NR 52 (1/2026 WIOSNA) **KWARTALNIK PSYCHIATRA** ISSN 2300-2964

W NUMERZE: **POTRZEBA UTOPII / KULTURA NA RECEPTĘ / NOWA WSPANIAŁA POST-PSYCHIATRIA / DOBRE RADY DLA LEKARZY / JAK ZACHOWAĆ TWARZ? / SEMION GLUZMAN IN MEMORIAM / KARIPRAZYNA / ICD-11 / BIOMARKERY CH. ALZHEIMERA – STANOWISKO PTA /**

PSYCHIATRA

PISMO DLA PRAKTYKÓW

ganusik©123RF.com

PSY
CHIA
TRA
PISMO DLA PRAKTYKÓW

NR 52 / WIOSNA 2026

PSYCHIATRA Kwartalnik
ROK 14, zeszyt 1, 2026 r.

Redaktor Naczelny:
Tomasz Szafrański (Warszawa) [TSZ]
e-mail: redakcja@kwartalnikpsychiatra.pl

Współpraca redakcyjna:
Kama Pierzgalska (Konstancin-Jeziorna) [KP]
Małgorzata Maj (Warszawa) [MM]

Dyrektor Artystyczny:
Katarzyna Kowalska

Wydawca:
Witold Szuk, Mediadore
ul. Zgoda 13/43, 00-012 Warszawa
www.mediadore.pl

Nakład: 3100 egz.

Numer ISSN: 2300-2964

Warszawa 2026 r.

Prenumerata i numery archiwalne:
www.psychiatraonline.pl/sklep/

PSYCHIATRA nie jest organem żadnego towarzystwa naukowego i nie reprezentuje żadnej instytucji. Pismo nie stara się o Impact Factor, nie jest na liście Ministerstwa Nauki ani na indeksie Kopernika.

Opinie wyrażone w artykułach publikowanych w naszym piśmie są poglądami ich autorów formułowanymi bez założenia nieomylności. Publikowane materiały reprezentują opinie ich autora/autorów i nie należy uważać, że zostały one napisane tak by odzwierciedlać opinię redakcji lub wydawcy jak również, że reprezentują opinię instytucji lub organizacji, z których autorzy pochodzą.

Wydawca Mediadore i redakcja nie biorą żadnej odpowiedzialności za szkody lub zniszczenia osób lub własności wynikające z odpowiedzialności za produkty, zaniedbania lub z innych przyczyn ani też z używania bądź stosowania jakichkolwiek metod, produktów, instrukcji czy koncepcji zawartych w niniejszym materiale. Z powodu gwałtownego postępu w naukach medycznych zawsze konieczne jest niezależne weryfikowanie przez lekarza diagnoz, metod leczenia i dawek leków. Wydawca i redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść reklam i ogłoszeń.

Publikacja ta jest przeznaczona dla osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 września 2001 roku – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. Nr 126, poz. 1381, z późniejszymi zmianami i rozporządzeniami).

Redakcja nie zwraca materiałów nie zamówionych. Zastrzegamy sobie prawo do skracania i adiustacji tekstów oraz zmiany ich tytułów.

© Tomasz Szafrański i Mediadore.

Wszystkie prawa zastrzeżone. Żadna część niniejszej publikacji nie może być gdziekolwiek i w jakikolwiek sposób wykorzystywana bez pisemnej zgody Wydawcy.

Drogie Czytelniczki i Czytelnicy!

Na pierwszych stronach tego numeru kwartalnika PSYCHIATRA wspominamy Semiona Gluzmana. Wiele działań w jego życiu było symbolem walki o prawa człowieka, prawa pacjentów, o lepszą ludzką psychiatrię.

Zima tym razem była taka prawdziwa, że trwała ponad 9 i pół tygodnia, może trochę dłużej, jednak krócej niż „najdłuższy pilotaż nowoczesnej Europy". Nawet on dobiega końca. Wiosną lub latem dokona się ostateczny wybór drogi, którą podąży reforma psychiatrii. Ministerstwo Zdrowia ogłasza, że pędzimy do przodu. W języku polityki słychać pisk opon: zapowiedź ostrego wejścia w wiraż (U-turn). „Zdrowie psychiczne to fundament bezpieczeństwa zdrowotnego, dlatego MZ podnosi najważniejsze kwestie, które zabezpieczą pacjentów i personel medyczny w tym temacie".

Tyle się dzieje „w tym temacie", że nim wybuchną fajerwerki, nim się odezwą analogie do powstań, nim zostanie ogłoszony system dwa razy bardziej efektywny, trzy razy bardziej możliwy do realizacji, ale ze dwa razy tańszy, dokona się dalsza prywatyzacja obszaru zdrowia psychicznego. Jedno z towarzystw naukowych podobno rozważa przekształcenie się w przedsiębiorstwo. Zdrowie psychiczne to niezły biznes. Studia. Kursy. Certyfikaty. Cóż, jeszcze będzie nieprzyjemnie, cóż, jeszcze nie będzie wspaniale. Ale nawet jeśli stary system się utrwali, mamy hasła takie jak „nie myśl globalnie, działaj normalnie", mamy tradycję wędrówki w podziemiach i partyzantki w górach i lasach. Jednym słowem mamy tradycję wypraw do Utopii! Pięknie pisze o nich w tym numerze Jakub Tercz! Potrzebujemy Utopii!

Z tekstu Habrata o postmodernizmie w psychiatrii dowiemy się, skąd się wziął i jak rozkwita dysonans. Jest kontynuacja rozważań o antropologii ZW Dudka. To dwa teksty nawiązujące do sesji „Psychiatria. Filozofia i Kultura" w czasie pamiętnego zjazdu PTP w Krakowie. W tym numerze debiutuje na stronach Prezeski „naszego" PTP nowa Prezeska Agata Szulc, a dołącza do niej, również debiutując, Przewodnicząca PTP, ale PTP psychologicznego – Anna Zajenkowska.

Zachęcam, aby koniecznie zajrzeć do zaleceń PTA dotyczących nowego zjawiska badań dotyczących ch.Alzheimera. Na koniec zaś… droga czytelniczko i drogi czytelniku – żyjąc w ciekawych czasach „…na wszelki wypadek zachowuj się przyzwoicie…". Nikt nie chce stracić twarzy. Czasem warto pamiętać, żeby gwałtownie nie zrywać czyjejś maski – o tym (i nie tylko) przypomina w swoim tekście Andrzej Axer.

Post scriptum:
Jeżeli ktoś uniósł brew na widok naszej okładki, to spieszę wyjaśnić, że nie ma ona nic wspólnego z obchodami 75-lecia Czołowego Instytutu. Trop do rozwiązania zagadki można znaleźć na stronie 87.

Redaktor Naczelny
Tomasz Szafrański

spis treści

WSPOMNIENIA

7 **Semion Gluzman. Strażnik sumienia ukraińskiej psychiatrii** – Tadeusz Nasierowski

10 **In Memoriam. Semyon Gluzman (1946-2026)** – Robert Van Voren

PSYCHIATRIA ŚRODOWISKOWA

12 **Psychiatria potrzebuje utopii** – Jakub Tercz

14 **Teatr na receptę** – Justyna Mańkowska-Kaczmarek

ROZMOWA

16 **Między receptą a relacją** (z Agnieszką Chrzczonowicz-Stępień rozmawia Weronika Kurtycz)

Z ŻYCIA EPA

20 **Kongres, podręcznik i współpraca** – Jerzy Samochowiec

STRONA PREZESKI PTP

22 **Manifest** – Agata Szulc

24 **MŁODYM OKIEM** – Anna Rewekant

25 Konkurs literacki **„Zapisz, zapamiętaj"**

STRONA PRZEWODNICZĄCEJ PTP

26 **Psychologia między różnicą a wspólnotą** – Anna Zajenkowska

STRONA PREZESA PTA

28 **Biomarkery choroby Alzheimera.** Stanowisko Zarządu PTA

TEORIA I PRAKTYKA

30 **Psychiatria a postmodernizm** – Bogusław Habrat

36 **EPIDAUROS: Antropologia Zdrowia Psychicznego (cz.2)** – Zenon Waldemar Dudek

42 **O godności w świecie urojonym** – Andrzej Axer

46 **Kariprazyna w praktyce klinicznej** – Jerzy Samochowiec, Artur Reginia

56 **Co nowego w ICD-11? Zaburzenia lękowe uogólnione ICD-11, ICD-10, DSM-5** – Tomasz Szafrański

RELACJE

66 **Psychiatria na Świecie 2025 w pigułce** – Piotr Krawczyk

69 **Kongres Psychiatria Medforum 2025 – okiem uczestniczki** – Martyna Panek

CICER CUM CAULE

73 REZYDENCJA: **Samotność 1:1** – Katarzyna Latos-Biała

74 CZYTANKI: **Darzbór (Aleksandra Zdrojewska)** Widoczki – Salome Sopotzki

75 CZYTANKI: **Wiersze, zmyślenia, komentarze (Jerzy Zadęcki, Jacek Bomba)** – Atrofia komunikacji Michał Pietniewicz

76 TRANSGRESJE: **Paranoja z czatbotami AI w roli głównej** – Marek Krzystanek

78 PZP: **Nowa wspaniała psychiatria** – Ireneusz Cedeński

80 PŁYTY, KTÓRE WARTO ZNAĆ: **Duran-Duran** – Mirek Sukiennik

82 PSYCHIATRA W OPERZE: **Posłuchajcie oto bajka... Kobieta bez cienia** – Katarzyna Prot-Klinger

84 DOŚWIADCZENIE: **(Nie)fajny psychiatra** – Beata Kołodziejczyk

85 DOŚWIADCZENIE: **Dwie strony medalu** – Jadwiga Myrtiluk

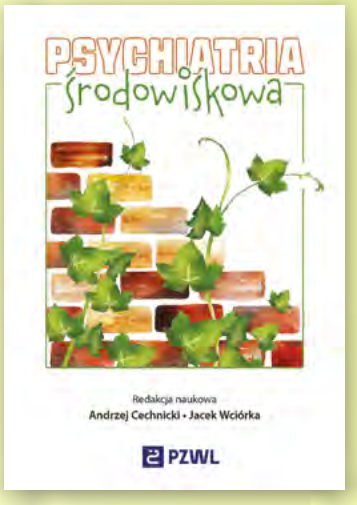
86 SNOBISTYCZNO-PRETENSJONALNY FELIETON GRAFOMAŃSKO-PLOTKARSKI: **Anna Netrebko i reszta świata** – Bogusław Habrat

88 HISTORIA PSYCHIATRII KRAKOWSKIEJ OD KUCHNI: **Co się stało z nerwicowym egotyzmem?** – Jacek Bomba

90 AUTOBUSOWE SUPER-WIZJE: **Dobre rady dla lekarzy** – Łukasz Święcicki

ŻÓŁTYM numerem strony oznaczamy w PSYCHIATRZE *artykuły sponsorowane* albo artykuły, w przypadku których chcemy uprzedzić czytelników o istnieniu potencjalnego konfliktu interesów. Jest on zwykle związany z faktem wykupienia reklamy w niniejszym numerze pisma przez producenta leku lub suplementu diety, który jest wzmiankowany w artykule.

Okładka jest modyfikacją: *ganusik©123RF.com*
Zdjęcia na stronach: 42: *liskared©123RF.com*
88-89: *4559585©123RF.com*



TYTUŁ: **PSYCHIATRIA ŚRODOWISKOWA**
REDAKCJA NAUKOWA:
ANDRZEJ CECHNICKI • JACEK WCIÓRKA
WYDAWCA: **PZWL**

Psychiatria środowiskowa, dzieło zbiorowe pod redakcją Andrzeja Cechnickiego i Jacka Wciórki, wydane właśnie przez Wydawnictwo Lekarskie PZWL, to pierwszy taki podręcznik w Polsce. Wyróżnia go przede wszystkim integracja dorobku psychiatrii w ostatnim półwieczu. Osią integracji Autorzy uczynili cierpienie psychiczne, rezygnując z mocno nadwątlonej dziewiętnastowiecznej nozologii psychiatrycznej. Nie tracąc z oczu złożonych źródeł cierpienia psychicznego, które zwięźle ujmuje koncepcja podatności na zranienie i stresu, uwypuklają ścisły związek indywidualnego cierpienia z funkcjonowaniem całej społeczności cierpiącego.

Odwołują się do idei, że każdy cierpiący, nawet najbardziej podatny na zranienie, ma w sobie potencjał zdrowienia. Oparcie w społeczności lokalnej i instytucjach leczących, opiekuńczych, organizujących życie społeczne pomaga ten potencjał uruchomić i wykorzystać. Dorobek psychiatrii to nie tylko wyniki badań naukowych i rozważania teoretyczne, ale także wyniki praktycznych rozwiązań psychiatrii środowiskowej, także doświadczenia własne Autorów.

Ten podręcznik powinien trafić do rąk każdego praktykującego pracownika opieki nad zdrowiem psychicznym. A także do każdego, kto jest odpowiedzialny za zdrowie lokalnych społeczności.

Jacek Bomba

PIERWSZY RAZ W POLSCE!

Warsztaty psychofarmakologii z prof. Stahlem

Psychopharmacology Masterclass with Professor Stahl

17.10.2026 | WARSZAWA

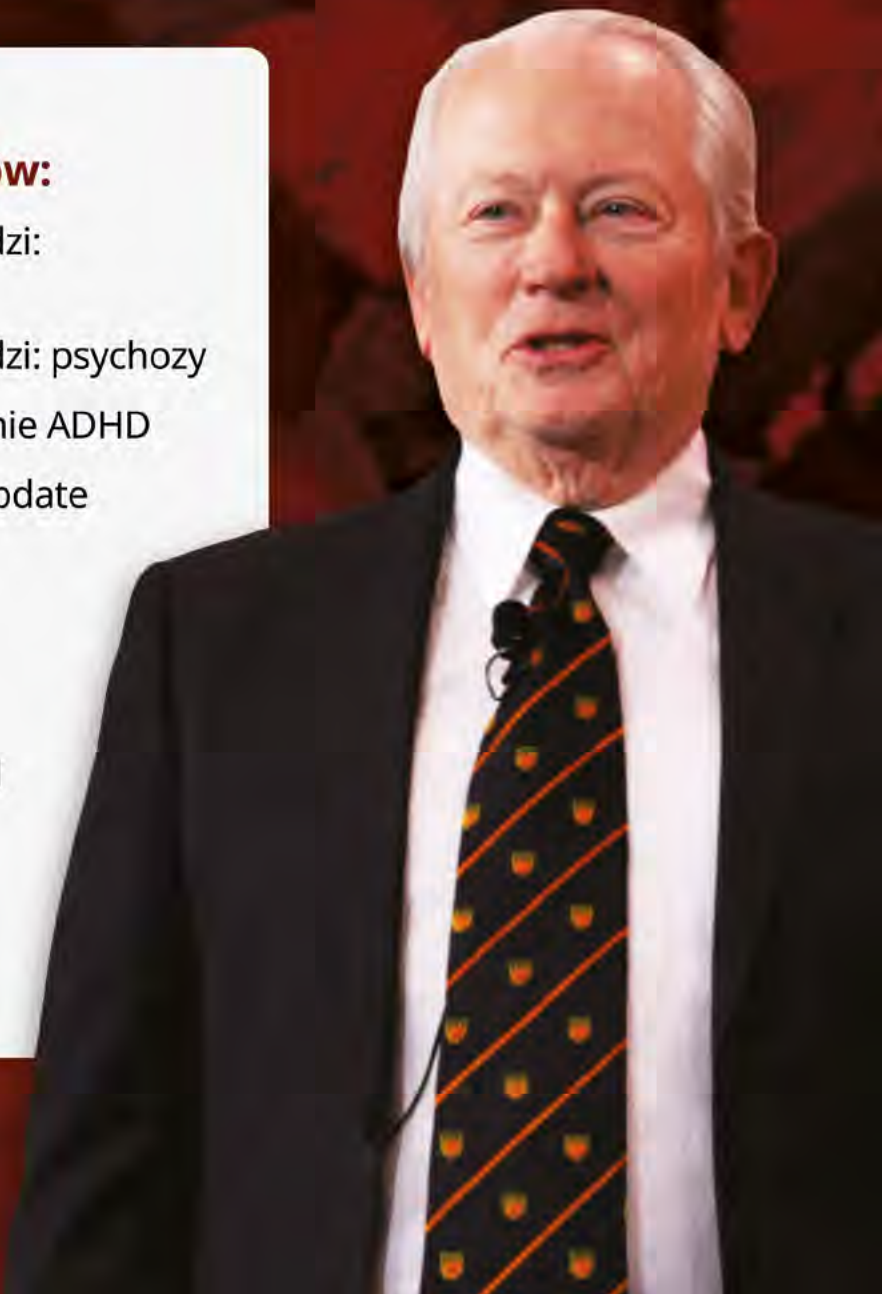
tłumaczenie symultaniczne na język polski
warsztaty interaktywne

Tematy, które poruszy prof. Stahl podczas warsztatów:

- Gdy standardowe leczenie zawodzi: zaburzenia nastroju
- Gdy standardowe leczenie zawodzi: psychozy
- Nowoczesne spojrzenie na leczenie ADHD
- Najnowsze leki w psychiatrii — update kliniczny
- Sesja: Zapytaj prof. Stahla

ZAPISZ SIĘ NA WARSZTATY
www.psychiatrzy.warszawa.pl/stahl

Szybki zapis online



dialog CENTRUM TERAPII

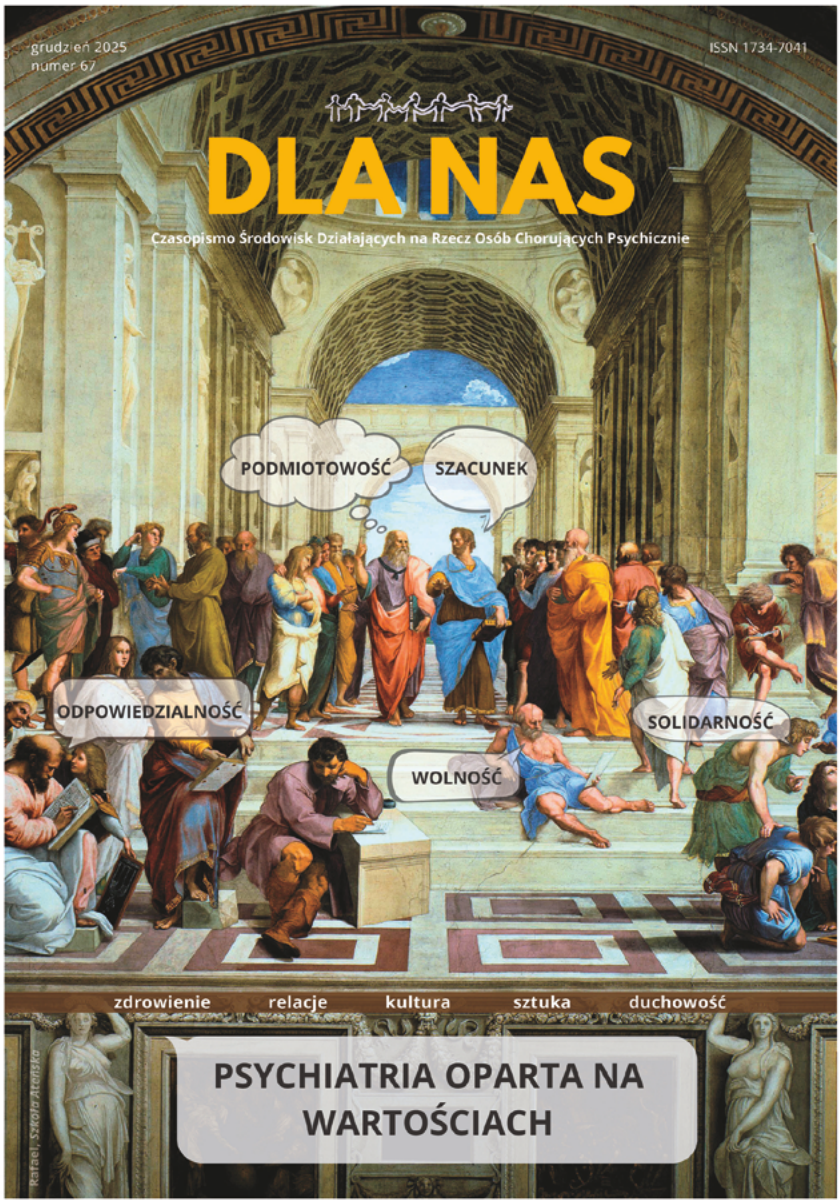
Psychiatria środowiskowa opiera się na kluczowych wartościach,

które mają zapewnić najwyższą jakość i skuteczność pomocy osobom doświadczającym kryzysów zdrowia psychicznego. Niniejszy numer poświęcamy refleksji nad fundamentami tych wartości, stawiając filozoficzno-etyczne pytania o zdrowie psychiczne i kryzys — o to, co rzeczywiście pomaga oraz co pozostaje istotne zarówno dla pacjentów, jak i dla pracujących z nimi specjalistów.

Szacunek dla pacjenta — osoby w kryzysie — stanowi warunek nawiązania dobrej relacji terapeutycznej. To on umożliwia dialog i rozmowę, które pozwalają wniknąć w historię życia, doświadczenia i uczucia tej osoby. Poznanie tego kontekstu sprzyja lepszemu porozumieniu i poszerza perspektywę możliwych dróg oraz środków pomocy. W ten sposób respektujemy prawa, godność i wolność pacjenta, a jednocześnie tworzymy sieć relacji międzyludzkich, tak istotnych w doświadczeniu chorobowego osamotnienia.

Pacjent przestaje być wówczas przedmiotem oddziaływań leczniczych, numerem diagnostycznym czy zespołem danych objawów patologicznych. Staje się przede wszystkim konkretnym człowiekiem — osobą o indywidualnym charakterze i własnej historii życia, osadzonej w relacjach społecznych oraz planach na przyszłość. Podmiotowość pacjenta jawi się więc jako zasada pierwszoplanowa.

W tym kontekście izolacja osoby chorej od „zdrowej" części społeczeństwa ustąpić musi idei włączania, integracji i deinstytucjonalizacji. Podmioty lecznicze przenoszą swoje działania do lokalnych społeczności, a ich pacjenci nawiązują kontakty i podejmują nowe role stając się pełnoprawnymi i wolnymi członkami społeczeństwa.



Równie istotna jest społeczna i systemowa odpowiedzialność za zdrowie psychiczne, które pozostaje dobrem wspólnym. Kryzysy psychiczne dotykają znaczącej części populacji, a ich konsekwencje wykraczają poza doświadczenie jednostki, obejmując także jej bliskich i całe otoczenie. Dane epidemiologiczne wskazują, że około jedna czwarta populacji doświadcza w ciągu życia problemów zdrowia psychicznego, co nadaje temu zagadnieniu wymiar powszechny i systemowy.

Solidarność i sprawiedliwość domagają się odpowiednich regulacji prawnych, sprawnych mechanizmów działania, jak i odpowiednich nakładów materialnych, które umożliwią tworzenie nowoczesnego i wydajnego systemu kończącego epokę zaniedbań i „biedapsychiatrii" w Polsce.

Jakość systemu nie może być naszym pobożnym życzeniem, a kluczowym kierunkiem działań, bo same cyfry, liczby procedur medycznych i pacjentów nie zagwarantują nam skuteczności leczenia. Interwencje farmakologiczne muszą łączyć się z interwencjami psychospołecznymi, bo to gwarantuje holistyczne podejście do człowieka w kryzysie. Zdrowienie będzie teraz naszym celem i zarazem nowym paradygmatem w psychiatrii.

Monika Syc
Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi"

SEMION GLUZMAN

STRAŻNIK SUMIENIA UKRAIŃSKIEJ PSYCHIATRII

TADEUSZ NASIEROWSKI

Nie popadaj w smutek, bo ugrzęźniesz,
żalom się oddawać to pułapka.
takim cię na świat wydała matka,
że jak widać urodziła cię już więźniem.
Może tylko ta metoda jest skuteczną,
żeby jakoś ułożyć się z gwiazdami,
kiedy kraty, kraty między wami
a za siedmioma zamkami – wieczność. [...]

Wasyl Stus,
Czas twórczości / Dichtenszeit i listy z niewoli,
Warszawa 2024, 30/31 (tłum. Jacek Podsiadło)

Semion Gluzman (ukr. Hluzman) pochodził z rodziny lekarskiej. Urodził się 10 września 1946 roku w Kijowie. Jego ojciec Fiszel Abramowicz Gluzman (1904–1987) był patofizjologiem, a matka Galina Pietrowna Gluzman lekarką. Jego brat Danylo Fiszelewicz Gluzman (1936–2022) był hematologiem i biologiem molekularnym, laureatem Nagrody Państwowej Ukrainy.

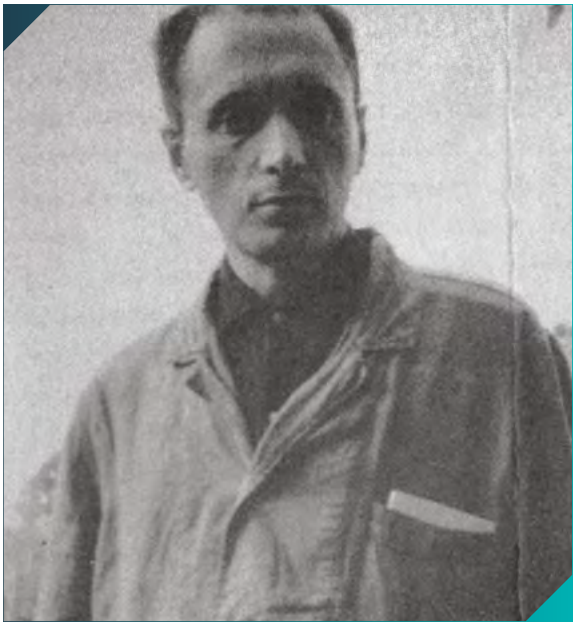
W 1970 r. Semion Gluzman ukończył Kijowski Instytut Medyczny i zaczął pracować w szpitalu psychiatrycznym w Żytomierzu. W 1971 r. pracował w Korosteniu w obwodzie żytomierskim, a w 1972 r. w szpitalu ratunkowym w Kijowie. Prowadził działalność dysydencką. Był blisko związany z literatem Wiktorem Niekrasowem.

Niekrasow poznał młodego Gluzmana, gdy ten przyniósł mu do przeczytania swoje opowiadania. Niejako w rewanżu Niekrasow przekazał Gluzmanowi kilka swoich rękopisów, które zostały skonfiskowane podczas przeszukania. Aresztowanie w maju 1972 r. przez KGB za „antyradziecką agitację i propagandę" stało się kluczowym wydarzeniem w życiu Gluzmana. Został oskarżony o rozpowszechnianie „samizdatu" (literatury drugiego obiegu publikowanej w ZSRR, powstającej poza zasięgiem cenzury) i „tamizdatu" (literatury zabronionej przez cenzurę, publikowanej zagranicą). Władze sowieckie uznały, że rozpowszechnia fałszywe informacje o łamaniu praw człowieka w ZSRR, w tym o wykorzystywaniu psychiatrii do celów politycznych. Proces odbył się w 1972 r. Zasadniczym powodem aresztowania i skazania było sprzeciwienie się przez niego uznaniu przez władze sowieckie generała P.G. Grigorenki (ukr. Petra Hryhorowycza Hryhorenki) za chorego psychicznie za to, że zabiegał o demokratyzację partii komunistycznej i krytykował skorumpowanych urzędników, a także opowiadał się za prawem Tatarów krymskich, deportowanych za rządów Józefa Stalina, do powrotu na Krym. Gluzman, jako jedyny psychiatra w kręgu dysydentów, został poproszony przez obrończynię Grigorenki, adwokat Sofię Wasiliewną Kalistratową (najbardziej znaną prawniczkę broniącą dysydentów w procesach sądowych), o zapoznanie się z materiałami sprawy i wydanie własnej opinii. Po rocznym analizowaniu akt sprawy Gluzman sporządził opinię („Badanie zaoczne w sprawie"), w której obalił wnioski do jakich doszli sowieccy psychiatrzy, i przesłał ją do Moskwy do Andrieja D. Sacharowa. Za swo-

ją działalność został skazany na 7 lat więzienia i 3 lata zsyłki. Podczas odbywania wyroku był poddawany represjom. Dwukrotnie przeprowadził strajk głodowy, który za każdym razem trwał 4 miesiące (był wtedy karmiony przez sondę). Po głodówce w strefie politycznej WS 389/35 w obwodzie permskim ważył tylko 39 kg. Dwukrotnie, w latach 1978 i 1979, był na kilka miesięcy umieszczony w celi jednoosobowej, będącej małym wilgotnym i zimnym pomieszczeniem.

Okazał się odporny i wytrwały. Spotykające go szykany nie załamały go, a wręcz przeciwnie, utwierdziły w wyznawanych poglądach. W rezultacie wkrótce stał się jednym z najbardziej znanych sowieckich dysydentów, nieugiętym obrońcą praw człowieka.

Niekrasow wspominając zaistniałą sytuację stwierdził: „Ten człowiek dostał potworny wyrok za książki i rękopisy!". Uważał, że głównym powodem wściekłości władz była odmowa Gluzmana „współpracy ze śledztwem". A więc odmowa wyrzeczenia się Niekrasowa, publicznego okazania skruchy i oświadczenia, że „to Niekrasow podżegał go do buntu i dawał mu, jeśli nie wywrotową, to przynajmniej uwodzicielską literaturę do czytania". Slavik, jak nazywał Gluzmana Niekrasow, odmówił i otrzymał za to „barbarzyński wyrok". Po latach Gluzman wspominał, że szef wydziału śledczego podczas przesłuchania powiedział: „To poważna sprawa. Jeśli zaczniesz z nami współpracować, dostaniesz trzy [lata], w przeciwnym razie – dziesięć. Zaśmiałem się: Jak możesz dawać 10 lat łagrów, skoro maksymalnie [można] siedem?".



Siemion Gluzman w Niżnoj Tawdie w Obwodzie Tjumenskim, 1979

Po wydaleniu z ZSRR Niekrasow nie zapomniał o przyjacielu i zrobił wszystko, aby jego imię stało się powszechnie znane na Zachodzie jako obrońcy praw człowieka. Rok 1978 Amnesty International ogłosiła rokiem Semiona Gluzmana. Tym, co łączyło Gluzmana z Niekrasowem, były starania o upamiętnienie największej zbrodni Holokaustu na Ukrainie. Między innymi Niekrasow doprowadził do tego, że w 1976 r. w kijowskim wąwozie Babi Jar powstał pomnik upamiętniający rozstrzelanie w dniach od 29 września 1941 r., w którym przypadało święto Jom Kipur – dzień pojednania, do 3 października 1941 r., 33 761 Żydów. Gluzman przez wiele lat pełnił funkcję współprzewodniczącego Komitetu Babiego Jaru opiekującego się tym miejscem pamięci.

Gluzman uważał, że spędzone w łagrach lata były dla niego szkołą życia. W więzieniu i łagrach poznał: Wasyla Stusa, Iwana Swietlicznego, Iwana Dziubę, Walerego Marczenkę, Siergieja Kowalowa. Szczególnie ważna dla niego była znajomość ze Stusem, najwybitniejszym ukraińskim poetą. Stus źle znosił osamotnienie, więc umieszczono w jego celi „młodego Żyda Gluzmana". Po latach Gluzman wspominał:

Wywołali mnie z celi z moimi rzeczami i zaprowadzili do innej – siedział tam mężczyzna po trzydziestce o przystojnej, nerwowej twarzy. Dostrzegłem tomik poezji na jego stoliku nocnym i otwarty słownik na łóżku obok niego. Okazało się, że Stus tłumaczył mojego ukochanego Rilkego. Pamiętam moją radość: „O mój Boże, w końcu prawie jestem w domu!". Oczywiście, prawie nie pracował przez dwadzieścia dni, które spędziliśmy na rozmowach o Thomasie Mannie i Hermannie Hessie, Rilkem i Kobo Abe. Opowiadał mi historie o ukraińskiej starożytności, śpiewał ludowe pieśni cichym głosem, których nigdy wcześniej nie słyszałem. Od czasu do czasu Wasilij, lekko podniecony poezją lub rozmową o literaturze, nagle zamierał i cicho szeptał: „Walko, moja miłości" albo „Dmitryku, mój drogi". Potem milkłem, starając się na niego nie patrzeć, uświadamiając sobie: nie ma go tutaj, jest z rodziną... Bardzo chcieliśmy trafić do tego samego więzienia, ale zostaliśmy rozdzieleni.

W 1990 roku Gluzman wysłał list otwarty do Michaiła Gorbaczowa, prosząc go o dołożenie wszelkich starań, aby zapobiec zniszczeniu rękopisów Wasyla Stusa, regularnie konfiskowanych mu w obozie pracy aż do jego śmierci w 1985 r. Chociaż Gorbaczow nie odpisał, spuścizna Stusa ocalała.

Podczas odbywania kary Gluzman napisał wspólnie z Władimirem Bukowskim "Podręcznik psychiatrii dla dysydentów" (w rzeczywistości Bukowski był jedynie autorem przedmowy, a główny tekst wyszedł spod ręki Gluzmana).

W 1982 r., po powrocie z zesłania do Kijowa, nie otrzymał pozwolenia na pobyt ani zezwolenia na pracę w swoim zawodzie. Dostał pracę w kijowskiej fabryce "Promarmatura". Dopiero gdy wysłał list do Jurija Andropowa, w którym napisał: "jestem antyradziecki i nie ukrywam tego" oraz poprosił o możliwość emigracji, aby znaleźć pracę w swojej specjalności za granicą, zezwolono mu na podjęcie pracy jako lekarz. Kilka tygodni po wysłaniu listu Gluzman został zaproszony przez szefa działu personalnego Ministerstwa Zdrowia Ukraińskiej SRR. Otrzymał pozwolenie na pracę jako lekarz ogólny. Od 1983 r. był pediatrą w klinice dziecięcej. Po czterech latach pracy zwolnił się. Zaczął publikować artykuły o nadużyciach w sowieckiej psychiatrii, napisał także scenariusze do dwóch filmów. W 2012 r. wydawnictwo Dmitrija Burago wydało jego książkę "Rysunki z pamięci, czyli wspomnienia więźnia" (Рисунки по памяти, или Воспоминания отсидента).

Od 1991 r. był sekretarzem wykonawczym Stowarzyszenia Psychiatrów Ukrainy. Uczestniczył w wielu projektach badawczych, głownie ukraińsko-amerykańskich. Stał się specjalistą w zakresie praw człowieka, wpływu katastrofy w Czarnobylu na zdrowie psychiczne Ukraińców, a także zajmował się problematyką uzależnienia od alkoholu i psychiatrią społeczną.

W latach 2000-2002 był członkiem zarządu Fundacji Sorosa na Ukrainie. Jednak zrezygnował z tej funkcji, gdyż miał inną wizję działalności fundacji. Szeroka działalność międzynarodowa pozwoliła mu na uzyskiwanie funduszy na publikowanie przekładów zachodniej literatury psychiatrycznej w języku rosyjskim i ukraińskim, co odegrało niebagatelną rolę edukacyjną. Punkt rozprowadzania książek mieścił się w Szpitalu Psychiatrycznym nr 1 w Kijowie, na terenie dawnego monasteru św. Cyryla, gdzie zachowała się piękna XII wieczna cerkiew.

Tam właśnie po raz pierwszy zetknąłem się z Semionem Gluzmanem. Gdy przed 40 Zjazdem Naukowym Psychiatrów Polskich w Krakowie (2001) zostałem poproszony o wskazanie psychiatry, który mógłby wygłosić referat na temat nadużyć w sowieckiej psychiatrii, bez wahania poleciłem Semiona Gluzmana (*Nadużycia w psychiatrii w czasach sowieckiego totalitaryzmu / Abuse of psychiatry in time of Soviet totalitarianism*; Psychoterapia, 2001, nr 4, s. 29-34).

W 2017 r. w tekście, w którym przedstawił owoce swojej działalności i bolączki współczesnej ukraińskiej psychiatrii, Gluzman napisał:

> *Przez wiele lat byłem wrogiem sowieckiej psychiatrii. Prawdziwym, otwartym wrogiem 30.000 swoich sowieckich kolegów, którzy uznawali istnienie choroby zwanej schizofrenia skąpoobjawowa o powolnym przebiegu [którą dziennikarze nazwali bezobjawową]. Dziś, w 2017 roku, z dumą mogę stwierdzić, że zdecydowana większość ukraińskich psychiatrów pod względem wiedzy nie różni się od kolegów z Europy i Ameryki Północnej. Ich problem polega na tym, że każdego dnia idą do pracy w szpitalach i poradniach, które niewiele różnią się od tych w byłym ZSRR, gdzie ich wiedza jest odrzucana przez istniejący system. Gdzie brakuje nowoczesnych leków, gdzie pacjenci są głodni i często jest im zimno. Gdzie lekarze są zmuszeni fałszować dokumenty, aby nie wyrzucić na ulicę osoby psychicznie chorej, która nie ma mieszkania ani rodziny gotowej ją przyjąć. I gdzie każdy naczelny lekarz jest zmuszony łamać przepisy prawa.*

Trwająca od 2014 r. wojna z Rosją jeszcze bardzie pogorszyła sytuację. Winny temu reżim Putina Gluzman porównywał do dyktatury Hitlera.

Semion Gluzman zmarł 16 lutego 2026 r. o godz. 12 w wieku 79 lat w szpitalu Ołeksandriwskim w ostrzeliwanym przez Rosjan Kijowie.

In Memoriam
SEMYON GLUZMAN
(1946-2026)

ROBERT VAN VOREN

Some thirty-eight years ago, being a courier to the human rights movement, I visited one of my main dissident addresses in Moscow. As usual, Ira Yakir opened the door and whisked me in. But this time she added "go to the kitchen, you will see a face well known to you". So I went to the kitchen and indeed, I saw the live version of a photo I so much internalized in my head during years of campaigning for this person's release.

Semyon Gluzman, Slava for friends, was in Moscow to try to have articles published that he had written about the political abuse of psychiatry. The articles were remarkable. Having spent ten years in camp and exile for having written a diagnosis in absentia on General Petro Grigorenko, concluding that the latter had been sent to a Special Psychiatric Hospital twice for purely political reasons, he had now tried to analyze the origins of this Soviet system of using psychiatry as a means to incarcerate and break dissidents and to which roughly one-third of the political prisoners fell victim. We discussed how to use his articles in the campaign to end the political abuse of psychiatry, and this was the beginning of a long and deep friendship. The articles appeared in our book "On Totalitarian Soviet Psychiatry", published in 1989.

At first our approach was very different. Slava was 13 years older, having survived ten years of camp and exile, and he was very much a philosopher. I was an Western activist with still a black and white image of things, and hence our understanding of the reality and tactical approaches very much differed. When in October 1989 the World Psychiatric Association held its World Congress in Athens and the issue of Soviet political abuse of psychiatry was the main item on the agenda, Slava made his first trip outside the USSR, coincidentally on the same plane as the Soviet delegation that consisted mainly of the architects of the system of political abuse of psychiatry. Our campaign team had an office in a hotel suite close to the conference site, and every morning Slava would come in around nine in the morning and sit on a chair next to the entrance for hours, watching me work. He had never seen a campaign office, and it intrigued him. But it also convinced him that although our approaches were different, we could form a team and join forces.

And so, it happened. In the fall of 1990 he told me to stop traveling to Moscow and come to Kyiv instead. "Nobody comes to Kyiv, you can do anything there, much more interesting!" And indeed, Kyiv was amazing. I didn't go to Moscow for fifteen years and instead came to Kyiv at least once a month. Slava's flat became the headquarters of the campaign to reform psychiatry in the - soon former - USSR, sitting around his kitchen table with two friends from Russia, Svitlana Polubinskaya, who authored the first normal law on psychiatric help in the USSR, and Yuri Nuller, a psychiatrist from St. Petersburg who survived nine years of Kolyma.

