Gierowski

*Autor artykułu dzieli się osobistą refleksją nad zmianami w psychiatrii po ponad pół wieku zajmowania się tą dziedziną: od strony klinicznej, naukowej i organizacyjnej. Brak jednoznacznej odpowiedzi i konieczność jej stalego poszukiwania charakteryzujące krakowskie środowisko z czasów Kępińskiego i innych jego nauczycieli było istotnym czynnikiem wyznaczającym rozwój zawodowy oraz sposób uprawiania psychiatrii przez autora.*

**Summary:** A rationale of this essay was an attempt to summarise my personal almost half-a-century experience in training, clinical work, teaching and research in psychiatry. I tried to emphasise my obligations to my teachers, people who had introduced me into the essentials of sciences and knowledge psychiatry takes from to build understanding of mental health disorders and to develop methods of prevention, treatment and rehabilitation for people diagnosed as sufferer from mental health disorders.

Using my own experience I tried to demonstrate meanders of psychiatric nosography and classifications. And, once more turn attention to senseless radical division between „psychological” and „biological” in psychiatry.

Niemal przez pół wieku zajmuję się psychiatrią. Przewidywana zmiana w sposobie, w jaki to czynię, właśnie się dokonała<sup>1</sup>, a proces tej zmiany skłania mnie do refleksji, którą postanowiłem podzielić się z koleżankami i kolegami — dawniej powiedziałbym psychiatrami, teraz trzeba użyć umownego terminu: profesjonalistami zajmującymi się (jak ja) zdrowiem psychicznym.

Półwiecze, o którym myślę, dość wyraźnie dzieli rozpoczęty w 1989 roku proces transformacji ustrojowej, który obejmuje także psychiatrię. Transformacja psychiatrii wyraża się kolejnymi zmianami zasad organizacji opieki nad zdrowiem psychicznym, zapoczątkowanymi przyjęciem ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w 1994 r. [1], i ostatnio — jeszcze nieostatecznego — Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego [2]. Zmieniano program kształcenia przeddyplomowego w psychiatrii, a znaczące zmiany systemu kształcenia specjalistycznego nie są jeszcze zakończone. Mimo wysiłków profesjonalistów nie uzgodnili stanowiska w sprawie psychoterapii, co powoduje, że nadal ich status zawodowy nie jest prawnie uregulowany. Wejście w struktury Unii Europejskiej znacząco ożywiło relacje ze środowiskami profesjonalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym nie tylko w Europie. To wszystko działo się przez ponad 20 ostatnich lat.

<sup>1</sup> Wykład im. Antoniego Kępińskiego wygłoszony na posiedzeniu naukowym Katedry Psychiatrii UJ CM w dniu 21 czerwca 2012, w ostatnim roku przed przejściem Pana Profesora Jacka Bomby na emeryturę.

Poprzednie ćwierćwiecze także nie było okresem spokoju. W społeczeństwie państwa realnego socjalizmu występowały gwałtowne przełomy. Odwilż końca lat pięćdziesiątych pod koniec sześćdziesiątych ustąpiła miejsca postępującej ciasnocie myślenia i ohydnej fali antysyjonizmu, której towarzyszyły czystki na uczelniach po rewolcie studenckiej. Były próby ustanowienia socjalizmu z ludzką twarzą. Był rozdęty PR, wtedy nazywany propagandą końca lat siedemdziesiątych. W końcu przewrót 80. roku, stan wojenny, nowa demokracja liberalna, no i to wszystko, w czym jesteśmy wspólnie teraz, co — za Baumannem [3] — ujmę jako upadek merytokracji.

Zmieniali się ludzie: ubywało nauczycieli, koleżanek i kolegów, pojawiali się nowi. Zmieniali się pacjenci, może najbardziej dlatego, że zmieniało się nasze — psychiatrów — spojrzenie na nich.

Jakie były możliwości uformowania się psychiatry w tym czasie i w tych zmieniających się okolicznościach? Spróbuję odpowiedzieć na to pytanie odwołując się do pamięci, to znaczy tego, jak sam pamiętam własne doświadczenia.

