

Janusz Morasiewicz, Małgorzata Opoczyńska

ZAPOMNIANA LEKCJA ASKLEPIOSA

THE FORGOTTEN LESSON OF AESKLEPIOS

Klinika Psychiatrii Dorosłych CM UJ
Kierownik: prof. dr hab. med. Andrzej Zięba

**Aesklepios
schizophrenia**

Autorzy w poniższym artykule podejmują dyskusję nad użytecznością paradygmatu medycznego stosowanego w psychiatrii. Odwołując się do mitu o Asklepiosie i własnych doświadczeń klinicznych, przedstawiają alternatywę dla podejścia hipokratejskiego.

Summary: Can modern psychiatry take a lesson out of the teaching of old Aesklepios? What could he teach us? Do our patients profit out of his lesson? The presented paper focuses on modern psychiatry, with its theories and methods which are still under the influence of another medical tradition, namely those of Hippocrates. On the example of the history of one patient, the paper shows how we can combine these two medical traditions in our practice and how our patients can take benefit from that.

Czy pytanie o prawdę o cierpieniu, o chorowaniu pacjenta jest niezbędne dla psychiatrii? Czy możliwe jest zaniechanie nazywania i rozpoznawania w cierpieniu pacjenta choroby? Czy psychiatra może towarzyszyć pacjentowi w jego cierpieniu, akceptując *potos logosu* — mowę cierpienia, a więc rezygnując z kontrolowania pacjenta poprzez badanie, czy jest zdrowy, i bez swoistego *furor agendi*, kierowanego na likwidowanie patologii i przywracanie normy?

Lekarz psychiatra, stając w obliczu nieznanego, tajemniczy chorowania, poddawany jest pokusie wyjaśniania, poznawania i rozpoznawania. Ta pokusa jest tym silniejsza, im bardziej wątpi on w możliwość leczenia bez uzyskania odpowiedzi na pytanie, dlaczego jego pacjent choruje. Psychiatra do takiej aktywności jest ponadto obligowany przez cały aparat współczesnej medycyny i przez swoje wykształcenie medyczne. Tymczasem sięgając do inskrypcji na steliach wotywnych ze świątyni Asklepiosa, można wyczytać, że stosowane tam metody terapeutyczne łączyły się „z elementem niewytłumaczalnym, którego żadnym gestem odtrącić się nie da” [1, s. 266].

Cofnijmy się do początków tradycji medycznej, sięgając do mitu. Asklepios, domniemany syn Apolla i Koronis, zrodzony na stosie pośmiertnym cięciem cesarskim, posiadał taką biegłość w leczeniu, że na prośbę Artemidy wskrzesił do życia ukochanego przez nią Hippolitosa. Za czyn ten został uśmiercony przez Zeusa jednym uderzeniem pioruna.

Asklepios został ukarany śmiercią, gdyż targnął się na uświęconą zasadę nieodwracalności śmierci, sprzeniewierzył się ustalonemu porządkowi, przywracając życiu duszę Hippolitosa, należącego już do Hadesa. Tyle mówi o nim mit grecki. Ale jego historia na tym się nie kończy. Dzięki wstawiennictwu swego boskiego ojca u Zeusa z herosa stał się z czasem bogiem.

Kapłani, leczący cierpiących z powodu różnych chorób w świątyniach Asklepiosa, pomni tej historii, łączyli przez wieki umiejętności medyczne z uznawaniem tajemnicy związanej z chorowaniem, tajemnicy pozostawianej bogom. Pozwalało to im skupiać się na cierpieniu pacjenta, pomaganiu i towarzyszeniu cierpiącemu. We współczesnej medycynie, w tym w psychiatrii, nacisk na wyjaśnianie, na odkrywanie tajemnicy chorowania, poszukiwanie przyczyn, stawianie pytania „dlaczego?“, spowodowały przesunięcie się uwagi lekarza z cierpiącego (pacjenta) na wyodrębnianie symptomów chorób, snucie hipotez etiopatogenetycznych, stawianie rozpoznań, przewidywanie przebiegu schorzeń.

Tę tradycję, właściwą dla medycyny nowożytnej, w której zadaniem lekarza jest zdiagnozowanie choroby i jej leczenie, można przeciwstawić starszej, wcześniejszej tradycji asklepiadejskiej, w której rolą lekarza było towarzyszenie pacjentowi w jego cierpieniu, a w leczeniu zdanie się też na los i bogów. W ciągu wieków cierpliwość Asklepiosa została zastąpiona niecierpliwością Hipokratesa.