What followed were decades of working in trying to pull psychiatry out of the Soviet marsh. In January 1991 Gluzman established the Ukrain-

ian Psychiatric Association, again with a unique approach. He refused to set up a dissident organization, realizing that it would never become effective. So he invited the Chief Psychiatrist of Ukraine, the Chief Psychiatrist of the Ministry of Internal Affairs and the Chief Psychiatrist of Kyiv to join the board. I never forget the first board meeting. To me all Soviet psychiatrists were still torturers of political prisoners, and to them I was a CIA agent – they never met a foreigner before, let alone a very active anti-Soviet activist. Trust grew only step by step, and I never forget the first time I went down into the psychogeriatric cellars of the Pavlov Psychiatric Hospital in Kyiv, where I saw and smelled Dante's Hell on earth. If I close my eyes now I still see (and smell!) the horrors of what transpired before my eyes, and when we left the cellars the Chief Psychiatrist of Kyiv, Oleg Nasynnik, wept He was in total shock.

People no longer remember where we came from, what the horrors of Soviet psychiatry looked like. Step by step, project after project, we started the long road to bring about change. Hundreds of projects were implemented. We opened the first Psycho-Social Rehabilitation Center in Ukraine, the first Protected Living Environment. We set up the first family organization, the first consumer organization, developed the first training for psychiatric nurses. We even opened our own printing press and publishing house, Sphera, and published translations of 139 manuals and books on psychiatry, human rights, law and other subjects, including the first edition of Anne Frank's diary in Ukrainian. When I now go through my computer I am stunned how much we did.

Slava became my brother in arms, not only my close friend but also my educator. He taught me to look beyond the obvious, to try to understand the second, third and fourth layer, the human factor and the complexity of mankind. His memoirs, published a decade ago, are unique, because the book is not about heroism but about mankind, about the fear that is with us all the time but should not keep us from following our conscience and do what is right. I am eternally indebted to him, and had the honor and immense pleasure to work with him side by side for almost forty years. Slava was not easy, as many great people are at times, but never in selfish pursuit. He lived for the cause, and dedicated his whole life to the humanization and ethics of psychiatry, not only in Ukraine but on a global scale. And humor was our constant companion – which kept us going when facing injustice, opposition or total lack of interest.

The full-scale invasion in 2022 changed everything. Slava lived on the fifteenth floor in a suburb in the north of Kyiv, and at one moment the Russians were only several kilometers away. He stubbornly refused to leave his apartment, and when I called him to say that we had found a refuge for him he was very direct: "if you ask me to leave my apartment once again I won't pick up. This is my home, my freedom." And I understood he was ready to die right there, in his fifteenth-floor apartment, in his space of freedom.

Age started taking a toll, as well as the consequences of ten years imprisonment. In the Netherlands we call this "tropical years", which related to the work of civil servants in the colonies: each year counting for two. The repeated and prolonged absence of electricity made him a prisoner in his apartment, his "freedom", and gradually he faded out of the public eye. But every time I was in Kyiv we would sit around the kitchen table, reminiscing about the past, talking about who had died, watching the whole generation of dissidents slowly disappearing. We remained optimistic, we were the "young kids on the block", we told ourselves. He a bit less than me but still – we had still a lot of years to come. When in 1989 Petro Grigorenko was rehabilitated, Slava was called to Moscow to the office of the General Procurator. "Oh, you are still so young!", the latter exclaimed. "Yes," Slava said with his typical irony, "you arrested me very young."

But alas it turned out that we didn't have these many years, at least not together. The "tropical years" took their toll, and the hardship of living in a country at war being destroyed by Russia did the rest. Slava left us, but only in flesh. He is still with us, in spirit, and we will continue the work he started in 1971 when he was arrested, being 24 years old. And I will write down all that he did and all that he accomplished, because the younger generations need to know, and need to know where Ukrainian psychiatry is coming from. They need to know their hero, who was so often ignored by Ukrainian authorities who could not stand his criticism and was void of any political gain.

PSYCHIATRIA POTRZEBUJE UTOPII

JAKUB TERCZ
| Fundacja Otwarte Seminaria Filozoficzno-Psychiatryczne

Prowadziłem niedawno warsztaty profilaktyczne z seniorami. Ostatnie zajęcia z cyklu, więc atmosfera podniosła. Temat: wsparcie profesjonalne, czyli zaczynamy od tego, jak się pomaga po koleżeńsku i jakie są tego pomagania typy oraz granice, za którymi potrzeba ekspertów. Rozmawiamy też o tym, jak w ogóle rozmawiać, że są pewne reguły udanej komunikacji, w parze, ale i większej grupie, że stąd też na zajęciach obowiązuje nas kontrakt i że może on pełnić pewną rolę także poza warsztatami (poufność, szacunek, otwartość, mówimy pojedynczo, mamy różnie itd.). I nagle jeden z uczestników bez zapowiedzi, z nutą - nie wiem do teraz - bardziej pretensji, zażenowania czy ekscytacji, wypala do nas: „to jest idealistyczne i utopijne co wy tu robicie!". No jasne, że jest! Ale jakoś od kilku miesięcy w tej utopii cała grupa się utwierdza, ucieleśnia ją i urzeczywistnia! Że tak na co dzień nie rozmawiamy? Hmm, może i tak, ale dlaczego czasem nie robić czegoś niecodziennego, wyjątkowego?

To mi dało do myślenia. Właściwie od 10 lat zajmuję się aranżowaniem, raz kameralnych, a raz całkiem nie, sytuacji parautopijno-romantyzująco-idealizujących (proszę mi wybaczyć, nic głębokiego się w tym nie kryje, można wybrać dowolny człon i zrobić z nim co się chce).

Seminaria sokratejskie

Zaczęło się w pierwszych latach mojego przyjazdu do Warszawy, gdy jako świeżo upieczony doktorant Wydziału (wtedy jeszcze Instytutu) Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego od 2010 roku regularnie uczęszczałem na piątkowe seminaria prowadzone przez prof. Zofię Rosińską. I Profesor, jako filozof sokratejska i dialogiczna, często zapraszała gości z różnych dziedzin, m.in. prof. Jacka Wciórkę, który zaraził nas, studentów i doktorantów filozofii, zainteresowaniem się zdrowiem psychicznym, które w kolejnych latach stało się stałym tematem seminariów. Aż do roku akademickiego 2014/15, gdy Pani Profesor, wraz ze zmniejszaniem jej pensum dydaktycznego, straciła nasze piątkowe seminaria. Nie pamiętam już, kto to zaproponował, czy Profesor, czy od nas to wyszło, za wiele wtedy wyłaniało się ze wspólnych rozmów, przez co nie da się tego przypisać do nazwiska: by kontynuować seminaria w tym samym trybie, to jest co drugi piątek w godzinach 15:00-18:00. Tak też się spotykaliśmy pod naszymi, czyli zazwyczaj doktoranckimi strzechami, a że wynajmowałem wtedy pokój w dużym domu jednorodzinnym ze wspólnym rozległym salonem na parterze, to często u mnie. Dalej zatem wpadali zapraszani przez Profesor goście. Tematem były filozoficzne aspekty doświadczenia, ale w gruncie rzeczy chodziło o kwestię „psychozy a humanistyka". Bywało nas do 40 osób wspólnie. Czytaliśmy literaturę pod kątem wątków szaleństwa, m.in. Krzysztonia, Philipa K. Dicka, Rimbauda, Kubina, Burroughsa. Tyleż przenikliwe i inteligentne, co naiwne i nieżyciowe były nasze odczytania, jak teraz o nich czasem myślę. Ale wtedy nie za bardzo nas to obchodziło. Była to nasza mała utopia, mikrostruktura, nasze reguły, subkultura, nisza i tajne komplety w jedynym.

Poznać, zobaczyć

Na początku 2015 roku nie złożyliśmy wniosku o dotację do Narodowego Centrum Nauki. W grupie około 10 najbardziej zaangażowanych osób przymierzaliśmy się do złożenia grantu. Do zespołu mieli dołączyć m.in. Piotr Świtaj z Instytutu Psychiatrii i Neurologii, żeby opracować RD. Lainga. Ale nasze podejście nie było wtedy wystarczająco rzetelne naukowo jak na standardy NCNu (jego wartości bym upatrywał gdzie indziej). Projekt napisaliśmy, a nie złożyliśmy, ponieważ miała obowiązywać karencja polegająca na tym, że wnioski najgorsze odbiorą zespołom możliwość ponownego składnia przez jakiś czas (podobno w końcu tego nie wprowadzili). Chyba wtedy prof. Wciórka rzucił, że może by pójść w konferencję, żeby ludzi poznać. Środowisko zobaczyć. Podjęliśmy temat z Andrzejem Kapustą, z UMCS w Lublinie, który już od kilku

lat przyjeżdżał do Warszawy i który w Lublinie rozwijał równolegle swoje badania. We dwóch w kilka tygodni zorganizowaliśmy konferencję. Nam, anonimowym romantykom-filozofom, Muzeum Sztuki Nowoczesnej udostępniło aulę jeszcze w starej siedzibie w „Emilce", a TOK FM dało patronat i godzinną audycję u Hanny Zielińskiej, których potem mieliśmy jeszcze wiele (aż Hanna nie wyjechała z rodziną do Norwegii).

Romantyzująca otwartość

Z naszej perspektywy robiliśmy to samo, co na zajęciach na Uniwersytecie i w domach, tylko nie w formule hermetycznej – wieża z kości słoniowej, ale otwartej, przy ulicy Emilii Plater w Warszawie. Dlatego nazwaliśmy konferencję Otwartymi Seminariami Filozoficzno-Psychiatrycznymi. Tytuł pierwszej: „Filozofia i psychiatria w poszukiwaniu wspólnego języka". Pewnie, że takiego nie ma, chyba nie o to nam w ogóle chodziło, ale o porozumienie się między dziedzinami, między departamentami, i ludźmi przede wszystkim, których przyszło 120, ku naszemu szczeremu zdziwieniu (i brakowi krzeseł). „Jestem osobą, nie chorobą", „dobro, czy prawda? Praktyka, czy nauka?", „bez bycia-w-świecie nie ma jedności modelu bio-psycho-społecznego", „czy musimy wybierać między bólem egzystencji a depresją?" – pytania bez odpowiedzi. Chwila rewolucyjnego uniesienia, zapach powietrza, że dzieje się coś wyjątkowego, że może nie wspólny, ale jakiś nowy język sprawi, że będzie się lżej myślało, więc i żyło. Jak Deleuze o Sartrze, że wpuszczał świeże powietrze. Utopia czystego, w pełni przejrzystego powietrza w centrum Warszawy. Potem kolejne konferencje, dotąd 8 w Warszawie, 2 w Lublinie. Chyba o każdej pisaliśmy tutaj, na łamach PSYCHIATRY.

W piątek mamy Kryzys

Potem, gdy poziom naszej naiwności mógł tylko eskalować, było już tylko łatwiej. W 2018 roku już pod skrzydłami zarejestrowanej rok wcześniej Fundacji OSFP razem z Katarzyną Parzuchowską-Tercz inicjujemy Teatr Kryzys, mocujemy się w Domu Kultury Stokłosy i przez 7 lat uprawiamy regularną utopjadę. Wystawiamy Conrada i Kafkę. Łączymy self-help group, klub towarzyski, grupę kreatywną, amatorski teatr osób o wspólnocie doświadczenia; obroniliśmy się prawdopodobnie tylko przed zostaniem grupą terapeutyczną (jedyna psychoterapeutka, którą na początku zatrudniliśmy jako współprowadzącą, szybko została aktorką, dzięki czemu wskoczyłem na jej miejsce). Nasze spotkania, znów w piątkowe popołudnia, z czasem ustanowiły mikrojęzyk, mikropercepcje, zwyczaje, relacje, wyłaniające się stopniowe przez rotujący zespół. „W piątek mamy Kryzys". Zasady, czasem jawne, wypowiedziane, ale zazwyczaj ukryte, które zauważaliśmy dopiero, gdy nazywały nam je dołączające po raz pierwszy osoby. Pozwalanie sobie na całkowity luz i wygłupy, o których nie mogę tu pisać, spontaniczne wcielenia i wyskoki nie do powtórzenia. Magia sceny, na której znikają objawy chorób psychicznych i uboczne neuroleptyków, czego nie potrafimy do dziś wyjaśnić. Część osób wpadała na chwilę, na miesiąc, inni zostawali na dłużej. Przez Teatr Kryzys przewinęło się ponad 60 osób.

Sobotnie Recovery

Kolejny krok to Mazowiecka Szkoła Zdrowienia, recovery college w Domu Kultury Kadr[1]. Zmieniliśmy piątki na soboty. Działamy tam od 2024 roku. Określamy się jako łącznik pomiędzy usługami medycznymi a społeczeństwem, czyli włączamy osoby, które mają odpowiednie zaopiekowanie farmakologiczne, psychoterapeutyczne, ale chciałyby spróbować postawić sobie cele życiowe, sprawdzić się we współpracy warsztatowej w grupie z innymi. Diagnozy i choroby można wypowiedzieć, ale potem odwiesza się je na wieszak; tu jesteśmy zdrowi, w zdrowych relacjach, zdrowiejemy; pracujemy na zasobach, formułujemy cele pozytywne, opieramy się bardziej na modelach i technikach edukacji osób dorosłych niż tych wziętych z tej czy innej terapii. Nie leczymy, a się uspołeczniamy i tworzymy warunki do indywidualnego zdrowienia (przedłużenia leczenia). Zajęcia zwykle prowadzą diady ekspert przez wiedzę z ekspertem przez doświadczenie. Osoby poznają się od wrażliwych, ale i mocnych stron, odkrywają się i przeglądają w innych; korzystamy z mądrości grupy. Jeśli w psychoanalizie pracuje nieświadomość, to w recovery college – społeczność. Zawsze wietrzymy salę przed wejściem na zajęcia. Studenci nie pacjenci, wpisy do indeksu. Przez 4 godziny można czuć się lepiej niezależnie od codziennych trudności. I w końcu przyszedł rok 2025, w którym rozpoczęliśmy w Fundacji zajęcia z seniorami, o których pisałem na początku i którzy, jakże słusznie, nazwali rzecz po imieniu.

Dlaczego ja o tym wszystkim piszę? Bo może psychiatria środowiskowo rozumiana potrzebuje swoich momentów utopii, w których dla grupy osób połączonych pewną ideą czy potrzebą wszystko jest możliwe i nic nie jest konieczne. ■

[1] W marcu 2026 roku będą możliwe zapisy na semestr wiosenny 2026 Mazowieckiej Szkoły Zdrowienia dofinansowanej ze środków z budżetu Województwa Mazowieckiego. Więcej informacji: **https://osfp.org.pl/szkolazdrowienia**.

TEATR NA RECEPTĘ

JUSTYNA MAŃKOWSKA-KACZMAREK

| Fundacja Katarynka

Teatr może być miejscem budowania odporności psychicznej, trenowania i przeżywania emocji, a także refleksji nad różnorodnymi doświadczeniami. Jednocześnie, historie i opowieści przedstawiane ze sceny mogą obciążać, a nawet retraumatyzować widzki i widzów. Czy można zatem w teatrze stworzyć bezpieczną przestrzeń dla trudnych tematów? Osoby związane z e środowiskiem teatralnym podkreślają, że nie jest to możliwe, jeśli nie stworzymy również bezpiecznego środowiska pracy za kulisami.

Jestem ekspertką w obszarze dostępności i od 16 lat liderują Fundacji Katarynka. Od ponad dwóch lat poszerzam obszar dostępności kultury o temat zdrowia psychicznego. Dwa lata temu realizowałam stypendium Ministra Kultury, w ramach którego mapowałam potrzeby i dobre praktyki w obszarze zdrowia psychicznego w kulturze. Dostrzegłam wtedy, jak wiele potrzeb, trudności, ale też niezwykłych rozwiązań znajduje się właśnie w teatrze.

Teatr. Obszary wrażliwe.

Tak powstał projekt „Teatr. Obszary wrażliwe". Wraz z Fundacją Katarynka, która wspiera teatry w tworzeniu inkluzywnych wydarzeń, stworzyliśmy pierwszy kompleksowy program dla ludzi teatru w obszarze dobrostanu psychicznego. Partnerami projektu były Teatr Polski we Wrocławiu oraz Wrocławski Teatr Lalek. Była to przestrzeń wymiany wiedzy między sektorem zdrowia psychicznego a środowiskiem teatralnym, a także podnoszenia kompetencji kadr teatralnych.

Zaprogramowaliśmy cykl warsztatów i webinarów dotyczących modelu „swobodnych spektakli", które w Europie projektowane są z myślą o publiczności neuroróżnorodnej oraz osobach po kryzysach psychicznych. Poruszaliśmy również temat bezpiecznego tworzenia spektakli podejmujących wątki kryzysów samobójczych. Inspirowaliśmy w obszarze „teatru na receptę" i wspierania procesu zdrowienia poprzez teatr. Naszymi gośćmi były organizacje z Londynu – „Go Live Theatre" i „Performing Medicine" – oraz suicydolożka Lucyna Kicińska.

Zdrowie psychiczne w teatrze

Zwieńczeniem projektu było całodniowe seminarium pt. „Zdrowie psychiczne w teatrze". Podzieliliśmy je na dwa moduły tematyczne: pierwszy poświęcony odbiorcom, drugi – zespołom i środowisku pracy. W seminarium wzięło udział ponad sto osób z teatrów w całej Polsce, a także osoby związane z sektorem zdrowia psychicznego. Rozpoczęliśmy prezentacją dobrych praktyk pracy z odbiorcami i na ich rzecz.

Aleksandra Marzyńska z Teatru Zagłębia opowiadała o współpracy z terapeutą przy tworzeniu programu dla matek osób z niepełnosprawnościami, które mierzą się z trudnymi doświadczeniami.

Kluczowe okazało się rozdzielenie kompetencji – rolą teatru nie jest terapia, lecz twórcza współpraca. Bezpieczeństwo psychologiczne i profesjonalne wsparcie powinien zapewniać terapeuta.

Marta Kurowska z Wrocławskiego Teatru Lalek przybliżyła temat treści wrażliwych i sposobów ich komunikowania. Treści wrażliwe to obrazy, sceny, narracje czy wątki fabularne poruszające trudne tematy, które mogą mieć negatywny wpływ na zdrowie psychiczne widzów. Taka komunikacja nie służy cenzurze ani utrzymywaniu odbiorcy w komforcie. Wręcz przeciwnie – daje możliwość świadomego wyboru uczestnictwa w spektaklu i przygotowania się na trudne doświadczenie.

Kolejne dobre praktyki dotyczyły zespołów. Dużym zainteresowaniem cieszył się kurs „Pierwszej Pomocy Psychologicznej". W Wielkiej Brytanii prowadzą go trenerzy związani z obszarem bezpieczeństwa i higieny pracy. Coraz więcej teatrów ma swoich ratowników PPP, którzy działają zarówno za kulisami, jak i na widowni, wspierając aktorów oraz odbiorców.

Terapeuta Kazimierz Ździebło wprowadził nas w temat superwizji, która w teatrze ma szczególne znaczenie, wspierając zespoły m.in. w procesie twórczym.

Dobrostan zespołu – dobrostan odbiorców

Uzupełnieniem prezentacji były panele dyskusyjne. W pierwszym panelu rozmawialiśmy o odbiorcach – o granicy między działaniami teatralnymi a terapią, o budowaniu bezpiecznej przestrzeni do przeżywania emocji oraz o odpowiedzialności za zdrowie psychiczne widzów przy podejmowaniu trudnych tematów scenicznych. Panelistki dzieliły się także praktykami współpracy z sektorem zdrowia psychicznego. Niezwykle cennym głosem była perspektywa ekspertki przez doświadczenie. W panelu udział wzięły: aktorka i terapeutka Katarzyna Kaźmierczak-Przybyła, koordynatorka dostępności Nowego Teatru i TR Warszawa Helena Świegocka, Marta Kurowska z Wrocławskiego Teatru Lalek, suicydolożka i pedagożka Lucyna Kicińska oraz ekspertka przez doświadczenie Agata Jońska, związana z grupą Pogotowie Teatralne.

Drugi panel poświęcony był zespołom. Rozmawialiśmy o narzędziach i rozwiązaniach budujących bezpieczeństwo psychologiczne w procesie twórczym, a także o dobrych praktykach w miejscu pracy, które czasem wykraczają poza tradycyjne modele funkcjonowania teatru. Analizowaliśmy wyzwania dla zdrowia psychicznego w środowisku teatralnym oraz dostępne formy wsparcia prawnego i systemowego, z których mogą korzystać instytucje kultury.

Kluczowe okazało się rozdzielenie kompetencji – rolą teatru nie jest terapia, lecz twórcza współpraca

Panel prowadziła Anna Rochowska, dyrektorka TR Warszawa. W dyskusji udział wzięli: reżyserka Anna Smolar, wicedyrektorka Instytutu Teatralnego Anna Galas-Kosil, dyrektor Teatru Dramatycznego im. Szaniawskiego w Wałbrzychu oraz dr Mateusz Warchał, ekspert w zakresie psychologii i prawa pracy.

Odpowiedzialne podejmowanie trudnych tematów na scenie wymaga równoległego budowania bezpieczeństwa – zarówno dla widzów, jak i dla zespołów twórczych. Teatr może być przestrzenią wzmacniania odporności psychicznej, wspierania procesu zdrowienia i świadomego przeżywania emocji, pod warunkiem, że działa w dialogu z sektorem zdrowia psychicznego i jasno określa granice swoich kompetencji. Frekwencja podczas seminarium i pozostałych wydarzeń to dowód na to, że środowisko teatralne jest gotowe na zmianę – na wprowadzanie narzędzi, które łączą wrażliwość artystyczną z troską o dobrostan psychiczny całej społeczności teatru. ■

OD REDAKCJI: W kolejnym numerze Kwartalnika Psychiatra opublikujemy rozmowę z Anną Smolar, reżyserką wielu nagradzanych przedstawień teatralnych, między innymi spektaklu „Orfeusz" poruszającego temat przeżywania żałoby.

MIĘDZY RECEPTĄ A RELACJĄ

Co psychiatrzy powinni wiedzieć o psychoterapii zaburzeń osobowości?

Z AGNIESZKĄ CHRZCZONOWICZ-STĘPIEŃ rozmawia WERONIKA KURTYCZ

O naukowych fundamentach nowoczesnej psychoterapii, wyznacznikach skuteczności klinicznej oraz o tym, jak budować sojusz, który chroni proces leczenia, rozmawiamy z dr n. med. Agnieszką Chrzczonowicz-Stępień – psycholożką kliniczną, psychoterapeutką Polskiego Towarzystwa Psychologicznego i superwizorką w trakcie certyfikacji z Centrum Leczenia Trudności i Zaburzeń Osobowości.

Po czym psychiatra może poznać dobrego psychoterapeutę, który rzetelnie prowadzi proces leczenia zaburzeń osobowości?

Dr n. med. Agnieszka Chrzczonowicz-Stępień: Oczywiście obowiązują tutaj te same reguły, jak przy pracy z innymi osobami, takie jak odpowiednie wykształcenie i doświadczenie kliniczne. Natomiast poza tym, dobry psychoterapeuta pracuje w oparciu o jasne cele i ramy, które są znane pacjentowi. Nawet jeśli pacjent ma osłabiony wgląd, powinien rozumieć, na czym polega jego terapia, nad jakimi obszarami pracuje. To, że psychoterapia często jest procesem długoterminowym i niedyrektywnym, nie oznacza chaosu, przypadkowości - dobry terapeuta wie, dlaczego i po co podejmuje konkretne interwencje, na jakim etapie terapii znajduje się z pacjentem etc. Niezmiernie ważnym sygnałem jest otwartość terapeuty na omawianie z pacjentem relacji terapeutycznej, zwłaszcza trudności, w tym negatywnego przeniesienia czy pogorszenia stanu klinicznego.

Jakie konkretne efekty pracy terapeutycznej może zaobserwować psychiatra podczas wizyt kontrolnych?

A.Ch-S: W przypadku zaburzeń osobowości (tak jak zresztą bywa w innych zaburzeniach, ale tutaj jest to szczególnie ważne) ustąpienie objawów nie jest najważniejszym wyznacznikiem sukcesu. Kluczowy jest tu raczej rozwój zdolności do mentalizacji, czyli rozumienia stanów umysłowych własnych i innych osób; spójniejszy obraz siebie, poprawa w budowaniu relacji czy regulacji emo-

cji. Lekarz może zauważyć na przykład, że pacjent zaczyna inaczej opowiadać o swoich relacjach – w mniejszym stopniu przypisuje innym wrogie intencje, a zaczyna dostrzegać własny udział w konfliktach. Mamy na to obecnie wiele dowodów naukowych, np. badania Petera Fonagy'ego i Anthony'ego Batemana (ale także Luytena, Karteruda i in.), twórców modelu MBT, którzy wskazują na mentalizację jako główny mechanizm zmiany w leczeniu zaburzeń typu borderline. Inne nazwiska badaczy nad procesami zmiany w ZO, takimi jak silny sojusz terapeutyczny czy regulacja emocji, to Lorentzen, Leach i inni. Badania typu RCT dotyczące terapii dwu- lub trzyletnich pokazują, że poprawa w zakresie regulacji emocji i refleksyjności wyprzedza trwałą zmianę behawioralną.

W tych badaniach opieramy się m.in. na Alternatywnym Modelu Zaburzeń Osobowości (AMPD), obecnym w DSM-5 i korespondującym z ICD-11. Zgodnie z tym modelem kluczowe deficyty w zaburzeniach osobowości koncentrują się wokół integracji tożsamości oraz funkcjonowania interpersonalnego (bliskości i empatii). Model ten uzyskał potwierdzenie w badaniach walidacyjnych i longitudinalnych (m.in. Skodola, Widigera, Zimmermanna, Hopwooda), a jego kliniczne znaczenie podkreślają np. prace Oldhama.

Do jakiego punktu zatem zmierza psychoterapia? Kiedy możemy uznać pacjenta za „wyleczonego"?

A.Ch-S: To oczywiście w psychoterapii pojęcie względne, u każdej osoby może być inaczej. Generalnie jednak naszym celem jest poprawa funkcjonowania osobowości, zwłaszcza w obszarze tożsamości i relacji z innymi. Innymi słowy chodzi o to, by pacjent lepiej rozumiał siebie i swoje emocje, potrafił wyznaczać i osiągać cele i budować satysfakcjonujące relacje. Poprawa objawowa – np. zaprzestanie samouszkodzeń – jest wtórną konsekwencją tych zmian. Na przykład, jeśli pacjent przestaje czuć się zawsze odrzucany przez innych, widzi swój wpływ na budowanie relacji, jego relacje się poprawiają, co dalej wpływa na zmniejszenie nasilenia objawów depresyjnych czy autoagresywnych.

Ile czasu powinna trwać taka terapia? Czy wieloletni proces powinien niepokoić lekarza?

A.Ch-S: Zaburzenia osobowości wymagają leczenia długoterminowego, a więc powyżej roku. Standardem w badaniach klinicznych typu RCT są procesy 2-3 letnie, ale w praktyce mogą one trwać znacznie dłużej, zależnie od głębokości zaburzenia. Długość psychoterapii jest silnie związana z poziomem zmiany, jaki chcemy osiągnąć, a tu przecież zmiany mają dotyczyć struktury osobowości; taka zmiana nie wydarza się w kilka miesięcy. Lampką ostrzegawczą nie będzie zatem sam czas, ale brak zmian w funkcjonowaniu pacjenta przez okres np. dwóch lat. Pamiętajmy też, że w trakcie terapii może dojść do czasowego nasilenia objawów, na przykład, gdy pacjent dociera do trudnych, traumatycznych treści.

Czy psychiatra powinien zapytać o przebieg terapii podczas wizyt?

A.Ch-S: Zdecydowanie tak. Spójność przekazu na temat psychoterapii między lekarzem a terapeutą jest ważna dla utrzymania pacjenta w leczeniu i zmniejsza ryzyko przedwczesnego przerwania terapii. Psychiatra może na przykład edukować czy też wspierać pacjenta w momentach kryzysu terapeutycznego, normalizując jego trudności. Ważne też, by brał pod uwagę proces terapeutyczny w podejmowaniu decyzji o farmakoterapii.

Przejdźmy do konkretnych metod. Które nurty są obecnie uważane w piśmiennictwie naukowym za najskuteczniejsze w pracy z pacjentami z zaburzeniami osobowości?

A.Ch-S: Wnioski z badań pokazują, że metody o najlepiej udokumentowanej skuteczności to: MBT – terapia oparta na mentalizacji, TFP – terapia oparta na przeniesieniu, ST – terapia schematów oraz DBT – terapia dialektyczno-behawioralna. Mimo że metody te możemy wpisać w ramy konkretnych nurtów (głównie psychodynamicznego i cbt), to można powiedzieć, że mają one charakter integracyjny. Tak samo jednak jak w przypadku innych zaburzeń nie zalecałabym lekarzom kierowania pacjenta na terapię w konkretnym nurcie, tę decyzję lepiej pozostawić psychoterapeucie kon-

sultującemu pacjenta. Lepiej wskazywać po prostu ośrodki, do których mamy zaufanie, które specjalizują się w terapii ZO, bazują na sprawdzonych metodach.

Jakie trendy obserwujemy obecnie w psychoterapii zaburzeń osobowości?

A.Ch-S: Na pewno bardzo ważny jest odwrót od modelu kategorialnego (diagnozowania konkretnych jednostek, np. narcystycznego ZO) w kierunku modelu dymensjonalnego, w którym najważniejsza jest ocena głębokości zaburzenia, a w następnej kolejności określenie konkretnych domen trudności, takich jak rozhamowanie czy negatywny afekt. Dla wyboru sposobu pracy i technik terapeutycznych określenie tego, jak nasilone są trudności pacjenta jest bowiem kluczowe. Dodatkowo większy nacisk niż na zniesienie objawów, kładzie się na badanie i określanie mechanizmów zmiany, takich jak rozwój mentalizacji, integracji self, regulacji emocji. Wszystkie zalecane metody kładą też ogromny nacisk na relację terapeutyczną - aby poprzez tę relację pacjent mógł doświadczyć korektywnej relacji przywiązaniowej, a to kluczowe w ZO.

Co psychiatra może zrobić, gdy pacjent twierdzi, że „terapia mu nic nie daje"?

A.Ch-S: Przede wszystkim rozmawiać, pytać, nie oceniać pochopnie ani pacjenta, ani terapeuty. Warto dopytać: czy to pierwsza taka sytuacja? Jak długo trwa terapia? Często należy pacjenta przede wszystkim wesprzeć, zrozumieć, jak trudna i frustrujące bywa terapia, normalizować to rozczarowanie, które jest stałym elementem psychoterapii w tej grupie. Warto pamiętać, że pacjenci przenoszą swoje wzorce relacyjne (np. skłonność do idealizacji i dewaluacji) na proces leczenia. Psychiatra, zachowując spokój i dopytując o szczegóły, pełni rolę stabilizującą. Jeśli jednak sytuacja się nie zmienia, dobrym rozwiązaniem może być rozmowa (oczywiście za zgodą pacjenta) z psychoterapeutą, która mogłaby rozwiać wątpliwości. Generalnie praca w diadzie lekarz - psychoterapeuta jest bardzo dobrym modelem dla tej grupy pacjentów. Ze swojej strony psychiatra może także upewniać się, że jego pacjent pracuje z psychoterapeutą, który ma do tego kwalifikacje.

Na koniec – jakich błędów powinien unikać lekarz kierujący na terapię?

A.Ch-S: Błędem jest z pewnością kierowanie na psychoterapię bez wyjaśnienia, psychoedukacji. Pacjenci mogą nie wiedzieć, czym psychoterapia naprawdę jest, mieć stereotypowe wyobrażenia na jej temat, czuć, że są „przypadkiem beznadziejnym", któremu lekarz nie potrafi pomóc, leki nie działają. Kolejnym błędem jest zbyt sztywne sugerowanie formy terapii, co wchodzi w kompetencje diagnostyczne terapeuty. Oczywistym błędem będzie także zarówno podważanie psychoterapii, jak i jej idealizacja czy presja „na szybkie efekty". Bardzo pomocne jest, gdy psychiatra może urealniać spojrzenie pacjenta na psychoterapię, a także przedstawić psychoterapię jako równoprawną, naukową metodę leczenia, zdecydowanie zalecaną w przypadku osób z zaburzeniami osobowości.

Najlepsze efekty leczenia pojawiają się wtedy, gdy farmakoterapia i psychoterapia nie konkurują ze sobą, lecz tworzą spójny sojusz wokół pacjenta – oparty na wiedzy, relacji i wspólnym rozumieniu procesu zmiany. ■

Warszawskie Spotkania Interdyscyplinarne

www.konferencja.yesa.pl

O zdrowiu nie tylko w gabinecie...

PSYCHIATRIA INTERDYSCYPLINARNIE

-wspólny mianownik zdrowia

7-9 maja 2026

Hotel Narvil ****
Conference & SPA

office@yesa.pl

+48 500 237 346

Konferencja edukacyjna dla lekarzy i psychologów.

YESA GROUP

Zapraszam serdecznie!

Anna Z. Antosik

LUBELSKIE SPOTKANIA PSYCHIATRYCZNE

14-15 maja 2026
Zamość / Online

TEMAT PRZEWODNI
Psychiatria w czasach przełomu: zmiany, wyzwania, nadzieje.

Dołącz do nas:
lubelskiespotkaniapsychiatryczne.pl

prof. dr hab. n. med.
Hanna Karakuła-Juchnowicz
KIEROWNIK NAUKOWY KONFERENCJI

KONGRES, PODRĘCZNIK I WSPÓŁPRACA

JERZY SAMOCHOWIEC

Europejskie Towarzystwo Psychiatryczne (European Psychiatric Association, EPA) wśród swoich priorytetów na lata 2025–2027 zapisało rozwój partnerstw z wiodącymi organizacjami medycznymi i instytucjami zdrowia publicznego. Aktualnie EPA realizuje bądź planuje wspólne inicjatywy m.in. z:

- **Światową Organizacją Zdrowia (WHO Europe),** w ramach działań na rzecz zdrowia psychicznego populacji oraz przygotowania modułów szkoleniowych w obszarze zdrowia publicznego,
- **Europejskim Towarzystwem Kardiologicznym (ESC),**
- **Europejskim Towarzystwem Diabetologicznym (EASD).**

Podczas nadchodzącego 34 Kongresu EPA zaplanowane są wspólne sesje skoncentrowane na koncepcji ***Whole Person's Health***, czyli podejściu integrującym zdrowie psychiczne z somatycznym, w szczególności w kontekście chorób sercowo-naczyniowych oraz metabolicznych.

Uczestników Kongresu – zarówno tych, którzy przyjadą do Pragi, jak też uczestników online zapraszam w niedzielę **29 marca o godzinie 17:00** na wspólne sympozjum EPA-ESC: ***Whole Person's Health: From Common Roots to Integrated Clinical Response | Cardiac Care and Mental Health***. Wcześniej, bo o godzinie 10:00 odbędzie się wspólne sympozjum EPA-EASD: ***Whole Person's Health: From Common Roots to Integrated Clinical Response | Diabetes Care and Mental Health***. Obradom będzie przewodniczył Celso Arango z Hiszpanii. Francesco Zaccardi wygłosi wykład ***From Evidence to Practice: Managing Diabetes Distress in Type 1 and Type 2 Diabetes***, zaś piszący te słowa: ***The Intersection of Severe Mental Illness, Psychotropic Pharmacotherapy, and Metabolic Disorders.***

Ciąg dalszy tej tematyki nastąpi w poniedziałek **31 marca br. o godzinie 13:15** – sympozjum pod przewodnictwem Normana Sartoriusa będzie poświęcone Współchorobowości w depresji i schizofrenii oraz wyzwaniom diagnostycznym i leczniczym. W ramach tej sesji zaprezentuję wykład ***Dual Diagnosis – Dual Intervention: A Complex Challenge in Contemporary Mental Health Care***, na który również serdecznie zapraszam...

EPA Action Plan 2025–2027: „Leaving no one behind"

Plan strategiczny EPA na lata 2025–2027, którego celem jest rozwój psychiatrii europejskiej, obejmuje m.in. opracowywanie wytycznych i dokumentów eksperckich, prowadzenie badań i projektów naukowych, rozwój inicjatyw edukacyjnych, a także ochronę zdrowia psychicznego grup szczególnie wrażliwych.

W trakcie kongresu EPA 29 marca br. o godzinie 17:00 będę współprzewodniczył sesji ***Pharmacological aspects in diverse groups***.

Planowanie przyszłych kongresów EPA (2027–2029)

Choć jeszcze nie zaczął się Praski 46 Kongres, to EPA intensywnie przygotowuje kolejne edycje: Kongres EPA 2027 rozwijany jest we współpracy z włoskim komitetem lokalnym, którego honorowym przewodniczącym jest prof. Mario Maj, a przewodniczącym organizacyjnym prof. Umberto Volpe. Hasłem kongresu jest: ***Innovating Mental Health: Towards Personalised and Integrated Care***. W ramach planowania kongresu EPA 2028 rozważano dwie kandydatury: Wiedeń oraz Hamburg. Po analizie rekomendowano Hamburg jako lokalizację oferującą nowocześniejszą infrastrukturę, większą elastyczność organizacyjną oraz korzystniejsze wsparcie finansowe. Z kolei, jeśli chodzi o EPA 2029, przedstawiono ofertę Barcelony (CCIB) jako miejsca o doskonałej dostępności i dużych możliwościach konferencyjnych, przy jednoczesnym uwzględnieniu wyzwań związanych z wysokimi kosztami sezonu turystycznego.

Europejski podręcznik psychiatrii – projekt edukacyjny EPA

W poprzednim numerze Psychiatry sygnalizowałem start istotnej inicjatywy edukacyjnej European Textbook on Psychiatry, który ma stanowić kompleksowe, nowoczesne opracowanie psychiatrii europejskiej. Projekt obejmuje 44 rozdziały i został przygotowany pod kierownictwem prof. Andrea Fiorillo oraz prof. Celso Arango. Jeszcze w 2025 roku złożono pełną propozycję podręcznika, a we wrześniu Cambridge University Press (CUP) potwierdziło wydanie publikacji. W styczniu 2026 roku sfinalizowano kontrakt wydawniczy. Publikacja podręcznika planowana jest na kwiecień 2027.

EPA koncentruje się na budowie silnej europejskiej platformy współpracy, integracji psychiatrii z medycyną somatyczną oraz tworzeniu trwałych narzędzi edukacyjnych. Kongres w Pradze i kolejne plany kongresowe mają wzmacniać pozycję EPA jako centralnego forum naukowego psychiatrii w Europie. ■

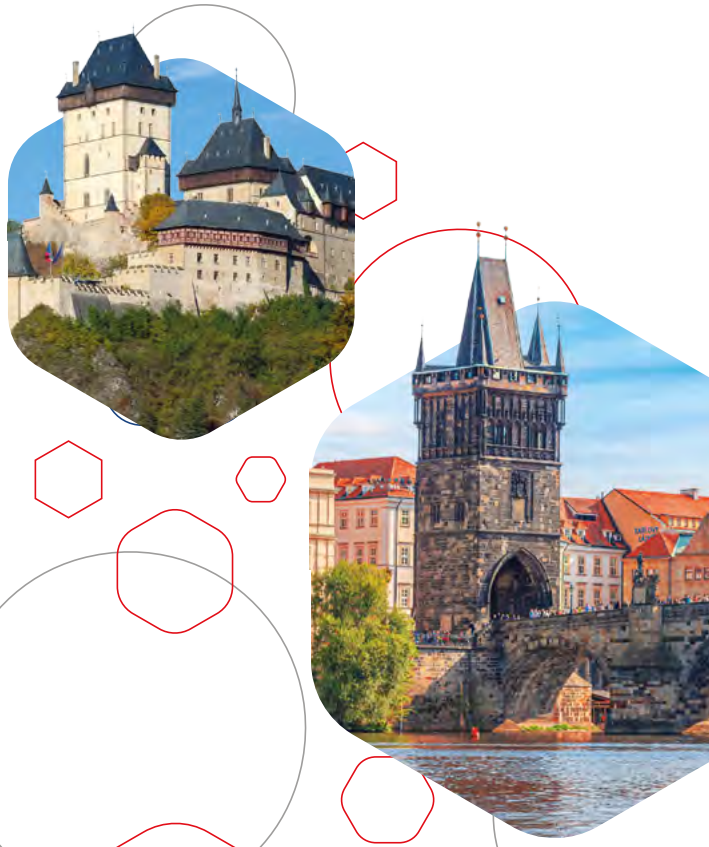
EPA26

EUROPEAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

Prague, Czech Republic • 28-31 March 2026

34th EUROPEAN CONGRESS OF PSYCHIATRY

Mental Health: Improving Care and Expanding Horizons



PRAGUE

#EPA2026

www.epa-congress.org

MANIFEST PREZESKI

AGATA SZULC

| Prezeska Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

„Niepodobna wstąpić dwukrotnie do tej samej rzeki" — pisał Heraklit z Efezu, podkreślając, że zmiana jest centralnym elementem świata. Sięgając co dnia po codzienną porcję wiadomości mam na to aż za wiele dowodów, a rzeka zmian wydaje się płynąć coraz szybciej i szybciej.