### Nauczyciele

Jako student słuchałem w krakowskiej Akademii Medycznej wykładów Karola Spetta, wybitnego psychiatry sądowego, erudyty, znawcy psychopatologii opisowej. Pracowałem w Studenckim Kole Naukowym pod opieką Marii Orwid, uczyłem się psychiatrii w grupie studenckiej od Aleksandry Gierdziewiczowej — która zbudowała krakowską gerontopsychiatrię, a pierwsze kroki stawiałem na legendarnym oddziale B pod okiem Antoniego Kępińskiego i Janiny Ryszki-Zajacowej (pielęgniarki). Uczyłem się psychologii klinicznej od Marii Susułowskiej i od Elżbiety Leśniakowej, społeczności leczniczej od Kępińskiego, psychoterapii grupowej młodzieży od Marii Orwid, a psychiatrii dziecięcej od Wandy Póltawskiej, ale także od Eugenii Kwiatkowskiej i Zdzisława Pajora, psychoanalizy od Boguchwała Winida, podejścia humanistycznego w kalifornijskim wydaniu od Jerzego Mellibrudy. Jako moich nauczycieli psychoterapii traktuję też Stefana Ledera i Czesława Czabałę, zespół psychoanalityków z Raszowa i Stanisława Kratochvila, analityków grupowych z Instytutu Foulkesa w Hampstaed.

Miałem dużo szczęścia, mogąc tych wszystkich ludzi spotkać, słuchać i uczyć się od nich. Nie dość na tym, szczęścia miałem więcej. W latach 70. w Hampstaed Clinic mogłem spotkać Annę Freud, a nieco później także Johna Bowlby'ego podczas kongresu International Association for Child and Adolescent Psychiatrists and Allied Professions. Uczestniczyłem w seminariach Izaaka Marksa, wykładach Jima Birleya i wielu, wielu innych znanych profesjonalistów. Mogłem korzystać z grupowej superwizji Kępińskiego i poznawać Jaspersa w trakcie seminarium prowadzonym przez Aleksandra Teutscha. Los był dla mnie łaskawy.

Tego, czego się nauczyłem, nauczyłem się bardziej w krakowskiej klinice, niż gdziekolwiek w świecie, gdzie także szukałem odpowiedzi na pytania, jak być psychiatrą, jak myśleć, żeby być dobrym psychiatrą, jak postępować, żeby nie szkodzić ludziom, którym łatwo zaszkodzić.

Dostępność literatury w czasach mojej młodości była dość specyficzna. W bibliotece klinicznej były stare podręczniki, jak np. Hendersona i Gillespiego [4], i z lat 50., takie jak Gilarowskiego [5] czy Suchariewej [6], oraz osiągnięcie polskiej psychiatrii powojennej — podręcznik Tadeusza Bilikiewicza [7].

Chyba gorzej niż współcześni młodzi psychiatrzy znaleźmy obce języki. Jednak w tych czasach, za żelazną kurtyną, swoisty wybór książek pozwalał, a nawet skłaniał do budowania postawy ostrożności wobec jednoznacznych i ostatecznych wyjaśnień istoty zdrowia i choroby psychicznej. Być może to trudność przedzierania się przez każdy obcojęzyczny tekst, chociaż raczej atmosfera zespołu kliniki i swoboda dyskusji, konieczność uzasadniania zdania — podtrzymywały świadomość, że różne podejścia prowadzą do różnych rozwiązań, a wszystkie są uprawnione, jeśli można udowodnić zasadność założeń wyjściowych.

Codziennie posiedzenia kliniczne poświęcone były analizie „przypadków”, a każdy był interpretowany w zróżnicowanych ujęciach, jakie prezentowali członkowie zespołu. Dość szybko nauczyliśmy się tak przedstawiać pacjentów, żeby wywołać dyskusję, jakiej chcieliśmy posłuchać. Najważniejsze było jednak to, że szefowie: Spett i Kępiński — oraz inne znaczące osoby — stymulowali debatę i byli w niej zaangażowani.

Jeśli idzie o moje potrzeby, to brak jednoznacznej odpowiedzi i konieczność stałego poszukiwania odpowiadały mojemu sceptycyzmowi poznawczemu.

Teraz, po latach, wydaje mi się, że jest to cenna cecha stosunku do gromadzenia wiedzy i przydatna w poszukiwaniach badawczych. Jeśli każda wiedza naukowa jest ułomnym, niepełnym obrazem rzeczywistości, to moja niepewność podmiotu, niepewność jest tylko jedną z wielu niepewności. Środowisko krakowskie, to, w którym rozpoczynałem pracę, znakomicie sprzyjało tej poznawczej nieufności.

Lektura Kępińskiego, jak każdy kontakt z udostępnioną, zwartą, uporządkowaną wiedzą, jest inna w odbiorze niż jego wypowiedzi na żywo, złożone z myśli właśnie rozważanej, układającej się, albo z myśli już uładzonej, ale skierowanej do określonego słuchacza. To może oczywistość, ale wobec tego, że niemal cała myśl twórców kultury, także psychiatrii, dostępna jest bądź w tekstach zapisanych i zachowanych często we fragmentach, albo nawet jedynie zapisanych przez uczniów, nawet uczniów uczniów, nie mamy innego wyjścia, jak odwoływać się tylko do tego, co zapisane i to traktować jako najpoważniejsze źródło wiedzy.