Pierwotny namysł lekarza nad cierpieniem, mową cierpienia towarzyszącego chorobie, zamieniony został w ocenianie przez lekarza tego, co w funkcjonowaniu pacjenta prawidłowe, i tego, co nieprawidłowe, określane jako patologiczne. Nic dziwnego, że w konsekwencji medycyna nowożytna przestała akceptować patologię, ukierunkowując się na jej zwalczanie.

Psychiatra, nazywając cierpienie pacjenta chorobą, stawiając sobie za cel jego likwidację poprzez wyleczenie, dokonuje wyboru, opowiadając się przeciw patosowi logosu, przeciw patologii. Tym samym, przyjmując taką postawę, skłania pacjenta do opowiedzenia się za lub przeciw swemu cierpieniu.

Opowiadając się za swoim cierpieniem, identyfikując się z nim, pacjent staje w opozycji do lekarza. Rezygnacja z takiej postawy, uznanie cierpienia za chorobę, a więc przyjęcie światopoglądu lekarza, są tożsame z odstąpieniem przez pacjenta z traktowania cierpienia jako integralnego składnika własnego życia. Chorowanie przeżywane jest wówczas jako coś niewłaściwego, a patos logosu przybiera również dla pacjenta charakter patologiczny. Przypisanie chorobie, a więc i chorowaniu, a w konsekwencji także choremu charakteru patologicznego nieuchronnie pociągnęło za sobą nie tylko walkę z chorobą, nadawanie negatywnej konotacji chorowaniu, ale również tendencję do naznaczania chorych, a nawet ich wykluczania. Osoba, u której rozpoznaje się chorobę, staje się chora, przestaje być zdrowa. Choroba zmienia zdrowego w chorego. Zabiera mu zdrowie.

Co skłania psychiatrę, lekarza do nazwania cierpienia pacjenta chorobą?

Nazwanie cierpienia, zdiagnozowanie go jako choroby daje psychiatrze wg André Bourguignon [za: 2] podwójny zysk. Uważa on, że „postawić diagnozę to stworzyć jakąś *istność* — w tym wypadku chorobę — poprzez jej nazwanie i sklasyfikowanie. To za jednym zamachem osuszyć dwa źródła jego lęku: niewiadomą szaleństwa i stosunek do obłąkanego. Odkąd bowiem choroba ma swoją nazwę, staje się tą swojską, samoistną rzeczą, z którą nawiązuje się bezpośrednio stosunki bez zahaczania o wariata” [2, s. 36].

Poszukując prawdy o chorowaniu, wywodząc szaleństwo od grzechu, od natury

człowieka, od rodziców czy bliźnich, psychiatra uwalnia się od ciężaru bycia świadkiem, towarzyszem w cierpieniu pacjenta. Dążenie do wyjaśniania, do nazwania cierpienia pacjenta jest nadzieją na ulgę we współcierpieniu z nim.

Psychiatra, pytając jak nazwać to, co obserwuje — zachowanie, wypowiedzi pacjenta — jak rozpoznać, zdiagnozować to, co nazwał, jak prognozować przebieg tego, co nazwał i rozpoznał i w końcu, jak leczyć to, co nazwał, objął diagnozą i prognozą, dokonuje aktu poznawania pacjenta, bo to nie pacjent, cierpiący jest podmiotem, na którym koncentruje się wysiłek lekarza.

Tak więc w pytaniu o prawdę — „dlaczego?”, „z jakich powodów?” — tkwi pokusa dla lekarza, terapeuty do zajmowania się chorobą zamiast pacjentem. Zaniechanie stawiania takiego pytania jest trudne dla psychiatry, gdyż zdaje się on wtedy na obcowanie ze swoją bezradnością, z cierpieniem pacjenta, z jego bólem, który staje się też bólem leczącego.

Pozostając przy tradycji medycyny asklepiadejskiej, psychiatra nie tylko rezygnowała z poszukiwania prawdy o chorobie, stanowiącego istotę dzisiejszej medycyny, ale także godziłby się na doświadczanie wpływów ze strony pacjenta, na poddawanie się tym wpływom. Nieuwzględnianie tego wzajemnego oddziaływania pomiędzy obserwowanym a obserwującym, leczonym a leczącym, prowadzi do niedostrzegania, iż obaj należą do tego samego systemu, w którym byt pacjenta i byt lekarza są wzajemnie zależne.

Lekarze-kapłani Asklepiosa, leczący bez sięgania po odpowiedź „dlaczego?”, nie wiedzieli, z jakich powodów jedni ich pacjenci zdrowieją, inni zaś nie. Czy psychiatra poszukujący prawdy kiedykolwiek będzie to wiedział? Czy potrzebuje tej wiedzy? Czy być może jest ona poszukiwana przez niego nie tyle dla biegłości w leczeniu, ile dla zaspokojenia potrzeby kontroli nad cierpieniem pacjenta? Psychiatra wszakże kontroluje cierpienie i pacjenta, nazywając cierpienie chorobą, a pacjenta chorym.