Psychiatria jako dziedzina kliniczna i naukowa, liczne potrzeby naszego środowiska specjalistów zdrowia psychicznego, potrzeby osób, które zgłaszają się do nas po pomoc i które otaczamy profesjonalną opieką, a także rola psychiatrii w społeczeństwie – wszystkie te elementy włączone są w nurt tej rzeki, czyli nieustannych zmian. Dlatego, kierując się poczuciem odpowiedzialności, ale też doświadczeniem nabytym w trakcie bycia członkinią Zarządu Głównego i prezeską PTP w latach 2016-2019 wyrażam wolę wspólnego stawiania czoła zmianom, kierowania ich biegiem i takiego prowadzenia spraw Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, które będzie adekwatną odpowiedzią na zmiany, potrzeby i wyzwania, nawet te, które dopiero za jakiś czas wyłonią się zza horyzontu.

Funkcję Prezeski Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego objęłam 3 września 2025 roku. Traktuję ją jako wielki zaszczyt, ale przede wszystkim jako zobowiązanie. Przyszło działać mi i kierowanemu przeze mnie Zarządowi w czasie szczególnym. Sprawy, które w trakcie mojej poprzedniej kadencji dopiero dawały znać o swoim istnieniu, teraz nabrały pełnego rozpędu i siły. Od kilku lat za naszą wschodnią granicą, w Ukrainie, toczy się wojna, wcześniej doświadczyliśmy pandemii COVID-19. Równocześnie obserwujemy głębokie przeobrażenia całego porządku międzynarodowego — dotychczasowy ład świata, w którym urodziliśmy się i żyliśmy już nie ewoluuje, lecz ulega gwałtownemu rozpadowi. W naturalny sposób podważa to poczucie bezpieczeństwa i stabilności, zarówno społecznej, jak i indywidualnej.

Obserwujemy również narastające napięcia w społeczeństwie, do którego przecież wszyscy należymy, zarówno psychiatrzy i pozostali profesjonaliści zdrowia psychicznego, jak i nasi pacjenci, ich rodziny i osoby bliskie, urzędnicy i decydenci. Zmęczenie (także przeciągającą się w tym roku zimą), przewlekłe obciążenie stresem, który się tylko eskaluje zamiast wygaszać i poczucie przeciążenia informacyjnego sprzyjają frustracji, niekiedy konfliktom oraz emocjonalnej niestabilności — zarówno na poziomie indywidualnym, jak i całych wspólnot. Coraz częściej spotykamy się z doświadczeniem wyczerpania psychicznego, które nie zawsze przyjmuje postać zdefiniowanej diagnozy medycznej, a jednak istotnie pogarsza jakość życia i funkcjonowania.

Równolegle mierzymy się z jedną z największych przemian cywilizacyjnych ostatnich dekad — wpływem Internetu i mediów społecznościowych, a ostatnio zmianami, które przynosi coraz szersze zastosowanie sztucznej inteligencji (AI) i tzw. generatywnych modeli językowych. To jest to zjawisko, które już wyłoniło się zza horyzontu, ale którego całego kształtu jeszcze nie znamy. Narzędzia technologiczne stanowią ważne ułatwienia komunikacji i edukacji, ale jednocześnie stały się przestrzenią dezinformacji, polaryzacji i przemocy słownej. Wpływają na sposób przeżywania relacji, kształtowania tożsamości oraz regulacji emocji, a w części przypadków przyczyniają się także do powstawania i podtrzymywania zaburzeń psychicznych. Dlatego refleksja psychiatryczna musi obejmować nie tylko indywidualną psychopatologię, lecz również

środowisko informacyjne, w którym funkcjonuje współczesny człowiek.

Być może brzmi to jak typowo „boomerskie" narzekania na świat (chociaż łapię się na „twardą" generację X). Jak typowe, pokoleniowe narzekanie na współczesność. Zapewne jest w tym pewien element doświadczenia generacyjnego — należę do pokolenia, które było świadkiem głębokich przemian i z nadzieją przyjmowało wizję nowego, lepszego świata. Dziś widzimy jednak, że porządek ten kończy się na naszych oczach, co skłania raczej do refleksji i wynikającej z niej konieczności podejmowania adekwatnych działań, niż do prostego rozczarowania. Takie właśnie działania, z myślą o przyszłości, zamierzam podejmować jako Prezeska Zarządu Głównego PTP.

Można przecież pomyśleć o korzyściach płynących ze zmian – uczymy się nowych rzeczy, w trakcie wojny nauczyliśmy się, jak pomagać w takiej sytuacji, co być może będzie dalej przydatne, nauczyliśmy się, jak radzić sobie z pandemią, uczymy się zmian, uczymy się nadal życia w społecznościach internetowych, a wykorzystanie modeli językowych sztucznej inteligencji (AI) napawa nas nadzieją na kolejne perspektywy zastosowań w praktyce. Przecież recepty i zwolnienia elektroniczne pozwoliły zapewnić pomoc naszym pacjentom w pandemii (co byłoby, gdybyśmy dysponowali tylko papierowymi – strach pomyśleć), więc AI także na pewno otworzy nowe możliwości, których po części pewnie jeszcze nie znamy.

Polskie Towarzystwo Psychiatryczne istnieje od 125 lat. Było, jest i będzie ważnym głosem środowiska profesjonalistów w kwestiach nowoczesnego leczenia, etyki i kolejnych reform. Było, jest i będzie stowarzyszeniem łączącym i scalającym środowisko specjalistów zdrowia psychicznego, przede wszystkim psychiatrów, ale przecież nie tylko. Chcemy, aby nadal się rozwijało i pełniło swoją rolę środowiskowego zaplecza wiedzy, doświadczenia i odpowiedzialnej debaty. Od wielu lat uczestniczymy w pracach gremiów zajmujących się reformą opieki psychiatrycznej, wspierając rozwiązania wzmacniające dostępność i ciągłość leczenia.

Wprowadzenie Centrów Zdrowia Psychicznego stworzyło realną szansę na zmianę paradygmatu opieki — kierunek ten Towarzystwo konsekwentnie popiera. Reforma napotyka trudności, co jest częściowo naturalną konsekwencją jej pionierskiego charakteru, jednak nadszedł moment wyznaczenia jasnego kierunku i określenia celów. Pilotaż dostarczył wielu danych i doświadczeń, które powinny zostać wykorzystane przy wyborze najbardziej efektywnego modelu opieki. Potrzebne jest wskazanie ścieżki dalszych działań, zakończenie etapu pilotażowego oraz zapewnienie stabilnego i adekwatnego finansowania. Te wszystkie elementy są w centrum mojej uwagi jako Prezeski, jak i w centrum prac kierowanego przeze mnie Zarządu. Podkreślam, że wszyscy interesariusze czekają na decyzje i kolejne etapy wdrażania reform z niecierpliwością i nadzieją, że zostanie zapewnione odpowiednie finansowanie, o które PTP konsekwentnie od wielu kadencji apeluje i walczy.

Istotnym obszarem naszych działań powinna stać się także strategia informacyjna Towarzystwa. Mam pełną jasność, że potrzebujemy komunikacji adresowanej do psychiatrów, szerokiego środowiska profesjonałów zdrowia psychicznego, lekarzy innych specjalności i specjalistów innych niż psychiatria dziedzin medycyny, jak i do ogółu społeczeństwa. Potrzebujemy długofalowego planu wzmacniania społecznego wizerunku psychiatrii, która w ostatnim czasie mierzyła się z kilkoma kryzysami. Nieprawidłowości w funkcjonowaniu opieki, niedobory kadrowe i finansowe — szczególnie widoczne w szpitalach psychiatrycznych — pozostają realnymi problemami wymagającymi systemowych rozwiązań, m.in. w zakresie organizacji dyżurów czy zapewnienia pacjentom właściwej, całościowej opieki. Towarzystwo reaguje na te trudności, publikując stanowiska i apele, między innymi dotyczące konieczności zapewnienia opieki internistycznej w szpitalach psychiatrycznych. Jednocześnie zwracamy się do Państwa z prośbą o przekazywanie informacji o problemach oraz potrzebie wsparcia określonych inicjatyw — pozwoli to na pełniejsze rozpoznanie sytuacji i adekwatną reakcję środowiska.

Strategia komunikacyjna musi obejmować również aktywną obecność w mediach społecznościowych. Wymaga to zarówno szybkiego reagowania na pojawiające się wyzwania, jak i konsekwentnego planowania działań długoterminowych.

Realizacja tych celów nie będzie możliwa bez zaangażowania całego środowiska. Potrzebujemy współpracy i poczucia wspólnoty w podejmowanych działaniach — tylko wówczas nasz głos będzie spójny, wyraźny i rzeczywiście słyszalny w debacie publicznej.

Rzeka płynie dalej wraz ze zmianami, i będzie płynąć też, kiedy nas zabraknie. Mam nadzieję, że nowa kadencja przyniesie wiele korzystnych zmian, które pomogą nam dalej pracować na rzecz całego środowiska i naszych pacjentów. ■

Młodym okiem

ANNA REWEKANT

Miniony rok 2025 był dla Sekcji Kształcenia Specjalizacyjnego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego czasem wyjątkowo aktywnym i pełnym doświadczeń. Zakończyliśmy go uczestnictwem w Kongresie *Medforum w Wiśle*, podczas którego Sekcja przygotowała praktyczny warsztat „Psychiatria Cyfrowej Rzeczywistości: nowe technologie w praktyce". Spotkanie poświęcone było wykorzystaniu narzędzi sztucznej inteligencji w praktyce psychiatrycznej – od wspierania procesów terapeutycznych, aż po ułatwienia w codziennej komunikacji z pacjentami.

Jak co roku, sobota należała do cyklu „Psychiatria interdyscyplinarna" moderowanego przez Annę Rewekant i Annę Szczegielniak. Wystąpienia obejmowały szerokie spektrum tematów — od złożoności diagnostycznej niewidzialnego FASD, przedstawionej przez Patryka Główczyńskiego, przez analizę wpływu technologii na rozwój uzależnień wśród młodzieży, zaprezentowaną przez Annę Tarachę-Mocarską, po refleksję Patryka Harasnego nad andrologią w dobie kryzysu reprodukcyjnego i nadciągającej „epidemii niepłodności".

Kongres zakończyliśmy otwartą debatą „Wyzwania współczesnej psychiatrii podczas szkolenia specjalizacyjnego", moderowana przez Annę Rewekant, Annę Szczegielniak i Annę Tarachę-Mocarską. Gośćmi specjalnymi byli Marisa Casanova Dias oraz prof. Krzysztof Krysta, którzy omówili pierwszy w Europie Egzamin Specjalizacyjny z zakresu Psychiatrii (The European Board Examination in Psychiatry – EBEP) oraz perspektywy organizacji kolejnych edycji egzaminu. Najbliższa sesja ma odbyć się we wrześniu.

Rok 2026 rozpoczęliśmy równie aktywnie. Przewodnicząca Sekcji, Anna Rewekant, podczas konferencji *Psychiatria w Pytaniach i Odpowiedziach* wygłosiła wykład pt. „Fakty i regulacje – eutanazja z przyczyn psychiatrycznych w europejskiej przestrzeni prawnej". Eutanazja z powodów psychiatrycznych budzi wiele kontrowersji etycznych i prawnych, stanowi jednocześnie ważny punkt rozmowy o granicach odpowiedzialności i autonomii pacjenta.

W nadchodzącym roku Sekcja kontynuuje intensywną działalność naukową i edukacyjną. Zostaliśmy współorganizatorami dwóch ogólnopolskich konferencji:

- Psychiatryczny Pokój Zagadek – nowego projektu edukacyjnego, który w nowatorski sposób łączy naukę i interaktywną formę warsztatową. Uczestnicy będą mieli okazję „rozwiązywać" przypadki kliniczne w formule escape roomu, łącząc wiedzę teoretyczną z praktyką zespołowego podejmowania decyzji.
- Psychiatria w Przypadkach – wydarzenia znanego już ze swojego praktycznego charakteru, nastawionego na wymianę doświadczeń klinicznych i analizę rzeczywistych sytuacji terapeutycznych.

Nie zabraknie nas także podczas *Zachodniopomorskich Dni Psychiatrycznych* oraz *Leksykonu Młodego Psychiatry*, gdzie członkowie Sekcji tradycyjnie wystąpią w roli prelegentów.

Zaplanowaliśmy dwie Szkoły Młodych Psychiatrów – czyli kolejne odsłony sztandarowego wydarzenia Sekcji Kształcenia Specjalizacyjnego – pierwszą, wiosenną edycję dedykowaną najmłodszym rezydentom psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży, oraz drugą, sierpniową, pełniącą funkcję kompleksowej powtórki przed Państwowym Egzaminem Specjalizacyjnym. Projekty te zostaną zrealizowane dzięki grantom firm Bausch Health, Angelini oraz Gedeon Richter, którym serdecznie dziękujemy za wsparcie inicjatyw edukacyjnych młodych psychiatrów w Polsce.

Nie zwalniamy tempa także w wymiarze międzynarodowym. W wakacje delegacja Sekcji wyruszy do Bukaresztu na Europejskie Forum Rezydentów Psychiatrii (EFPT Forum). To coroczne wydarzenie gromadzi przedstawicieli młodych psychiatrów z całego kontynentu, tworząc unikalną przestrzeń do wymiany doświadczeń, dyskusji o wyzwaniach kształcenia specjalizacyjnego oraz współpracy nad wspólnymi projektami badawczymi.

Sekcja Kształcenia Specjalizacyjnego w 2026 roku pozostaje wierna swojej misji – łączenia młodych lekarzy psychiatrii, inspirowania ich do współpracy, nauki i otwartego spojrzenia na zmieniającą się rzeczywistość kliniczną.

Przed nami kolejne konferencje, warsztaty i spotkania – zarówno w Polsce, jak i poza jej granicami. ■

Zachęcamy do śledzenia naszych działań, dołączania do wydarzeń i współtworzenia kolejnych inicjatyw Sekcji.
Aktualności dostępne są na Facebooku Sekcji Kształcenia Specjalizacyjnego: **www.facebook.com/mlodzipsychiatrzy**
oraz pod adresem e-mail: **sekcja.ksztalcenia.ptp@gmail.com**.

KONKURS LITERACKI „Zapisz, zapamiętaj”

Sekcja Kształcenia Specjalizacyjnego oraz Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego zapraszają do udziału w pierwszej edycji Konkursu Literackiego „Zapisz, zapamiętaj” – inicjatywy, która łączy psychiatrię, osobistą refleksję nad pierwszymi latami zawodowego życia i literaturę. Patronem medialnym wydarzenia jest czasopismo PSYCHIATRA.

Psychiatria to nie tylko nauka i praktyka medyczna, lecz także przestrzeń spotkań, emocji i doświadczeń, które trudno zamknąć w języku statystyk. Każdy dzień rezydentury przynosi historie – czasem pełne napięcia, czasem humoru, a często głęboko ludzkie. Konkurs „Zapisz, zapamiętaj” powstał, by te historie utrwalić.

Zapraszamy rezydentki i rezydentów psychiatrii oraz młodych specjalistów – do roku po zakończeniu rezydentury – do podzielenia się swoimi wspomnieniami. Niech słowa staną się formą refleksji nad własną drogą zawodową, okazją do nabrania dystansu, ale też do wdzięczności wobec ludzi i sytuacji, które ukształtowały Was, jako lekarzy i jako osoby.

Najciekawsze prace zostaną wyróżnione i opublikowane w PSYCHIATRZE, by mogły stać się inspiracją dla kolejnych pokoleń psychiatrek i psychiatrów. Szczegóły udziału w konkursie znajdą Państwo w poniższym regulaminie.

REGULAMIN KONKURSU „ZAPISZ, ZAPAMIĘTAJ”

Cel

■ Celem Konkursu jest zebranie i opublikowanie najciekawszych opisów doświadczeń zawodowych lekarek i lekarzy z okresu rezydentury w dziedzinie psychiatrii.

Tematyka i forma prac

■ Motywem przewodnim pierwszej edycji Konkursu jest hasło: ***Moje najważniejsze doświadczenie zawodowe z okresu rezydentury***. Szczególnie mile widziane będą opisy zawodowych sukcesów i porażek, zawierające odpowiednią dawkę dystansu i humoru.

■ Prace konkursowe powinny mieć formę opowiadania o objętości do 2500 słów. Zwięzłość formy będzie traktowana jako zaleta.

■ Opisy osób i sytuacji związanych z procesem diagnostyki i leczenia muszą zapewniać pełną anonimizację danych osobowych. W przypadku publikacji nagrodzonej pracy organizatorzy zastrzegają sobie prawo do dokonania niezbędnych poprawek redakcyjnych mających na celu spełnienie powyższego wymogu.

Zasady uczestnictwa

■ W Konkursie mogą wziąć udział rezydentki i rezydenci psychiatrii oraz specjalistki i specjaliści psychiatrii w okresie do roku od ukończenia rezydentury.

■ Każda osoba uczestnicząca może zgłosić jedną, samodzielnie napisaną pracę. Wspomaganie procesu twórczego technologią AI jest niedozwolone i stanowi naruszenie zasad fair play.

■ Prace konkursowe w formacie PDF, opatrzone imieniem, nazwiskiem oraz numerem telefonu autorki lub autora, należy przesyłać drogą elektroniczną na adres: **sekcja.ksztalcenia.ptp@gmail.com** w terminie do 30 września 2026 r.

■ Zgłoszenie pracy jest równoznaczne z akceptacją niniejszego Regulaminu oraz wyrażeniem zgody na publikację opowiadania w materiałach organizatora z podaniem imienia i nazwiska autorki lub autora.

Nagrody

■ Oceny prac dokona komisja konkursowa powołana przez Sekcję Kształcenia Specjalizacyjnego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

■ Autorzy i autorki wyróżnionych prac otrzymają nagrody finansowe:

- I miejsce – 2000 zł
- II miejsce – 1500 zł
- III miejsce – 1000 zł

Nagrodzone prace zostaną opublikowane w czasopiśmie PSYCHIATRA.

PSYCHOLOGIA MIĘDZY RÓŻNICĄ A WSPÓLNOTĄ

ANNA ZAJENKOWSKA
| Przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Psychologicznego

Polskie Towarzystwo Psychologiczne (PTP) było obecne w moim życiu na długo, zanim sama zaczęłam w nim aktywnie działać. Już jako studentka miałam poczucie, że gdzieś w tle istnieje instytucja niosąca tradycję, ciągłość i pewien etos zawodu. Towarzystwo kojarzyło mi się ze stabilnością – było zawsze „obok". W moim przypadku dosłownie obok, ponieważ studiowałam na Wydziale Psychologii w budynku przy ul. Stawki, gdzie mieściła się siedziba tej organizacji.

Studia psychologiczne dawały ogrom możliwości. Fascynowały mnie bardzo różne obszary – od psychologii ekonomicznej, przez psychologię muzyki, po psychologię kliniczną. Z czasem zaczęłam dostrzegać, że te ścieżki wcale się nie wykluczają. Psychologia ekonomiczna okazała się niezwykle użyteczna w planowaniu i realizacji projektów badawczych oraz grantów, elementy psychologii muzyki znalazły swoje miejsce w pracy terapeutycznej, a zainteresowanie różnicami indywidualnymi i procesami poznawczymi stało się fundamentem moich badań naukowych nad psychopatologią.

Przez 11 lat pracowałam, a potem kierowałam Zakładem Psychologii Społecznej w Akademii Pedagogii Specjalnej, prowadząc jednocześnie badania w populacjach klinicznych i pracując psychoterapeutycznie. Ta wielowątkowość doświadczeń sprawiała, że coraz trudniej było mi jednoznacznie zdefiniować swoją tożsamość zawodową. Czy jestem psycholożką społeczną? Badaczką różnic indywidualnych? Psychoterapeutką? Analityczką grupową? A może każdą z nich jednocześnie? Z czasem zrozumiałam, że te obszary nie mają wyraźnych granic – przenikają się i wzajemnie uzupełniają.

Właśnie taka różnorodność charakteryzuje także Polskie Towarzystwo Psychologiczne. Łączy ono psychologów i psycholożki z wielu obszarów: osoby prowadzące badania naukowe, pracujące w służbie zdrowia, w szkolne, w biznesie, a także psychoterapeutów i psychoterapeutki. Wiele z tych ról wymaga dodatkowych szkoleń czy

kształcenia podyplomowego, m.in. w przypadku osób chcących uprawiać psychologię kliniczną, pracować jako trenerzy lub prowadzić psychoterapię. Ten wielogłos jest naszym bogactwem, ale bywa też źródłem napięć.

Znajdujemy się dziś w szczególnym momencie, w którym tożsamość zawodowa psychologów ma zostać w pewnym sensie zdefiniowana przez ustawę i rozwiązania systemowe. Piszę ten tekst w dniu, w którym Prezydent RP podpisał ustawę o zawodzie psychologa. To budzi wiele emocji – i trudno się temu dziwić. Tożsamość jest przecież fundamentem naszego funkcjonowania.

W różnych obszarach związanych ze zdrowiem psychicznym obserwujemy narastające podziały: między psychologami a psychiatrami, między różnymi nurtami psychoterapii, między praktyką kliniczną a badawczą, między szkołami i tradycjami teoretycznymi. Z perspektywy psychologii społecznej są to procesy zrozumiałe – gdy brakuje przestrzeni dialogu, łatwo uruchamia się logika „my kontra oni". Trudniej wtedy o zaufanie, łatwiej o wzajemne etykietowanie i konkurencję kompetencyjną. Jako specjaliści i specjalistki w zakresie psychologii mamy jednak narzędzia do niwelowania napięć. Konflikt nie musi oznaczać rozpadu. Może być informacją. Może stać się zaproszeniem do rozmowy i przyjęcia perspektywy drugiej strony. Ważny dla mnie zawodowo człowiek i kolega, Edward R. Shapiro — psychiatra i psychoanalityk — napisał, że kiedy mówisz, słuchaj, w czym ta druga osoba ma rację. Bliskie jest mi myślenie, że różne głosy – czasem mocne i krytyczne, innym razem wspierające – są fragmentami całościowego obrazu.

Znajdujemy się dziś w szczególnym momencie, w którym tożsamość zawodowa psychologów ma zostać w pewnym sensie zdefiniowana przez ustawę i rozwiązania systemowe. Piszę ten tekst w dniu, w którym Prezydent RP podpisał ustawę o zawodzie psychologa. To budzi wiele emocji – i trudno się temu dziwić. Tożsamość jest przecież fundamentem naszego funkcjonowania.

Chciałabym, aby Polskie Towarzystwo Psychologiczne było miejscem łączenia tych różnych perspektyw, a nie ich rozdzielania. W obszarze zdrowia psychicznego szczególnie ważna jest zdolność do tolerowania niejednoznaczności i sprzeczności. Potrzebujemy przestrzeni bezpiecznego dialogu między psychologami (ale i psychiatrami, psychoterapeutami) różnych specjalności, pokoleń i szkół.

Przed nami ważne wyzwania, między innymi wdrażanie ustawy o zawodzie psychologa, budowanie struktur samorządowych, implementacja ICD-11 oraz wyzwania związane ze zdrowiem psychicznym młodzieży. To moment historyczny, który realnie wpłynie na sposób naszej pracy w nadchodzących dekadach. Chciałabym, aby Polskie Towarzystwo Psychologiczne było w tym procesie merytorycznym partnerem i przewodnikiem – porządkowało wiedzę, wspierało środowisko i pomagało odnajdywać się w zmianach.

W swojej dotychczasowej pracy, w projektach związanych z dialogiem społecznym, wielokrotnie widziałam, jak wiele można osiągnąć, gdy zamiast sporu wybieramy rozmowę. Nadal się spieramy, ale i słuchamy. Tę perspektywę chciałabym wnieść do Towarzystwa. ■

BIOMARKERY CHOROBY ALZHEIMERA

TOMASZ GABRYELEWICZ

| Prezes Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego

Opublikowanie w 2024 roku nowych kryteriów rozpoznawania choroby Alzheimera (AD) w oparciu o wyniki badań biomarkerów sprowokowało dyskusję dotyczącą biologicznej i fenotypowej diagnozy tej choroby. W ubiegłym roku zarówno w USA, jak i krajach Unii Europejskiej dopuszczono chemiczne markery AD oznaczane w osoczu krwi. W porównaniu z badaniem biomarkerów w płynie mózgowo-rdzeniowym, badanie w osoczu będzie znacznie łatwiej dostępne. Takie analizy proponowane są już w niektórych polskich laboratoriach. Uznając, że ujawnienie wyników tych testów u pacjentów w fazie bezobjawowej AD może przynieść szereg negatywnych konsekwencji psychologiczno-społecznych, zdecydowaliśmy się przedstawić w tej sprawie stanowisko Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego (PTA).

Stanowisko PTA w sprawie biologicznej definicji AD – implikacje dla psychiatrii

W związku z opublikowaniem w 2024 roku zrewidowanych kryteriów diagnostycznych AD przez „Alzheimer's Association Workgroup"*, opartych na biologicznej definicji choroby, PTA przedstawia stanowisko dotyczące konsekwencji tych kryteriów dla praktyki klinicznej, ze szczególnym uwzględnieniem psychiatrii oraz zdrowia psychicznego osób starszych i w wieku średnim.

Postęp w zakresie biomarkerów amyloidu β, patologicznego białka tau oraz markerów neurodegeneracji niewątpliwie przyczynił się do pogłębienia wiedzy na temat patofizjologii AD i stworzył nowe możliwości badawcze. Towarzystwo podkreśla jednak, że biologiczna definicja AD powinna być obecnie traktowana przede wszystkim jako konstrukt badawczy, a jej bezpośrednie zastosowanie w rutynowej praktyce klinicznej – zwłaszcza psychiatrycznej – rodzi istotne wątpliwości.

Z perspektywy psychiatrii szczególnie problematyczna jest możliwość rozpoznawania AD u osób bez obiektywnych zaburzeń poznawczych, wyłącznie na podstawie dodatnich biomarkerów. Taka diagnoza może stanowić istotny czynnik wyzwalający lub nasilający objawy psychopatologiczne, w tym:

- zaburzenia lękowe, zwłaszcza lęk antycypacyjny i katastroficzny,
- objawy depresyjne, w tym obniżenie nastroju, anhedonię, poczucie beznadziejności i utraty sensu,
- myśli rezygnacyjne i samobójcze, szczególnie u osób z wcześniejszą historią zaburzeń afektywnych,
- reakcje adaptacyjne o charakterze przedłużonej żałoby po „utraconej przyszłości".

W praktyce psychiatrycznej coraz częściej obserwuje się pacjentów zgłaszających się z subiektywnymi skargami poznawczymi, nasilonym niepokojem o zdrowie mózgu oraz przekonaniem o „nieuchronnym rozwoju otępienia". Wprowadzenie biologicznej diagnozy AD u takich osób może prowadzić do utrwalenia błędnych przekonań chorobowych, hiperobserwacji funkcji poznawczych oraz nasilenia zachowań zabezpieczających, co sprzyja przewlekłemu przebiegowi zaburzeń lękowych i depresyjnych.

* Jack Jr CR. et al..*Revised criteria for diagnosis and staging of Alzheimer's Disease: Alzheimer's Association Workgroup. Alzheimer's Dement.* 2004 Aug: 20(8):5169. doi:10.1002/alz.13859.

Towarzystwo zwraca uwagę, że psychiatrzy będą jedną z głównych grup specjalistów konfrontowanych z konsekwencjami biologicznej diagnozy AD, mimo że obecnie nie dysponujemy skutecznym leczeniem przyczynowym dla fazy bezobjawowej. Brak możliwości zaproponowania interwencji modyfikującej przebieg choroby może potęgować poczucie bezradności zarówno u pacjentów, jak i u lekarzy.

Istotnym zagadnieniem psychiatrycznym jest również ryzyko stygmatyzacji i samostygmatyzacji. Etykietowanie osoby bezobjawowej jako „chorej na Alzheimera" może prowadzić do ograniczania jej autonomii, wycofywania się z ról społecznych i zawodowych oraz zmiany sposobu, w jaki jest postrzegana przez rodzinę i otoczenie. Zjawiska te są znanymi czynnikami ryzyka depresji, apatii i obniżenia jakości życia.

PTA podkreśla, że proces ujawniania informacji o dodatnich biomarkerach AD wymaga standardów porównywalnych z tymi stosowanymi w psychiatrii i psychoonkologii, obejmujących:

- ocenę stanu psychicznego i ryzyka samobójczego przed badaniem,
- świadomą zgodę uwzględniającą konsekwencje psychiczne diagnozy,
- dostęp do wsparcia psychiatrycznego lub psychoterapeutycznego po przekazaniu wyniku,
- interdyscyplinarną współpracę neurologa, psychiatry i neuropsychologa.

Towarzystwo zwraca również uwagę, że biomarkery AD nie są markerami specyficznymi dla psychopatologii, a objawy depresyjne, lękowe i apatia mogą zarówno imitować wczesne stadium AD, jak i modyfikować obraz kliniczny choroby neurodegeneracyjnej. Z tego względu redukowanie diagnostyki do biomarkerów, z pominięciem pełnej oceny klinicznej, niesie ryzyko błędnej interpretacji objawów oraz nieadekwatnych decyzji terapeutycznych.

W świetle powyższych argumentów PTA popiera stanowisko Międzynarodowej Grupy Roboczej (IWG), zgodnie z którym AD powinna być definiowana jako konstrukt kliniczno-biologiczny, a nie wyłącznie biologiczny. Z perspektywy psychiatrii oznacza to, że:

1. Rozpoznanie AD w praktyce klinicznej powinno uwzględniać obraz psychopatologiczny i funkcjonalny pacjenta.
2. Biomarkery nie mogą zastępować kompleksowej diagnozy psychiatrycznej i neurologicznej, z uwzględnieniem wyników rekomendowanych badań dodatkowych.
3. U osób bez objawów poznawczych dodatnie biomarkery powinny być interpretowane jako czynnik ryzyka, a nie rozpoznanie choroby.
4. Wdrożenie biologicznej definicji AD wymaga równoległego rozwoju struktur opieki psychiatrycznej i psychologicznej.

Stanowisko Zarządu PTA przygotowała dr n. med. Anna Barczak.

Tradycyjnie w numerze wiosennym zapraszam na Konferencję Naukowo-Szkoleniową Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego, która odbędzie się w Warszawie 29-30 maja. Program i rejestracja dostępne są pod linkiem:

https://konferencje.90c.pl/pta

PSYCHIATRIA A POSTMODERNIZM

Dziwne powiązania w przystępnej (dla psychiatrów) formie podane

BOGUSŁAW HABRAT

Oprócz zapładniająco-wymuszającej postawy dra Waldemara Dudka, przyczyną powstania tego szkicu były coraz częściej powtarzające się uwagi kolegów psychiatrów o obserwowaniu przyspieszających zmian w relacjach: pacjent-lekarz oraz narastające poczucie zanikającej wspólnoty języka, celów i sposobów ich realizacji. Tłumaczenie tego problemu niewiele wnoszącym do rozumienia sedna zjawiska terminem „różnic pokoleniowych" trudno jest przełożyć na język praktyki.

Psychiatrzy rzadko są systemowo edukowani w zakresie filozofii, historii idei i zmienności subiektywnego postrzegania swojego miejsca w świecie pociętym różnymi płaszczyznami relatywnych interpretacji. Próby rozwiązywania nurtujących problemów egzystencjalnych i kwestii społeczno-kulturowych podejmuje się zazwyczaj indywidualnie, mało konsekwentnie, w oparciu o wyrywkowe lub wręcz jednostkowe doświadczenia za pomocą amatorskich narzędzi autorefleksyjnych lub niezobowiązującej wymiany poglądów.

Kwestią podstawową jest próba zdefiniowania, w jakich czasach żyjemy, jaka jest struktura postrzegania świata w wymiarze indywidualnym i społecznym, jakie prawa stają się dominujące, a jakie stają się anachroniczne. To pozwala na lepsze poczucie rozumienia świata, sprawczości i sensu, czyli triadę składającą *sense of coherense* (SOC), którego funkcją jest dobrostan i zmniejszone ryzyko chorób (także somatycznych).

W analogii do orientacji temporalnej (proporcje między przeszłością, teraźniejszością a przyszłością) istotną rolę odgrywa orientacja światopoglądowo-filozoficzna, pozwalająca na zwiększenie wszystkich (ale przede wszystkim składowej zrozumiałości) elementów SOC. Większość z nas urodziła się, była i została ukształtowana w czasach modernizmu, co nie zawsze jest uświadamiane. Skrócona do granic akceptacji dobrego smaku definicja **modernizmu** sprowadza się do takich składowych jak:

1. Dominująca rola nauki jako kryterium prawdy i podstawa podejmowania decyzji na poziomie globalnym, państwowym, społecznym, małych społeczności oraz indywidualnym. W dość skrajnej postaci wiązało się to z coraz mniej budzącym opory redukcjonizmem neopozytywistycznym (głowę warto sobie zaprzątać wyłącznie tym, co jest naukowo udowodnione, choć zakłada się, że mogą występować jeszcze byty warte naukowej weryfikacji i ew. konfirmacji). Dotyczy to również decyzji np. politycznych, ekonomicznych, narzucania i egzekwowania różnych standardów. Innym miłym dla ucha terminem zawierającym to samo jest „scientystyczny pozytywizm i hegemoniczna racjonalność".

2. Mit mechanizmu permanentnego postępu wynikający z refleksji historycznej i/lub ewolucjonizmu.
3. Dość skrajny antropocentryzm („człowiek jest miarą wszystkiego") przedkładający perspektywę ludzką (nie mylić z humanistyczną) nad perspektywę innych stworzeń (głównie zwierząt) i przyrody nieożywionej. Postmodernistyczni krytycy *ex-post* dodali do tego nieuświadomioną „wdrukowaną" strukturę hierarchiczną skutkującą wszelkiego rodzaju paternalizmami, poczuciem wyższości niektórych ras, narodów, kultur, płci skutkujących szeroko rozumianym kolonializmem z wymuszaniem i wyzyskiem. W psychiatrii dotyczyć to miało hierarchii lecznictwa: społeczeństwo dyktuje politykę zdrowotną, w tym decyduje, kto jest normalny, a kto jest szaleńcem oraz w jakim zakresie ogranicza się jego wolność, bez popełnienia przestępstwa i bez wyroku sądowego. Od psychiatrów oczekuje się profesjonalnego, „naukowego" opracowania narzędzi do realizowania tej polityki, a rękami ich pomagierów realizowany jest opresyjny system z prawnie usankcjonowanym wymuszaniem zachowań, sposobu myślenia i funkcjonowania społecznego. Podmiotowość pacjenta pozostaje na poziomie deklaratywnym, a nie rzeczywistym, zaś opór pacyfikowany jest łagodnym podejściem paternalistycznym tłumaczonym większą wiedzą „naukową", która ma zobiektywizować postępowanie „dla dobra pacjenta".

O ile modernizm można lepiej lub gorzej opisać, zdefiniować, sklasyfikować, a nawet zaliczyć do szeroko rozumianej filozofii, to **postmodernizm** wymyka się próbom jednoznacznych, powszechnie akceptowanych definicji, gdyż u jego podstaw tkwi akceptacja, a czasami wręcz afirmacja pluralizmu i równoprawności wszelkich poglądów. W formie radykalnej postmodernizm poddaje w wątpliwość nawet postulat ograniczenia panakceptacji do „racjonalnych narracji wyposażonych w zdrowy rozsądek", szydząc z trudności obiektywnego zdefiniowania zarówno racjonalności jak i zdroworozsądkowości.

Osobiście, za najbardziej istotną cechę postmodernizmu uważam jego *dekonstrukcjonizm* przejawiający się w poddawaniu w wątpliwość, polemizowaniu, krytykowaniu i zwalczaniu wszelkich zastanych struktur, które do niedawna uznawano za naturalne (np. Dekalog i podobne systemy porządkujące życie społeczne w oparciu o prawdy objawione, tajemne święte księgi itp.), "zdroworozsądkowo oczywiste" (np. binarność seksualna), sprawdzone przez czas (np. struktury religijne przetrwałe przez stu- i tysiąclecia, bądź racjonalnie zasadne i sprawdzone na danym etapie rozwoju systemy społeczne, polityczne i ekonomiczne).

Osobiście, za najbardziej istotną cechę postmodernizmu uważam jego *dekonstrukcjonizm* przejawiający się w poddawaniu w wątpliwość, polemizowaniu, krytykowaniu i zwalczaniu wszelkich zastanych struktur, które do niedawna uznawano za naturalne (...)

Postmodernizm był początkowo terminem stosowanym do opisu nowych zjawisk w literaturze i szerzej w sztuce w USA w połowie XX wieku, natomiast w Europie raczej do opisu szerszych zjawisk kulturowych i społecznych, głównie dziwnemu dla mieszkańców Europy Środkowej i Wschodniej zafascynowaniu marksizmem i buntami lewicowymi. Ale i tu polonikum: istotnym wkładem w kształtowanie się postmodernizmu były wykłady i publikacje Zygmunta Baumanna, próbującego wyjaśnić genezę i mechanizmy zjawiska wszechogarniającej a nieuświadamianej i niezrozumianej, a postrzeganej jako zagrożenie, ponowoczesności.

W niniejszym opracowaniu prawie zupełnie zostaną pominięte kwestie związane z tzw. postmodernizmem intelektualnym: źródła, ewolucja poglądów, wolty i zmiany stanowisk, rozważania, publikacje, dyskusje i polemiki nad subtelnymi różnicami i cieniowaniem rozważań filozofów, myślicieli, kulturoznawców, socjologów i badaczy. Ta zaniechana część może być jednak wielce inspirująca do lepszego zrozumienia siebie bliźnich i bliźnich – podopiecznych (pacjentów).

Skupimy się bardziej nad postawami postmodernistycznymi spontanicznymi, uproszczonymi, populistycznymi, niejednokrotnie zwulgaryzowanymi, które niepokoją, mogą stanowić zagrożenie, a przede wszystkim stawiają bariery w dialogu międzyludzkim, a w naszym przypadku dialogu między szukającym pomocy, a instytucjonalnie zobowiązanych do jej świadczenia.

Rola psychiatrii w (pato-?) genezie postmodernizmu

Zostawiwszy popisy erudycyjne na boku, nie zaczniemy od starożytnych myślicieli spekulacyjnych i zwrócimy się ku bliższemu nam Kartezjuszowi (1596-1650). Jego dualizm psychofizyczny sprowadzał się do konstatacji, że istnieją dwa rodzaje bytów: materialne, które mogą być poznawalne i badalne metodami naukowymi oraz psychiczne, duchowe, których natura jest niedostępna poznaniu naukowemu. Przez stulecia na tych samych uniwersytetach naukowcy badali materię, a teolodzy, filozofowie i myśliciele spekulowali na temat bytów niematerialnych, nie wchodząc sobie przesadnie w paradę i jedynie z rzadka dochodziło do interferencji obu obszarów poznawania świata.