Dobrze jednak pamiętać, że lektura dzieł mistrza tak się ma do bezpośredniego z nim kontaktu jak zapis w historii choroby do życia psychicznego człowieka, którego ten medyczny dokument lekarski tyczy. W tamtym czasie zresztą oczekiwano, że tak będzie, że zapis będzie mozolnie dążył do takiego przybliżenia.

Wydaje mi się — wracając do głównego wątku — że oczywista dla mnie naturalność dwoistości wyrażającej się w dążeniu do opisu problemów chorego w terminologii przyjętej przez psychiatrię kliniczną, z jednej strony, i równoczesnej świadomości, że poczynione w ten sposób ustalenia są tymczasowe, może nietrafne i mogą ulegać zmianie w miarę poznawania chorego [8] — jest znacznie trudniejsza do zrozumienia z lektury niż w bezpośredniej relacji z mistrzami. Wiem też, że jest to wiedza bardzo trudna do przekazania, zwłaszcza wobec siły procesu popychającego psychiatrię w kierunku wyznaczanym przez rozwój nauk przyrodniczych.

Przez większą część życia zawodowego zajmowałem się okresem dorastania i przywykłem postrzegać osiąganie dorosłości jako proces indywiduacji, który wymaga osiągnięcia niezależności uczuć i myślenia (prócz innych wymiarów samodzielności). Kryzysowa koncepcja dorastania, jaką przyjąłem od moich nauczycieli — profesora Kępińskiego

i profesor Orwid wymaga bolesnego i trudnego — w rozumieniu zwłaszcza tego pierwszego — zakwestionowania autorytetu rodziców (lub innych postaci rodzicielskich) po to, aby samemu zbudować światopogląd (obraz świata). Podobnie opisuje własną metodę poznawania Kartezjusz podkreślając, że wymaga ona (w jego przypadku na początku trzeciej dekady życia) zawieszenia prawdziwości wszystkiego, czego do tej pory młody człowiek się nauczył. Otóż wydaje mi się, że nigdy nie przeszedłem tak rozumianej adolescencji. Być może pozostałem zależny od myśli nauczycieli. Przypuszczam jednak, że od czasów Kartezjusza [9] obszar wiedzy stał się tak rozległy, że nie sposób sprawdzić prawd przekazanych. Można oczywiście zrezygnować z własnych poszukiwań.

Lekarz, także psychiatra, uprawiający naukę stosowaną może nie wchodząc w konflikt z normami etyki zawodu poprzestać na uzupełnianiu wiedzy i opierać swoje działanie na prawdach przyjętych od uznanych autorytetów. Jest to rozwiązane powszechnie stosowane obecnie nawet w naukach przyrodniczych i ścisłych. Ale, jeśli matematyk zawiera mądrości swoich mistrzów — i nie oblicza na nowo tablic logarytmicznych — postępuje jednak inaczej niż psychiatra, który opiera swoje działanie na przyjętych przez obdarzonych autorytetem poprzedników kryteriach diagnostycznych.

### Jakiej psychiatrii się nauczyłem

Trudno kwestionować związki psychiatrii z medycyną. Pozostaje ona częścią medycyny i nauk medycznych co najmniej od końca XVIII wieku. Trudno też kwestionować związki medycyny, a więc i psychiatrii, z biologią. Ale — trudno też odrzucać powiązania i medycyny, i psychiatrii z innymi niż biologia naukami podstawowymi. Nie idzie już tylko o nieadekwatność przyrodniczego podejścia do „poznawania chorego” [8]. Niepokojącym problemem jest coraz wyraźniejsza dominacja redukcjonistycznego podejścia do biologii, które ma coraz większy wpływ na psychiatrię.