Wg Michela Foucault [3] sprawowanie kontroli nad innymi jako przejaw nadzorowania jest pochodną rozwoju społecznego, widoczną w odniesieniu m.in. do osób wykazujących zaburzenia psychiczne. Niemożność zniesienia bycia świadkiem, towarzyszem w szaleństwie pacjenta, bez sprawowania nad nim kontroli, skłaniała kiedyś do uśmiercania doświadczonych szaleństwem, później do internowania ich i izolowania w szpitalach, a w końcu — po otwarciu drzwi szpitali — do nadzorowania ich w życiu poza szpitalem. ***Tę rolę odgrywają psychiatrzy niejako sami z siebie, w takiej roli chcą ich obsadzać także ci, którzy wyznaczyli im ich zadania.***

W tym kontekście wyjście pacjentów poza mury szpitali psychiatrycznych, a za nimi psychiatrów i innych osób, zaangażowanych w proces terapii i rehabilitacji, pociągnęło za sobą rozszerzenie kontroli nad życiem pacjentów poza tymi murami. Podobny skutek wywarło objęcie terapią członków rodziny pacjenta. Konsekwencją tego ostatniego stało się również rozszerzenie pojęcia normy i patologii na rodzinę. Mówi się, a więc i myśli o „patologicznej rodzinie” czy o „terapii rodzin”. Czy tak być musi? Czy psychiatra, czy lekarz nie może być pomocny pacjentowi bez doprowadzania do powyższych konsekwencji?

Odpowiedzi na pytania postawione na wstępie, pytania o sens poszukiwania prawdy o cierpieniu pacjenta, o potrzebę nazywania tego cierpienia chorobą i o możliwość rezygnacji z kontrolowania pacjenta i z działania skierowanego na zwalczanie tego, co nazwane

w nim, wyróżnione jako patologiczne, proponujemy poszukać w historii pacjenta.

Z Krzysztofem S. spotykaliśmy się od dwóch lat w czasie konsultacji psychiatrycznych bądź w ramach grupy psychoterapeutycznej, przeznaczonej dla pacjentów leczonych z powodu zaburzeń diagnozowanych jako psychotyczne.

Krzysztof S., zgłaszając się na leczenie, przeszedł drogę od rozpoznawania u niego w wieku 18 lat zaburzeń lękowych lub nerwicowych, przez późniejsze stwierdzenie zaburzeń osobowości do diagnozowania od kilku lat zaburzeń psychotycznych — schizotypowych lub schizoafektywnych. Tej ewolucji rozpoznań lekarskich towarzyszyły też zmiany w leczeniu, ze stosowaniem leków przeciwłękowych, przeciwdepresyjnych i przeciwpsychotycznych. Krzysztof S. dostrzegał korzyści i mankamenty leków ze wszystkich tych grup, był też świadom uzależnienia od preparatów przeciwłękowych, pochodnych benzodiazepiny.

Dolegliwości swoje opisywał następująco: *Od 9 lat to samo — jak rano wstanę, to mam poczucie obcości świata, który wydaje mi się taki nierealny, matowy, jakby ze snu. Odczuwam przed tym lęk, nie potrafię wyjść z domu wtedy nawet z inną osobą. Lęków nie ma, gdy śpię dłużej. Jak śpię 12 godzin, czuję się bardzo dobrze, jak krócej — źle się czuję cały dzień. Lęk i poczucie nierealności znikają, gdy zażyję jakąś benzodiazepinę. Nie przeszkadza mi już, że jestem od niej uzależniony.*

Bywało, że kusilo mnie, by się pociąć, ale bałem się noża podnieść. Jak ciężarówki jeżdżą pod oknami mieszkania, to oceniam to jako skierowane przeciwko sobie, choć racjonalnie wiem, że tak nie jest. Z napięcia nerwowego, strasznego, mówię głośno, wszyscy mi to mówią. Jak się patrzę w swoje oczy, to często się takie puste wydają, bez wyrazu. Potem to przechodzi. Jak agorafobia ustępuje, to taką agresywność czuję, strasznie drażliwy jestem. Na to piwo pomaga. Wieczorem mam myśli rezygnacyjne, a rano — euforia. Wciąż pytam psychiatrów, czy to psychoza?

Psychiatrzy dzielili się na dwa obozy. Sam uważam, że mam jakieś lęki.