Rewolucyjną, a chyba do dziś mało docenianą zmianą były odkrycia neurologów i neuropatologów, a później neurochirurgów, że za niektóre funkcje psychiczne odpowiadają konkretne struktury mózgu, ich uszkodzenia powodują konkretne deficyty poznawcze, a drażnieniem tych okolic o.u.n można stymulować nie tylko proste, ale i złożone reakcje np. emocjonalne. Wahadło przesunęło się w kierunku biologicznych interpretacji psychiki, pozostawiając coraz mniejszy margines na rozważania spekulacyjne (skądinąd czasami fascynujące i godne podziwu). Powstały m.in.: neuropsychologia, neuropsychopatologia, behawioryzm, a współcześnie weszły one w szerszy zakres zintegrowania jako neuronauki i (neuro-)kogniwistyka. Satysfakcjonujące poznanie biologiczności psychiki wydawało się tylko kwestią postępów metodologii, a ściślej narzędzi badawczych zbyt topornych do poznania złożoności struktur I funkcji mózgu.

Choć powszechnie plasuje się kiełkowanie i kształtowanie postmodernizmu na połowę XX w., wydaje się, że jego źródeł należy upatrywać znacznie wcześniej, w kontrrewolucji psychoanalitycznej. To zajmujący się *nota bene* neurofizjologią Zygmunt Freund (1856-1939) skupił swe zainteresowanie na objawach konwersyjnych, których przyczyn neuropatologicznych nie był w stanie ustalić, więc wysunął hipotezę, że za część objawów chorobowych (neurologicznych i psychopatologicznych) mogą odpowiadać mechanizmy inne niż biologiczne, a konkretnie: psychologiczne, uwarunkowane środowiskowo. Stworzył zupełnie nowy aparat pojęciowy, ale przede wszystkim dokonał wyłomu i wielkiej dekonstrukcji coraz bardziej naukowego, pozytywistycznego oglądu naszej psychiki. A dekonstrukcja, i to modelu naukowego, to przecież sedno postmodernizmu.

Wizja Człowieka odzyskała drugie płuco – niematerialistyczne. Nastąpiła znaczna dychotomia w postrzeganiu naszej natury. Zwiększały się dokonania neuronauk, rewolucja farmakologiczna doprowadziła do wyleczenia, a przynajmniej poprawiała stan osób z chorobami dotychczas nieuleczalnymi, psychoanaliza została delikatnie wypchnięta ze świata nauki, zredukowana do kosmetologii psychicznej i zaanektowana przez obszar sztuki i kultury, gdzie w świecie „prawopółkulowym" bardziej ceniono wzniosłość i efektowność skojarzeń oraz spekulacji, dowartościowanie Człowieka przez dodanie mu przymiotów ponadmaterialnych niż skuteczność w usuwaniu lub łagodzeniu objawów.

Stworzył zupełnie nowy aparat pojęciowy, ale przede wszystkim dokonał wyłomu i wielkiej dekonstrukcji coraz bardziej naukowego, pozytywistycznego oglądu naszej psychiki. A dekonstrukcja, i to modelu naukowego, to przecież sedno postmodernizmu.

Nadzieje związane z szybkim rozwojem procedur terapeutycznych, głównie farmakologicznych były większe niż rezultaty, a na światło dzienne wypłynęły bulwersujące doniesienia o nadużyciach psychiatrii zarówno w skali państwowej, jak i struktur, które w zamyśle miały cele humanitarne, a stały się dla części pacjentów instytucjami zniewolenia, kontrolowania zachowań, nadużyć w odniesieniu do konkretnych osób lub grup osób. Odizolowywanie i izolacja społeczna, totalitaryzowanie się instytucji, skandale z niektórymi eksperymentami psychochirurgicznymi stały się pożywką do kolejnej dekonstrukcji: w tym przypadku podważono tzw. mit choroby psychicznej (tzw. antypsychiatria m.in. R.D Lainga i T. Szasza, D. Coopera – twórcy terminu w 1967 r.), podnoszono, że szpitale psychiatrycznie zamiast leczyć z chorób, wręcz generują obłęd (Foucault).

Doszło do przemieszczenia z płaszczyzny teoretyzowania do drastycznych działań praktycznych, m.in. w USA zamknięto wielkie stanowe

szpitale psychiatryczne bez zapewnienia alternatywnych skutecznych placówek pomocy, co wygenerowało wiele nietrudnych do przewidzenia skutków: zwiększenia bezdomności, przestępczości, włóczęgostwa, zaostrzenia nieleczonych chorób, podatności na problemy związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Powszechność przebywania w miejscach publicznych osób z ewidentnymi zaburzeniami psychicznymi spowodowała swego rodzaju habituację społeczeństwa do dziwacznych zachowań i zmniejszenie obaw przed zaburzonymi, których dawniej izolowano.

Szczególnie w Stanach Zjednoczonych zjawisko używania substancji psychoaktywnych stało się na tyle powszechne, że większość osób ma za sobą doświadczenia narkotykowe, w tym często stany psychotyczne, co paradoksalnie przyczyniło się do zwiększenia tolerancji dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Ta swoista tolerancja zaowocowała odejściem od dychotomii opartej o wartościowanie: zdrowy psychicznie vs zaburzony, na rzecz rozpowszechniających się poglądów ekologicznych, bazujących m.in. na fascynacji bioróżnorodnością. Przez analogię, coraz powszechniejsze stało się interpretowanie sposobów funkcjonowania ludzi w kategoriach neuroróżnorodności. Bez wartościowania, bez hierarchizowania, z akceptacją i równowartościowością poglądów i zachowań.

W Polsce nie docenia się roli substancji psychoaktywnych w kształtowaniu się współczesnej postmodernistycznej mentalności. Na Zachodzie przeżyto rozczarowanie rozdętymi obietnicami rozwiązania wielu problemów indywidualnych (i trochę społecznych). Zaniepokojono się natomiast tajnymi próbami służb specjalnych używania substancji psychoaktywnych do obezwładniania wojsk przeciwnika, a nawet do manipulowania własnymi obywatelami. Wymuszono mniej (np. tzw. „twarde narkotyki") lub bardziej (np. tzw. „medyczna marihuana" albo niektóre substancje halucynogenne) skutecznie powszechny dostęp do wcześniej zakazanych środków, a przede wszystkim prawo do eksperymentowania z nimi, przerzucając kontrolę i odpowiedzialność za ew. szkody nimi spowodowane na poziom indywidualny. To istotny poziom dekonstrukcji systemu zazdrośnie strzegącego kontroli nad narkotykami podpierającego się argumentami rzekomo „rzekomonaukowymi".

Postępujące w większości świata procesy demokratyzacyjne powodują częściej irytację, rzadziej refleksję nad kwadraturą koła z nimi związaną: jak zapobiec, by demokracja rozumiana jako rządy większości nie przekształciła się dyktaturę większości? W wielu krajach obserwuje się wspieranie (na nieracjonalną skalę?) różnych mniejszości: etnicznych, nieheteronormatywnych, niepełnosprawnych, uznanych za (rzekomo) zaburzonych psychicznie, często kosztem rzekomo uciskających osób z większości. Ci natomiast irytują się forsowaniem „wyrównywania szans" (akcje afirmatywne przy rekrutacji na uniwersytety lub do pracy), a wręcz żądaniami rekompensaty za prawdziwe lub rzekome wykorzystywanie ich przodków różnych mniejszości.

A co wspólnego ma z tym psychiatria? Okazuje się, że często liderami manifestacji i innych (czasem drastycznych) form oporu społecznego były osoby związane profesjonalnie z lecznictwem psychiatrycznym, które miało być soczewką powiększającą problemy społeczne: nadmierną hierarchizację, paternalizm, autorytaryzm, unikanie dialogu i współuczestniczenia pacjentów w podejmowaniu decyzji ich dotyczących, przedkładanie przesłanek społecznych nad potrzeby jednostek, stosowanie przymusu do egzekwowania zachowań niekoniecznie zgodnych z potrzebami pacjenta itp., itd. Dopiero później, wtórnie oceniano ten spontaniczny ruch narzędziami nauk społecznych i interpretowano go w kategoriach filozoficznych np. nazywając te i inne podobne zjawiska postmodernizmem.

Co postmodernizm dał psychiatrii?

Tylko osoby z dłuższym stażem klinicznym są w stanie zauważyć pozytywny wpływ postmodernizmu na psychiatrię i czasami mają wrażenie, że młodsi koledzy z niedowierzaniem słuchają opowieści, jak dawniej wyglądały szpitale psychiatryczne, relacje między pacjentami a personelem, zakres ich praw i przywilejów.

Prócz poprawy warunków bytowych, które są raczej wynikiem postępu i rosnącej zamożności kraju i jego instytucji, zwraca uwagę proces coraz większego upodmiotowienia pacjenta, zwracania coraz większej uwagi na zaspokajanie jego indywidualnych potrzeb, interpretowania jego zachowań, objawów, sposobu myślenia i funkcjonowania w kontekście jego indywidualnej trajektorii życiowej i uwarunkowań biologicznych oraz środowiskowych.

Jako jeden z pierwszych w polskim piśmiennictwie na kwestię postmodernizmu w psychiatrii, a właściwie w jego córze: psychoterapii, zwrócił uwagę B. de Barbaro. Skupił się on głównie na nadziejach, jakie wiążą się z forpocztą i szybko następującymi za nią zagonami postmodernizmu.

Tę nadzieję wiązał z przełamaniem barier ograniczających nasze poznanie do poziomu rutynowego zbierania wywiadu psychopatologicznego i medycznego.

Postmodernistyczne ujęcie Człowieka każe zwracać uwagę nie tylko na to, co pasuje do podręcznikowych opisów psychopatologiczno-klinicznych, ale poszukiwać jego unikalnej indywidualności, uwarunkowanej jego specyficznymi czynnikami rozwojowymi, doświadczeniami życiowymi, kręgiem kulturowym, z którego się wywodzi i dziesiątkami innych, mniej lub bardziej subtelnych czynników. Daje to nadzieję na praktyczne przełożenie lepszego poznania na bardziej skuteczną i adekwatną do potrzeb pacjenta pomoc. Pacjent może też być źródłem lepszego poznania Człowieka, Świata i samego siebie dla psychiatry.

Innym zyskiem psychiatrii z relacji z postmodernizmem jest odejście od skupiania się wyłącznie na parametrach medycznych. Tak jak w onkologii, w części przypadków parametry medyczne (np. długość przeżycia) są mniej istotne niż jakość życia, tak w psychiatrii poprawa psychopatologiczna przestała być jedynym, a często nawet głównym celem terapii. Dodatkowo, podaje się w wątpliwość zasadność realizowania rehabilitacji, resocjalizacji, socjalizacji, szczególnie bez pytanie o zgodę pacjenta, ponieważ w ten sposób realizuje się archaiczną ideę dominacji celów społecznych nad indywidualnymi (przedmiotowość pacjenta „przywracanego" na łono społeczeństwa).

Ten optymizm jest tylko jedną ze stron medalu. O ile postmodernizm w Sztuce i naukach o niej jest niesamowitym źródłem inspiracji artystów, a przez nich i nas (tych, którzy chcą i potrafią korzystać ze Sztuki), to ten sam prąd może nieść znaczne zagrożenia przez zrównanie subiektywizmu z wynikami badań naukowych, które w sposób maksymalny na dziś przybliżają nas (co z tego, że asymptotycznie?) do coraz bliższego poznania prawdy, a co za tym idzie, skuteczniejszej pomocy. O ile bez większego ryzyka możemy wejść w dialog, podziw lub być twórczo zainspirowanymi dziełem sztuki, to już z innym natężeniem ryzyka wchodzilibyśmy (o ile w ogóle weszlibyśmy) na most zbudowany przez nawiedzonego budowniczego, który czerpał energię z materii ożywionej i nieożywionej, a wsłuchiwanie się w rytm życia obejmowanego drzewa podpowiedziałoby mu porzucenie prawideł statyki i mechaniki na rzecz wiary, która jest energią przenikającą cały Kosmos. A wg postmodernizmu ten pogląd jest równoprawny, a nawet nieco lepszy od metodologii anachronicznych obliczeń bazujących na udowodnionych prawach.

Dotyczy to także medycyny, w tym psychiatrii. Ich największym osiągnięciem w ostatnim stuleciu jest ujednolicenie terminologii oraz miękkie wprowadzenie standardów rozpoznawania i leczenia do powszechnej świadomości i akceptacji przez brać lekarską oraz zawody paramedyczne. Bez wątpienia, żmudnie i z ogromnym zaangażowaniem opracowywane metodologie badań, analiza ich wyników, systematyczne przeglądy piśmiennictwa i metaanalizy oraz wynikające z nich na bieżąco aktualizowane zalecenia optymalizują skuteczność procedur.

Do leczenia zaczęli przychodzić pacjenci postmodernistyczni: bardziej partnerscy, a nawet traktujący psychiatrów jedynie jako narzędzia do kierowania na ścieżki diagnostyczne lub wypisywania recept na procedury wzięte z Internetu lub zasłyszane.

Pierwsze standardy spotkały się z krytyką wnioskowania w oparciu o „wyidealizowanych" (do celów czystości metodologicznej) pacjentów, podczas gdy w codziennej praktyce pacjenci mają choroby współwystępujące, nie zawsze idealnie współpracują, są w różnych fizjologicznych, ale jednak wyjątkowych stanach (np. w ciąży). Z czasem i te mankamenty zostały w sposób dość satysfakcjonujący usunięte. Choć można byłoby popaść w samozadowolenie, do leczenia zaczęli przychodzić pacjenci postmodernistyczni: bardziej partnerscy, a nawet traktujący psychiatrów jedynie jako narzędzia do kierowania na ścieżki diagnostyczne lub wypisywania recept na procedury wzięte z Internetu lub zasłyszane.

Pierwszy konflikt ma naturę po trosze ambicjonalną: pacjenci w mniejszym lub większym stopniu kwestionują nasze nabyte z trudem kompetencje zawodowe, choćby stawiając je na równi (a często i poniżej) z wiedzą nabytą w Internecie lub zdobytą z przypadkowych źródeł. Najczęstszymi reakcjami są irytacja lub dowcipkowanie na temat „doktora Google'a", co w żaden sposób nie sprzyja rozwiązaniu tego ewidentnego konfliktu. Przybieranie postaw paternalistycznych i zasłanianie się tarczą wieloletnich studiów i doświadczeń klinicznych z kolei zdumiewa, a często irytuje postmoderniczego pacjenta.

Drugi konflikt polega na traktowaniu lekarza jako rączki do wypisywania recept, bo z powo-

du niezrozumiałego dla pacjenta konserwatyzmu dostęp do niektórych leków i procedur medycznych jest sztucznie ograniczony biurokratycznie. A przecież idzie o zaspakajanie potrzeb indywidualnych, a nie społecznych lub korporacyjnych (zarobki przemysłu farmaceutycznego, spółek medycznych, lekarzy). Ta uznawana za biurokratyczną przeszkoda bywa omijana przez legalne (jeszcze) tzw. receptomaty, nieuczciwych lub nieasertywnych lekarzy oraz czarny rynek.

Innym poważnym zagrożeniem jest dezorientacja opinii publicznej w kwestii modernistyczny redukcjonizm z jego standardami postępowania vs. postmodernistyczne równouprawnienie lub supremacja terapii o nieudowodnionych lub wręcz niemożliwych do udowodnienia: skuteczności i bezpieczeństwie. Wysyp takich terapii jest imponujący oraz budzący podziw, ale głównie pod względem kreatywności leksykalnej. Podstawy naukowe wielu terapii „holistycznych", „całościowych". „integrujących", „ekologicznych", „alternatywnych", „nawiązujących do natury, wszechogarniającej energii kosmicznej" i „praktyk ludowych sprawdzających się od stuleci" są zazwyczaj wątłe i miałkie, spekulacyjne, naciągane i nierespektujące zasad myślenia logicznego. Dla psychiatry to temat do zastanowienia nad źródłami ich atrakcyjności i sposobami zapobiegania ich szkodliwości. Szczegółową sprawą techniczną, ale istotną, jest np. stosunkowanie się do samobójstwa opisywanego w kategoriach „przyspieszania obiegu pierwiastków w przyrodzie". Czy posiadamy możliwości znajdowania wspólnego języka z osobami postrzegającymi świat w swoich indywidualnych kategoriach, niezbyt chętnych do posługiwania się naszym aparatem pojęciowym?

Ten sam prąd może nieść znaczne zagrożenia przez zrównanie subiektywizmu z wynikami badań naukowych, które w sposób maksymalny na dziś przybliżają nas (co z tego, że asymptotycznie?) do coraz bliższego poznania prawdy.

Kolejnym niepokojącym problemem jest kwestia poglądów postmodernistycznych, których znaczna część łudząco przypomina to, co do niedawna bezdyskusyjnie kwalifikowano jako ewidentną psychopatologię, głównie zaburzenia myślenia spotykane w psychozach schizofrenicznych. Zagadnienie to dość dobrze rozwiązano badając strukturę logiczną myślenia osób ze „schizofrenicznym autyzmem", „nieumiejętność funkcjonowania we wspólnym dla całej ludzkości świecie". Wykazano, że osoby te nie przestrzegają praw dyscypliny logicznej z innych przyczyn niż zaniedbania wychowawcze. W domyśle: z przyczyn chorobowych. Jednak w społeczeństwie postmodernistycznym zanegowano proste, wydawałoby się naturalne uczenie posługiwania się logiką klasyczną, afirmując inne sposoby myślenia.

Do dziś pamiętam, jak przed laty czekając na autobus na jednym z amerykańskich kampusów zostałem zagadnięty przez inną oczekującą, ekstrawagancko ubraną panią. Od słowa do słowa, wystarczyła minuta bym odczuł Praecox-Gefühl i konieczność jej leczenia psychiatrycznego, choć tylko w warunkach ambulatoryjnych. Dalej gaworzyliśmy niezobowiązująco o wszechprzenikającej energii kosmosu, większej życzliwości dla naszych braci i sióstr z ekosystemu świata flory i fauny, konieczności uwzględniania ezoteryki w pracach legislacyjnych, otwartości katalogu odczuwalności swej płciowości, legalizacji wszelkich narkotyków i odrzucenia arbitralnych limitów wiekowych w ich używaniu i przełamywaniu stereotypów w dyktowanych egoizmem obawach przed wczesnymi doświadczeniami psychodelicznymi. Gdym to relacjonował jako ciekawostkę, nie spotkało się to z rechotem. Wręcz przeciwnie, okazało się, że to ciesząca się sporym poparciem senatorka. Sprawdziłem, rzeczywiście, to ona. Hmm... Teraz to na porządku dziennym, choć nasi senatorzy trochę inni...

Terror, opresyjność i bezwzględność Naczelnego, który z konsekwencją skrajnego postmodernistycznego guru wymusza skrótowość wypowiedzi i straszliwe balansowanie między komunikatywnym upraszczaniem, koniecznością selekcji nawet najbardziej wartościowego materiału, a niebezpieczeństwem banalności, trywialności i wulgaryzacji, powoduje, że jedynie naszkicowano, a i to tylko niektóre kwestie związane z konfliktem między naszymi modernistycznymi korzeniami naukowymi a postmodernistycznym światem z postmodernistycznymi pacjentami z postmodernistyczną mentalnością. W ogóle nie poruszono kwestii praktycznych: jak sobie radzić w kwestii wystąpienia takich coraz częstszych i coraz bardziej intensywnych konfliktów. Ale czyż łamy PSYCHIATRY nie są najlepszym forum na podzielenie się swoimi przemyśleniami i doświadczeniami? ■

EPIDAUROS

ANTROPOLOGIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO (2)

Kryzys, symptom, uwolnienie

ZENON WALDEMAR DUDEK

Symbol potrzebuje człowieka do własnego istnienia.[1]

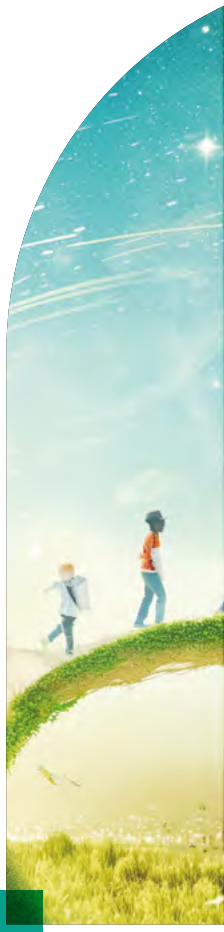
Carl G. Jung

Poniższy tekst stanowi kontynuację refleksji na temat antropologii zdrowia psychicznego zamieszczonego w poprzednim numerze PSYCHIATRY (Nr 51, 4/2025). Przedstawiłem w nim w jedenastu punktach (1–11) wybrane kwestie dotyczące kulturowego (inicjacyjnego) modelu zaburzeń psychicznych. Jest to perspektywa komplementarna wobec podejścia biologicznego, psychologicznego i społecznego. Tematyka ta była omawiana na 76 sesji 48 Zjazdu PTP w Krakowie (2025), obok zagadnień historycznych (T. Nasierowski), postmodernizmu (B. Habrat) i filozofii w psychiatrii (A. Kapusta). Perspektywa kulturowa poszerza biologiczne spojrzenia na zdrowie psychiczne, diagnozę zaburzeń i terapię, włączając do analizy i praktyki kontekst całego życia, wychowanie, profilaktykę, język, sztukę, mity, system wartości, technologię i inne parametry cywilizacji. Wpływ całego spektrum czynników zdrowia psychicznego wyraża metafora fal świetlnych od podczerwieni (ciało, mózg), przez pasmo widzialne (świadomość), do nadfioletu (umysł, symbole).

12. Spektrum zdrowia psychicznego

W ujęciu kulturowym psychikę pacjenta można wzmacniać, modyfikować, trenować i przygotowywać na wyzwania życiowe, zwiększając psychiczną odporność na zaburzenia (antykruchość). Odbywa się to poprzez działanie biologiczne i fizyczne na mózg, ale również przez oddziaływanie na sferę psychiczną, społeczną i kulturową. Troska o funkcjonowanie ludzkiego mózgu (umysł) i serca (uczucia) jest zapisana w tradycji. Wiele kultur o wysokim wskaźniku zdrowia psychicznego, jak Senojowie z Polinezji, ceni analizę marzeń sennych jako obiektywnego czynnika samoregulacji psychicznej i mózgowej w czasie snu. Regulacja funkcji mózgu jest bazą zdrowia psychicznego. Pracuje na to cała osobowość i społeczne otoczenie.

Korzystny wpływ czynników zdrowia zaznacza się przez prawidłowy rozwój struktury i funkcji psychicznych, w odporności na powstawanie zaburzeń oraz zdolności do samoregulacji. W modelu biologicznym na chorobę się czeka do momentu aż wyświetli się wystarczająca lista objawów, czyli „pełnoobjawowa psychopatologia". W modelu kulturowym nad odpornością psychiczną i nad zdrowiem pracuje się całe życie od stadium dziecka, kiedy objawia się całe spektrum możliwości psychicznych jednostki. Zasoby otoczenia społecznego i tradycji kulturowej mogą sprzyjać zdrowiu.



Ilustracja - zbiory własne autora

13. Poszerzenie paradygmatu

Podejście kulturowe poszerza przestrzeń do analizy teoretycznej, otwiera nowe pole do edukacji specjalistów (medycyna, psychologia, psychoterapia) oraz działań psychiatrii. Sfera psychiczna jest łącznikiem między mózgiem (niewidzialne receptory), a kulturą (niewidzialne archetypy). Kryzys cywilizacyjny sprawia, że psychika jednostki i zdrowie psychiczne grup społecznych stają się słabym ogniwem. Czynnikiem kryzysowym jest nadmierna stymulacja mózgu oraz chaos informacyjny w oderwaniu od etyki i sfery wartości. Zdrowiu psychicznemu nie sprzyjają agresywny marketing, warunki panujące w mediach społecznościowych czy moda na nowoczesną magię. Pracując z firmami i liderami w biznesie, obserwuję przypadki, które można uznać za przejawy zaburzeń utajonych. Pod powierzchnią codzienności w nowoczesnej organizacji rozgrywają się zjawiska typowe dla autorytarnej przemocy, mechanizmów depresji, zaburzeń obsesyjnych, borderline, myślenia życzeniowego, a nawet identyfikacji projekcyjnej, która jest markerem psychozy.

Model psychiatrii wypracowany przez ostatnie dwieście lat na dualizmie zdrowie – choroba, staje się w świetle modelu kulturowego przeżytkiem. Poszerzając listę zaburzeń bez definiowania czynników zdrowia psychicznego, psychiatria ogranicza swoje funkcje w zakresie profilaktyki. Traci też kompetencje wczesnego diagnozowania i terapii w całym spektrum zdrowia psychicznego. Przełamanie kryzysu umożliwia komplementarne podejście do różnych modeli i otwarcie na nowe inspiracje. Psychodrama, arteterapia, oniroterapia, terapia narracyjna, analiza mitów osobistych obok socjoterapii, głównych nurtów psychoterapii i farmakoterapii to wskazane rozwiązania w epoce AI.

Model psychiatrii wypracowany przez ostatnie dwieście lat na dualizmie zdrowie-choroba, staje się w świetle modelu kulturowego przeżytkiem. Poszerzając listę zaburzeń bez definiowania czynników zdrowia psychicznego, psychiatria ogranicza swoje funkcje w zakresie profilaktyki. Traci też kompetencje wczesnego diagnozowania i terapii w całym spektrum zdrowia psychicznego.

14. Symptomy – test umysłu

Stare ludowe przysłowie mówi, że lekarstwo na każdą chorobę rośnie niedaleko domu, w lesie lub pod płotem. Trzeba mieć wiedzę, jakie zioło jest na wątrobę, a jakie na kaszel. Podobnego rodzaju leczące treści dla zagubionej i schorowanej psychiki znajdują się w tradycji, mitach i wyobraźni kulturowej. Wiele treści kulturowych pełni jednocześnie funkcję prorozwojową i edukacyjną. Symbole tradycji testują sposób myślenia, emocje i odporność na niewiedzę/porażkę. Są zagadkami logicznymi i inspiracjami dla intelektu. Wzmacniając wyobraźnię i samoświadomość, budują odporność na podobnej zasadzie, jak szczepionki stosowane w profilaktyce chorób infekcyjnych.

Współczesne epidemie zaburzeń psychicznych powinniśmy traktować jako sygnał do zmiany paradygmatu. Model biologiczny nie dostrzega wczesnych sygnałów dezorganizacji psychiki, jakimi są wczesne symptomy zakłóceń funkcjonalnych i kryzysu psychicznego. Pacjenta raczej się uspokaja i wycisza, a może jest to dobry moment na przejście w odpowiednich warunkach procesu kryzysowego analogicznego do porodu dziecka. W tym kryzysie adept rozstaje się z bezpiecznym środowiskiem, musi wytrzymać niekomfortowe napięcie i zachować świadomość toczącego się procesu. Efektem inicjacji do dojrzałej fazy umysłu jest doświadczenie autonomii, psychiczne odrodzenie i zauważenie nowych możliwości rozwoju.

[1] C.G. Jung, (1973). *Briefe*, s. 88. Z listu Junga do dra Kurta Plache 10.01.1929.

15. Fakty natury, fakty kultury

W poszerzonym paradygmacie psychiatra korzysta z praw natury, może jednak czerpać inspiracje z wzorców, mitów i symboli. Nauka o społeczeństwie, świecie psychicznym i kulturze może być wykorzystana na rzecz budowania odporności psychicznej i wzmacniania zdrowia, tak jak wiedza o mózgu. Szersza perspektywa jest niezbędna w czasach przełomu cywilizacyjnego, kiedy obserwujemy wzrost zachorowań na zaburzenia zależne od kultury, jak syndrom borderline, depresja, anoreksja, spektrum autyzmu, samobójstwa reaktywne, zespół wypalenia, uzależnienia behawioralne czy problemy z tożsamością seksualną.

Choroba psychiczna jako narracja ma strukturę podobną do mitu, ale nie jest mitem. Jest realnym, subiektywnym doświadczeniem pacjenta i wynikiem obiektywnej psychiatrycznej oceny. System psychiczny pacjenta przed zachorowaniem, w trakcie ostrych zaburzeń i w okresie remisji jest dalej powiązany z system społecznym, kulturą i cywilizacją. Wielu wybitnych twórców zmagało się z zaburzeniami psychicznymi, ale ich twórczość nie może być anulowana ze względu na „niepoczytalność" twórcy. Tak zwane objawy wytwórcze nie są chore w znaczeniu dosłownym, lecz ich funkcja jest zaburzona. Działają jak niezintegrowany ze świadomością mit, obca narracja kulturowa. Propozycja poszerzenia paradygmatu ma służyć stworzeniu szerszego pola dyskusji o możliwościach integracji różnych form profilaktyki, diagnozy i metod terapii stosowanych we współczesnej psychiatrii.

16. Poza mózg

Wśród pionierów psychiatrii otwartej na badanie doświadczeń wewnętrznych pacjenta jest czechosłowacki psychiatra Stanisław Grof, który prowadził eksperymenty psychiatryczne w USA nad LSD. Jest on autorem stwierdzenia, że świat psychiczny wykracza „poza mózg", co oznacza, że procesy psychiczne wystają „poza biologię". W oparciu o badania eksperymentalne zaproponował koncepcję matryc okołoporodowych odzwierciedlających proces głębokiej transformacji psychicznej w trakcie porodu. Jego zdaniem, przejście dziecka przez kanał porodowy stanowi matrycę wszelkich psychicznych stanów kryzysowych człowieka. Ten proces jest modelem uniwersalnej transformacji umysłu dziecka lub dorosłego z fazy potencjalnej do fazy realizacji. W tym modelu każda konfrontacja z ekstremalnymi napięciami fizjologicznymi i psychicznymi może przybrać postać kryzysową. Powszechną „sytuacją porodową" są dziś fobie szkolne, fobia wystąpień publicznych czy prokrastynacja. Psychika dziecka i osoby podatnej bądź niedojrzałej psychicznie zderza się ze skrajnymi ograniczeniami, gdy wykracza poza próg psychicznego komfortu. Doświadcza śmierci i lęku, ale nie umiera. Finałem sytuacji porodowej jest stan ekstazy i uwolnienia. Przejście przez kryzys jest matrycą wszelkich doświadczeń radości, szczęścia, pełni, zbawienia i transcendencji.

17. Wewnętrzne kino

Matryce doświadczeń okołoporodowych są dobrym psychodynamicznym modelem podstawowych stanów psychicznych, z jakimi mamy do czynienia w psychiatrii. Stany te mają określony przebieg od fazy pierwotnej integracji (stadium przedkryzysowe), przez realny kryzys (stadium dezintegracji) do fazy pokryzysowej, która może oznaczać zaburzenia przewlekłe, względną równowagę psychiczną i autonomię lub pełny powrót do zdrowia, odporność na kryzys i integrację wtórną. Wewnętrzne kino w wyobraźni pacjenta ma swoje analogie w sztuce, mitologii, literaturze, zabawie dziecięcej. Na podstawie własnych badań wyobraźni psychodelicznej Grof twierdzi, że niezbędna jest zmiana paradygmatów w psychologii, psychiatrii i medycynie. Uzasadnia to stwierdzeniem, że „współczesne rozumienie wszechświata, istoty rzeczywistości, a w szczególności człowieka, jest powierzchowne, nieprawdziwe i niepełne"[2]. W wyobraźni psychodelicznej zignorowana zostaje „liniowa ciągłość między mikroświatem a makrokosmosem (...). Osoba będąca pod wpływem LSD może przeżywać siebie jako pojedynczą komórkę, jako płód i jako galaktykę. (...) te trzy stany mogą występować równocześnie lub na przemian"[3].

Grof zauważa kontrast przeżyć psychodelicznych w stosunku do panującego paradygmatu naukowego. Przeżycia te – jak podaje – „pozwalają na wiele doświadczeń alternatywnych wobec newtonowskiego liniowego czasu i trójwymiarowej przestrzeni. (...) przeszłość, teraźniejszość i przyszłość zostają faktycznie zestawione razem i współistnieją w chwili obecnej (...). W pewnych warunkach

[2] Grof, S. (1999). *Poza mózg*, s. 86.
[3] Ibidem, s. 89.

spostrzegana jest dowolna liczba wzajemnie przenikających się wszechświatów różnego rzędu, które znajdują się w holograficznej koegzystencji"[4]. Na podstawie tych obserwacji Grof formułuje wniosek, że cechą szczególną tych stanów jest „wyjście poza ścisłe rozróżnienie między materią, energią i świadomością"[5].

18. Symboliczna droga bohatera

Koncepcja matryc okołoporodowych Grofa skłania do myślenia o terapii i zaburzeniach w kategoriach kryzysu rozwojowego, który obejmuje obraz siebie, obraz świata i sposób objaśniania zjawisk, procesów i własnych doświadczeń. Jednocześnie wykazuje ona wiele analogii z modelem doświadczeń znanych z tradycyjnych opisów drogi mitologicznego bohatera. Według Josepha Campbella, droga ta zawiera fazę początkową, związaną z bezpieczeństwem i domem rodzinnym. Bohater musi ten dom opuścić i wyjść naprzeciw życiowym trudnościom. Ta część drogi jest podobna do podróży przez labirynt, w którym zagrażają dzikie stwory, niespodzianki i tajemnice. W tych konfrontacjach nie chodzi o zwycięstwo nad przeciwnikiem, lecz o wypracowanie odporności na własną słabość, niepewność i porażkę. Opowieść o mitycznym wojowniku prowadzi nas do punktu, w którym bohater zdobywa skarb, odnosi zwycięstwo lub przejmuje we władanie królestwo. Postać króla jest symbolem dojrzałości, spełnienia i wyższej formy integracji psychicznej.

Jak pisze Jung, symbol potrzebuje człowieka do własnego istnienia. Stwierdzenie to ma dla psychiatrii ogromne znaczenie. Aby być człowiekiem, musimy tworzyć symbole. One nas potrzebują, a my ich również. Jednocześnie to one, a nie zwykła świadomość, opisują stan zdrowej świadomości pokryzysowej, która rodzi się po przejściu skrajnych napięć, stanów lęku i zagrożenia śmiercią.

Jak pisze Jung, symbol potrzebuje człowieka do własnego istnienia. Stwierdzenie to ma dla psychiatrii ogromne znaczenie. Aby być człowiekiem, musimy tworzyć symbole. One nas potrzebują, a my ich również. Jednocześnie to one, a nie zwykła świadomość, opisują stan zdrowej świadomości pokryzysowej, która rodzi się po przejściu skrajnych napięć, stanów lęku i zagrożenia śmiercią.

19. Transformacja psychiczna

Zdrowie psychiczne bez transformacji świadomości w wymiarze indywidualnym i subiektywnym jest zdrowiem potencjalnym. Dopiero ego poddane próbie Cienia, po przejściu przez psychiczny labirynt, nabiera cech odporności na kryzys. Każda jednostka wypracowuje własny potencjał zdrowia. Poznając siebie, dysponuje coraz sprawniej indywidualnymi zasobami. Uświadamiając sobie własne sposoby działania, skuteczne i nieskuteczne, buduje indywidualne „ja" oraz określa granice sfery Cienia. Zdrowie staje się stabilne i odporne na trudności, przeszkody, gdy świadomość osobista nie jest zatapiana przez nieświadomość, jak wyspa przez fale oceanu. Gdy ego potrafi odpowiadać na wyzwania i zmiany, zachowuje swoje zasoby zdrowia i utrzymuje właściwy rytm przeżywania i działania.

Badania antropologiczne społeczności pierwotnych dowodzą, że każde plemię dysponuje tradycyjnym systemem kształtowania ego i budowania odporności psychicznej oraz antykruchości u dzieci i młodzieży. Dorosłe pokolenie poświęca znaczną energię i czas nie tylko na zaspokajanie potrzeb biologicznych. Przede wszystkim zajmuje się odpowiednio wcześnie przygotowywaniem młodego umysłu do wyzwań dorosłości. Wychowanie, edukacja i trening młodzieży to zadanie dla osób najbardziej dojrzałych, z bogatą wiedzą i doświadczeniem. To nie jest konwencjonalna rola do odegrania, lecz służba społeczna i misja wobec przyszłych pokoleń.

[4] Ibidem, s. 90.
[5] Ibidem, s. 91.

20. Zagadka kleptomanii

W książce o modelach psychiatrii Kazimierz Jankowski stwierdził, że „współczesna psychiatria przeżywa ostry kryzys wynikający z silnej polaryzacji poglądów na przyczyny zaburzeń psychicznych”[6]. Autor podaje w niej przykład dziewczynki, która kradła drobne przedmioty z teczek swoich szkolnych kolegów. Przywłaszczała je z reguły w taki sposób, że można ją było przyłapać na gorącym uczynku. Wychowawcy upominali ją, karali, ale zachowanie uczennicy wciąż się powtarzało. Psycholog nie stwierdził u dziewczynki odchyleń od normy, a psychiatra rozpoznał kleptomanię i początki choroby psychicznej. Chciał skierować dziecko do szpitala, zlecił leki uspokajające. Matka dziewczynki zgłosiła się do K. Jankowskiego i opowiedziała, że córka była idealnym dzieckiem do momentu urodzenia się młodszej siostry, gdy miała 4 lata. Stała się wtedy kapryśna, nerwowa, nieufna, niechętnie pomagała w domu. Trudno ją było lubić. Matka karciła ją za kradzieże, ale nie było efektów. Po konsultacjach ze specjalistami matka zaczęła ze starszą córką więcej rozmawiać, zwalniała się z pracy, przesiadywała w różnego rodzaju poradniach. Ale to wciąż nie było wystarczające. Starsza córka była nieszczęśliwa.

Po rozmowie z matką profesor Jankowski zauważył, że celem dziesięcioletniej dziewczynki nie była kradzież. Miała potrzebę bycia przyłapaną na kradzieży. Zdobywała uwagę otoczenia i dawała sygnał o swoim problemie. Głębsza analiza pokazała, że córka pragnie uwagi, ale też miłości. Okradała innych, aby udowodnić, że jest naprawdę zła. Zadaniem matki było odczytać i odpowiedzieć na ten komunikat. Po odkryciu autentycznej potrzeby dziewczynki, jak pisze Kazimierz Jankowski, niemal z dnia na dzień zaprzestała ona kradzieży trwających kilka miesięcy.

21. Od symptomu do uwolnienia

Walka z niewłaściwym zachowaniem dziecka, jak też nadawanie etykiety „kleptomania” mogło pogłębić zaburzenie i utrwalić negatywny wzorzec behawioralny, emocjonalny i intelektualny. Przywłaszczanie cudzych rzeczy było rolą odgrywaną przed dorosłymi i stawało się nawykiem. Stosując kryterium społeczne i rozwojowe, K. Jankowski uchwycił objaw jako komunikat adresowany do dorosłych. Akcja rozgrywała się na płaszczyźnie psychologicznej i społecznej, ale problem przeniósł się z otoczenia rodzinnego do szkoły. Kradzież była sygnałem, elementem kodu językowego wyrażającym potrzebę dziecka.

Działając w wąskim modelu, psycholog nie zauważył w bezpośredniej relacji symptomów patologii u dziecka, ale na tym się zatrzymał. Psychiatra kradzież ocenił powierzchownie jako zachowanie patologiczne. Nie szukał w nim komunikatu emocjonalnego. To efekt redukcyjnego modelu psychiatrii. Taki model łatwo patologizuje zachowanie, które wyłoniło się z sytuacji społecznej. Dziewczynka informowała „po swojemu” poczucie odrzucenia przez matkę. Okradanie dzieci w szkole było taktyczną zagadką wyższego stopnia, o co chodzi w domu. Rola ofiary w grupie społecznej była opłacalna, bo kaprysy były zbyt słabym sygnałem.