Jest wiele przyczyn takiego obrotu spraw. Można do nich zaliczyć, chociaż jest ich pewnie więcej:

- Przewagę podejścia opartego na psychologii głębi w drugiej połowie 20. wieku, zwłaszcza w USA, i odrzucenie przez psychiatrów amerykańskich paradygmatów opartych na psychoanalizie; skutki tej zmiany wpływają na psychiatrię także w Polsce, chociaż wśród polskich psychiatrów paradygmat psychodynamiczny nigdy nie był dominujący. W Polsce narzucono w latach czterdziestych jako jedyną oficjalną doktrynę redukcjonistyczny pawłowizm; redukcjonistyczny w tym sensie, iż dopuszczalne było jedynie uwzględnianie wpływu środowiska, co musiało wywołać podobne konsekwencje w myśleniu psychiatrów.
- Opracowanie w drugiej połowie dwudziestego wieku nowoczesnych metod leczenia farmakologicznego; odkrycie leków psychotropowych uruchomiło poszukiwania mechanizmów ich efektywności, a w konsekwencji przecenianie biochemii przekazywania neuronalnego.
- Uparte podążanie przez psychiatrów szlakami wytyczonymi przez medycynę somatyczną.
- Nie bez znaczenia jest także waga, jaką przywiązuje się do naukowości. Dominujący paradygmat nauki wyprowadzony z empirii w naukach przyrodniczych w niepokoj-

jący sposób staje się jedynie słusznym. Biologia jest — podobnie jak wszystkie inne — nauką złożoną. Jest — przynajmniej z perspektywy medycyny — podstawową nauką przyrodniczą. Ale jest to przecież nauka zajmująca się życiem (bios). I, podobnie jak medycyna, unieruchamiając przedmiot badania, usuwa z niego życie. Lorenz pisał w publikacji „*Tak zwane zło*” [10], że biolog naukowiec znajduje radość w możliwości policzenia. Rozumiem to tak, że radością naukowca jest perspektywa opracowania matematycznego modelu zjawisk, które bada. Nasz świat umieścił naukę wysoko, tak, że argument dowodu naukowego oddala wszelkie wątpliwości. Właściwie jedyne kryterium prawdy (naukowej) to potwierdzenie dowodu przez innego, niezależnego badacza. Określenie prawdy jako naukowej oznacza, że jest w sposób naukowy, a więc niewątpliwy, prawdziwa. Tak, jakby w nauce nie było miejsca na wątpliwości. Co więcej, tak wysoka pozycja empirycznej weryfikacji hipotez oddala — ze szkodą dla nauki — ograniczenia poczynione przy wyborze założeń formowanej hipotezy.

Wróćmy jednak do biologii. To, co dla psychiatrów najbardziej interesujące, to biologia mózgu. Tu zaś mamy do czynienia z konstatacjami zaskakująco otwartymi:

- Liczba substancji, które mają właściwości mediatorów w układzie nerwowym zdaje się nieskończona, a ich funkcje dalekie od sprecyzowania.
- Aktywność mózgu odpowiadająca uczuciom jawi się jako znacznie prostsza niż bogactwo opisanych stanów emocjonalnych [11].
- Wyniki badania zaburzeń równowagi w obwodach uważanych za odpowiedzialne za stany uczuciowe nie dają się — przynajmniej na razie — dopasować do zidentyfikowanych klinicznie i uporządkowanych w klasy zaburzeń psychicznych.
- Nadal nie rozwiązano problemu neuronalnej natury świadomości (samoświadomości), chociaż są wyniki badań wskazujących raczej na trafność hipotezy sieciowej niż ośrodkowej.

Takie są konstatacje biologów, którzy pamiętają o koniecznej dla eksperymentu redukcji przy tworzeniu modelu zanim podda się go weryfikacji w doświadczeniu.

Z trudnych do zrozumienia powodów psychiatrzy chętniej korzystają z tych prawd nauk biologicznych, które ogłaszane są bez emfaticznego ujawniania redukcji wejściowych.

Być może żarliwie poszukują „twardych faktów”. Ale przecież nie toniemy i może warto przyjrzeć się, czy to, czego się chwytny, to nie jest brzytwa.

Postęp w biologii, zwłaszcza biologii molekularnej, włączając genetykę molekularną, daje podstawy do — niestety niepodjętych — prób zastanowienia się nad trafnością rozwiązań psychiatrii nomotetycznej, a w szczególności nad zasadnością postrzegania zaburzeń psychicznych jako chorób będących oddzielnymi jednostkami nozologicznymi.

Wyniki badań prowadzonych na poziomie molekularnym pokazują dobitnie, że to, co opisane zostało jako choroby (obecnie posługujemy się mniej jednoznacznym terminem — zaburzenia) nie jest jednorodne.