Krzysztof S., gdy czuł się lepiej, uważał, że cierpi na nerwicę, gdy dolegliwości nasilały się — był skłonny dopatrywać się u siebie choroby psychicznej. Nazwanie swoich dolegliwości, a także rozpoznanie ich charakteru uważał za ważne i domagał się od psychiatry weryfikacji autodiagnozy. Wg własnej oceny z powodu odczuwanych dolegliwości nie utrzymywał się w podejmowanych pracach, tracił je lub sam z nich rezygnował, a od kilku lat pozostawał na rencie chorobowej. W wieku 22 lat ożenił się. Ma syna i córkę. Przyszła żona wiedziała, że leczy się psychiatrycznie, odwiedzała go w czasie hospitalizacji, jednakże gdy doszło do konfliktów małżeńskich — choroba męża była podstawą jej tezy rozwodowej. Po rozejściu się z żoną dzieci pozostały z nią, a Krzysztof S. zamieszkał ponownie z rodzicami.

W czasie konsultacji psychiatrycznych Krzysztof S. stopniowo rezygnował z prób wyjaśniania natury odczuwanych przez siebie dolegliwości, co przez wiele lat wcześniej było dla niego bardzo istotne. Ustalił najważniejsze dla siebie problemy, w których oczekiwał pomocy psychiatrycznej: poszukiwanie leczenia, dzięki któremu mógłby uzyskać stabilizację psychiczną, i ustąpienie lęków z możliwością odstawienia środków przeciwłękowych (epizodycznie stosowanego lorazepamu i systematycznie zażywanego clonazepamu).

Podobne oczekiwania wyraził również, podejmując psychoterapię grupową.

W ciągu dwóch lat pacjent stopniowo przestał traktować siebie jako osobę chorą

psychicznie, zaprzestał pytać o charakter swoich cierpień, skończył szkołę, zdobywając zawód, podjął pracę, którą jednak stracił, ponieważ skonfliktowana z nim była żona poinformowała jego pracodawcę, że Krzysztof S. choruje psychicznie, czego on sam nie ujawnił przy zatrudnieniu się. Związał się z partnerką, z którą zamierza się pobrać. Zaniepokojony spostrzeżeniem, że dla poprawy samopoczucia pije piwo, nie mogąc się przed tym powstrzymać, podjął terapię w poradni leczenia uzależnień. Ponawia próby zrezygnowania ze stosowania clonazepamu, od którego czuje się uzależniony.

Najtrudniejszą decyzją, przed którą teraz stoi Krzysztof S., jest rezygnacja z posługiwania się diagnozą choroby psychicznej. Wprawdzie w toku terapii uwolnił się od myślenia o sobie jako o osobie chorej psychicznie, jednak nadal z uwagi na liczne korzyści w sytuacjach społecznych posługuje się nią. Rezygnacja z używania diagnozy choroby psychicznej skłaniałaby go do przyjęcia większej odpowiedzialności.

Leczenie Krzysztofa S. po jedenastu latach zawiodło go do punktu wyjścia, gdy miał 18 lat. Wg niego istotną zmianą jest to, że obecnie nie jest dla niego ważne, na co choruje, nie lęka się chorowania, sam określając, w czym oczekuje pomocy psychiatrycznej i leczenia. Można powiedzieć, że pogodził się sam z sobą. Sądzimy, że stało się to możliwe także dlatego, że i psychiatra, i psychoterapeuta, mimo początkowej pokusy, zaprzestali pytania o naturę cierpienia pacjenta, zaniechali nazywania go chorym i rozpoznawania takiej czy innej choroby.

Dla psychiatry pogodzenie się z losem osoby towarzyszącej cierpieniu pacjenta, jego szaleństwu, to również rezygnacja z potrzeby kontrolowania tego szaleństwa pacjenta. Taka postawa psychiatry prowadząca do rezygnacji z furor agendi może pozwolić pacjentowi pogodzić się z chorowaniem, które przestanie traktować jako przejaw patologii, uznając za przejaw swego życia. Alternatywą poskromienia szaleństwa, do którego zdolny jest człowiek, jest znoszenie tego szaleństwa — przez samego pacjenta i przez jego lekarza.

Takie podejście stanowiłoby o przywróceniu równowagi pomiędzy podejściem asklepiadejskim a tradycją hipokratejską.

Piśmiennictwo

1. Foucault M. *Narodziny kliniki*. Warszawa: Wydawnictwo KR; 1999.
2. Jaccard R. *Szaleństwo*. Wrocław: Siedmioróg; 1993.
3. Kubiak Z. *Mitologia Greków i Rzymian*. Warszawa: Świat Książki; 1998.

Adres: Klinika Psychiatrii Dorosłych CM UJ, Oddział Dzienny
31-055 Kraków, ul. Miodowa 9,