22. W stronę profilaktyki

Przykład „kleptomanii” świadczy o tym, że objaw zaburzeń może być zaszyfrowaną informacją umysłu dziecka skierowaną do dorosłych. Zadaniem psychologa i psychiatry jest poszukiwanie znaczenia szyfru zapisanego w symptomie. W tym przypadku jest analogia opowieści z klasycznej baśni o złej matce, która wypędziła córkę z domu albo po prostu zmarła. Jest też podobieństwo do psychicznych narodzin dziecka, które próbuje przebić się do dorosłego świata i cały swój lęk i frustrację wyrzuca z siebie bezkierunkowo. Podobnie bohater mitu walczy z całym światem, nie wiedząc, że krzywda wydarzyła się już dawno, a w bliskim otoczeniu już teraz może spotkać przyjaciół i dobrych ludzi. Wszystkie te sytuacje, tak jak sceny z marzeń sennych i „sytuacji psychodelicznych”, wykazują podobieństwo do kryzysowych doświadczeń pacjentów i osób zdrowych. W kulturowym modelu psychiatrii doświadczenia z różnych wymiarów mogą być komplementarnie wykorzystane przez psychiatrię, psychoterapię i psychologię kliniczną oraz inne systemy praktyki społecznej zdolne pełnić funkcje profilaktyczne w całym spektrum zdrowia psychicznego. Cdn. ■

Napisz do autora: info@zwdudek.pl

[6] G Jankowski, K. (1994). *Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej… dwadzieścia lat później*, s. 17.

TYTUŁ: **CARL GUSTAW JUNG. BADACZ ARCHETYPOWEJ DUSZY**
AUTOR: **KAZIMIERZ PAJOR**
WYDAWCA: **ENETEIA**
PATRONAT MEDIALNY: **PSYCHIATRA**
ZAMÓWIENIA: **SKLEP.ENETEIA.PL**

Napisz do redakcji maila z datą urodzin i śmierci CG Junga. Pierwsze 5 osób otrzyma egzemplarz książki GRATIS.

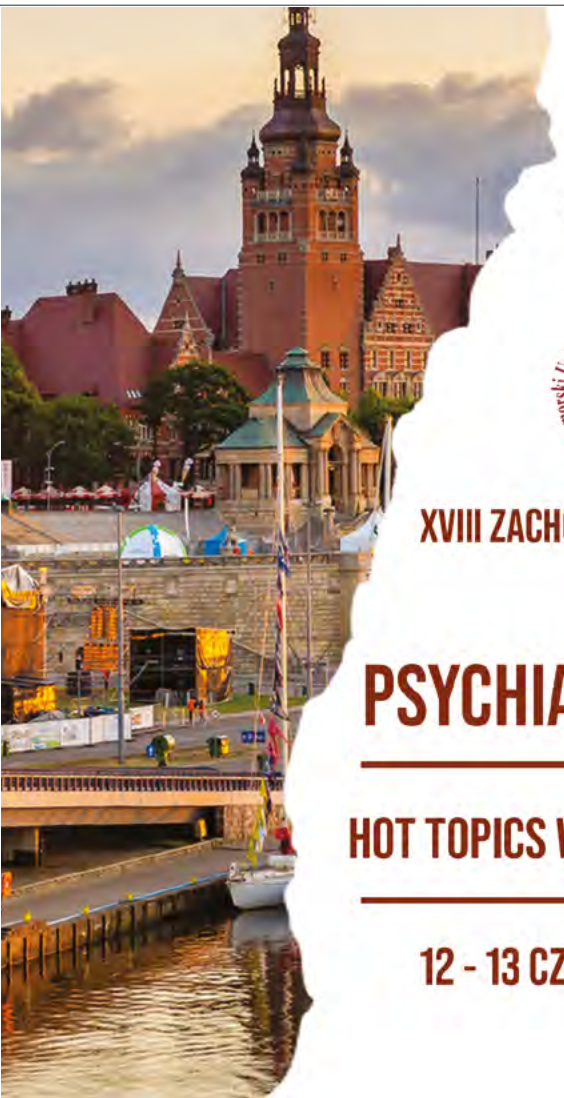
Wśród wybitnych psychiatrów XX wieku, którzy zapisali się w nauce i kulturze europejskiej, jest niewątpliwie Carl Gustav Jung, twórca psychologii analitycznej. Jego wkład w rozwój psychiatrii kulturowej, psychoterapii, psychologii osobowości i nurtu psychologii głębi jest niezaprzeczalny. Jest jednym z pionierów analizy psychologicznej metodą testów werbalnych. Opracował Test Skojarzeń Słownych, który pozwala badać empirycznie kompleksy psychiczne. Test ten Jung stosował u pacjentów z rozpoznaniem *dementia praecox*, wykazując u chorych objawy rozluźnienia związków skojarzeniowych. Wyniki tych badań przyczyniły się do nowego ujęcia tej choroby jako schizofrenii przez Eugena Bleulera.

Warto poznać bliżej sylwetkę Junga jako niezależnego psychiatry i myśliciela, który błędnie jest nazywany uczniem Freuda. Trzecie, zmienione wydanie pierwszej polskiej monografii o życiu i twórczości szwajcarskiego psychiatry ukaże się wiosną 2026 roku w opracowaniu Kazimierza Pajora. Czytelnicy PSYCHIATRY mogą liczyć na promocyjne egzemplarze oraz specjalne rabaty przy zakupie w sklepie internetowym Wydawcy.

* * *

Na przełomie XIX i XX wieku, kiedy to myśl ludzką i postęp techniczny zdominowały nauki empiryczne, starano się wyjaśnić naturę i genezę chorób psychicznych w oparciu o wiedzę biologiczną. Wyposażony w taką wiedzę Carl Gustav Jung rozpoczął swoją karierę naukową. Szybko jednak zorientował się, iż jest ona niewystarczająca, by udzielić pomocy ludziom psychicznie chorym.

Fragment Słowa wstępnego



ODDZIAŁ SZCZECIŃSKI

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie PUM

XVIII ZACHODNIOPOMORSKIE DNI PSYCHIATRYCZNE

HOT TOPICS W PSYCHIATRII

12 - 13 CZERWCA 2026 R.

Szanowni Państwo, Drodzy Czytelnicy **PSYCHIATRY**,

z prawdziwą przyjemnością zapraszam do udziału w konferencji, której program, odzwierciedla dynamikę współczesnej psychiatrii: od neurobiologii i psychofarmakologii, przez zagadnienia płci, metabolizmu i osi HPA, po wyzwania opiniowania sądowego, autoagresji, ADHD u dorosłych czy kompulsywnych zachowań seksualnych.

To spotkanie łączy doświadczenie kliniczne z najnowszymi danymi naukowymi oraz przestrzeń debaty – nie tylko o tym, jak leczymy, ale również jak myślimy o pacjencie, jego biologii, środowisku i kontekście społecznym. W programie znalazły się tematy wymagające odwagi intelektualnej: eutanazja w psychiatrii, niezgodność płci, GLP-1 w zaburzeniach psychicznych, czy relacja między metabolizmem a zdrowiem psychicznym.

Szczególne miejsce zajmują zagadnienia podwójnej diagnozy, nowych substancji psychoaktywnych, zaburzeń samobójczych oraz różnic płciowych w obrazie klinicznym – czyli obszary, które w codziennej praktyce wymagają od nas precyzji diagnostycznej i odpowiedzialnych decyzji terapeutycznych

Wierzę, że to wydarzenie będzie nie tylko przeglądem aktualnej wiedzy, lecz także przestrzenią dialogu – między pokoleniami psychiatrów, między praktyką a badaniami, między biologicznym a psychospołecznym wymiarem leczenia.

Serdecznie zapraszam do udziału w konferencji!
Do zobaczenia w Szczecinie 12-13.06.2026!

Jerzy Samochowiec

O GODNOŚCI W ŚWIECIE UROJONYM – REFLEKSJE OSOBISTE*

ANDRZEJ AXER

— Mam pacjentów, którzy w sposób sprytny, przebiegły, powiedziałbym nawet — inteligentny, potrafią ukryć przede mną swoje dolegliwości... I wiesz, łatwiej uleczyć furiata niż takiego, co ma lewy bok po prawej stronie i w dodatku nie chce się z tym zdradzić. — A po co go leczyć, jak chce tego żona? — Hm... leczyć musimy. Bo gdy to będzie na przykład policjant, który kieruje ruchem ulicznym i zacznie twierdzić, że lewa strona jest prawą stroną — może wywołać on szereg katastrof. Jeżeli już mowa o policjantach, to i nas, którzy leczymy te dolegliwości, można porównać do policjantów dbających o to, by znaki drogowe miały swoje ustalone znaczenie, a prawa strona drogi była prawą stroną.

Jerzy Szaniawski, *Profesor Tutka*

liskared©123RF.com

* Od autora: *skrócona i – mam nadzieję – bardziej wyważona wersja artykułu opublikowanego w piśmie „Psychoterapia" 4 (63), 1987.*

Psychologiczne znaczenie „zachowania twarzy”

Ludzie starają się wywierać wrażenie, że dobrze wiedzą, kim są i co robią. Na podstawie reakcji otoczenia orientują się, czy udaje im się zachować „twarz” — wewnętrznie spójny obraz własnej osoby, który jest źródłem ich poczucia bezpieczeństwa i szacunku do samych siebie.

W imię ochrony tej wartości wiele osób zmagających się z psychozą nie chce przyjąć do wiadomości, że ich sposób myślenia został zniekształcony przez chorobę. To, co w psychiatrii nazywa się „brakiem krytycyzmu”, można interpretować neurologicznie (anozognozja), ale można też rozumieć jako próbę ochrony zagrożonego „ja” przez człowieka, którego zdolność do pełnienia ról społecznych została ograniczona. Te dwie interpretacje nie muszą się zresztą wykluczać.

Katalog technik ochrony twarzy

- **Technika ukrywania informacji (dysymulacja):** Polega na świadomym zatajaniu objawów choroby psychicznej lub udawaniu ich braku. Choć doświadczony klinicysta zwykle potrafi ją rozpoznać (często dzięki relacjom rodziny lub osób bliskich), pozwala ona pacjentowi podjąć z terapeutą grę zwaną „zgodą na milczenie”. Pacjent tłumi emocje i milczy o swoich przeżyciach, a taktowny terapeuta – interpretując to jako powrót samokontroli lub normę obyczajową – nie naciska na konfesyjne zwierzenia. Skuteczna dysymulacja wymaga od chorego dużej dyscypliny: musi on wiedzieć, które informacje mogą go zdyskredytować oraz umieć stanowczo, lecz uprzejmie odmówić odpowiedzi na zbyt intymne pytania, unikając przy tym jawnej wrogości.

- **Normalizowanie choroby:** Opiera się na przyznaniu, że dane zachowanie odbiegało od normy, przy jednoczesnym podaniu jego logicznego, „zdroworozsądkowego” uzasadnienia. Pacjenci szybko uczą się, jakie wyjaśnienia są akceptowalne społecznie, a jakie wzbudzają „czujność diagnostyczną”. Skuteczna normalizacja odwołuje się do motywów zrozumiałych dla każdego (np. tłumaczenie depresji kłopotami rodzinnymi zamiast procesem chorobowym). Często stosuje się tu strategię przenoszenia odpowiedzialności na niekorzystny zbieg okoliczności lub obiektywne trudności życiowe.

- **„Uwodzenie” terapeuty:** Technika ta polega na próbie zmiany relacji z profesjonalnej na towarzyską. Pacjent wysyła sygnał: „Nie jestem chory, możemy się zaprzyjaźnić”. Przejawia się to poprzez propozycje przejścia na „ty”, zadawanie terapeucie prywatnych pytań, wręczanie prezentów czy manifestowanie nadmiernego podziwu. Metoda ta bywa skuteczna wobec młodych lekarzy pragnących nawiązać głęboki kontakt, ale ulegają jej także doświadczeni terapeuci, dając się „wybić z roli” przez osoby inteligentne, pełne uroku osobistego i charyzmy.

- **Honorowa kapitulacja:** Dla pacjentów niemających poczucia choroby leczenie często jawi się jako represja za brak konformizmu. Jedną ze strategii obronnych jest wówczas przyjęcie postawy „jeńca wojennego”. Pacjent nie polemizuje z terapeutą, lecz swoją uległością demonstruje, że poddaje się jedynie sile wyższej lub przymusowi (np. sądowemu). Akceptuje warunki leczenia, ale domaga się respektowania swoich praw, manifestując chłodny dystans: „Robię to, bo muszę, ale bez mojego wewnętrznego przekonania” albo „Leki mi nie pomagają, ale będę je brał, bo kazał mi sąd”.

- **Zachowanie twarzy w roli „pacjenta przewlekłego”:** Osoby przebywające w szpitalu psychiatrycznym lub innych instytucjach przez dłuższy czas starają się zachować godność poprzez dystansowanie się do roli pacjenta. Wykorzystują do tego ironię, sarkazm i czarny humor, co pozwala im ocalić poczucie sprawstwa. Stosują przy tym konkretne zabiegi:
  - ☐ Podważanie autorytetu: Często uderzają bezpośrednio w terapeutę, deprecjonując jego kompetencje. Wytykają mu młody wiek, brak doświadczenia, a w skrajnych przypadkach sugerują, że to on sam wymaga pomocy specjalisty.
  - ☐ Intelektualizacja i żargon: Wielu pacjentów ucieka w świat terminologii medycznej. Swobodnie operują nazwami leków i demonstrują rozległą wiedzę psychiatryczną, by z pozycji „podopiecznego” awansować na poziom „partnera” w rozmowie z personelem.
  - ☐ Budowanie hierarchii: Aby odciąć się od piętna choroby, dystansują się od innych pacjentów. Wyśmiewając ich zachowania, starają się udowodnić własną wyższość intelektualną lub większą dyscyplinę wewnętrzną.
  - ☐ Choroba jako profesja: Jednym z najbardziej fascynujących mechanizmów jest nadawanie chorobie ram zawodowych. Szpital staje się wtedy „zakładem pracy”, a renta „wypłatą”. W tej specyficznej optyce pacjent może z gorzką dumą stwierdzić: „Jestem z zawodu schizofrenikiem”. (Tablica 1)

Tablica 1: **Porównanie strategii ochrony „twarzy”**

Technika	Główny cel (Co pacjent chce osiągnąć?)	Stosunek do objawów / choroby	Relacja z terapeutą
Dysymulacja	Odzyskanie wolności, uniknięcie stygmatyzacji	Ukrywanie lub zaprzeczanie istnieniu objawów	„Zgoda na milczenie”, dystans, wysoka samokontrola
Normalizacja	Zachowanie statusu osoby „zdrowej psychicznie”	Racjonalizacja: to nie choroba, lecz skutek trudnego życia	Przekonywanie do własnej, „logicznej” wersji wydarzeń
„Uwodzenie”	Bycie postrzeganym jako człowiek/partner, a nie pacjent	Marginalizacja objawów na rzecz urokliwej osobowości	Próba przejścia na stopę prywatną/towarzyską
Honorowa kapitulacja	Zachowanie resztek godności w warunkach przymusu	Akceptacja leczenia jako zewnętrznego wyroku, nie diagnozy	Postawa „jeńca wojennego”: uległość bez przekonania
Dystansowanie (ironia/sarkazm)	Ochrona przed uprzedmiotowieniem w systemie	Używanie humoru jako tarczy przed rolą „szaleńca”	Podważanie autorytetu, wytykanie braków w doświadczeniu
Intelektualizacja	Uzyskanie statusu eksperta/partnera w rozmowie	Przekładanie przeżyć na żargon medyczny i żonglowanie nazwami leków	Rywalizacja na wiedzę, dążenie do bycia „partnerem”
Budowanie hierarchii	Potwierdzenie własnej sprawności intelektualnej	Odcinanie się od „prawdziwie chorych” współpacjentów	Wykazanie wyższości nad innymi podopiecznymi
Choroba jako profesja	Nadanie sensu przewlekłemu chorowaniu	Przekucie diagnozy w tożsamość zawodową	Szpital jako zakład pracy, renta jako wynagrodzenie

Podsumowanie

- W świecie klinicznym pacjenci walczą nie tylko z objawami, ale przede wszystkim o zachowanie człowieczeństwa we własnych oczach. Aby chronić swoją „twarz” – kruche poczucie godności – posługują się szerokim arsenałem mechanizmów obronnych.
- Osoby najbardziej lękające się stygmatu „szaleństwa” wybierają dysymulację lub normalizację. Dysymulacja to rodzaj „milczącego porozumienia”, w którym pacjent ukrywa objawy pod maską poprawnych manier. Normalizacja zaś jest poszukiwaniem logiki – pacjent przedstawia swoje cierpienie jako „zdrową” reakcję na trudne życie, przenosząc winę z własnej psychiki na okoliczności zewnętrzne.
- Inni próbują zmienić układ sil. Poprzez „uwodzenie” pacjent stara się wciągnąć terapeutę w relację prywatną, by uciec przed chłodnym spojrzeniem diagnosty. Jeśli zostaje zmuszony do leczenia, może przyjąć postawę honorowej kapitulacji – zachowuje się jak „jeniec wojenny”, który przestrzega reguł instytucji, ale wewnętrznie pozostaje nieugięty.
- Dla pacjenta „przewlekłego” ochrona twarzy staje się strategią ofensywną. Używa on ironii i sarkazmu, by odciąć się od roli osoby chorej, lub wykorzystuje intelektualizację i żargon medyczny, by rzucić wyzwanie autorytetowi lekarza. Poprzez dystansowanie się od innych chorych lub traktowanie szpitala jak „zakładu pracy”, zmienia stan cierpienia w uporządkowaną i godną tożsamość.
- Ostatecznie mechanizmy te nie są jedynie przeszkodami w terapii, lecz narzędziami przetrwania. Dla wielu pacjentów wizja utraty resztek społecznej „twarzy” jest o wiele groźniejsza niż sama choroba. Wszystkie te działania, jak sugeruje Silvano Arieti, stanowią niezbędną dla pacjenta próbę ochrony własnej twarzy: „*We wszystkich procesach urojeniowych można rozróżnić dwa ważne czynniki. Pierwszy to potrzeba lub pragnienie wiary w urojenie... Wiara w realność urojeń jest, szczególnie dla pacjenta paranoidalnego, celem lub sensem jego życia. Po drugie, pacjent musi być zdolny do wykazania przed samym sobą, a w wielu wypadkach i przed innymi ludźmi, że istnieje logiczna podstawa dla tego, w co wierzy... Uczucia pacjenta do samego siebie i do świata, w którym żyje, budziłyby w nim więcej lęku bez urojeń... Gdybyśmy zadali pytanie: «Jaka byłaby sytuacja pacjenta bez urojeń?», odpowiedź brzmiałaby: «Gorsza». Gdyby chory psychicznie pacjent utracił całkowicie zdolność do ochrony swojej twarzy, to jego sytuacja byłaby jeszcze trudniejsza*”. (LS Arieti. *Interpretation of Schizophrenia*, London 1974, s.245)

Wnioski dla praktyków

Zdaję sobie sprawę, że moje sugestie nie są gotową receptą na sukces w budowaniu relacji terapeutycznej. Wiem też, że dla większości Czytelników są to sprawy oczywiste. Jednak „bezsenność w Oregonie" skłoniła mnie do zestawienia moich spostrzeżeń sprzed 40 laty z tym, co widzę dzisiaj. Mam nadzieję, że takie przypomnienie – choć skromne – ma wciąż jakąś wartość:

1. **Dostrzeż funkcję ochronną oporu:** Zamiast interpretować brak krytycyzmu czy zatajanie objawów wyłącznie jako przeszkodę w leczeniu, spójrz na nie jak na mechanizmy ratunkowe. Dla pacjenta przyznanie się do choroby może oznaczać utratę szacunku do samego siebie. Uszanowanie tej „twarzy" może być kluczem do dialogu.
2. **Bądź czujny na „uwiedzenie" i zmianę ról:** Gdy pacjent próbuje przejść na stopę towarzyską, nie traktuj tego tylko jako przejawu sympatii. Może to być technika obronna mająca na celu uniknięcie oceny przez pryzmat diagnozy. Utrzymuj granice z empatią, rozumiejąc, że pacjent walczy o bycie postrzeganym jako człowiek, a nie „przypadek".
3. **Unikaj walki o „prawdę" za wszelką cenę:** Urojenie bywa dla pacjenta bezpieczniejszą alternatywą niż rzeczywistość. Gwałtowne konfrontowanie go z faktami może doprowadzić do „honorowej kapitulacji", co zamyka drogę do autentycznej współpracy. Czasem lepiej pracować wewnątrz narracji pacjenta, dopóki nie poczuje się on na tyle bezpiecznie, by ją poluzować.
4. **Monitoruj spójność, a nie tylko deklaracje:** Metafora policjanta kierującego ruchem przypomina, że pacjenci nieraz potrafią sprytnie ukrywać dolegliwości. W diagnostyce warto zwracać uwagę na subtelne niespójności między tym, co pacjent mówi, a jego funkcjonowaniem społecznym czy sygnałami niewerbalnymi.
5. **Doceniaj „normalizację" jako most do porozumienia:** Jeśli pacjent przypisuje swoje problemy czynnikom zewnętrznym, nie odrzucaj tego od razu jako mechanizmu wyparcia. Wykorzystaj to jako punkt wyjścia – łatwiej jest leczyć kogoś, kto czuje, że ma „chwilowe trudności", niż kogoś, kogo siłą wtłacza się w ramy szaleństwa.
6. **Współczująca ciekawość:** Pamiętając o słowach Arietiego, zadaj sobie pytanie: Co strasznego stałoby się w psychice tego pacjenta, gdyby teraz przestał „grać" i pokazał pełnię swojego cierpienia? Zrozumienie tego lęku jest kluczem do autentycznego kontaktu.

Dlaczego nie ma „złotego środka"?

Skuteczność tych sugestii zależy od dynamiki konkretnej relacji.
To, co u jednego pacjenta będzie krokiem milowym w stronę zaufania,
u innego może zostać odebrane jako manipulacja ze strony terapeuty.
Elastyczność i ciągła redefinicja podejścia są w tym procesie niezbędne. ■

KARIPRAZYNA W PRAKTYCE KLINICZNEJ:

dawkowanie, radzenie sobie z objawami pozytywnymi oraz porównanie z innymi neuroleptykami

JERZY SAMOCHOWIEC, ARTUR REGINIA

Katedra i Klinika Psychiatrii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

Najważniejsze wnioski dla praktyka

- Kariprazyna jest częściowym agonistą receptorów D_2/D_3 z preferencją wobec receptora D_3, co sprzyja ukierunkowanej modulacji transmisji dopaminergicznej.
- W badaniach klinicznych wykazuje skuteczność w zaostrzeniach schizofrenii w wielu domenach PANSS.
- Kariprazyna skutecznie redukuje nasilenie objawów psychotycznych, a także objawów depresyjnych, maniakalnych i lękowych.
- W leczeniu podtrzymującym w porównaniu z placebo wydłuża czas do nawrotu i zmniejsza odsetek nawrotów.
- W praktyce kluczowe znaczenie mają: odpowiedni dobór tempa zwiększania dawki, monitorowanie objawów aktywizujących (zwłaszcza akatyzji) oraz zaplanowana strategia modyfikacji leczenia.

Kariprazyna – czym różni się od innych leków przeciwpsychotycznych?

Kariprazyna należy do leków przeciwpsychotycznych trzeciej generacji i jest silnym częściowym agonistą receptorów dopaminowych D_2/D_3, z wyraźną preferencją wobec receptorów D_3. Jako częściowy agonista działa funkcjonalnie antagonistycznie w warunkach nadmiernej aktywności dopaminergicznej, a agonistycznie przy jej niedoborze, stabilizując transmisję dopaminergiczną. To właśnie ta cecha w największym stopniu odróżnia ją od pozostałych leków z tej grupy.

W porównaniu z innymi częściowymi agonistami, takimi jak arypiprazol czy brekspiprazol, kariprazyna charakteryzuje się odmiennym i bardziej selektywnym profilem receptorowym. Oddziałuje nie tylko na receptory dopaminowe D_2/D_3, ale także na wybrane receptory serotoninowe (5-HT_1A, 5-HT_2A, 5-HT_2B, 5-HT_2C) oraz w niewielkim stopniu na receptor histaminowy H_1. Jednocześnie jej działanie obejmuje mniejszą liczbę układów receptorowych niż w przypadku arypiprazolu czy brekspiprazolu, co przekłada się na bardziej ukierunkowaną modulację neuroprzekaźnictwa. Istotną cechą kariprazyny jest także znikome powinowactwo do receptorów noradrenergicznych, cholinergicznych i histaminergicznych, co sprzyja jej selektywnemu działaniu. Dzięki mniejszemu hamowaniu transmisji dopaminergicznej w prążkowiu wpływa ona na układ dopaminowy w sposób bardziej precyzyjny niż inne atypowe leki przeciwpsychotyczne (1).

Spektrum działania objawowego kariprazyny

Marder i wsp. przeprowadzili analizę, w której połączono dane z trzech 6-tygodniowych, randomizowanych, podwójnie zaślepionych badań klinicznych fazy II/III, kontrolowanych placebo, obejmujących pacjentów z zaostrzeniem schizofrenii; dwa badania realizowano w schemacie stałych dawek, a jedno w schemacie dawek elastycznych. W analizach post hoc oceniano zmianę nasilenia objawów od wartości wyjściowej do 6 tygodnia leczenia w oparciu o pięć domen objawowych wyodrębnionych ze skali PANSS, a dodatkowo analizowano pojedyncze pozycje tej skali, porównując skuteczność kariprazyny w dawkach 1,5-9,0 mg/dobę z placebo.

Po 6 tygodniach leczenia kariprazyna wykazała istotną statystycznie przewagę nad placebo we wszystkich pięciu domenach PANSS, przy czym największą wielkość efektu odnotowano w zakresie dezorganizacji myślenia, a mniejszą — choć nadal istotną — w domenie lęku i depresji. Analiza zależności dawka–odpowiedź w badaniach prowadzonych w schemacie stałych dawek potwierdziła istotną poprawę dla wszystkich ocenianych dawek kariprazyny w porównaniu z placebo, zarówno w wyniku całkowitym PANSS, jak i w zakresie objawów negatywnych oraz dezorganizacji myślenia.

W 2024 roku Tarchi i wsp. przeprowadzili przegląd systematyczny oraz sieciową metaanalizę randomizowanych badań klinicznych, oceniając skuteczność kariprazyny w leczeniu pacjentów ze schizofrenią i chorobą afektywną dwubiegunową w obrębie spektrum psychoz. W celu oceny jej efektywności przeprowadzono przegląd randomizowanych badań klinicznych z udziałem pacjentów ze schizofrenią oraz chorobą afektywną dwubiegunową. Analizie poddano wyniki badań wyszukanych w głównych bazach medycznych, bez stosowania dodatkowych ograniczeń. Skuteczność leczenia oceniano na podstawie zmian w powszechnie stosowanych skalach klinicznych, takich jak CGI, PANSS, MADRS, YMRS oraz HAM-A. Do analizy włączono łącznie 12 badań obejmujących ponad 6400 pacjentów, z których większość była leczona kariprazyną.

Lek wykazał istotną skuteczność w zmniejszaniu ogólnej ciężkości objawów, przy czym większe korzyści kliniczne obserwowano przy wyższych dawkach. Kariprazyna skutecznie redukowała nasilenie objawów psychotycznych, a także objawów depresyjnych, maniakalnych i lękowych. Uzyskane wyniki potwierdzają, że kariprazyna jest skutecznym lekiem w leczeniu schizofrenii i innych zaburzeń psychotycznych, oferując możliwość bardziej dopasowanego, wielodomenowego leczenia pacjentów w codziennej praktyce klinicznej.

Dostępne dane kliniczne wskazują, że kariprazyna wywiera korzystny wpływ na szerokie spektrum objawów schizofrenii i zaburzeń psychotycznych, obejmując poprawę objawów pozytywnych, negatywnych, dezorganizacji myślenia, a także objawów afektywnych, w tym lękowych i depresyjnych, przy jednoczesnym zmniejszeniu ogólnej ciężkości klinicznej choroby (2,3).

Skuteczność redukcji objawów wytwórczych

Szczególnej uwagi wymaga wpływ kariprazyny na redukcję nasilenia objawów pozytywnych oraz na wrogość — objaw stanowiący istotne wyzwanie kliniczne w leczeniu psychoz, ponieważ utrudnia on współpracę terapeutyczną, negatywnie wpływa na ciągłość leczenia i może ograniczać jego skuteczność. W randomizowanych badaniach klinicznych kariprazyna w dawkach 1,5; 3,0 oraz 4,5 mg/dobę wykazała istotną statystycznie przewagę nad placebo w zakresie pierwszorzędowych i drugorzędowych parametrów skuteczności, obejmujących zmianę od wartości wyjściowej w całkowitym wyniku skali PANSS oraz w skali CGI-S, a także istotnie redukowała objawy pozytywne oceniane przy użyciu podskali PANSS Positive.

Skuteczność kariprazyny potwierdzono również w długoterminowym leczeniu podtrzymującym — u pacjentów otrzymujących ten lek czas do nawrotu schizofrenii był istotnie dłuższy niż u chorych leczonych placebo, a częstość nawrotów wynosiła 24,8% w grupie kariprazyny wobec 47,5% w grupie placebo, co wskazuje na jej rolę w zapobieganiu nawrotom choroby.

W badaniu porównującym kariprazynę z olanzapiną oba leki wykazały istotną skuteczność w redukcji objawów pozytywnych ocenianych skalami BPRS i SAPS, z wyraźną poprawą po 6 tygodniach terapii; analizy międzygrupowe sugerowały nieco większą redukcję objawów pozytywnych w grupie olanzapiny, jednak różnice te nie miały istotnego znaczenia klinicznego dla ogólnej skuteczności leczenia.

Istotnym uzupełnieniem profilu klinicznego kariprazyny są wyniki analiz post hoc trzech randomizowanych badań klinicznych, w których wykazano, że lek ten istotnie zmniejsza nasilenie wrogości u pacjentów ze schizofrenią w porównaniu z placebo, przy czym efekt terapeutyczny był wyraźniejszy u chorych z większym wyjściowym nasileniem tego objawu, co ma istotne znaczenie praktyczne w kontekście poprawy współpracy terapeutycznej i bezpieczeństwa leczenia (4–8).

Różnice w działaniu klinicznym częściowych agonistów receptorów dopaminowych i innych atypowych leków przeciwpsychotycznych

Częściowi agoniści receptorów dopaminowych D_2/D_3 stanowią odrębną podgrupę atypowych leków przeciwpsychotycznych, których mechanizm działania opiera się na modulacji, a nie pełnej blokadzie transmisji dopaminergicznej. W badaniach klinicznych wykazano, że leki z tej grupy cechują się pełną skutecznością przeciwpsychotyczną – zarówno w leczeniu ostrych epizodów schizofrenii, jak i w zapobieganiu nawrotom choroby – porównywalną z antagonistami receptorów D_2. Częściowy agonizm nie oznacza zatem „częściowej skuteczności", lecz odmienny sposób stabilizacji układu dopaminergicznego.

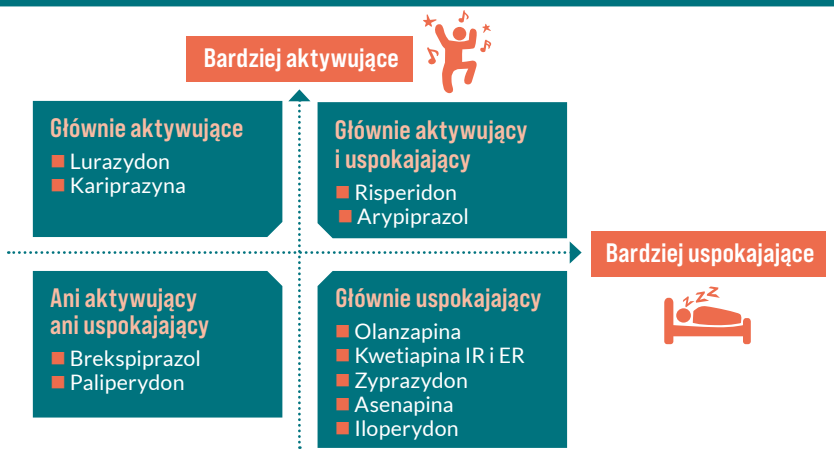
W odróżnieniu od klasycznych antagonistów D_2, częściowi agoniści utrzymują pewien poziom aktywności dopaminowej w szlakach nigrostriatalnym i guzowo-lejkowym. Przekłada się to klinicznie na niższe ryzyko objawów pozapiramidowych, takich jak sztywność, drżenie czy późne dyskinezy, a także na mniejsze prawdopodobieństwo hiperprolaktynemii i jej konsekwencji (zaburzenia seksualne, zaburzenia miesiączkowania, osteopenia). Jest to jedna z kluczowych różnic praktycznych względem leków o silnym, pełnym antagonizmie D_2.

W porównaniu z wieloma atypowymi lekami przeciwpsychotycznymi działającymi głównie poprzez jednoczesny antagonizm receptorów dopaminowych i serotoninowych, częściowi agoniści charakteryzują się korzystniejszym profilem metabolicznym. W analizach klinicznych obserwuje się u nich mniejsze ryzyko przyrostu masy ciała, zaburzeń gospodarki węglowodanowej oraz dyslipidemii, co ma istotne znaczenie w długoterminowym leczeniu pacjentów ze schizofrenią i chorobą afektywną dwubiegunową. Istotną cechą kliniczną częściowych agonistów D_2/D_3 jest także ich wpływ na szersze spektrum objawów, wykraczające poza kontrolę objawów pozytywnych psychozy.

Dane kliniczne wskazują, że modulacja transmisji dopaminergicznej i serotoninergicznej może sprzyjać poprawie funkcjonowania poznawczego, motywacji oraz redukcji objawów negatywnych – choć zakres tych efektów różni się w obrębie samej grupy. W praktyce klinicznej leki te znajdują również zastosowanie w leczeniu epizodów maniakalnych, depresji dwubiegunowej oraz jako leczenie wspomagające w depresji jednobiegunowej. W porównaniu z bardziej sedującymi i antycholinergicznymi lekami przeciwpsychotycznymi, częściej obserwuje się objawy o charakterze aktywizującym, takie jak niepokój, akatyzja, bezsenność czy pobudzenie. Ma to istotne znaczenie przy indywidualnym doborze leczenia, zwłaszcza u pacjentów z nasilonym lękiem lub bezsennością.

Należy tu jeszcze raz wyraźnie podkreślić, że błędne jest przekonanie, iż częściowi agoniści mają jedynie częściową skuteczność przeciwpsychotyczną. Częściowi agoniści receptorów D_2/D_3 łączą pełną skuteczność przeciwpsychotyczną z lepszą tolerancją neurologiczną i hormonalną oraz korzystniejszym profilem metabolicznym w porównaniu z wieloma innymi lekami przeciwpsychotycznymi. Ich odmienny mechanizm działania sprawia natomiast, że stanowią wartościową opcję terapeutyczną, szczególnie u pacjentów wymagających leczenia długoterminowego, u których kluczowe znaczenie ma równowaga między skutecznością a tolerancją (9–13).

Rycina 1.



Dane z Citrome i in.: Kategoryzacja leków przeciwpsychotycznych na podstawie liczby potrzebnych do wyrządzenia szkody (NNH) w odniesieniu do aktywujących i uspokajających działań niepożądanych. Uwagi: „Głównie aktywujący" zdefiniowano jako NNH dla akatyzji statystycznie istotny i niższy niż NNH dla sedacji/senności; „Głównie aktywujący i uspokajający" zdefiniowano jako NNH dla akatazji statystycznie istotny i podobny do NNH dla sedacji/senności; „Głównie uspokajający" zdefiniowano jako NNH dla sedacji/senności statystycznie istotny i niższy niż NNH dla akatyzji; „Ani aktywujący, ani uspokajający" zdefiniowano jako wartości NNH dla akatyzji lub sedacji/senności nieistotne statystycznie.

Pozycja kariprazyny wśród częściowych agonistów receptorów dopaminowych

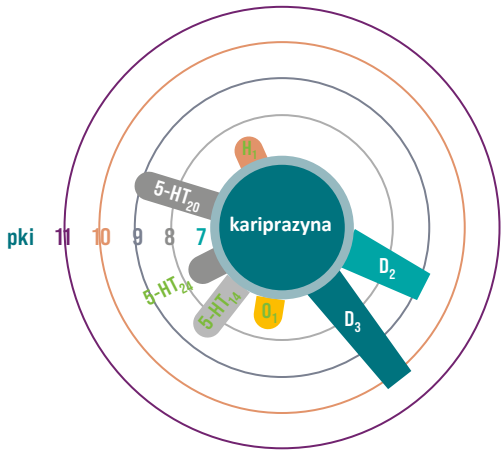
Warto w tej części publikacji przeanalizować różnice w działaniu poszczególnych częściowych agonistów receptorów dopaminowych. Kariprazyna jest częściowym agonistą receptorów dopaminowych D_2 i D_3 oraz pełnym agonistą receptorów serotoninowych 5-HT_1A, przy czym jej cechą wyróżniającą jest najwyższe powinowactwo i funkcjonalna preferencja wobec receptora D_3. W porównaniu z innymi częściowymi agonistami wykazuje ona również najwyższą aktywność wewnętrzną: około 60% dla D_3 i 40% dla D_2. Dodatkowo kariprazyna posiada aktywne metabolity o bardzo długim okresie półtrwania, zwłaszcza didesmethyl-kariprazynę (DDCAR), która osiąga wyższe stężenia niż związek macierzysty i jest jeszcze bardziej selektywna wobec receptorów D_3. W efekcie, działanie kariprazyny jest długotrwałe i silnie ukierunkowane na dopaminergiczne szlaki brzuszne prążkowia, bogate w receptory D_3, co badacze wiążą z jej skutecznością w manii oraz w objawach negatywnych schizofrenii.

Na tle kariprazyny arypiprazol charakteryzuje się znacznie słabszym ukierunkowaniem na receptor D_3. Choć również jest częściowym agonistą D_2 i D_3 oraz 5-HT_1A, jego aktywność wewnętrzna wobec D_2 wynosi około 25%. W przeciwieństwie do kariprazyny jego działanie na D_3 nie dominuje funkcjonalnie.

Brekspiprazol różni się od kariprazyny jeszcze wyraźniej, ponieważ mimo że in vitro jest częściowym agonistą D_2, D_3 i 5-HT_1A, w badaniach klinicznych jego działanie koncentruje się niemal wyłącznie na receptorach D_2 oraz 5-HT_2A, przy znikomej zajętości receptorów D_3. W porównaniu z kariprazyną wykazuje niższą aktywność wewnętrzną wobec D_2, co oznacza słabszą stymulację dopaminergiczną i bardziej antagonistyczny profil funkcjonalny; dawka 4 mg prowadzi do około 80% zajętości receptorów D_2, ale bez istotnego wpływu na D_3, co autorzy uznają za możliwe wyjaśnienie braku skuteczności brekspiprazolu w manii. W odróżnieniu od kariprazyny brekspiprazol nie posiada aktywnych metabolitów o istotnym znaczeniu farmakodynamicznym.

Podsumowując, kariprazyna wyróżnia się spośród częściowych agonistów dopaminowych silnym i długotrwałym oddziaływaniem na receptory D_3, co przekłada się na preferencyjne modulowanie dopaminergicznych szlaków mezolimbicznych, bogatych w ten typ receptorów. W porównaniu z nią arypiprazol działa przede wszystkim jako nieselektywny stabilizator dopaminowy, natomiast brekspiprazol charakteryzuje się najmniejszym udziałem oddziaływania na receptory D_3 oraz bardziej antagonistycznym profilem funkcjonalnym w tej grupie leków (14,15).