Rozumiem przez to stwierdzenie, że chociaż taksonomiczna klasyfikacja zaburzeń, dokonana na podstawie dziewiętnastowiecznych kryteriów: przyczyna — początek — obraz objawowy — zejście ma ciągle zastosowanie praktyczne i ułatwia trudną pracę diagnostyczną, to przecież do tej pory opierała się na hipotetycznych przyczynach chorób psychicznych. Badania genetyczne (molekularne), ale także czynnościowe badania mózgu pokazują, że

zjawiska psychiczne nie są jednorodne, mimo podobnego fenotypu. I to niezależnie od tego, w którym miejscu postawiona zostanie umowna granica między normą a patologią. Nie udaje się bowiem — jak dotychczas — ustalić jednoznacznych związków ani między rodzajem zaburzenia, ani zespołem psychopatologicznym, ani nawet objawem z jednej strony a określoną dysfunkcją neuroprzebiegową czy rodzajem czynności określonych układów mózgowych, bądź określoną kombinacją genów — z drugiej.

Im dalej, tym bardziej wiem, że nie wiem.

### **Depresja młodzieńcza**

Co najmniej od połowy lat siedemdziesiątych zajmowałem się depresją u młodzieży głównie w tym celu, aby zweryfikować koncepcję kryzysową (przełomu) depresji młodzieńczej Kępińskiego [12]. Według niego proces dorastania i jego natura powodują pojawianie się przeżyć i zachowań, które mogą przesłaniać poważne zaburzenia psychiczne w tej fazie życia. Jak to rozumieć, że wątpiąc w poznawczą (w rozumieniu naukowym) wartość kategorii nozologicznych — zajmowałem się problemem depresji? Zwłaszcza że działo się to dokładnie w czasie, w którym psychiatrzy europejscy, np. Nissen [13], i amerykańscy, np. Poznansky i Zrull [14], Cytryn i McKnew [15], Kovacs i Beck [16], Puigh-Antich [17], intensywnie poszukiwali możliwości rozpoznania depresji w jak najmłodszym wieku. Na ten dylemat zwracał mi uwagę Andrzej Piotrowski, kiedy recenzował moją pracę habilitacyjną.

W pierwszych analizach, opartych o badanie młodzieży korzystającej z leczenia stacjonarnego, utrzymywałem przyjęte jako założenie podejście anozologiczne. Jednak w fazie kolejnej weryfikacji, kiedy badaniami obejmowaliśmy dzieci i młodzież w populacji nieleczonej, stawało się to coraz trudniejsze. Co prawda stale używaliśmy określenia „depresyjność” lub „depresyjny przebieg dorastania” dla podkreślenia, że nie mówimy o zaburzeniu psychicznym, a o kondycji dzieci i adolescentów. Byliśmy jednak rozumiani inaczej. Przesiewowa diagnoza depresji była traktowana jako diagnoza zaburzenia afektywnego, zwłaszcza wówczas, gdy wskaźniki jawiły się czytelnikom i recenzentom jako zawyżone. Sami zresztą poddaliśmy się presji płynącej ze świata i podążyliśmy śladem Becka i Kovacs stawiając tezę, że depresja diagnozowana za pomocą Krakowskiego Inwentarza Depresyjnego jest, być może, dziecięcą formą dystymii [18].

Późniejsze ujęcie wpisało depresję młodzieńczą do pojemnej kategorii „zaburzeń zachowania i emocji pojawiających się swoiście w okresie dzieciństwa i adolescencji” [19]. Konsekwencja w utrzymywaniu podejścia kwestionującego zasadność nozologii psychiatrycznej okazała się niewystarczająca.

Wyniki ostatnich badań, już po 2000 r., oraz ich analizy skłaniają do porzucenia wciśnięcia depresji młodzieńczej w klasy systemów diagnostycznych na rzecz powrotu do ujęcia anozologicznego [20].

### **Powstawanie kondycji traktowanych jako zaburzenia psychiczne i ich leczenie**

Co najmniej od początku lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku, od Światowego Kongresu Psychiatrów WPA w Mexico City [21], psychiatria utrzymuje, że zaburzenia psychiczne mają genzę wieloczynnikową i doskonali modele rozumienia patogenezy wieloczynnikowej. Przykładem niech będzie ilustracja przedstawiająca próbę syntezy, czy



może raczej kompilacji, roboczych modeli, wykonana z myślą o uproszczeniach koniecznych do uzasadnienia zintegrowanego leczenia tych zaburzeń.

Jeśli przedstawiony tu model genezy i rozwoju kondycji traktowanych jako zaburzenia psychiczne przyjąć za zasadny, to trzeba też za zasadne uznać włączenie w kompleksowe oddziaływania terapeutyczne tych wszystkich metod, które są skierowane na obszary biorące w tej genezie udział.