Rycina 2. **Graficzna prezentacja danych dotyczących Kariprazyny**



Kariprazyna wyróżnia się na tle dwóch częściowych agonistów (arypiprazolu i brekspiprazolu) dzięki preferencyjnemu powinowactwu do receptorów dopaminowych D_3

Schematy stosowania kariprazyny

Titracja dawki polega na stopniowym zwiększaniu lub zmniejszaniu ilości przyjmowanego leku w celu uzyskania optymalnego efektu terapeutycznego przy możliwie najmniejszym ryzyku działań niepożądanych. Zasada ta ma również zastosowanie w przypadku kariprazyny, gdzie leczenie rozpoczyna się od dawki 1,5 mg raz na dobę. Następnie, w zależności od odpowiedzi klinicznej oraz tolerancji leku, zaleca się stopniowe zwiększanie dawki o 1,5 mg, aż do osiągnięcia zakresu terapeutycznego wynoszącego 1,5–6 mg na dobę.

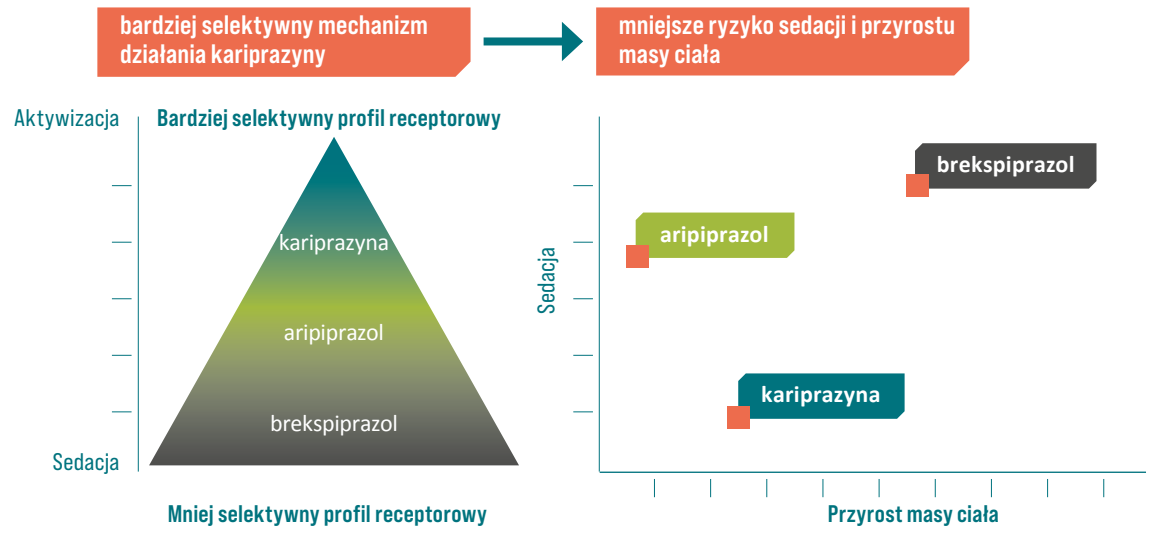
Preferowanym schematem, szczególnie w warunkach lecznictwa ambulatoryjnego, jest wolna titracja. Wówczas leczenie rozpoczyna się od 1,5 mg/dobę, którą utrzymuje się przez około 7 dni, a następnie dawkę zwiększa się o 1,5 mg w odstępach tygodniowych, w zależności od odpowiedzi klinicznej. Ten schemat jest szczególnie zalecany u pacjentów stabilnych, z przewagą objawów negatywnych, u osób wrażliwych na działania niepożądane lub przy stosowaniu kariprazyny jako leczenia wspomagającego. Wolna titracja sprzyja lepszej tolerancji leczenia i zmniejsza ryzyko objawów aktywizujących. W tym miejscu należy zaznaczyć, że możliwe jest jeszcze wolniejsze zwiększanie dawki leku, co pozwoli ocenić pełny efekt kliniczny metabolitów występujący po około 2 tygodniach.

Szybka titracja polega na stosunkowo szybkim zwiększaniu dawki kariprazyny po rozpoczęciu leczenia. Terapia zwykle zaczyna się od 1,5 mg raz

Tabela 1. **Różnice praktyczne między częściowymi agonistami D_2/D_3**

Cecha klinicznie istotna	Kariprazyna	Arypiprazol	Brekspiprazol
Główny mechanizm działania receptorowego	Częściowy agonista D_2/D_3 z preferencją D_3 Częściowy agonista aktywność 5-HT_1A	Częściowy agonista D_2/D_3 z preferencją D_2 Częściowy agonista 5-HT_1A Antagonista 5-HT_2A	Częściowy agonista D_2 Efekt kliniczny bardziej „antagonistyczny" funkcjonalnie wobec D_3 Mniejszy udział D_3
Preferencja wobec receptora D_3	**Wyraźne**, co stanowi kluczową cechę rozróżniającą	Mniejsza w porównaniu z kariprazyną	Minimalna, zwykle klinicznie nieistotna
Aktywne metabolity oraz czas działania	Aktywne metabolity (w tym DDCAR), warunkujące długotrwałe działanie	Brak tak dominujących aktywnych metabolitów jak w przypadku kariprazyny	Brak aktywnych metabolitów o istotnym znaczeniu farmakodynamicznym
Typowe korzyści kliniczne	Wielodomenowe działanie; korzystna opcja w strategiach długoterminowych; niski wpływ na wzrost wydzielania prolaktyny oraz parametry metaboliczne potwierdzony w wielu analizach	Szerokie doświadczenie kliniczne; regulacja przekaźnictwa dopaminergicznego; zwykle niski wpływ na wzrost wydzielania prolaktyny	Bardziej antagonistyczny profil może sprzyjać lepszej tolerancji efektu aktywizującego u części pacjentów
Najczęstsze niedogodności terapii	Akatyzja; bezsenność i niepokój przy szybkim zwiększaniu dawki; opóźniony efekt po zmianie dawki	Akatyzja lub nadmierna aktywizacja u części pacjentów	Możliwa mniejsza przydatność w leczeniu manii (hipoteza wynikająca z mechanizmu działania)
Sytuacje wymagające wolnego zwiększania dawki	Pacjent stabilny; wrażliwość na działania niepożądane; dominacja objawów negatywnych; leczenie wspomagające	Często w przypadku ryzyka nadmiernej aktywizacji	Często w przypadku ryzyka działań niepożądanych

Rycina 3. **Porównanie profilu receptorowego i klinicznego kariprazyny z aripiprazolem i brekspiprazolem**



Zaadaptowano na podstawie meta-analiz Huhna i wsp. (2019) dla sedacji i Pillingera i wsp. (2020) dla przyrostu masy ciała. Przedstawiony schemat nie wyklucza innych różnic w profilu bezpieczeństwa, które mogą mieć wpływ na wybór leku u konkretnego pacjenta.

Koncepcja i opracowanie ryciny - prof. P. Bieńkowski

Tabela 2. **Schematy inicjacji leczenia kariprazyną**

	Wolna titracja	Szybka titracja
Dawkowanie:	**Krok 1:** 1,5 mg/dobę przez 7 dni **Krok 2:** zwiększanie dawki o 1,5 mg co 7 dni **Zakres terapeutyczny:** 1,5-6 mg/dobę	**Krok 1:** 1,5 mg/dobę przez 1-2 dni **Krok 2:** zwiększanie co 1-2 dni o 1,5 mg **Zakres terapeutyczny:** 3-6 mg/dobę
Zalecany szczególnie:	■ u pacjentów stabilnych ■ przy dominacji objawów negatywnych ■ u osób wrażliwych na działania niepożądane ■ w leczeniu wspomagającym	■ ostre zaostrzenie schizofrenii ■ nasilona psychoza z ryzykiem dekompensacji ■ epizod maniakalny (poza rejestracją
Korzyści:	■ lepsza tolerancja ■ mniejsze ryzyko akatyzji i bezsenności ■ możliwość oceny opóźnionego efektu aktywnych metabolitów	■ szybszy efekt kliniczny
Na co zwrócić uwagę:	■ pojawia się niepokój, bezsenność, akatyzja ■ pacjent zgłasza „wewnętrzne pobudzenie" lub napięcie ■ pacjent ma wywiad nietolerancji częściowych agonistów ■ leczenie jest skojarzone z innymi lekami aktywizującymi	■ wymaga codziennej oceny tolerancji ■ aktywnego monitorowania akatyzji i bezsenności
Bezpieczeństwo titracji i dostosowywania dawki – złote reguły	■ zawsze zaczynaj od 1,5 mg ■ nie zwiększaj dawki szybciej niż pozwala tolerancja ■ oceniaj nie tylko psychozę, ale także takie objawy jak uczucie napięcia, obecność zaburzeń snu i niepokój ■ pamiętaj o długim okresie półtrwania i aktywnych metabolitach — efekt narasta z opóźnieniem	

na dobę, a następnie dawka jest zwiększana co 1–2 dni o 1,5 mg, aż do osiągnięcia dawki terapeutycznej, najczęściej 3,0-6,0 mg/dobę. Taki schemat może zostać zastosowany u pacjentów z nasilonymi objawami psychotycznymi, w ostrych epizodach schizofrenii lub manii, gdy konieczne jest szybkie uzyskanie efektu klinicznego. Wymaga on jednak uważnego monitorowania tolerancji, ze względu na możliwość wystąpienia objawów aktywizujących, takich jak akatyzja, niepokój czy bezsenność. Nie jest to schemat preferowany, ale możliwy do zastosowania u pacjenta hospitalizowanego.

Najczęściej zalecaną strategią zmiany leczenia na kariprazynę jest stopniowa zmiana krzyżowa dawek, której tempo należy dostosować do profilu receptorowego dotychczas stosowanego leku. W przypadku leków o zbliżonym mechanizmie działania, takich jak częściowi agoniści receptora D_2, wystarczający jest okres około jednego tygodnia. Przy zamianie z leków będących antagonistami receptora D_2, na przykład risperidonu, rekomenduje się około dwóch tygodni, aby ograniczyć ryzyko zjawiska „odbicia" dopaminergicznego. Najdłuższy okres zmiany, wynoszący 3-4 tygodnie, jest wskazany przy lekach o silnym działaniu przeciwhistaminowym lub cholinolitycznym (np. olanzapina, kwetiapina, klozapina), co pozwala uniknąć objawów „odbicia" histaminergicznego i cholinergicznego.

Wielu ekspertów podkreśla korzyści wynikające z czasowego nakładania się pełnych dawek obu leków przez około dwa tygodnie przed stopniowym odstawieniem poprzedniego preparatu, co zmniejsza ryzyko nawrotu objawów psychotycznych. W przypadku decyzji o zmianie leczenia z kariprazyny na inny lek przeciwpsychotyczny zaleca się odstawienie kariprazyny bez konieczności stopniowej redukcji dawki, a następnie stopniowe wprowadzanie nowego leku, co wynika z długiego okresu półtrwania kariprazyny i jej aktywnych metabolitów (14,15).

Bezpieczeństwo stosowania kariprazyny i postępowanie w przypadku działań niepożądanych

Kariprazyna charakteryzuje się korzystnym profilem bezpieczeństwa i dobrą tolerancją, co potwierdzają zarówno analizy przypadków klinicznych z codziennej praktyki, jak i przeglądy koncentrujące się na wyzwaniach związanych z dawkowaniem i modyfikacją leczenia. Dane pochodzące z przeglądu opisów przypadków wskazują, że lek jest na ogół dobrze tolerowany. Najczęściej obserwowane działania niepożądane miały charakter łagodny lub umiarkowany i rzadko prowadziły do konieczności przerwania leczenia.

Wśród działań niepożądanych najczęściej opisywane są akatyzja oraz objawy pozapiramidowe, które stanowią główne wyzwanie kliniczne w trakcie titracji dawki, zwłaszcza w początkowym okresie leczenia. Jednocześnie kariprazyna wykazuje niewielki wpływ na parametry metaboliczne, masę ciała oraz stężenie prolaktyny, co odróżnia ją korzystnie od wielu innych leków przeciwpsychotycznych drugiej generacji. Objawy sedacji, hipotensji ortostatycznej czy zaburzeń metabolicznych występują stosunkowo rzadko i zazwyczaj nie mają istotnego znaczenia klinicznego. Autorzy analiz podkreślają, że odpowiednio dobrana strategia dawkowania oraz stopniowa titracja mają kluczowe znaczenie dla poprawy tolerancji leczenia i minimalizacji działań niepożądanych.

W warunkach praktyki klinicznej kariprazyna pozostaje lekiem bezpiecznym, a pojawiające się działania niepożądane są w większości przypadków możliwe do opanowania bez konieczności odstawienia terapii. Dostępne dane wskazują, że jej profil bezpieczeństwa sprzyja długoterminowemu stosowaniu przy zachowaniu standardowych zasad monitorowania klinicznego (16,17).

Choć nie istnieją wytyczne specyficzne dla postępowania w przypadku wystąpienia akatyzji podczas leczenia kariprazyną, zasadne jest odwołanie się do ogólnych zaleceń dotyczących leczenia tego działania niepożądanego. Wytyczne kanadyjskie odnoszące się do oceny i postępowania w akatyzji indukowanej lekami przeciwpsychotycznymi podkreślają konieczność systematycznej oceny nasilenia objawów z wykorzystaniem walidowanych skal, zarówno przed rozpoczęciem leczenia, jak i w trakcie modyfikacji dawkowania.

Rekomendują one, aby pierwszymi krokami terapeutycznymi były redukcja dawki leku wywołującego akatyzję, ograniczenie polifarmakoterapii oraz rozważenie zmiany leczenia na preparat o niższym ryzyku indukcji akatyzji, przed włączeniem farmakoterapii wspomagającej. Wśród leków adiuwantowych wymienia się beta-adrenolityki (w szczególności propranolol), leki przeciwcholinergiczne, antagonistów receptora 5-HT_2A, benzodiazepiny oraz witaminę B_6, z uwzględnieniem ich profilu bezpieczeństwa, przeciwwskazań i potencjalnych działań niepożądanych.

Uzupełniająco, najnowsza przeglądowa analiza i metaanaliza randomizowanych badań klinicznych wykazała, że w leczeniu akatyzji polekowej witamina B_6, mirtazapina oraz biperiden charakteryzują się najkorzystniejszym profilem skuteczności i tolerancji, natomiast trazodon, mianseryna i propranolol również mogą stanowić skuteczne opcje terapeutyczne, choć częściej wiążą się z mniej korzystnym profilem tolerancji (18–20).

Tabela 3. **Postępowanie w akatyzji u pacjentów leczonych kariprazyną**

KROK 1. Rozpoznanie i ocena nasilenia objawów

Należy aktywnie zbierać wywiad dotyczący:
- wewnętrznego niepokoju
- przymusu poruszania się
- trudności w siedzeniu w miejscu

W przypadku niejednoznacznych objawów zaleca się zastosowanie standaryzowanej skali oceny (np. Barnes Akathisia Rating Scale).
Uwaga: Akatyzja może być mylona z lękiem, pobudzeniem psychotycznym lub bezsennością.

KROK 2. Modyfikacja leczenia podstawowego (etap obligatoryjny)

Postępowanie pierwszego wyboru obejmuje:
- zmniejszenie dawki kariprazyny o 1,5 mg lub
- wydłużenie odstępu do kolejnego zwiększenia dawki lub
- czasowe wstrzymanie titracji

Dodatkowo zaleca się:
- ograniczenie polifarmakoterapii
- odstawienie (jeśli to możliwe) innych leków o działaniu aktywizującym

KROK 3. Rozważenie zmiany leczenia

W przypadku utrzymywania się objawów akatyzji pomimo modyfikacji dawkowania należy:
- rozważyć zmianę na lek o niższym potencjale aktywizującym
- ocenić bilans korzyści i ryzyka (skuteczność vs tolerancja leczenia)

KROK 4. Farmakoterapia wspomagająca (przy utrzymujących się objawach)*

- witamina B_6
- propranolol (z zachowaniem ostrożności u pacjentów z chorobami serca lub astmą)
- benzodiazepiny (stosowane krótkoterminowo)
- antagoniści receptora 5-HT_2A (mirtzapina, mianseryna i trazodon)
- biperiden

**Dowody dotyczące farmakologicznego leczenia akatyzji są niskiej lub bardzo niskiej jakości i opierają się na badaniach z małymi liczebnościami prób, dlatego interwencje te powinny być stosowane z dużą ostrożnością i wyłącznie po wyczerpaniu innych możliwości terapeutycznych*

Korzyści ze stosowania kariprazyny

Biorąc pod uwagę dane z jednego z najnowszych przeglądów systematycznych, kariprazyna wykazuje istotną skuteczność w redukcji globalnej klinicznej ciężkości objawów u pacjentów z zaburzeniami ze spektrum psychozy, obejmującymi zarówno schizofrenię, jak i zaburzenia afektywne dwubiegunowe. Lek ten istotnie zmniejsza nasilenie objawów psychotycznych, a także wpływa korzystnie na objawy depresyjne, maniakalne i lękowe, co wskazuje na jego szerokie spektrum działania terapeutycznego.

Skuteczność kariprazyny była większa przy wyższych dawkach, co dodatkowo sugeruje możliwość indywidualizacji leczenia w zależności od profilu objawów klinicznych pacjenta. Takie działanie przekłada się na poprawę funkcjonowania klinicznego oraz obniżenie ciężkości choroby w różnych domenach symptomatologicznych, co może zwiększać korzyści terapeutyczne w codziennej praktyce klinicznej (3).

Tabela 4. SKALA AKATYZJI WG. BARNESA

Oceniamy pacjenta, gdy siedzi lub stoi zajęty jakąś rozmową (przez minimum 2 min. w każdej pozycji). Możemy obserwować i oceniać pacjenta także w innych sytuacjach, np. gdy jest zajęty jakąś czynnością na oddziale. Następnie oceniamy subiektywne odczucia pacjenta pytając go o nie.

1. Ocena obiektywna:

0 = Norma, sporadyczny niepokój ruchowy w obrębie kończyn.

1 = Pacjent prezentuje charakterystyczny niepokój ruchowy: szuranie, dreptanie nogami/stopami lub ruchy jedną nogą podczas siedzenia i/lub kołysanie się z nogi na nogę, dreptanie w miejscu; ale ruchy te obserwuje
się przez mniej niż połowę czasu obserwacji.

2 = Obserwowane ruchy jak w pkt. 1, ale prezentowane przez co najmniej połowę czasu obserwacji.

3 = Pacjent przez cały czas prezentuje charakterystyczny niepokój ruchowy i/lub nie może usiedzieć ani stać bez poruszania się w okresie obserwacji.

2. Ocena subiektywna - poczucie niepokoju:

0 = Wewnętrzny niepokój nie występuje.

1 = Niespecyficzne odczucia wewnętrznego niepokoju.

2 = Pacjent ma poczucie niemożności utrzymania nóg w pozycji nieruchomej lub odczuwa potrzebę poruszania nogami i/lub skarży się na wewnętrzny niepokój wyraźnie nasilający się, gdy wymaga się, aby stał bez ruchu.

3 = poczucie znacznego przymusu poruszania się przez większość czasu i/lub pacjent relacjonuje znaczną potrzebę poruszania się przez większość czasu.

3. Ocena subiektywna - dyskomfort spowodowany niepokojem ruchowym:

0 = Brak dyskomfortu.

1 = Łagodny dyskomfort.

2 = Umiarkowany dyskomfort.

3 = Ciężki dyskomfort.

4. Całkowita ocena kliniczna akatyzji:

0 = Nie występuje. Brak poczucia niepokoju. Jeśli obserwujemy charakterystyczne ruchy akatyzyjne przy braku subiektywnych skarg na wewnętrzny niepokój lub przymus ruchu nogami, powinniśmy klasyfikować to jako pseudoakatyzja.

1 = Wątpliwa akatyzja. Niespecyficzne wewnętrzne napięcie i potrzeba ruchu.

2 = Łagodna akatyzja. Poczucie niepokoju w nogach i/lub wewnętrzny niepokój nasilający się, gdy prosimy o stanie nieruchomo. Obecny niepokój przy jednoczesnym braku charakterystycznych niespokojnych ruchów akatyzyjnych. Nieznaczny niepokój lub bez dyskomfortu.

3 = Umiarkowana akatyzja. Ocena niepokoju jak opisywana w łagodnej akatyzji z charakterystycznym niepokojem ruchowym, takim jak kołysanie z nogi na nogę podczas stania. Pacjent odczuwa to jako dyskomfort.

4 = Znaczna akatyzja. Subiektywne doznania niepokoju przy jednoczesnym przymusie poruszania się. Jednak pacjent może pozostawać w pozycji siedzącej przez co najmniej 5 minut. Stan ten powoduje wyraźny dyskomfort.

5 = Ciężka akatyzja. Pacjent relacjonuje znaczny przymus chodzenia tam i z powrotem przez większość czasu. Pacjent nie może usiedzieć lub położyć się na dłużej niż kilka minut. Pacjent relacjonuje stały niepokój połączony z intensywnym dyskomfortem i bezsennością.

Polska wersja skali: T.Szafrański, A.Młodożeniec, M.Jarema i wsp. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2007.

Podsumowanie

Częściowi agoniści receptorów dopaminowych są często błędnie postrzegani jako leki o ograniczonej skuteczności przeciwpsychotycznej i nieodpowiednie w leczeniu cięższych postaci choroby. Dane kliniczne oraz konsensus ekspertów wskazują jednak, że przy właściwym dawkowaniu i monitorowaniu mogą być skuteczne także u pacjentów z zaostrzeniem, w tym w zakresie objawów pobudzenia i wrogości. Przeglądy systematyczne nie potwierdzają istotnych różnic w ogólnej skuteczności przeciwpsychotycznej między częściowymi agonistami a antagonistami receptora D2 (2,13).

Piśmiennictwo:

1. Selvan P, Devkare P, Shetty A, Dharmadhikari S, Khandhedia C, Mane A, et al. A review on the pharmacology of cariprazine and its role in the treatment of negative symptoms of schizophrenia. Front Psychiatry. 2024 Apr 22;15:1385925.
2. Marder S, Fleischhacker WW, Earley W, Lu K, Zhong Y, Németh G, et al. Efficacy of cariprazine across symptom domains in patients with acute exacerbation of schizophrenia: Pooled analyses from 3 phase II/III studies. Eur Neuropsychopharmacol. 2019 Jan;29(1):127–36.
3. Tarchi L, Bugini S, Dani C, Cassioli E, Rossi E, Lucarelli S, et al. Efficacy of Cariprazine in the Psychosis Spectrum: A Systematic Review and Network Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials in Schizophrenia and Bipolar Disorder. CNS Drugs. 2024 Dec;38(12):961–71.
4. Volavka J, Van Dorn RA, Citrome L, Kahn RS, Fleischhacker WW, Czobor P. Hostility in schizophrenia: An integrated analysis of the combined Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) and the European First Episode Schizophrenia Trial (EUFEST) studies. Eur Psychiatry. 2016 Jan;31:13–9.
5. Durgam S, Starace A, Li D, Migliore R, Ruth A, Németh G, et al. An evaluation of the safety and efficacy of cariprazine in patients with acute exacerbation of schizophrenia: A phase II, randomized clinical trial. Schizophr Res. 2014 Feb;152(2–3):450–7.
6. Durgam S, Earley W, Li R, Li D, Lu K, Laszlovszky I, et al. Long-term cariprazine treatment for the prevention of relapse in patients with schizophrenia: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Schizophr Res. 2016 Oct;176(2–3):264–71.
7. Kane JM, Zukin S, Wang Y, Lu K, Ruth A, Nagy K, et al. Efficacy and Safety of Cariprazine in Acute Exacerbation of Schizophrenia: Results From an International, Phase III Clinical Trial. J Clin Psychopharmacol. 2015 Aug;35(4):367–73.
8. Citrome L, Durgam S, Lu K, Ferguson P, Laszlovszky I. The Effect of Cariprazine on Hostility Associated With Schizophrenia: Post Hoc Analyses From 3 Randomized Controlled Trials. J Clin Psychiatry. 2016 Jan 27;77(01):109–15.
9. Cookson J, Pimm J. Partial agonists of dopamine receptors: receptor theory and the dopamine hypothesis of psychosis. BJPsych Adv. 2023 Mar;29(2):141–4.
10. Huhn M, Nikolakopoulou A, Schneider-Thoma J, Krause M, Samara M, Peter N, et al. Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. The Lancet. 2019 Sept;394(10202):939–51.
11. Pillinger T, McCutcheon RA, Vano L, Mizuno Y, Arumuham A, Hindley G, et al. Comparative effects of 18 antipsychotics on metabolic function in patients with schizophrenia, predictors of metabolic dysregulation, and association with psychopathology: a systematic review and network meta-analysis. Lancet Psychiatry. 2020 Jan;7(1):64–77.
12. Németh G, Laszlovszky I, Czobor P, Szalai E, Szatmári B, Harsányi J, et al. Cariprazine versus risperidone monotherapy for treatment of predominant negative symptoms in patients with schizophrenia: a randomised, double-blind, controlled trial. The Lancet. 2017 Mar;389(10074):1103–13.
13. Correll C, Mafi C, Fagiolini A, Seerden P, Seifritz E, Tiihonen J, et al. Brexpiprazole in the Management of Schizophrenia: A Consensus Report of Best Practices From Acute to Maintenance Treatment. Neuropsychiatr Dis Treat. 2025 Aug;Volume 21:1857–83.
14. Cookson J, Pimm J. Partial agonists of dopamine receptors: mechanisms and clinical effects of aripiprazole, brexpiprazole and cariprazine. BJPsych Adv. 2023 Mar;29(2):145–50.
15. Mohr P, Masopust J, Kopeček M. Dopamine Receptor Partial Agonists: Do They Differ in Their Clinical Efficacy? Front Psychiatry. 2022 Jan 25;12:781946.
16. Miljević ČD, Vuković PG, Munjiza-Jovanović A. Clinical challenges in the dosing and titration of cariprazine. Front Psychiatry. 2024 Aug 30;15:1427482.
17. Csehi R, Dombi ZB, Sebe B, Molnár MJ. Real-Life Clinical Experience With Cariprazine: A Systematic Review of Case Studies. Front Psychiatry. 2022 Mar 17;13:827744.
18. Pringsheim T, Gardner D, Addington D, Martino D, Morgante F, Ricciardi L, et al. The Assessment and Treatment of Antipsychotic-Induced Akathisia. Can J Psychiatry. 2018 Nov;63(11):719–29.
19. Gerolymos C, Barazer R, Yon DK, Loundou A, Boyer L, Fond G. Drug Efficacy in the Treatment of Antipsychotic-Induced Akathisia: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. JAMA Netw Open. 2024 Mar 7;7(3):e241527.
20. Furukawa Y, Imai K, Takahashi Y, Efthimiou O, Leucht S. Comparative Efficacy and Acceptability of Treatment Strategies for Antipsychotic-Induced Akathisia: A Systematic Review and Network Meta-analysis. Schizophr Bull. 2024 June 13;sbae098.

CO NOWEGO W ICD-11? ZABURZENIA LĘKOWE UOGÓLNIONE W ICD-11, ICD-10 I DSM-5

TOMASZ SZAFRAŃSKI

Klinika Psychiatrii, Wydział Medyczny Uczelni Łazarskiego, Warszawa

Według danych z badań epidemiologicznych zaburzenia lękowe uogólnione dotyczą co najmniej 2% populacji (prawdopodobnie ich rozpowszechnienie jest niedoszacowane). Prawidłowa diagnoza jest stawiana zaledwie co trzeciej, zaś odpowiednie leczenie wdrażane tylko co czwartej osobie [Berrios 1999. De Martini 2019, Haller 2014, Penninx 2021]. Odsetek pacjentów z lękiem uogólnionym, których „widzimy" w systemie opieki zdrowotnej jest oczywiście wyższy, bo doświadczane objawy prowadzą do większej częstości konsultacji.

W przypadku chorych, u których występują zaburzenia lękowe stwierdza się między innymi:

1. Większe prawdopodobieństwo różnych (niewyjaśnionych) dolegliwości somatycznych.
2. Wykonywanie większej ilości badań i konsultacji (nie zawsze niezbędnych).
3. Wyższe koszty leczenia.
4. Gorszy przebieg chorób somatycznych.
5. Większe ryzyko występowania objawów depresyjnych.
6. Większe ryzyko uzależnienia od alkoholu/leków uspokajających.
7. Gorszą współpracę w leczeniu.
8. Gorsze funkcjonowanie społeczne.
9. Większą absencję chorobową w pracy.
10. Niższą jakość życia.

[Kroenke 2016, Haller 2014].

Początek uogólnionych zaburzeń lękowych może wystąpić w każdym wieku, najczęściej przypada na trzecią dekadę życia. Jednak początek występowania objawów ma często miejsce na długo przed postawieniem rozpoznania [De Martini 2019, Nilsson 2019, Penninx 2021, DSM-5 2018].

Trudności w stawianiu rozpoznania?

W odpowiedzi na pytanie, dlaczego objawy lękowe nie są rozpoznawane w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej i u lekarzy specjalistów, zwraca się uwagę na fakt, że objawy somatyczne stanowią istotną składową GAD i to one są przede wszystkim zgłaszane przez pacjentów. Może to prowadzić do pomijania objawów lęku. Ponadto lekarze podstawowej opieki zdrowotnej i specjaliści coraz częściej zwracają uwagę na możliwą obecność i rozpoznanie depresji, niż na objawy lękowe (chociaż ich rozpowszechnienie w populacji jest kilkukrotnie wyższe niż rozpowszechnienie depresji) [De Martini 2019, Kroenke 2001, 2003, 2016].

„Typowy pacjent" z zaburzeniem lękowym uogólnionym zgłosi się ze skargami na ogólnie „złe samopoczucie" i może wymienić szczegółowe, nie-

specyficzne objawy, takie jak ból głowy czy pleców, zawroty głowy, zmęczenie, zaburzenia snu, problemy z koncentracją. Wiemy, że somatyczne objawy lęku mogą być bardzo różnorodne i mogą występować w różnych konfiguracjach. Pacjentki i pacjenci mogą zgłaszać odczuwanie silnego bicia serca, ucisk w klatce piersiowej, utrudnienia oddychania, „dławienie się", wrażenie omdlewania, „zamazane widzenie", suchość w jamie ustnej, nudności, dolegliwości żołądkowo-jelitowe „niepokój w brzuchu", drżenie, „dygotanie", „fale gorąca i zimna", pocenie się, różnie zlokalizowane poczucie drętwienia lub swędzenia. Dodatkowym czynnikiem utrudniającym postawienie rozpoznania może być szczegółowy i „zalewający" sposób relacjonowania dolegliwości przez pacjentów lękowych (z drugiej strony taki rodzaj kontaktu może być sam w sobie wskazówką diagnostyczną). Wydaje się, że z praktycznego punktu widzenia w postawieniu rozpoznania (lub wykluczeniu) zaburzeń lękowych duże znaczenie ma otwarte zadanie pytania o odczuwanie napięcia i lęku u pacjentów zgłaszających objawy somatyczne.

Zwykle pacjenci dobrze przyjmują przejęcie inicjatywy przez lekarza i wręcz odczują ulgę, gdy opiszemy konkretne objawy podejrzewanego zespołu lękowego.

Dotarcie do lęku jako stanu psychicznego leżącego u podłoża objawów somatycznych:

- otwiera pole do współpracy,
- pacjentowi pomaga zacząć rozumieć swój stan,
- lekarzowi pomaga rozpocząć rozmowę o leczeniu farmakologicznym i psychoterapii, ale też pomaga w podjęciu decyzji o ewentualnym skierowaniu pacjenta do psychologa/psychiatry.

Pacjentki i pacjenci nie zawsze są w stanie określić przyczynę przeżywanego lęku. Jego cechą charakterystyczną jest przewlekłość, uporczywość w utrzymywaniu się, choć nasilenie może być zmienne (okresy poprawy i pogorszenia, zaostrzenia). Przewlekłość oznacza tutaj obecność objawów przez większość dni na przestrzeni wielu tygodni lub miesięcy.

Stale utrzymujący się lęk „wolnopłynący" prowadzi do stale utrzymującego się poczucia zdenerwowania lub rozdrażnienia, zaś po stronie somatycznej utrzymującego się napięcia mięśni i szeregu innych objawów „somatycznych" [Kroenke 2003, 2016]

Nadmierna kontrola, upewnianie się, że wszystko jest „w porządku", swojego rodzaju zadręczanie osób bliskich swoimi wątpliwościami i obawami jest jednym z czynników negatywnie wpływających na relacje rodzinne i osobiste osób doświadczających uogólnionych zaburzeń lękowych (co w konsekwencji uruchomić może „mechanizm błędnego koła" podtrzymujący objawy).

Oczywiście współwystępowanie depresji i zaburzeń lękowych jest bardzo częste. Można spodziewać się, że co trzeci albo co drugi pacjent z uogólnionym zaburzeniem lękowym ma również objawy zespołu depresyjnego. Współwystępowanie może wymagać bardziej intensywnych i kompleksowych oddziaływań leczniczych. Zawsze należy przykładać wagę do oceny pacjentek i pacjentów pod kątem obecności myśli rezygnacyjnych, tendencji suicydalnych i czynników ryzyka samobójstwa [Stein 2004. Haller 2014, DSM-5 2018].

Skrining w kierunku lęku i depresji

Z uwagi na częstość występowania zaburzeń lękowych i zaburzeń depresyjnych wśród pacjentów zgłaszających się do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i lekarzy specjalistów oraz częstą współchorobowość lęku i depresji zaleca się prowadzenie skriningu w kierunku obecności zaburzeń lękowych i depresji praktycznie u wszystkich pacjentek i pacjentów.

ICD-10 11

Obecnie narzędziami skriningowymi, które są najczęściej rekomendowane i najlepiej przebadane także w warunkach populacji pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej są narzędzia zaczerpnięte z kwestionariusza zdrowia pacjenta (PHQ), który został opracowany przez Roberta L. Spitzera, Janet B.W. Williams, Kurta Kroenke'a [2001, 2003] i współpracowników, między innymi z myślą o pacjentach korzystających z różnych form pomocy medycznej. Kwestionariusz do oceny lęku uogólnionego (GAD-7) i kwestionariusz do oceny depresji PHQ-9 (Patient Health Questionnaire 9) oraz ich skrócone dwupunktowe wersje stanowią standard postępowania przesiewowego, pozwalającego na szeroką implementację także w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej czy opieki specjalistycznej. Ich zastosowanie jest proste, gdyż są to narzędzia do samooceny – czyli kwestionariusze wypełniane przez pacjentów (mogą zatem zostać wypełnione w czasie oczekiwania na wizytę). Kwestionariusze mają polskie tłumaczenia i adaptacje. Są dostępne w domenie publicznej.

Zadaniem pacjenta jest udzielenie odpowiedzi na pytanie „Jak często w trakcie ostatnich dwóch tygodni niepokoiły Państwa którekolwiek z poniższych dolegliwości?". Można wskazać jedną z odpowiedzi: wcale, kilka dni, więcej/częściej niż połowa dni, codziennie/prawie codziennie. Odpowiedzi są punktowane odpowiednio od 0 do 3.

Kwestionariusz GAD-7 składa się z pytań, dotyczących następujących objawów:

1. Uczucie podenerwowania, niepokoju lub roztrzęsienia.
2. Niezdolność do przestania lub kontrolowania martwienia się.
3. Zbyt częste martwienie się o różne sprawy.
4. Problemy z wypoczynkiem, odpoczywaniem.
5. Zniecierpliwienie (do takiego stopnia, że trudno jest spokojnie usiedzieć w miejscu).
6. Łatwe wpadanie w gniew lub poirytowanie.
7. Obawy, iż może przydarzyć się coś okropnego.

Pacjenci odpowiadają również na pytanie, w jakim stopniu objawy utrudniały funkcjonowanie, czyli wpływały na wykonywanie pracy, zajmowanie się domem lub kontakty z innymi osobami. Całkowity wynik kwestionariusza GAD-7 może wynosić od 0 do 21 punktów. Jako punkty odcięcia przyjmuje się wartości wynoszące: 5 punktów dla łagodnego lęku, 10 punktów dla umiarkowanego i 15 punktów dla ciężkiego nasilenia lęku.

Kwestionariusz PHQ-9 jest kwestionariuszem samooceny, w którym poszczególne objawy to:

1. Niewielkie zainteresowanie lub odczuwanie przyjemności z wykonywania czynności.
2. Uczucie przygnębienia, zatroskania lub beznadziejności.
3. Trudności z zasypianiem lub pozostawaniem we śnie lub zbyt długi sen.
4. Uczucie zmęczenia lub brak energii.
5. Słaby apetyt lub jedzenie w zbyt dużych ilościach.
6. Myślenie źle o sobie — albo myślenie, że odniosło się porażkę i zawiodło siebie lub rodzinę.
7. Problemy ze skupianiem uwagi na czynnościach, takich jak czytanie gazety lub oglądanie telewizji.
8. Poruszanie się lub mówienie w tak wolnym tempie, iż inni mogą to zauważyć lub przeciwnie, ruchliwość lub zniecierpliwienie w takim stopniu, iż przemieszczanie się jest znacznie częstsze niż zwykle.
9. Myślenie, iż śmierć byłaby lepszym rozwiązaniem lub myśli o wyrządzeniu sobie krzywdy.

Za punkt odcięcia (wskazujący na obecność umiarkowanej depresji) przyjmuje się zwykle wynik równy lub większy niż 10 punktów.

Do skriningu możemy stosować GAD-7 i PHQ-9, ale z powodzeniem do wstępnego skriningu wystarczy krótki zestaw czterech pytań – tak zwane PHQ-4.

Kwestionariusz PHQ-4 do oceny obecności lęku i depresji.
Jak często w trakcie ostatnich dwóch tygodni niepokoiły Państwa którekolwiek z poniższych dolegliwości?

1. Uczucie podenerwowania, niepokoju lub roztrzęsienia.
0: Wcale
1: Kilka dni
2: Więcej niż połowę dni
3: Prawie każdego dnia

2. Niezdolność do tego, aby przestać się martwić lub kontrolować martwienie się.
0: Wcale
1: Kilka dni
2: Więcej niż połowę dni
3: Prawie każdego dnia

3. Uczucie przygnębienia, smutku lub beznadziejności.
0: Wcale
1: Kilka dni
2: Więcej niż połowę dni
3: Prawie każdego dnia

4. Niewielkie zainteresowanie lub brak przyjemności w wykonywaniu czynności.
0: Wcale
1: Kilka dni
2: Więcej niż połowę dni
3: Prawie każdego dnia

Całkowity wynik otrzymujemy dodając wynik odpowiedzi na każde z czterech pytań.
Wynik w przedziale 0-2 jest kwalifikowany jako w normie, 3-5 łagodne, 6-8 umiarkowane, zaś 9-12 znaczne nasilenie objawów.
Wynik równy lub powyżej 3 punktów na pierwsze dwa pytania sugeruje obecność klinicznie istotnych objawów lęku.
Wynik równy lub powyżej 3 punktów na dwa kolejne pytania sugeruje obecność klinicznie istotnych objawów depresji.
Oczywiście dodatni wynik skriningu za pomocą skali samooceny wymaga potwierdzenia obecności lęku/depresji w osobistym badaniu klinicznym!

Kryteria diagnostyczne zaburzeń lęku uogólnionego

W przypadku zaburzeń lęku uogólnionego podstawowe kryteria diagnostyczne i zasady stawiania rozpoznania w klasyfikacjach ICD-10, ICD-11 i DSM-5 pozostają relatywnie spójne, istnieją jednak różnice. Celem tego artykułu jest porównanie kryteriów tych zaburzeń w kolejnych klasyfikacjach [WHO 1997, 1998, 2023, DSM-5 2018, Kogan 2016, Tahilia 2016, First 2021]. Zestawienie kryteriów przedstawiono w tabeli.

Według najnowszej klasyfikacji WHO - ICD-11 podstawę rozpoznania uogólnionego zaburzenia lękowego stanowią wyraźne objawy lękowe manifestujące się:

a. Ogólnym lękiem (tj. „lękiem wolnopłynącym") nieograniczonym do żadnych szczególnych okoliczności środowiskowych.
b. Albo nadmiernym zmartwieniem (obawami) skupionym na wielu codziennych wydarzeniach, najczęściej dotyczących rodziny, zdrowia, finansów, pracy.

Lękom, uogólnionym obawom i zmartwieniom towarzyszą takie dodatkowe i charakterystyczne objawy jak:

- napięcie mięśni lub niepokój ruchowy,
- nadmierna aktywność współczulnego układu autonomicznego (np. częste objawy żołądkowo-jelitowe, nudności/niepokojące dolegliwości lokalizowane w obrębie jamy brzusznej, zaburzenia rytmu pracy serca, drżenie, suchość w ustach),
- subiektywne odczuwanie nerwowości, niepokoju, „bycia na krawędzi",
- trudności w utrzymaniu koncentracji,
- drażliwość,
- zaburzenia snu.

Należy podkreślić, że w klasyfikacji ICD-11 skrócono szczegółową listę objawów obecną w poprzedniej klasyfikacji ICD-10.

Objawy mają charakter przewlekły i utrzymują się co najmniej przez większość dni na przestrzeni kilku miesięcy (w ICD-11 zrezygnowano z kry-

ICD-10 11

terium 6 miesięcy trwania objawów). Oczywiście objawy muszą powodować znaczne upośledzenie funkcjonowania w życiu osobistym, rodzinnym, społecznym, edukacyjnym, zawodowym lub w innych ważnych obszarach funkcjonowania.

Standardowe kryteria wykluczenia wymagają stwierdzenia, że objawy GAD nie są przejawem innego stanu zdrowia i nie wynikają z działania substancji lub leku na ośrodkowy układ nerwowy, czyli inne zaburzenie lub choroba psychiczna nie stanowi lepszego wyjaśnienia obecności objawów (na przykład depresja), objawy nie są wywołane przez określoną chorobę somatyczną (jak na przykład nadczynność tarczycy) lub nie są efektem działania leków lub substancji psychoaktywnych (w tym kofeina) na ośrodkowy układ nerwowy, nie są też efektem odstawienia takich substancji jak alkohol czy benzodiazepiny. Stosowanie marihuany może być czynnikiem ryzyka rozwoju zaburzeń lękowych i większego nasilenia objawów lęku [Hsu 2026, Xue 2021]. Lęk mogą nasilać takie leki jak kortykosteroidy i sympatykomimetyki.

Diagnostyka różnicowa w klasyfikacji ICD-11

Rozróżnienie pomiędzy normą a zaburzeniem w przypadku zaburzeń lękowych opiera się na ocenie adekwatności przeżyć do okoliczności życiowych i stopnia (czas, głębokość), w jakim objawy upośledzają normalne funkcjonowanie. Przeżywanie lęku czy zmartwienia jest samo w sobie normalnym stanem emocjonalnym i poznawczym, który pojawia się w sytuacjach stresowych. „Normalnie" lęk może pomóc w ukierunkowaniu adaptacyjnych działań nakierowanych na rozwiązanie problemu i przezwyciężenie trudności. Podlega zwykle samoregulacji i nie zakłóca trwale funkcjonowania. W przypadku uogólnionego zaburzenia lękowego lęk, niepokój lub zmartwienie się są nadmierne, uporczywe i na tyle intensywne, że mają trwały, istotny i negatywny wpływ na funkcjonowanie. Oczywiście w przypadku wyjątkowo stresujących okolicznościach (np. życie w strefie działań wojennych) doświadczenie intensywnego niepokoju i zmartwień nie jest patologiczne.

W diagnostyce różnicowej uogólnionego zaburzenia lękowego należy zwracać uwagę na czynniki kulturowe. Mogą one wpływać na przykład na dominację dolegliwości somatycznych nad wyrażanym nadmiernym zamartwianiem się. Także treść „zmartwień" może być uwarunkowana środowiskowo i kulturowo. W klasyfikacji ICD-11 podaje się jako przykład, że w społecznościach, w których ważne są relacje ze zmarłymi krewnymi, martwienie się może dotyczyć ich losów w zaświatach, zaś w kulturach indywidualistycznych koncentrować na osobistych osiągnięciach lub spełnianiu oczekiwań. Oczywiście treść i poziom nasilenia zamartwiania się może się różnić w różnych grupach wiekowych. W przypadku dzieci i młodzieży zwykle może dotyczyć osiągnięć szkolnych, podczas gdy dorośli bardziej martwią się o dobro własne lub swoich bliskich. W przypadku dzieci (ale nie tylko) może pojawiać się wyraźna potrzeba ciągłego wsparcia i zapewnienia, że „wszystko jest w porządku".

Różnicowanie uogólnionych zaburzeń lękowych obejmuje oczywiście inne podtypy zaburzeń lękowych: zaburzenia lękowe z napadami paniki będą cechowały się nawracającymi, nieoczekiwanymi i samoograniczającymi się epizodami intensywnego strachu lub niepokoju. W przypadku GAD lęk ma charakter stały, uporczywy i uogólniony. Ataki paniki wywołane konkretnymi zmartwieniami mogą występować, ale jeśli występują tylko w kontekście zamartwiania się różnymi wydarzeniami życia codziennego lub ogólnego niepokoju dodatkowa diagnoza zespołu lęku panicznego nie jest uzasadniona.

Lęk społeczny pojawia się w odpowiedzi na określone sytuacje społeczne takie jak np. wystąpienie publiczne, inicjowanie rozmowy. Jego głównym tematem jest obawa przed negatywną oceną innych. W GAD negatywna ocena ze strony innych osób nie jest głównym tematem przeżywanych obaw i zmartwień. W przypadku lęku separacyjnego objawy lękowe dotyczą głównie ważnych osób bliskich. W uogólnionym zaburzeniu lękowym, poza obawami o zdrowie i bezpieczeństwo takich osób, objawy rozciągają się również na inne aspekty życia codziennego.

ICD-10 11

Tak jak wspomniano, współwystępowanie depresji i GAD jest częste i część objawów występuje zarówno w zespołach depresyjnych, jak i w uogólnionych zaburzeniach lękowych, między innymi zaburzenia koncentracji, zaburzenia snu, somatyczne objawy lęku czy lęk związany z pesymistycznymi myślami. Charakterystyczne dla zaburzeń depresyjnych będzie obniżenie nastroju lub anhedonia (utrata przyjemności z czynności, które wcześniej sprawiały przyjemność), poczucie bezwartościowości, beznadziejności, myśli rezygnacyjne i samobójcze. Gdy spełnione są wymagania diagnostyczne zarówno dla zaburzenia nastroju, jak i zaburzenia lękowego lub związanego ze strachem, należy również postawić rozpoznanie zaburzenia lękowego lub związanego ze strachem.

Zaburzenia adaptacyjne są bardzo częstym rozpoznaniem stawianym u pacjentów w praktyce ambulatoryjnej. Istotne jest tutaj powiązanie objawów (i ich niedostosowanie) do określonego czynnika stresowego, zwykle mającego charakter psychospołeczny lub kilku takich czynników. Wspólne z GAD może być nadmierne zmartwienie, nawracające i niepokojące myśli o czynniku powodującym stres, ciągłe rozmyślanie o jego konsekwencjach. Zaburzenie adaptacyjne jest jednak wyraźnie skupione wokół takiego określonego stresora lub jego konsekwencjach. Tymczasem w GAD zmartwienia zazwyczaj obejmują wiele obszarów codziennego życia i mogą też obejmować obawy o sytuacje, które mogą się wydarzyć hipotetycznie (np. że może nastąpić wypadek, choroba itp.). Początek zaburzeń adaptacyjnych jest zwykle wyraźnie powiązany z pojawieniem się czynnika stresowego, wcześniej funkcjonowanie nie jest zaburzone. Objawy zaburzeń adaptacyjnych zwykle ustępują w ciągu tygodni lub miesięcy, czyli nie utrzymują się przewlekle.

Zespół stresu pourazowego rozwija się w odpowiedzi na bezpośrednie doświadczenie lub bycie świadkiem ekstremalnych i traumatycznych sytuacji. Takie osoby rozwijają szereg reakcji autonomicznych, nadmierną czujność i mogą przejawiać obawy dotyczące ponownego znalezienia się w określonych sytuacjach identyfikowanych jako bezpośrednie zagrożenie. Lęk występuje też w różnych okolicznościach wyzwalających wspomnienia traumatycznego wydarzenia (miejsce, ale też dźwięki, zapachy itp.). W przypadku GAD nie mamy bezpośredniego związku z traumatycznym wydarzeniem, a zmartwienie się dotyczy możliwości wystąpienia niepożądanych zdarzeń w różnych dziedzinach życia (np. zdrowie, finanse, kariera).

W zaburzeniu obsesyjno-kompulsywnym obawy koncentrują się wokół natrętnych i niechcianych myśli (obsesje), w przypadku uogólnionego zaburzenia lękowego uwaga skupia się na wydarzeniach z życia codziennego. Obsesyjne myślenie w zaburzeniu obsesyjno-kompulsywnym jest zwykle odbierane jako niechciane, natomiast u osób z GAD zamartwianie się nie jest postrzegane jako „niechciane" – przeciwnie, może wręcz być subiektywnie postrzegane jako ważne i potrzebne w przewidywaniu i zapobieganiu negatywnym zdarzeniom. W praktyce klinicznej różnicowanie ruminacji w zaburzeniu lękowym uogólnionym i zaburzeniu obsesyjno-kompulsywnym może nastręczać trudności. Na pewno w przypadku objawów GAD nasilonych, przewlekłych i słabo reagujących na leczenie warto rozważyć weryfikację diagnozy. Leczenie farmakologiczne zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych wymaga zwykle stosowania znacznie wyższych dawek leków niż w przypadku GAD, jak też innych form psychoterapii.

Zaburzenia hipochondryczne to zaburzenia, których osią jest martwienie się rzeczywistymi lub wyobrażonymi objawami fizycznymi i ich potencjalnym znaczeniem dla własnego stanu zdrowia. Ponownie w różnicowaniu istotne będzie to, że osoby z GAD doświadczają objawów somatycznych związanych z lękiem i mogą w związku z tym martwić się o swoje zdrowie, ale ich zmartwienia nie są do tego ograniczone i rozciągają się na inne aspekty codziennego życia i funkcjonowania

Zaburzenia lęku uogólnionego w klasyfikacjach ICD-10, ICD-11 i DSM-5

Kryteria:	ICD-11 – 6B00	ICD-10 (RDC) – F41.1	DSM-5
Objawy osiowe	Uogólnione zaburzenie lękowe charakteryzuje się wyraźnymi objawami lęku niezależnego od czynników środowiskowych, „lękiem uogólnionym” albo nadmiernym zmartwieniem skupionym na wielu codziennych wydarzeniach, najczęściej dotyczących rodziny, zdrowia, finansów, szkoły lub pracy.	Nasilone napięcie, martwienie się i odczuwanie obaw dotyczących codziennych wydarzeń i trudności.	Nadmierny lęk i zamartwianie się przyszłymi wydarzeniami, dotyczące codziennych aktywności (szkoła, praca itd.).
Czas trwania objawów	Objawy nie są przemijające i utrzymują się przez co najmniej kilka miesięcy, będąc obecne przez większość dni.	6 miesięcy	Występujący często (częściej występuje niż nie występuje) przez okres co najmniej 6 miesięcy.
Wpływ na funkcjonowanie	Znaczny niepokój związany z doświadczaniem utrzymujących się objawów lękowych lub znaczące upośledzenie w osobistych, rodzinnych, społecznych, edukacyjnych, zawodowych lub innych ważnych obszarach funkcjonowania. Jeśli poziom funkcjonowania zostaje utrzymany, to kosztem znacznego dodatkowego wysiłku.	Istotne cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania.	Trudności w kontrolowaniu zamartwiania się oraz klinicznie istotne cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania.
Obecność objawów dodatkowych (przede wszystkim somatycznych objawów lęku, objawów wzbudzenia autonomicznego)	Lękowi towarzyszą objawy takie jak: ■ Napięcie mięśni lub niepokój ruchowy. ■ Nadmierna aktywność układu współczulnego, o czym świadczą częste objawy żołądkowo-jelitowe, takie jak nudności i (lub) dolegliwości brzuszne, kołatanie serca, pocenie się, drżenie i (lub) suchość w ustach. ■ Subiektywne doświadczenie nerwowości, niepokoju lub bycia „na krawędzi”. ■ Trudności z koncentracją. ■ Drażliwość. ■ Zaburzenia snu (trudności z zasypianiem lub utrzymaniem snu lub niespokojny, niezadowalający sen).	Muszą być co najmniej 4 objawy dodatkowe, w tym jeden z objawów wzbudzenia autonomicznego: **1.** bicie serca lub ciężar serca lub przyspieszenie czynności serca, **2.** pocenie się, **3.** drżenie lub dygotanie, **4.** suchość w jamie ustnej (nie z powodu leków ani odwodnienia). **Objawy z okolic klatki piersiowej i brzucha**: **5.** Trudności z oddychaniem. **6.** Uczucie dławienia się. **7.** Ból lub uczucie dyskomfortu w klatce piersiowej. **8.** Nudności lub dyskomfort w okolicy brzucha (np. ucisk w żołądku). **Objawy związane z funkcjonowaniem mózgu i umysłem:** **9.** Zawroty głowy, trudności z utrzymaniem równowagi lub zasłabnięcia. **10.** Poczucie depersonalizacji lub derealizacji.	Lęk lub obawy są związane z trzema (lub więcej) symptomami, wymienionymi poniżej (a przynajmniej niektóre z tych symptomów są częste – częściej występują niż nie występują – w okresie co najmniej 6 miesięcy): ■ Niepokój psychoruchowy, nerwowość lub napięcie emocjonalne. ■ Łatwe męczenie się. ■ Problemy z koncentracją uwagi lub uczucie pustki w głowie. ■ Drażliwość. ■ Wzmożone napięcie mięśniowe. ■ Problemy z zasypianiem, wstawaniem lub niespokojny sen/niewysypianie się.

c. d. Zaburzenia lęku uogólnionego w klasyfikacjach ICD-10, ICD-11 i DSM-5

Kryteria:	ICD-11 – 6B00	ICD-10 (RDC) – F41.1	DSM-5
		11. Lęk przed utratą kontroli, popadnięciem w obłęd lub zemdleniem. **12.** Lęk przed śmiercią. **Objawy ogólne:** **13.** Przypływy zimna i gorąca. **14.** Odczucia drętwienia i mrowienia. **Objawy napięcia:** **15.** Napięcia lub bóle mięśni. **16.** Niepokój ruchowy i niemożność odprężenia się. **17.** Uczucia wzmożonej czujności lub napięcia emocjonalnego. **18.** Uczucie dławienia lub ucisku w gardle lub trudności z przełykaniem. **Inne objawy niespecyficzne:** **19.** Tendencja do wygórowanego reagowania przestraszeniem na pomniejsze sytuacje zaskoczenia. **20.** Trudności z koncentracją uwagi i uczucie pustki w głowie związane z niepokojem i obawami. **21.** Stała drażliwość. **22.** Trudności z zasypianiem związane z zamartwianiem się.	Do objawów można również zaliczyć nudności, wymioty i przewlekłe bóle brzucha.
Wykluczenie innych zaburzeń psychicznych	Nie da się lepiej wytłumaczyć objawów innym zaburzeniem psychicznym (np. zaburzeniem depresyjnym).	Zaburzenie nie spełnia kryteriów zaburzenia lęku panicznego (F41.0), zaburzeń lękowych pod postacią fobii (F40.-), zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych (F42.-) lub hipochondrii (F45.2).	Zaburzenie nie może być łatwiejsze do wyjaśnienia obecnością innych zaburzeń psychicznych.
Wykluczenie przyczyn somatycznych, działania leków i używania substancji psychoaktywnych	Objawy nie są przejawem innego stanu chorobowego (np. nadczynności tarczycy) i nie wynikają z działania substancji lub leku na ośrodkowy układ nerwowy (np. kofeiny, kokainy), w tym skutków odstawienia (np. alkoholu, benzodiazepin).	Najczęstsze zaburzenia wymagające wykluczenia: lęk wywołany chorobami somatycznymi takimi, jak nadczynność tarczycy, organiczne zaburzenia psychiczne (F0) lub zaburzenia związane ze substancjami psychoaktywnymi (F1) takie, jak przyjmowanie pochodnych amfetaminy lub zespół odstawienny wywołany uzależnieniem od benzodiazepin. alkoholu.	Zaburzenia nie można przypisać skutkom działania substancji (np. używek, leków), ani następstwom innych chorób (np. nadczynność tarczycy).

Opracowano na podstawie [WHO 1997, 1998, 2023, DSM-5 2018, First 2021]

ICD-10 11

Piśmiennictwo:

1. Ansara ED. Management of treatment-resistant generalized anxiety disorder. Ment Health Clin. 2020;10(6):326-334.
2. Bandelow B i wsp. World Federation of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive – compulsive disorder (OCD) and posttraumatic stress disorder (PTSD) for the treatment in primary care. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice. 2012; 16:77–84
3. Bandelow B, Allgulander C, Baldwin DS I wsp. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders - Version 3. Part I: Anxiety disorders. World J Biol Psychiatry. 2023;24(2):79-117.
4. Berrios G. Anxiety disorders: a conceptual history. J Affect Disord. 1999; 56(2-3):83-94.
5. DeMartini J, Patel G, Fancher TL. Generalized Anxiety Disorder. Ann Intern Med. 2019;170(7):ITC49-ITC64.
6. Fagan HA, Baldwin DS. Pharmacological Treatment of Generalised Anxiety Disorder: Current Practice and Future Directions. Expert Rev Neurother. 2023;23(6):535-548.
7. First MB, Gaebel W, Maj M, I wsp. An organization- and category-level comparison of diagnostic requirements for mental disorders in ICD-11 and DSM-5. World Psychiatry. 2021;20(1):34-51.
8. Haller H, Cramer H, Lauche R, Gass F, Dobos GJ. The prevalence and burden of subthreshold generalized anxiety disorder: a systematic review. BMC Psychiatry. 2014 May 1;14:128.
9. Kogan, C. S., Stein, D. J., Maj, M., First, M. B., Emmelkamp, P. M. G., & Reed, G. M. (2016). *The Classification of Anxiety and Fear-Related Disorders in the ICD-11. Depression and Anxiety*, 33(12), 1141–1154.
10. Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B. „The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure." J Gen Intern Med 2001; 16 (9): 606-613.
11. Kroenke K. Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric co-morbidity and management. International Journal of Methods in Psychiatric Research, 2003;12(1):34-43.
12. Kroenke K. Somatic symptoms deserve our attention. Fam Syst Health. 2016;34(4):330-333.
13. Nilsson J, Sigström R, Östling S, Waern M, Skoog I. Changes in the expression of worries, anxiety, and generalized anxiety disorder with increasing age: A population study of 70 to 85-year-olds. Int J Geriatr Psychiatry. 2019;34(2):249-257.
14. Papola D, Miguel C, Mazzaglia M, I wsp. Psychotherapies for Generalized Anxiety Disorder in Adults: A Systematic Review and Network Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. JAMA Psychiatry. 2023:e233971.
15. Penninx BW, Pine DS, Holmes EA, Reif A. Anxiety disorders. Lancet. 2021 6;397(10277):914-927. Erratum in: Lancet. 2021;397(10277):880.
16. Stein DJ, Hollander E. Współchorobowość depresji i zaburzeń lękowych. Via Medica, Gdańsk 2004
17. Tahilia J. Rebello, Jared W. Keeley, I wsp. Anxiety and Fear-Related Disorders in the ICD-11: Results from a Global Case-controlled Field Study, Archives of Medical Research. 2019; 50 (8) 490-501.
18. World Health Organization 1992. ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius". Instytut Psychiatrii i Neurologii. Kraków – Warszawa 1997.
19. World Health Organization 1993. ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius". Instytut Psychiatrii i Neurologii. Kraków – Warszawa 1998.
20. DSM-5. Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5. Edra Urban & Partner, Wrocław 2018
21. World Health Organization. ICD-11. https://icd.who.int/en
22. Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób Rewizja Jedenasta (ICD-11). Genewa: Światowa Organizacja Zdrowia; 2022. Licencja: CC BY-ND 3.0 IGO. https://rsk3.ezdrowie.gov.pl/resource/structure/icd11/99ICD1/2023-01/mms/details
23. Xue S, Husain MI, Zhao H, Ravindran AV. Cannabis Use and Prospective Long-Term Association with Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Studies. 2021;66(2):126-138.
24. Hsu M, Shah A, Jordan A, Gold MS, Hill KP. Therapeutic Use of Cannabis and Cannabinoids: A Review. JAMA. 2026;335(4):345-359.

AGM/PSYCH/MEME/ME/2026/02/00085

Dziękujemy firmie EGIS Polska za roztoczenie patronatu edukacyjnego nad przygotowaniem cyklu artykułów informacyjnych i edukacyjnych na temat ICD-11.

Wykładowcy i organizatorzy konferencji Psychiatria na świecie 2025

PSYCHIATRIA NA ŚWIECIE 2025 W PIGUŁCE

PIOTR KRAWCZYK

Lekarz psychiatra z Centrum Terapii Dialog,
Kierownik Naukowy VII Ogólnopolskiej konferencji
dla lekarzy psychiatrów „Psychiatria na świecie 2025"

Rok 2025 przyniósł psychiatrii nie tyle jedną spektakularną rewolucję, ile wyraźne przesunięcie akcentów – w stronę większej precyzji biologicznej, uważności na heterogeniczność pacjentów oraz krytycznego namysłu nad narzędziami, którymi posługujemy się w praktyce klinicznej od dekad. Czym żyła światowa psychiatria w 2025 roku i jakie wnioski wybrzmiewały na najważniejszych międzynarodowych kongresach, takich jak APA, ECNP, EPA czy ISBD?

Psychiatria pamięci, traumy i wczesnych interwencji

Duże zainteresowanie w światowej psychiatrii wzbudza nowe spojrzenie na PTSD jako "zaburzenie zapominania", a nie wyłącznie reakcja na stres. Modele koncentrujące się na kodowaniu i kontekście wspomnień lepiej tłumaczą utrwalanie się objawów pourazowych niż klasyczne paradygmaty warunkowania lękowego. Szczególnie istotne klinicznie są dane dotyczące wczesnych, niskokosztowych interwencji – w tym cyfrowych, takich jak chatbot – wdrażanych w pierwszych dniach po traumie. Wyniki projektów realizowanych w populacjach dotkniętych wojną pokazały, że czynniki takie jak poczucie bezpieczeństwa, chociaż minimalne poczucie sprawczości i wsparcie społeczne mogą realnie zmniejszać ryzyko rozwoju przewlekłego PTSD.

Podobne przesunięcie w stronę wczesnej interwencji widoczne jest także w badaniach nad psychozami. Analizy długoterminowych wyników leczenia pierwszego epizodu oraz dane z rejestrów narodowych podkreślają, że decyzje podejmowane na początku leczenia w istotny sposób determinują dalszą trajektorię choroby. Dotyczy to zarówno doboru farmakoterapii, czasu wdrożenia interwencji psychospołecznych, jak i wciąż zbyt rzadkiego sięgania po klozapinę u pacjentów z opornością na leczenie.

Co naprawdę zmienia praktykę w leczeniu ciężkich zaburzeń psychicznych?

W obszarze zaburzeń dwubiegunowych uwagę przyciągają aktualizacje wytycznych CANMAT i ISBD. Choć hierarchia leków w manii pozostaje względnie stabilna, coraz wyraźniej akcentuje się różnice mię-

Prof. Francesco Benedetti z Uniwersytetu Vita-Salute San Raffaele w Mediolanie, PnŚ 2025

Prof. Joseph Zohar z Tel Aviv University w Izraelu, PnŚ 2025

dzy ChAD typu I i II, znaczenie stanów mieszanych oraz konieczność ostrożniejszego stosowania walproinianu – zwłaszcza u kobiet w wieku rozrodczym. W depresji nawracającej nacisk położono na precyzyjniejszą kwalifikację leczenia, zamiast szerokiego stosowania antydepresantów.

Równolegle toczy się krytyczna refleksja nad SSRI. Analizy historyczne i dane długoterminowe przypominają, że leki te mają w dużej mierze charakter objawowy, a ich skuteczność w długiej perspektywie jest ograniczona do wybranych populacji. Coraz więcej uwagi poświęca się też zespołowi dyskontynuacji oraz ryzyku błędnej interpretacji objawów po zbyt szybkim odstawieniu leczenia.

Sen, światło i rytmy biologiczne – powrót do fundamentów

Wciąż mało pamiętamy o roli rytmów okołodobowych w patogenezie i leczeniu depresji. Chronobiologia przestała być domeną ciekawostek – dane dotyczące światła, deprywacji snu i przesunięć fazowych pokazują, że są to interwencje o przewidywalnych mechanizmach i realnej skuteczności, także u pacjentów z depresją lekooporną. Szczególnie interesujące są obserwacje dotyczące wpływu światła na reaktywność układu limbicznego oraz redukcję ideacji samobójczej.

Autyzm, ADHD i psychiatria kobiet

Rok 2025 obfitował również w tematy, które silnie rezonowały społecznie. W obszarze spektrum autyzmu konieczne stało się porządkowanie narracji medialnych i politycznych – od alarmistycznych interpretacji danych epidemiologicznych po uproszczone doniesienia o „lekach na autyzm". Najnowsze prace genetyczne podkreślają heterogeniczność ASD i podważają istnienie jednej, uniwersalnej przyczyny.

Z kolei ADHD u kobiet coraz wyraźniej przestaje być marginalnym zagadnieniem. Dane dotyczące wpływu hormonów płciowych na przebieg objawów, odpowiedź na leczenie oraz moment zgłaszania się po diagnozę (często dopiero w okresie okołomenopauzalnym) mają bezpośrednie implikacje kliniczne i wymagają ścisłej współpracy między psychiatrami a ginekologami.

Cyfrowe uzależnienia i era AI – nowe wyzwania kliniczne

W gabinecie psychiatrów coraz częściej pojawiają się również problemy związane z zachowaniami cyfrowymi: uzależnienia behawioralne online, hazard w aplikacjach, lootboxy czy problemowe używanie internetu u dzieci i młodzieży. Dane z dużych badań podłużnych w USA (ABCD Study - Adolescent Brain Cognitive Development Study) pokazują, że wzorce korzystania z ekranów mogą wiązać się z odmiennymi trajektoriami rozwojowymi, a rutynowe pytanie o zachowania online staje się elementem nowoczesnego badania psychiatrycznego.

Osobnym, szeroko dyskutowanym tematem jest obecność chatbotów i dużych modeli językowych w obszarze zdrowia psychicznego. Choć technologia może wspierać klinicystów w tworzeniu dokumentacji medycznej czy wczesnym wykrywaniu objawów, jasno podkreśla się ryzyka związane z zastępowaniem relacji terapeutycznej algorytmem – od wzmacniania objawów OCD po eskalację treści urojeniowych.

Prof. Adam Wichniak, PnŚ 2025

Prof. Agata Szulc, PnŚ 2025

Co z tego wynika dla psychiatry w Polsce?

Psychiatria na świecie w 2025 roku coraz wyraźniej odchodzi od prostych algorytmów i jednolitych schematów. W ich miejsce pojawia się myślenie mechanizmami, stratyfikacją biologiczną i większą odpowiedzialnością za długofalowe konsekwencje leczenia – metaboliczne, poznawcze i społeczne. To nie jest rewolucja, ale kierunek w jakim zmierza współczesna psychiatria na świecie.

Dziś bycie na bieżąco przestaje oznaczać znajomość pojedynczych nowinek farmakologicznych. Coraz częściej oznacza umiejętność krytycznej interpretacji danych, oddzielania faktów od medialnego szumu oraz gotowość do modyfikowania własnej praktyki w świetle nowych, często niewygodnych informacji.

Spotkajmy się w listopadzie na „Psychiatrii na świecie 2026"

Jeśli jesteś lekarzem psychiatrą i chcesz wiedzieć więcej o tym, jak zmienia się psychiatria, to zachęcamy do udziału w VIII edycji konferencji „Psychiatria na Świecie", która odbędzie się 20-21 listopada 2026 roku. To wydarzenie, które od lat tworzymy z myślą o psychiatrach praktykujących w Polsce – jako miejsce syntetycznego podsumowania najważniejszych światowych doniesień, ale też spokojnej, krytycznej rozmowy o tym, co z tej wiedzy realnie przekłada się na praktykę kliniczną. Podczas „Psychiatrii na świecie" nie tylko można zdobyć najnowszą wiedzę psychiatryczną, ale również zainspirować się tematami nieoczywistymi, rzadko poruszanymi na konferencjach, a potrzebnymi do dalszego rozwoju zawodowego.

Do zobaczenia! ■

Psychiatria na świecie 2025, Warszawa, 28-29 listopada 2025

KONGRES PSYCHIATRIA MEDFORUM 2025 – OKIEM UCZESTNICZKI

MARTYNA PANEK

W dniach 11-13 grudnia 2025 r. odbył się XIX Międzynarodowy Kongres z cyklu Psychiatria Medforum. Jak co roku, wydarzenie miało miejsce w Hotelu Gołębiewskim w Wiśle. Myśl przewodnia tegorocznej edycji była równie ciekawa, jak rozległa – „Psychiatria nowej rzeczywistości: nowe technologie, nowe zaburzenia".

Dużo przestrzeni poświęcono dyskusjom na temat sztucznej inteligencji, wiążących się z nią szans i zagrożeń, jej historii i potencjalnego stosowania w praktyce zawodowej. Ważnymi tematami były także media społecznościowe, szeroko pojęte uzależnienia, nowe trendy w diagnozie, tematy z zakresu prawa medycznego, farmakoterapii i wiele innych.

I Dzień Kongresu

Pierwsze warsztaty poprzedzające oficjalne otwarcie kongresu odbywały się równolegle w dwóch salach wykładowych. Na sali głównej można było dowiedzieć się o nowych klasyfikacjach zaburzeń związanych z natręctwami według ICD-11 i DSM-5, historii tych jednostek diagnostycznych i tego, jak na przestrzeni lat zmieniało się ich postrzeganie. W ramach sesji równoległych odbył się także wykład dotyczący stosowania modeli językowych w psychiatrii ratunkowej.

Sesję inauguracyjną, tradycyjnie poprowadziła prof. Irena Krupka-Matuszczyk. Pani profesor powitała serdecznie uczestników, przybliżyła tematykę kongresu i udzieliła najważniejszych informacji organizacyjnych.

Po uroczystym otwarciu Kongresu odbyła się pierwsza sesja wykładowa, moderowana przez prof. Krzysztofa Kucię i dr Sławomira Jakimę. Dotyczyła ona nietypowych uzależnień i zaburzeń behawioralnych. Jako pierwsze na tapecie znalazły się tzw. „designer drugs", w Polsce znane powszechnie jako dopalacze. Dr hab. Grzegorz Opielak podzielił się swoją rozległą wiedzą z zakresu chemii i toksykologii podczas omawiania właściwości tych nieprzewidywalnych substancji i konsekwencji ich stosowania. Następnie omówione zostały bardziej niszowe przypadki uzależnień, takie jak uzależnienie od opalania, tanoreksja. Dr Sławomir Jakima zagłębił się w temat zaburzeń postrzegania własnego ciała, a ponadto wyjaśnił mechanizm opalania i związanych z nim zagrożeń dla skóry. Prof. Przemysław Bieńkowski przedstawił uzależnienie od cukru, tzw. „sweet tooth", czyli wyczulenie na bodźce odbierane przez jednostkę jako słodkie i mechanizmy leżące u jego podstaw.

Następnie na głównej sali odbywała się sesja dotycząca pacjentów z niepełnosprawnością intelektualną, a równolegle do niej, piętro niżej, sesja o ChAD i jego powiązaniach z ADHD, zaburzeniami osobowości i uzależnieniami. Wybór między tymi dwoma sesjami był trudny, ale ostatecznie wybrałam się na tę drugą. Omówione zostały różnice między zaburzeniami, warunki dla podwójnej diagnozy oraz liczne wskazówki dla skuteczniejszego leczenia. Pod koniec sesji widownia aktywnie dyskutowała, zadawała wiele pytań, między innymi o kolejność leczenia i dobór odpowiednich leków.

Najbardziej zapadła mi w pamięć ostatnia sesja, w której uczestniczyłam tego dnia – „AI w psychiatrii – szanse i ryzyka". W pierwszej części sesji dr Patryk Rodek przybliżył tło historyczne i kamienie milowe w rozwoju modeli językowych, postrzegania możliwości technologicznych na przestrzeni wieków, a także wyjaśnił mechanizmy działania niektórych modeli. Głównym zagadnieniem poruszonym przez drugiego prelegenta, dr Jacka Przybyło, były analogie poszczególnych zachowań modeli językowych do psychopatologii występujących u ludzi. Dr Przybyło rozpoczął wystąpienie od nakreślenia różnic pomiędzy sztuczną inteligencją, a tym co potocznie nazywane jest sztuczną inteligencją, czyli właściwie: LLM (Large Language Models – Duże Modele Językowe) takimi jak ChatGPT, Gemini lub Grok. Sesję zakończył wykład Natalii Matuszczyk, na co dzień studiującej zagrożenia katastroficzne związane z AI na Uniwersytecie w Cambridge. Prelegentka szczegółowo wytłumaczyła konkretne ryzyka wiążące się ze stosowaniem chatbotów, opatrując je własnymi przykładami i omówiła strukturalne źródła błędów, takich jak zjawisko halucynacji. Podsumowaniem wystąpienia był zestaw wytycznych dla psychiatrów planujących stosować chatboty w pracy z pacjentami.

II Dzień Kongresu

Drugi dzień Kongresu rozpoczął się od sesji warsztatowej przeprowadzonej przez psychoterapeutę i seksuologa mgr Bogusława Barańskiego. Dotyczyła chemseksu. Na wykładzie zostały przedstawione koncepcje takie jak seksualny neoliberalizm i tzw. uberyzacja ciała, czyli możliwość zdobywania kontaktów seksualnych na zawołanie, bez potrzeby nawiązywania więzi – rzeczywistość, w której ciało staje się produktem, którego się używa, zamiast w nim być.

Następna w planie była sesja wykładowa „Depresja i filozofia", moderowana przez prof. Krzysztofa Krystę. Rozpoczęła się od wykładu lekarza psychiatry Giuseppe Tavormina, który połączył się z widownią zdalnie. Główną myślą wykładu było to, jak sztuka, a właściwie poezja, może pomóc psychiatrze zwiększyć wrażliwość i lepiej wspierać swoich pacjentów w procesie leczenia. Widownia miała też okazję wysłuchać jednego z wierszy prelegenta w jego ojczystym języku włoskim. Następnie dr Sławomir Jakima przybliżył koncepcję depresji kolonialnej oraz postać Frantza Fanona, autora kluczowej dla postkolonialnych analiz pracy

„Wyklęty Lud Ziemi". Psychiatra z Martyniki zapisał się na kartach historii przez swoje bezkompromisowe tezy na temat wyzwolenia osób czarnoskórych spod wpływu kolonializmu. Sesję zakończył wykład prof. Marka Krzystanka, który rozważał, czy filozofia może uchronić przed depresją oraz jak możemy zadbać o dobrostan swojego mózgu.

Podczas kolejnego wykładu dr hab. Sławomir Murawiec i dr Piotr Wierzbiński pokazali, że diagnostykę depresji można porównać do śledztwa, a psychiatrę – do detektywa na tropie prawdy. Pomiędzy slajdami prezentacji odtwarzane były fragmenty filmu, które stopniowo, kawałek po kawałku, ujawniały nam pełen kontekst funkcjonowania pacjenta, bohatera nagrania.

Po wykładzie udałam się na drugie w tym dniu warsztaty prowadzone przez mgr Bogusława Barańskiego, podczas których opowiadał o toksycznych wzorcach Mrocznej Triady, tym co dzieje się w umysłach osób wchodzących w relacje z osobami dotkniętymi tymi zaburzeniami, a na koniec podzielił się narzędziownikiem klinicznym dla terapeuty. Temat wzbudził ogromne zainteresowanie – sala, na której odbywała się sesja, całkowicie się zapełniła.

W dalszej części dnia odbyła się sesja „Komunikacja psychiatra-społeczeństwo na skraju drugiego ćwierćwiecza XXI wieku". Pierwszy z prelegentów, dr hab. Sławomir Murawiec, omówił internetową działalność Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, poruszył temat przeciwdziałania dezinformacji i reagowania na sytuacje kryzysowe przez psychiatrów w sieci oraz promowania odpowiedniego przekazu dla społeczeństwa. Po nim wystąpił dr Gniewko Więckiewicz, którego wypowiedź podkreślała, dlaczego tak ważne jest, żeby psychiatrzy byli zorientowani w świecie mediów społecznościowych i zaznajomieni z mechanizmami ich działania. Ostatnia część tej sesji została poprowadzona przez lek. Maję Herman, która podzieliła się swoimi doświadczeniami jako psychiatrka aktywna od lat w mediach społecznościowych. Lekarka wskazała na potrzebę publikowania krótkich treści w internecie, aby specjaliści mogli stanowić skuteczną przeciwwagę do wszechobecnych szkodliwych i nieprawdziwych informacji dotyczących zdrowia psychicznego.

Plebiscyt Złota Synapsa

W tegorocznej edycji, w kategorii Przyjaciel Psychiatrii nagrodę otrzymała Fundacja „Słonie na Balkonie" zajmująca się pomaganiem dzieciom po traumie. Psychiatryczną Innowacją Roku został ośrodek „Siła Więzi", która dba o rozwój i formowanie się prawidłowej więzi u najmłodszych pacjentów. Tytułem Zasłużonych dla psychiatrii uhonorowano dr n. med. Lidię Popek i prof. dr hab. n. med. Piotra Gałeckiego. Synapsę za najbardziej znaczący artykuł o tematyce psychiatrycznej wręczono dr hab. Marcinowi Moskalewiczowi za jego list do redakcji World Psychiatry (Impact Factor= 65,8) „A new role for phenomenology in empowering patients based on quantitative evidence-based research".

Ostatnia sesja drugiego dnia

Odbyła się zaraz po gali wręczenia nagród. „Czy neuroatypowość to nowa moda?" – tak brzmiało zagadnienie, nad którym zastanawiali się prowadzący, prof. Małgorzata Janas-Kozik oraz prof. Marek Krzystanek. Toczyły się rozważania o tym, jak trafnie rozpoznawać spektrum autyzmu u dzieci, a także skąd mogła się wziąć tendencja do coraz częstszego stawiania tej diagnozy. Zwrócono uwagę na podobieństwa między objawami spektrum autyzmu a objawami charakterystycznymi dla innych zaburzeń. Podczas sesji wybrzmiało ważne zdanie – neuroróżnorodność to nie choroba, lecz pewna „inność" wynikająca z odmiennej aktywności mózgu. Pracując z takimi pacjentami, należy skupić się na zdolnościach adaptacyjnych, zamiast usilnie szukać deficytów.

Na zakończenie dnia odbył się warsztat Komisji Kultury i Sztuki PTP, gdzie dr hab. Sławomir Murawiec opowiadał o tym, jak przez kontakt z twórczością można przezwyciężyć wypalenie zawodowe.

III Dzień Kogresu

Ostatni dzień kongresu rozpoczął się od wykładu na temat prawa w psychiatrii. Dr Małgorzata Pudlo i prof. Robert Pudlo wzięli wspólnie pod lupę ustawę o ochronie zdrowia psychicznego w orzecznictwie sądów apelacyjnych i okręgowych, omawiając jej liczne problemy i nieścisłości oraz wynikające z nich konsekwencje dla lekarzy i pacjentów. Jako drugi wystąpił dr Marcin Burdzik, który przybliżył uczestnikom temat oświadczenia woli u pacjentów w ciężkim stanie psychicznym. Podczas ostatniego w tej sesji wystąpienia dr Adam Klasik, mgr Mikołaj Cugowski oraz dr Anita Gałuszka prezentowali wyniki swoich badań eksplorujących związek choroby psychicznej rodzica z wydolnością rodzicielską w opiniodawstwie sądowym.