Efektywność leczenia farmakologicznego jest obecnie wyjaśniana jego bezpośrednim wpływem na aktywność mózgu (układu nerwowego, ośrodków lub systemów-obwodów mózgowych). Jest to możliwe dzięki stymulacji lub blokowaniu synaptycznych połączeń neuronalnych. W praktyce klinicznej przy wyborze odpowiedniego środka chemicznego rzadko korzysta się z wiedzy o biochemii czynności mózgu. Odwołujemy się raczej do wiedzy zgromadzonej w badaniach klinicznych oceniających związki między ilością i czasem podawania substancji a poziomem objawów psychopatologicznych, rzadziej — do danych o związkach między podawaniem substancji a odległymi wynikami leczenia. Dzieje się tak po części dlatego, że nowe substancje wprowadzane są w stosunkowo krótkich odstępach czasu i promowane jako lepsze od poprzednich, po części zaś — że o ich wyborze decyduje indywidualne doświadczenie klinicysty, cenne, chociaż niespełniające wymogów współczesnej nauki empirycznej.

Zgromadzono już wiele dowodów na to, że psychoterapia indywidualna oddziałuje na mózg w sposób porównywalny z działaniem substancji chemicznych [por. 22]. Najwcześniejsze wyniki dotyczyły oceny poziomu serotoniny po zakończonej CBT u osób depresyjnych.

Ciekawsze są wyniki badań nad wpływem uczuć na trwałość synaps. Nieswoisty czynnik leczący psychoterapii — bezpieczna relacja terapeutyczna dezorganizuje, jak się uważa, rekonsolidację pamięci, a w następstwie powoduje ustępowanie istotnego objawu zaburzeń po stresie urazowym — hipermnezji napadowej — niezależnego od woli nawrotu wspomnień wraz z towarzyszącymi doświadczeniu traumatycznemu emocjami.

Doświadczenia na zwierzętach wykazały skuteczność postępowania odtwarzającego psychoterapię w modelu, w którym redukcję lęku osiągnano chemicznie domózgowym podawaniem betablokera. Udowadnia się także znaczenie innych substancji dla tego procesu [np. 23].

Psychoterapia — podobnie jak wiele metod wypracowanych jako metody lecznicze — jest bardzo rozbudowana i odwołuje się do bardzo różnych założeń teoretycznych. Dość wskazać na różnice między terapią psychoanalityczną a behawioralną czy psychoterapią indywidualną a terapią środowiskową.

Mojego własnego doświadczenia — kształcenia się i praktyki — nie wyniosłem z jednej szkoły psychoterapii. Zbieranie różnych podejść nie jawi mi się jako coś nagannego. W końcu psychoterapia nie jest nauką w ścisłym przyrodniczym znaczeniu. Nie oznacza to, że można być w psychoterapii chaotycznym eklektykiem. Można za to wybierać już istniejące rozwiązania do zbudowania podejścia własnego.

Wydaje mi się, że najważniejszymi elementami uwzględnianymi we własnej pracy powinny być osiągnięcia antropologii, które — przynajmniej dotąd — pozostają niepodważalne — a więc to, że:

- Każda czynność psychiczna odbywa się w mózgu
- Rozwój mózgu jest procesem stałym, ale niejednostajnym. Decydujące o organizacji mózgu procesy rozwojowe następują w określonych okresach rozwoju indywidualnego i w wielu zakresach raz ukształtowanych obwodów neuronalnych nie można zmienić.

Freud przyjął, że okres od urodzenia do 5 lat jest formatywny dla rozwoju aparatu psychicznego. Na przełomie 19. i 20. wieku biolodzy wprowadzili pojęcie wdrukowania. Późniejsze wyniki badań nad rozwojem indywidualnym wprowadzały nowe pojęcia — zawsze jednak ważne było znaczenie wczesnych faz życia dla kształtowania się czynności nerwowych i funkcji psychicznych wyznaczających różnice indywidualne.

Najnowsze badania wskazują na to, że cechy psychiczne jednostki kształtują się w wyniku nakładania się kombinacji genetycznych i oddziaływania środowiska rodzinnego w określonych etapach rozwoju [24]. Nie ma uzgodnień co do znaczenia poszczególnych funkcji i cech dla późniejszego zdrowia psychicznego. Sądzę, że istotne znaczenie ma stymulacja rozwoju połączeń między korą czołową a jądrem migdałowatym w drugiej połowie pierwszego roku życia [25, 26].

Spośród wielu koncepcji możliwości wyrównania lub zmiany wcześniejszego rozwoju, najtrwalsza jest chyba koncepcja Erika Eriksona [27], według której to, że rozwój dokonuje się w kolejnych kryzysach, pozwala na przekształcenia wszystkich poprzednich rozwiązań. Jest to koncepcja optymistyczna. Praktyka pokazuje, że nie wszyscy mają taką możliwość. Być może dowiemy się kiedyś od czego to zależy. Ludzie różnią się zapewne potencjałem wyznaczanym przez genom, a pewnie także i doświadczeniem stymulacji i zaniedbania warunkującym wykorzystanie tego potencjału. Stosunkowo duża popularność koncepcji zaburzeń osobowości z pogranicza (borderline) — przy znacznej jej złożoności — wydaje mi się wynikać właśnie z trudności, jaką osoby tak diagnozowane mają w skorzystaniu ze wsparcia, oferty bezpiecznego kontaktu w psychoterapii.

Wszystkie teorie, na których opierają się psychoterapie, są przyjęte arbitralnie i trudno (czego nie uważam za zarzut) traktować je jako udowodnione naukowo. Nawet najważniejszym odmawia się chociażby statusu hipotezy naukowej jako koncepcjom nieweryfikowalnym empirycznie. Nie traktuję tego jako wady, a to dlatego, iż sądzę, że umysł ludzki dąży do „zrozumienia”, klarowności relacji między zjawiskiem a jego przyczynami oraz możliwymi konsekwencjami tego, co się dzieje. Zrozumienie redukuje lęk, co — jak mniemam — wyjaśnia znaczenie interpretacji w psychoterapii.

To sceptycyzm poznawczy każe mi w tym miejscu uruchomić myślenie pragmatyczne i przyjąć, że dobre są te interpretacje, które są skuteczne. Nie jest to zresztą myśl moja, ale raczej zapożyczona od Jerome Franka [28].

Jeśli jednak zawierzyć potencjałowi rozwoju, pozostaje rozwiązanie polegające na wspieraniu istniejących możliwości. Nie wyklucza to poszukiwania i ewentualnego rozwiązywania tego, co rozwój indywidualny ogranicza lub kieruje na dysfunkcjonalne tory. Wiele lat kontaktu z dorastającymi pozwala mi sądzić, że nie jest to pomysł bezpodstawny, niewolny jednak od pewnego ryzyka, które kryje się w kryteriach tego, co przyjmujemy za funkcjonalność lub dysfunkcjonalność.

Ale to już inny wymiar — etyczny.

### Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. O ochronie zdrowia psychicznego
2. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie narodowego programu ochrony zdrowia psychicznego. Dz.U. z dnia 3 lutego 2011 r.
3. Bauman Z. Niepewna przyszłość merytokracji. Gazeta Wyborcza 28.03.2011



4. Henderson D, Batchelor IRC. Henderson i Gillespie's Textbook of Psychiatry, revised by Sir David Henderson and Ivor RC Batchelor. 9th ed. London: Oxford University Press; 1962.
5. Gilarowskij WA. 1957: Psychiatria. Warszawa: PZWL; 1957.
6. Suchariewa GE. Kliniczeskije lekutajci po psichiatirii dietskogo wozrasta. T.1. Moskwa: Gosudarstwienoje Izdatielstwo Medicinskoj Litieratury MENGIZ; 1955.
7. Bilikiewicz T. Psychiatria kliniczna. Warszawa: PZWL; 1957.
8. Kępiński A. Poznanie chorego. Warszawa: PZWL; 1978.
9. Kartezjusz. Rozprawa o metodzie. Przekład Tadeusza Żeleńskiego (Boya). Warszawa: PIW; 1952.
10. Lorenz K. Tak zwane zło. Warszawa: PIW; 1972.
11. LeDoux J. Wykład Kopernika 2011. Kraków, XY Konferencja Metodologiczna: The emotional brain: from the humanities to neuroscience and back again, Kraków 19–20 maja 2011.
12. Kępiński A. Melancholia. Warszawa: PZWL; 1974.
13. Nissen G. Depressives Syndrome bei Kinder und Jugendlichen. *Nervenarzt* 1975; 46: 302–307.
14. Poznansky EO, Zrull JP. Childhood depression. *Arch. Gen. Psychiat.* 1970; 23: 8–15.
15. Cytryn L, McKnew DH. Proposed classification of childhood depression. *Am. J. Psychiat.* 1972; 129: 2: 63/69.
16. Kovacs M, Beck AT. An empirical-clinical approach towards a definition of childhood depression. W: Schulterbrandt JG, Ruskin A. Depression in childhood. Rockville: NIMH; 1977, s. 1–26.
17. Puigh-Antich J. Cortisol secretion in adolescents with depressive disorders. *Psychiat. Clin. North Am.* 1981; 4: 527–529.
18. Bomba J, Jaklewicz H. 1994: Dynamika depresji u dzieci. Badania longitudinalne. *Psychiat. Pol.* 1994; 28, 5: 523–533.
19. Bomba J. 2004: Depresja młodzieńcza. W: Namysłowska I. Psychiatria dzieci i młodzieży. Warszawa: PZWL; Warszawa.
20. Modrzejewska R. Współwystępowanie objawów depresyjnych, zaburzeń jedzenia oraz obsesyjno-kompulsyjnych traktowanych jako zmienne kategoryjne lub dymensjonalne i ich znaczenie jako czynnika ryzyka używania substancji psychoaktywnych. Rozprawy habilitacyjne Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum. Wydział Lekarski. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2011.
21. World Congress of Psychiatry WPA. Mexico City 1971.
22. Bomba J. Czy to możliwe, żeby psychoterapia nie zmieniała mózgu? *Psychoterapia* 2012, 1: 5–11.
23. Dębiec J, LeDoux J, Nader K. Cellular and systems reconsolidation in the hippocampus. *Neuron* 2002; 36: 527–538.
24. Neiderhiser J, Reiss D, Hetherington EM. Genetically informative designs for distinguishing developmental pathways during adolescence: Responsible and antisocial behavior. *Developmental Psychopathology* 1996; 8: 779–791.
25. Schore AN. Effects of a secure attachment. Relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal* 2001, 22(1–2): 7–66.
26. Marsh R, Maia TV, Peterson BS. Functional disturbances within frontostriatal circuits across multiple childhood psychopathologies. *Am.J.Psychiatry* 2009; 166(6): 664–674.
27. Erikson E. Childhood and society. London: WWNorton&Co., Inc., 1993.
28. Frank JD. Therapeutic factors in psychotherapy. *Focus* 2006; 4: 306–311.

Adres. Jacek Bomba

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Katedry Psychiatrii UJ CM  
312-501 Kraków, Kopernika 21 A Jacek.bomba@uj.edu.pl

## **Dofinansowanie naukowych wyjazdów zagranicznych**

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego informuje o możliwości uzyskania przez członków zwyczajnych Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego dofinansowania ich udziału w zjazdach, sympozjach i konferencjach naukowych odbywających się za granicą. Zasady przyznawania dofinansowania określają załączone „Zasady”. Komitet „Konferencje Naukowe PTP” ZG PTP gromadzi na ten cel środki na koncie:

Polskie Towarzystwo Psychiatryczne Konferencje Naukowe, ul. Kopernika 21B 31-501 Kraków, w Banku PKO SA, Oddz. w Krakowie, Rynek Gł. 31, nr rachunku: 12401431-7001815-2700-401112-001.

Zarząd zachęca członków towarzystwa do korzystania z tej możliwości, a także do pozyskiwania sponsorów dla tej działalności.

Wnioski o dofinansowanie należy składać na adres komitetu na ręce prof. dr. hab. med. Jacka Bomby.

### **Zasady dofinansowania przez Zarząd Główny wyjazdów na zjazdy, sympozja, konferencje naukowe za granicą z funduszu „Konferencje Naukowe PTP”**

1. Z refundacji kosztów udziału w zjazdach, konferencjach, sympozjach naukowych za granicą korzystać mogą członkowie zwyczajni Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

2. Refundacja nie może przekroczyć równowartości 1000 USD

3. Refundacja może być rozliczona jako:

a. stypendium ZGPTP (tzn. jako opodatkowany przychód)

b. delegacja – przy czym jej koszty nie mogą przekroczyć kwot określonych w pkt 2.

4. Wniosek o dofinansowanie powinien wyprzedzać termin zjazdu i zawierać:

a. potwierdzenie członkostwa zwyczajnego z datą przyjęcia do PTP, dokonane przez sekretarza oddziału, oraz opłacenia składek członkowskich dokonane przez skarbnika oddziału

b. informację o imprezie

c. kopię streszczenia zgłoszonego doniesienia

d. kopię potwierdzenia przyjęcia doniesienia do programu zjazdu

5. Dofinansowanie może być przyznane tylko jednemu autorowi w przypadku prezentacji prac zbiorowych.

6. Osoby korzystające z dofinansowania składają Zarządowi Głównemu sprawozdanie ze sponsorowanego wyjazdu w takiej formie, by mogło być opublikowane w czasopiśmie towarzystwa.

7. Niniejsze zasady zostały przyjęte przez Zarząd Główny na posiedzeniu w dniu 7 kwietnia 1995 r.

8. W dniu 6 czerwca 2006 Zarząd Główny zmienił treść pkt 2 Regulaminu. Stypendium nie może przekraczać 1000 USD, niezależnie od miejsca konferencji.