Druga sobotnia sesja, zamykająca wykładową część kongresu, skupiona była na nowych metodach farmakoterapii w leczeniu zaburzeń afektywnych. Dr Katarzyna Bliźniewska-Kowalska opowiedziała o mechanizmach oraz zastosowaniu ketaminy i psylocybiny, dr Katarzyna Wachowska i dr Robert Bartkiewicz przygotowali prezentację o leczeniu depresji lekoopornej i nagłych stanów psychicznych esketaminą, a na koniec dr Krzysztof Piotrowski opisał lecznicze właściwości ketaminy racemicznej.

XIX Kongres Psychiatria Medforum po raz kolejny odznaczył się wysokim poziomem merytorycznym, stanowił doskonałą okazję do poszerzenia horyzontów w zakresie psychiatrii (i nie tylko!), skorzystania z doświadczenia klinicznego najlepszych polskich specjalistów, zapoznania się z najnowszymi osiągnięciami badawczymi oraz spotykania innych osób podzielających fascynację tematem zdrowia psychicznego. ■

REZYDENCJA

KATARZYNA LATOS-BIAŁA

SAMOTNOŚĆ 1:1

Niełatwo pisać o zmianie kultury pracy w zawodzie, który ma tak ugruntowany schemat. Jeszcze trudniej, gdy samemu jest się dopiero na początku drogi. Łatwo wtedy zabrzmieć jak ktoś, kto się wymądrza. Ale może właśnie dlatego warto spróbować – nie po to, by pouczać, ale by zaproponować kierunek, który może pomóc nam wszystkim.

Nie da się zostać w Polsce psychiatrą inaczej niż pracując w szpitalu. To właśnie tam wszyscy zaczynamy – doświadczamy, czym naprawdę jest system: zła organizacja pracy, niedofinansowanie, braki kadrowe, presja... Na pewno każdy specjalista ma swoją listę spraw, przez które „uciekł" ze szpitala, nie warto jej tu rozwijać... Ale takie miejsca jak oddział, szpital, mają swoją zaletę – zwykle pracuje się zespołowo.

Po specjalizacji wszyscy stają przed wyborem głównego miejsca pracy i zazwyczaj z ulgą opuszczają mury szpitala. Wiem, że taki wybór jest raczej satysfakcjonujący, ale zastanawiam się czy może być satysfakcjonujący na całe zawodowe życie? Z wielu rozmów wiem, że początkowo tak, ale później już niekoniecznie... Z upływem czasu starszym kolegom doskwiera ta samotność w kontakcie z pacjentem 1:1, brak wspólnych omówień i burzy mózgów, brak możliwości odreagowania śmiechem z kolegą czy koleżanką w dyżurce... Na podobne problemy narzekają też specjaliści innych nieszpitalnych dziedzin, zwłaszcza lekarze rodzinni. Może rezydentura, kiedy naturalnie spotykamy się ze sobą nawzajem, jest dobrym momentem na zorganizowanie sobie satysfakcjonującej siatki wsparcia na dalsze zawodowe życie?

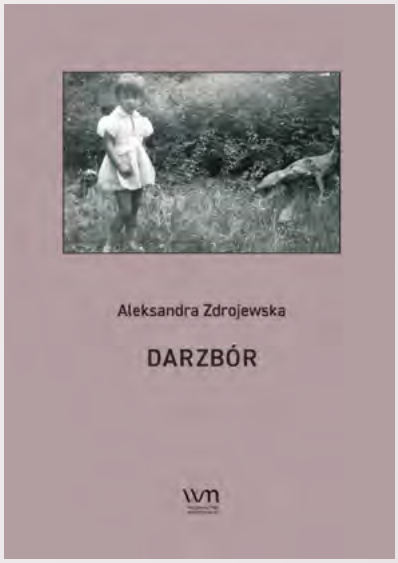
W innych zawodach pomocowych – choćby w psychoterapii – superwizja jest standardem. Psychoterapeuci spotykają się regularnie, by omawiać trudne przypadki, dzielić się wątpliwościami, szukać nowych perspektyw. My, lekarze, rzadko to robimy. Grupy Balinta? Zdarzają się, ale są wyjątkiem, nie normą. A przecież my też potrzebujemy przestrzeni, w której można mówić o emocjach, o trudnościach, o tym, co nas porusza i co nas przerasta. Wydaje mi się, że „młodzi lekarze" (do których sama też nadal chcę się zaliczać) mogą próbować zmienić sposób myślenia i odczarować postawę „radzę sobie ze wszystkim" na „nie radzę sobie z tym pacjentem, daj znać co o tym myślisz". I nie będzie to powód do wstydu. A raczej do sięgnięcia po wsparcie koleżeńskie lub własną psychoterapię.

Inny aspekt tego 1:1 – stanu kontaktu z pacjentem – to także dobro pacjenta. Niestety, na pewno wszyscy znają przypadki, gdy trafiał do szpitala pacjent wiele lat leczony ambulatoryjnie u jednego lekarza z, jak się okazywało, błędnym rozpoznaniem. Oczywiście, zawsze najmądrzejszy jest ten, kto widzi pacjenta ostatni, ale mam też poczucie, że bez interwizji łatwiej można wpaść w pułapkę przekonania o prawdziwości własnej diagnozy, niestety z krzywdą dla pacjenta...

Dlatego tak ważne jest, by już na etapie rezydentury budować swoją siatkę wsparcia. Nie tylko po to, by przetrwać trudne momenty na rezydenturze, ale by nie zostać samemu w zawodzie. By mieć do kogo zadzwonić z pytaniem, z wątpliwością, z potrzebą rozmowy. By umawiać się na konsultacje, nie tylko z pacjentami, ale też ze sobą nawzajem. By tworzyć nieformalne interwizje, dzielić się artykułami, doniesieniami z konferencji, doświadczeniem, ale też zmęczeniem i frustracją.

Bo przecież każdy z nas, niezależnie od wieku i tytułu, czasem potrzebuje wsparcia. I każdy z nas może je dać. ■

CZYTANKI



DARZBÓR
ALEKSANDRA ZDROJEWSKA

AUTORKA: **ALEKSANDRA ZDROJEWSKA**
WYDAWNICTWO **MODYFIKACJE**
ROK WYDANIA: **2025**

Aleksandra Zdrojewska – *psychoterapeutka, dziennikarka i poetka. Od 2003 roku mieszka w Krakowie, pochodzi z Gdyni. Ukończyła filologię polską i dziennikarstwo (Uniwersytet Gdański) oraz studia psychoterapii (w Krakowie). Wieloletnia reporterka, redaktorka i fotoreporterka „Dziennika Bałtyckiego". Laureatka kilku konkursów literackich.*

www.aleksandrazdrojewska.pl

WIDOCZKI

SALOME SOPOTZKI

Pod szkiełkiem listki, kwiatki, figlarne tajemnice dzieciństwa. Widoczki zamknięte potłuczonym szkłem z PTHW*, zakazanym królestwem wraku. Strzępy dziecięcych skarbów zmuszonych do odpoczynku.

Widoczki... Autorka pozycjonuje się w relacjach stanowiących jej tożsamość. Wspomnieniowe "widoczki", czyli obrazki dzieciństwa, lukrowanego na ogół dystansem, przeplata świadomymi poetyckimi opowieściami o konstrukcie własnej i uniwersalnej rzeczywistości. Opowieści osobiste stanowią asumpt do refleksji o starości, kontestowaniu życiowych fasad i... odchodzeniu, które się obserwuje i w które się wkracza. Relacje matka-córka z dwoistej perspektywy i jednej, i drugiej czy figura ojca, rodzica królewny, ale i alkoholika, wyznaczają skomplikowane balansowanie w układach rodzinnych. Kadry z dawnego życia, rytuały czytelne dla pokolenia autorki i starszych generacji, np. magiel, splatają się z nurtem współczesnego życia, które kusi nową podnietą - sorbet, aktualny tytuł filmowy. Jednak wyczuwa się, że pociągające byłoby wywinąć się z powrotem do dzieciństwa, czułości, niedojrzałości. Zwłaszcza, że lustro matki bywa formułą zniekształcającą, odbija podziwem, ale i ostrością. Bohaterka liryczna chwyta się przeszłości - zmiana fryzury na "z grzywką" jest namiastką tamtego stanu i swoistą kontestacją lustra.

Decydenta, entuzjastka, pasjonatka, choć rodzinna ma własny patent poza oczekiwaniami, "właśnie tak..." na życie. Świadomość odchodzenia jest przerażająca i dla tych, którzy się do tego zbliżają (matka) i dla bliskich, którzy muszą się z tym mierzyć – z lękiem o... i własnym.

Czy masz odwagę odszukać i spojrzeć w "widoczki"...?

* PTHW to był teren rozgrzebanej budowy z wszelkimi niebezpieczeństwami: rozbitym szkłem, porzuconym, zardzewiałym autem, gruzem, gdzie dzieci miały zakaz uczęszczać, ale oczywiście, wbrew zakazom, chodziły i bawiły się z narażeniem zdrowia. Czasem niby coś się wydarzało... Ja byłam jednym z nich. Strefa zakazana.

CZYTANKI

ATROFIA KOMUNIKACJI

O KSIĄŻCE JERZEGO ZADĘCKIEGO ORAZ JACKA BOMBY

WIERSZE, ZMYŚLENIA, KOMENTARZE

(Biblioteka Stowarzyszenia Pisarzy Polskich, Kraków 2025)

MICHAŁ PIETNIEWICZ

Książka napisana jest przez dwóch znanych, wybitnych psychiatrów. Wierszom Jerzego Za-dęckiego, i końcowej, utrzymanej w kafkowskim klimacie niemożności porozumienia roz-mowie, którą wiedzie Freda z Franzem, towarzyszą błyskotliwe i pełne humoru, umocowane w kulturowych odniesieniach komentarze Jacka Bomby. Na czym polega oryginalność tego tomu? Otóż, nieczęsto czyta się książkę, w której dwóch Autorów-Seniorów, powiązanych ze sobą historią całego zawodowego życia, wypełnionego terapią pacjentów, przedstawia dwa tak dalece różniące się spojrzenia na kondycje osoby i jej bytowania w świecie międzyludz-kich związków.

Wiersze Zadęckiego przypominają poetykę Herbertowską, przywodzą na myśl *jego* „Studium przedmiotu". Opisują głównie przedmioty martwe – są tam guziki, poduszki, tubki do pasty. Są też wiersze bardziej konfesyjne, jak „Zeznanie oskarżonego" czy wiersz poświęcony Ada-mowi Zagajewskiemu. Te wiersze są samodzielnymi bytami, których opisywanie wiedzie ku uogólnionej konstatacji egzystencjalnej: cały świat oparty jest na dychotomii cierpienia, zła, pogardy i niewymówionego tutaj z imienia Pana Boga, który śmieje się z niego w sardonicz-nym, ironicznym grymasie.

Jak trafnie zauważa w przedmowie Michał Zabłocki, są to „egzystencjały" – byty autonomiczne, prowadzące ku uogólnionej refleksji nad życiem. Świat przedstawiony oparty jest na dychotomii cierpienia i zła, przy nieobecności jasno nazwanego dobra. Dominuje kafkowski smutek martwego przedmiotu oraz anonimowego istnienia ludzkiego, skazanego na zapomnienie. Symboliczny jest obraz człowieka, który umiera w samo południe, w centrum miasta, nie pozostawiając po sobie żadnego śladu – poza chwilową ciekawością gapiów.

Aura anonimowości i przegranej egzystencji przenika cały tom. Choć komentarze Jacka Bomby są pełne humoru – jak choćby dowcipny komentarz do wiersza o gotującej się wodzie pod pokrywką – to zasadniczy ton książki pozostaje mroczny. Również dialog Franza z Fredą jest perwersyjny i chłodny emocjonalnie, przypominając prozę Michela Houellebecqa: relacja damsko-męska oparta jest tu na dystansie, seksualnej grze i niemożności porozumienia.

U Zadęckiego mamy do czynienia z istnieniem „odartym" z radości, miłości, pragnień i nadziei. Nie ma tu wyraźnych opozycji dobra i zła – pojawia się raczej sfera pośrednia, „cień". Martwe przedmioty zostają antropomorfizowane, zaś ludzkie istnienie ulega urzeczowieniu. Zabieg ten staje się metaforą współczesności: relacji międzyludzkich pozbawionych empatii, komunikacyjnego wyczerpania oraz niemożności wejścia w cudzy świat – zwłaszcza świat choroby psychicznej.

Pośrednio są to teksty o niemożności komunikacji. W przypadku tejże komunikacji mamy do czynienia z czymś zamkniętym i gotowym, gdyż nie mamy tutaj do czynienia z istnieniem dialogicznym jak w przypadku poduszki, która nie szuka solidarności z innymi poduszkami i jest skazana na cierpienie co najwyżej podpierając czyjeś plecy. Są to oczywiście wszystko metafory życia społecznego, jak choćby w wierszu o żuczku, który nie może się odwrócić. Co paradoksalne, owa sytuacja niemożliwości odwrócenia się jest dla niego zbawienna. Powiedzielibyśmy, nieco generalizując, że sytuacja śmierci, dla podmiotu ukrytego tych wierszy, jest sytuacją zbawienną, ponieważ śmierć jest tutaj jakimś wybawieniem. Nie jest przypadkowe, że opisane są tutaj przedmioty martwe. Tę martwotę znów trzeba odnieść do współczesności, do martwoty relacji międzyludzkich i komunikacyjnego wyczerpania, barier, blokad, niemożliwości wypowiedzenia ważnych słów. Słowa padają wyłącznie w obrębie ogołoconego, pustego świata, w pustyni prawdziwej relacji.

W wierszach Zadęckiego znajdują się nawiązania do Kafki, Schulza, Heideggera czy Leibniza. Jest to jednak filozofia monologu, a nie dialogu: świat zamieszkują tu monady bez okien, skazane na samotność i nieprzenikalność doświadczeń.

To smutny komentarz do współczesnego świata, ale jakże często prawdziwy.

Zadęcki i Bomba wiele lat obcowali z cierpieniem ludzkim, wysłuchali mnóstwa ludzkich historii, które są wyłącznie historią jakiegoś rozczarowania światem, bo tym byłaby chyba choroba psychiczna: rozczarowaniem światem, rozczarowaniem drugim człowiekiem i wyborem drogi samotności. Na tej drodze zapisali alternatywne doświadczenia.

Światełkiem w tej mrocznej wizji pozostaje ciepły humor i dystans obecny w komentarzach Jacka Bomby, pozwalający spojrzeć na cierpienie z większym zrozumieniem, nie negując jego realności. „Wiersze, zmyślenia, komentarze" to książka wymagająca, głęboko smutna, ale zarazem przenikliwa i prawdziwa. Polecić ją można nie tylko tym, którzy doświadczają egzystencjalnego negatywizmu, lecz także tym, którzy próbują go twórczo przemyśleć i przekroczyć. ■

TRANSGRESJE

MAREK KRZYSTANEK

Katedra Psychiatrii i Psychologii Klinicznej i Środowiskowej
Akademii WSB w Dąbrowie Górniczej

PARANOJA Z CZATBOTAMI AI W ROLI GŁÓWNEJ

Wydawało mi się, że po skandalach i publikacjach w połowie roku na temat zagrożeń związanych z używaniem generatywnej AI w medycynie, temat ten jest już nieaktualny. Po kongresie Medforum w Wiśle „Psychiatria Cyfrowej Rzeczywistości: Nowe Technologie, Nowe Zaburzenia" zdecydowałem jednak, że należy dalej wołać na pustyni: po co tworzyć symulacje myślenia, jeżeli potrafimy myśleć? Po co tworzyć symulację obecności drugiego człowieka, skoro wokół nas są prawdziwi ludzie? Bo nie chce nam się myśleć. Bo nie chce się nam dostosowywać do drugiego człowieka. Jak powiedział na kongresie Jacek Przybyło: „To nowe odgałęzienie ewolucji człowieka; czas pokaże czy to przetrwa".

Żyjemy w grupach, których członków łączy wspólny cel. Kurt Vonnegut nazywał takie grupy karasami. Ich członkowie szukają się i rozpoznają nawzajem w społeczeństwie, a potem łączą, żeby osiągać wspólny cel. Być może w grupie osób, którym chodzi w życiu o coś więcej niż utrwalanie prawdy subiektywnej ulegliśmy formie kulturalnej paranoi, kiedy myśląc o człowieku doszukujemy się w nim czegoś więcej niż zwierzęcia. Jestem przekonany, że osoby takie jak Pitagoras, Platon, Arystoteles czy Diogenes, w czasach, w których żyli, byli znani tylko grupce osób, a przeciętny zjadacz chleba nie miał pojęcia, że istnieją, ani też nie obchodziły go rzeczy, którym te osoby poświęcały życie. Myślę, że podobnie jest obecnie – każdy szuka raczej potwierdzenia swoich prawd i przekonań, i nie jest zainteresowany wysiłkiem, kryzysami i żmudnym wychodzeniem z kolejnych dezintegracji osobowości i obrazu świata oraz ciągłymi zmianami światopoglądu. Sprawdza się to w przypadku obecnego fenomenu AI.

Co z tego, że ludzie wymyślili byt, który zastąpi większość funkcji umysłu, które nieużywane zanikną, i który zastąpi większość zawodów, które też zanikną. Nikogo z zainteresowanych łatwym życiem nie interesują badania, które pokazują, że już kilkutygodniowe używanie AI do prostego pisania emaili powoduje zmniejszenie aktywności obszarów mózgu związanych z kreatywnością, analizą i syntezą. Bezprzytomnie siedzą oni przed ekranami laptopów zafascynowani, że czatbot AI wykonuje za nich to, co wcześniej robili sami i zachwyceni tym, że nie muszą już wysilać się, szukając odpowiedzi na pytania, bo generatywna sztuczna inteligencja robi to za nich. Tego trendu pewnie nie da się już odwrócić i prorocy wieszczący apokalipsę nowego świata mogą sobie krzyczeć na pustyni – nikt ich, tak jak proroków przeszłości i tak nie słucha. I jak zawsze, dopiero potem, kiedy jest już za późno, okazuje się, że mieli oni rację i że Bestia kolejny raz wygrała.

W jednym z najmodniejszych obecnie modeli socjologicznych – teatru codziennego życia Ervinga Goffmana, okazuje się, że w życiu ludzi w społeczeństwie chodzi o niewiele więcej niż o tworzenie atrakcyjnych masek i poszukiwanie zainteresowania oraz publiczności dla nich. Skrypty granych sztuk społecznych rzadko bywają indywidualne (oznaczają bowiem zero publiczności) więc w każdych czasach istnieje kilka dominujących skryptów zaspokajania potrzeb, które definiują te czasy i większość ludzi się do nich dopasowuje. Prawdziwy człowiek istnieje jednak dopiero za kulisami tego teatru i stamtąd szuka możliwości wyjścia na świat, żeby zaspokajać indywidualne potrzeby. Skrypty społeczne i życie w grupie jest niezwykle potrzebne dla korygowania subiektywnych pomysłów na zaspokajanie potrzeb z realną możliwością ich realizacji oraz do uzgadniania wspólnej definicji rzeczywistości. Pomimo tego, że czasy i warunki zewnętrzne się zmieniają, skrypt jest w zasadzie ciągle ten sam, definiują go bowiem uśrednione i wspólne wszystkim ludziom wrodzone cechy natury i instynktowne potrzeby.

Potrzeby społeczne w ubliżający ludziom sposób, myślącym o tym, że człowiek to coś więcej niż zwierzę, są ciągle te same: osiągnięcie dobrej pozycji w hierarchii, zdobycie terytorium, na którym można żyć i przetrwanie. Dzięki ich istnieniu i zaspokajaniu trwa każdy gatunek zwierząt, z człowiekiem włącznie. Człowiek społeczny jako zestaw ról, powstaje na styku potrzeb własnych i potrzeb innych osób, które mogą być zaspokojone dzięki współpracy z innymi osobami oraz nieustannemu dialogowi i uzgadnianiu wspólnego obrazu świata. I w tym miejscu stawiam wniosek, że AI zagraża istnieniu ludzkiego gatunku.

Generatywna AI w czatbotach służy wciąganiu człowieka w rozmowę. Tworzy zdania w oparciu o dostarczone przez człowieka słowa odzwierciedlając je, rozwijając i potwierdzając. Człowiek w kontakcie z czatbotem AI odczuwa rzadko przeżywaną w codziennym życiu przyjemność, kiedy jego poglądy i twierdzenia są w każdym wymiarze potwierdzane, wzmacniane i utrwalane. Opisuje się już zjawisko dysocjacji społecznej, kiedy ludzie używający przez długi czas czatbotów AI wolą bardziej „rozmawiać" z nimi niż z innymi ludźmi. Przyjemność „rozmowy" z istnością, która daje nam 100% swojego zainteresowania i zgadza się ze wszystkim co mówimy, może sprawiać przyjemność, która na zasadzie uzależnień behawioralnych – może przywiązywać. Wszystko to obserwuje się już i opisuje w piśmiennictwie medycznymi, generalnie jednak – nikt się tym specjalnie nie przejmuje.

Człowiek „rozmawiający" z czatbotem AI ulega złudzeniu obecności kogoś po drugiej stronie. Złudzeniu, ponieważ czatbot AI to maszyna cyfrowa pozbawiona świadomości i działająca na zasadzie zaprogramowanych algorytmów, czyli programu komputerowego. Spotkałem się ostatnio w Internecie ze stwierdzeniem, że lepsza jest psychoterapia z czatbotem AI niż żadna i nie zgadzam się z tym. Czatboty AI nie mają świadomości, nie myślą krytycznie i nie są w stanie, tak jak człowiek, rozumieć drugiego człowieka, dawać mu rad i zaleceń więc również nie są w stanie prowadzić terapii. Złudzenie obecności, tego że po drugiej stronie jest ktoś, kto nas słucha i odpowiada pozostaje złudzeniem. To w istocie jak rozmowa z echem – odpowiada nam, ale nikogo tam nie ma.

Opisuje się już pogorszenia stanu psychicznego, powstawanie lub nasilanie się urojeń prześladowczych i wielkościowych po długotrwałym używaniu czatbotów AI. Kiedy ktoś ma podejrzenia, że jest prześladowany, albo że jest wybitną jednostką, czatbot AI będzie to powtarzał, wzmacniał i potwierdzał w „rozmowie". Jeśli ktoś jest z kolei w żałobie i ma myśli rezygnacyjne, jest noc i nie ma z kim porozmawiać, to czatbot, rezonując, potwierdzi mu, że świat i życie nie mają sensu. Jest to szczególnie niebezpieczne w sytuacji, kiedy osoba jest w kryzysie i jest odizolowana społecznie, nie ma się do kogo zwrócić, nie ma bliskich przyjaciół, i nie może pójść do psychologa lub psychiatry. Oferta psychoterapeutycznych czatbotów AI jest jak pułapka, czekająca na takie osoby.

Tak jak w teatrze codziennego życia, niezwykle ważne jest w jaki sposób środowisko medyczne, a w szczególności psychiatria, zdefiniuje podejście do czatbotów AI. Na razie coraz częściej dyskutujemy nad tym, czy do wywiadu lekarskiego standardowo nie dołączyć już pytania o to, czy pacjent korzysta regularnie z takich czatbotów. Może to być coraz ważniejszy czynnik, prowadzący do nasilania objawów zaburzeń psychicznych u osób w kryzysie. ■

Tak jak w teatrze codziennego życia, niezwykle ważne jest w jaki sposób środowisko medyczne, a w szczególności psychiatria, zdefiniuje podejście do czatbotów AI.

PZP – PRZEMYŚLENIA ZESTRESOWANEGO PSYCHIATRY

IRENEUSZ CEDEŃSKI

NOWA WSPANIAŁA PSYCHIATRIA

Skończyło się pierwsze ćwierćwiecze dwudziestego pierwszego wieku. Osoba urodzona w roku 2000 może już kończyć studia medyczne i wkrótce rozpocząć specjalizację, na przykład z psychiatrii, która w trakcie tego zakończonego właśnie ćwierćwiecza z dziedziny niszowej stała się u nas specjalizacją modną. Co, przyznam, wcale mi się nie podoba. Osobiście wolę być niszowy niż modny, ale nie mam tu nic do gadania...

Psychiatria, której się ta młoda osoba nauczy i z której będzie żyła, będzie już inną psychiatrią niż ta, która kiedyś zafascynowała mnie i moich rówieśników. Tamtej psychiatrii już nie ma.

Antoni Kępiński zauważył kiedyś bardzo trafnie, jak to on, że to samo pokolenie, które wynalazło żarówkę, wynalazło też tabletkę nasenną. Co można by teraz, przez analogię, powiedzieć o pokoleniu, którego wynalazczość zaznaczyła się w minionym ćwierćwieczu?

Stworzyło smartfon, czy jak ktoś woli formę osobową - smartfona, zwanego też urządzeniem wielofunkcyjnym. Niektórym to małe urządzenie zastąpiło wszystko i wszystkich. Ściślej mówiąc, prawie wszystko i prawie wszystkich.

O tym, że dawnej psychiatrii już nie ma, przekonałem się między innymi wtedy, gdy usłyszałem w radiu, że Uniwersytet Warszawski utworzył specjalny czat z pomocą psychologiczną dla swoich zdesperowanych studentów i pracowników (słowo „czatować" znaczy dziś zupełnie coś innego niż wtedy, gdy bawiliśmy się w podchody i w wojnę). Coś w rodzaju telefonu zaufania, ale bez konieczności rozmowy. Ręce opadają. Studenci to jeszcze rozumiem. Ale pracownicy?! Żeby nawet po studiach mieć niechęć do posługiwania się mową z całą prozodią, brzmieniem strun głosowych? Tylko paluszki? Kciuki wystarczą, żeby wyrzucić z siebie cały ten ból egzystencji? Powiadam wam, jako wieloletni felietonista, że nie wystarczą. Pisanie pomaga, ale jest niewystarczające. Po angielsku, o ile się orientuję, *chat* to tyle co pogawędka, czyli niezobowiązujące przerzucanie się słowami. Pogawędka na temat być, czy nie być.

Choć przestałem się temu dziwić, gdy ktoś uświadomił mi, że to właśnie Uniwersytet Warszawski stał się ostatnio miejscem wydarzeń, po których wszyscy - pięknoduchy i twardziele, zaniemówili. I które powinny nam uświadomić, że nie da się psychiatrii zminiaturyzować i zbanalizować.

Trawestując innego klasyka minionej epoki można by stwierdzić, że na początku obecnego stulecia psychiatria stała na krawędzi przepaści, ale ostatnio poczyniła śmiały krok naprzód. Mam tu na myśli jej, bo nie moje, rosnące zamiłowanie do stymulantów i psychodysleptyków. Choćby ketamina. Parę lat temu słyszę, że lek ten niesie nadzieję lekarzom leczącym chorych pogrążonych w najbardziej opornych na leczenie depresjach; że pewien bardzo depresyjny pacjent po zażyciu ketaminy zaczął niespodziewanie lekko flirtować z obserwującą go panią profesor. Znam trochę tę panią. Owszem, bardzo przyjemna, ale ja bym sobie na flircik z nią nie pozwolił...

A ostatnio wiadomość: ketamina w wersji „s" jest dla wszystkich... No przepraszam, mógłby ktoś zakrzyknąć. Nie dla wszystkich! Średnią depresję trzeba mieć! Ale przecież jak się bardzo chce coś mieć, to nawet wpadnięcie w średnio nasiloną depresję nie jest dla chcącego zbyt trudne.

A tym bidakom, którzy nie umieją żyć, co powiemy? Po ketaminie wszystko ci minie? Co im zaproponujemy, gdy okaże się, że ketamina im nie pomogła? Choć pomaga najbogatszemu człowiekowi świata, jak sam twierdzi „regulować zachwianą równowagę chemiczną" jego mózgu. Ciekawe jakie dawki stosuje...

Jak już nieraz w naszej historii, staramy się po swojemu dogonić Zachód. Przypomina to, niestety, strzelanie do ruchomego celu bez poprawki. Gdy już dobrze wiemy co i jak, Zachód jest już gdzie indziej, ucieka nam, pędzi w sobie tylko wiadomym kierunku. Polecam angielski film „Ścieżki życia", który niedawno pojawił się na ekranach naszych kin. Zawiera on mocną krytykę pregabaliny. Czy to „negatywne lokowanie produktu" przez konkurencję, która ma w rękawie super-pregabalinę, czy, jak wolałbym myśleć, wyraz zdrowego odruchu społeczeństwa, które powątpiewa w to, że korzyści z przyjmowania leku zawsze przeważają nad negatywami? Może i nam uda się nie stłumić w sobie tego zdrowego odruchu do końca i przetrwać jakoś tę modę na stymulanty, psychodysleptyki? Pamiętajmy, że modzie na sterylizację, eutanazję i modzie na polityczne wykorzystywanie psychiatrii polska psychiatria w przeszłości nie uległa.

Nie tylko psychiatria postąpiła naprzód. Całe społeczeństwo, którego przecież nasza dziedzina jest emanacją, wykonało taki krok. Przede wszystkim zdezaktualizowały się dwa aksjomaty: że chorobie psychicznej zawsze towarzyszy brak autokrytycyzmu i ten, że ludzie wstydzą się wybrać do psychiatry. Wstyd wielu chorych nie jest już tak duży jak był dawniej. Niektórzy młodzi ludzie dzięki korzystaniu z internetu potrafią przyjść po pomoc z całkiem trafną autodiagnozą psychozy. To zmiana pozytywna. Ale niestety, inni młodzi ludzie idą dalej. Diagnozują się sami i utożsamiają się ze swoim rozpoznaniem, określają siebie poprzez rozpoznanie psychiatryczne. Zamiast dawnego zaniepokojenia sobą, zdziwienia sobą. I mają spokój. Pozorny.

Do niedawna, żeby przetrwać, trzeba było upodobnić się do innych. Teraz odwrotnie, ponieważ przetrwanie zasadniczo nie przysparza problemów, trzeba się wyróżnić, żeby zaistnieć. Jako indywiduum.

Tłum, nie da ci bezpieczeństwa, bo tłumu już nie ma. W pociągach, w kabinach samolotów panuje nerwowa cisza. Ciekawe jaki jest współczesny odbiór znakomitego filmu „Pociąg" Jerzego Kawalerowicza z roku 1959 ze strony współczesnych osiemnastolatków? Bohaterowie tego filmu komunikują się tam ze sobą na tyle sposobów i na tylu poziomach. Czatują też. W obu znaczeniach.

(...) seksuologizacja umysłów wielu współczesnych psychiatrów to zjawisko moim zdaniem bardzo niekorzystne, a jego skutki są aż nadto widoczne i odczuwalne w postaci jątrzących sporów rozseksualizowanych z tymi, którzy jeszcze wierzą w prymat rozumu nad popędami i emocjami.

To, że dawna psychiatria właśnie przestała istnieć nie oznacza, że znikła, leży martwa. Przeciwnie, rozmnożyła się i mnoży przez podział na byty pomniejsze. Warto zwrócić uwagę, że psychiatrów jest coraz mniej, natomiast przybywa psychiatrów-psychoterapeutów. No i mamy psychiatrów – neuropsychiatrów. Nie mam nic przeciwko zdobywaniu kolejnych kwalifikacji. Tylko, że te wymienione nie mieszczą się w obrębie psychiatrii. Z nieznanych mi powodów nie są podspecjalnościami. Nie potrzeba wielkiej wnikliwości, żeby dostrzec w tym wszystkim jakąś schizmę, słabość centrum. O psychiatrach -seksuologach też wspomnę, bo seksuologizacja umysłów wielu współczesnych psychiatrów to zjawisko moim zdaniem bardzo niekorzystne, a jego skutki są aż nadto widoczne i odczuwalne w postaci jątrzących sporów rozseksualizowanych z tymi, którzy jeszcze wierzą w prymat rozumu nad popędami i emocjami.

Pewien nasz bardzo mądry i zacny profesor psychiatrii i psychoterapeuta określa siebie jako postpsychiatrę. Jest już emerytem. Nie wiem, czy wykształcił grono naśladowców, którzy będą naszą postpsychiatrię dalej twórczo rozwijać, czy też to bycie postpsychiatrą to coś, co dopada człowieka, gdy jest sam na sam ze sobą. Tak jak mnie dopadło moje obecne zwątpienie. Możliwe, że postpsychiatria, podobnie jak neuropsychiatria, nie są bytami samoistnymi, że są tylko efemerydami pełnymi zwodniczego wdzięku, które bez tej prawdziwej, sponiewieranej, zaniedbanej psychiatrii nie są w stanie istnieć. ■

PŁYTY, KTÓRE WARTO ZNAĆ

MIREK SUKIENNIK

DURAN DURAN

„Duran Duran”

The Wedding Album

luty 1993

1. **Too Much Information**
2. **Ordinary World**
3. **Love Voodoo**
4. **Drowning Man**
5. **Shotgun**
6. **Come Undone**
7. **Breath After Breath**
8. **UMF**
9. **Femme Fatale**
10. **None Of The Above**
11. **Shelter**
12. **To Whom It May Concern**
13. **Sin Of The City**

Niedawno moi znajomi rozwiedli się po 30 latach małżeństwa. To już kolejny taki przypadek...

Kiedyś nieodłącznym elementem wystroju mieszkań były zdjęcia ślubne na ścianie. Pokazywały ten wyjątkowy moment w życiu, kiedy wybieramy osobę „na dobre i na złe”.

Takie zdjęcia ślubne rodziców czterech członków zespołu tworzą okładkę jednej z najciekawszych płyt początku lat 90. – tzw. „The Wedding Album” Duran Duran.

Zespół został założony w 1978 roku w Birmingham przez klawiszowca Nicka Rhodesa oraz basistę Johna Taylora. Nazwa „Duran Duran” została zaczerpnięta z filmu sci-fi „Barbarella” (1968), w którym występowała postać złoczyńcy o nazwisku Durand-Durand. Wkrótce do składu dołączyli gitarzysta Andy Taylor, perkusista Roger Taylor (trzech niespokrewnionych ze sobą Taylorów w zespole) oraz wokalista Simon Le Bon, którego charakterystyczny głos stał się jednym ze znaków rozpoznawczych grupy. Pierwsze lata działalności to głównie koncertowanie w klubach Birmingham i Londynu. Zespół reprezentował nowy gatunek muzyki pop – new romantic. Szybko zwrócił na siebie uwagę wytwórni EMI, z którą podpisał kontrakt w 1980 roku. Debiutancki album „Duran Duran” (1981) zawierał przebój *Girls on Film*, który dzięki kontrowersyjnemu teledyskowi zdobył rozgłos na całym świecie. Jednak prawdziwy przełom przyniósł drugi album – „Rio” (1982). Utwory takie jak *Hungry Like the Wolf*, *Save a Prayer* czy tytułowe *Rio* stały się światowymi hitami i wpisały się do kanonu muzyki lat 80.

Duran Duran odegrali kluczową rolę w popularyzacji telewizji muzycznej, zwłaszcza stacji MTV. Postanowili, że video będzie główną formą promocji i wizerunku grupy. Ich teledyski kręcone w egzotycznych lokalizacjach, z filmową narracją i wysokim budżetem wyznaczały nowe standardy w branży. Ucieleśniali marzenia brytyjskiej młodzieży o podróżach, bogactwie i dobrej zabawie. W tych latach oprócz MTV najważniejszą formą promocji były gazety muzyczne – członkowie grupy, przystojni i nie stroniący od wystawnego życia i skandali, byli w nich obecni bez przerwy. Określano ich mianem „Fab Five”, nawiązując do Beatlesów, co podkreślało skalę ich popularności. W 1983 roku ukazał się album „Seven and the Ragged Tiger”. Duran Duran stali się jedną z największych gwiazd popowych świata, wyprzedając sale koncertowe w Europie, Ameryce i Japonii.

Z perspektywy psychologii sukcesu był to przykład gwałtownej idealizacji – zarówno przez publiczność, jak i przez media. Duran Duran stali się projekcją marzenia o luksusie, młodości i nieograniczonych możliwościach. Jednak sukces przyniósł również koszty: przemęczenie, napięcia interpersonalne i presję utrzymania pozycji. Koncertowy album „Arena” wydany w 1984 w szczytowym momencie komercyjnego sukcesu przyniósł jedną nową piosenkę *The Wild Boys*, która była światowym hitem. W 1985 roku Duran Duran nagrali utwór *A View to a Kill* do filmu o Jamesie Bondzie. Wystąpili też na koncercie Live Aid.

Pod koniec 1985 roku napięcia związane z dalszym kierunkiem rozwoju muzycznego, zmęczenie intensywną trasą koncertową oraz ogromną presją mediów doprowadziły do odejścia Rogera i Andy'ego. Zespół kontynuował działalność jako trio (Le Bon, Rhodes, John Taylor), wydając album „Noto-

rious" (1986), który przyniósł umiarkowany sukces. Następna płyta „Big Thing" z 1988 r. też nie spotkała się z większym uznaniem. Do zespołu dołączyli perkusista i gitarzysta z zespołu Franka Zappy. W 1989 roku wyszła składanka największych przebojów „Decade", a w 1990 roku płyta „Liberty", która była komercyjną i artystyczną porażką. Zaczęto wieszczyć koniec zespołu.

Warren Cuccurullo, jeden z nowych członków, zaproponował zmianę stylu pracy. Większy luz, bez mediów, w jego domowym studio, przy użyciu nowych technik komputerowych, bez kosztów i presji czasu. Zasugerował bardziej gitarowe brzmienie i wprowadzanie nowych elementów muzycznych. Piosenki pisano wspólnie, Simon zaczął wprowadzać poważniejsze tematy do tekstów. Na początku 1992 r. przedstawili pierwsze nagrania firmie fonograficznej, jednak spotkało ich duże rozczarowanie, bo firma nie wierząc w sukces odsunęła projekt w czasie. Zespół przekonany o wartości materiału rozsyłał piosenki do stacji radiowych. Działania odniosły skutek i w lutym 1993 album „Duran Duran" ukazał się na rynku. Zespół nie nadał mu tytułu, traktując go jako swoisty „nowy początek", ale żeby uniknąć nieporozumień z pierwszą płytą, zaczęto nazywać ją „Wedding Album", w nawiązaniu do wizerunku na okładce. Płyta jest zaskakująco różnorodna, dojrzała muzycznie i tekstowo, i stanowiła duże zaskoczenie dla branży i fanów zespołu. Utrzymała zainteresowanie fanów z lat 80., ale nowoczesne brzmienie zainteresowało też młodsze pokolenie.

Otwierający płytę *Too Much Information*, pozornie rytmiczny gitarowy pop, opowiada proroczo o przebodźcowaniu i psychicznym zmęczeniu natłokiem informacji i reklamy. Nawiązuje też zabawnie do MTV, które stworzyło mit Duranów, a teraz media chcą zawładnąć całkowicie swoimi odbiorcami. Następnie wielki przebój *Ordinary World*, piękna ballada o żałobie i próbie dalszego życia po utracie kogoś bliskiego. Powstał on pod wpływem osobistej tragedii – śmierci przyjaciela Simona, który zmarł z powodu przedawkowania narkotyków. Następnie rytmiczne, pulsujące *Love Voodoo*, *Drowning Man* i krótkie, riffowe *Shotgun* wprowadzają do najlepszego chyba w karierze zespołu utworu *Come Undone*. Piosenka jest poświęcona żonie Simona, modelce Yasmin. Rytmiczna ballada opowiada o silnym fizycznym i emocjonalnym przyciąganiu, ogromnej fascynacji drugą osobą, ale w czasie trwania relacji zaczyna się ona rozpadać i podmiot traci nad nią kontrolę. To opowieść o złożoności psychicznej i fizycznej w związku z drugą osobą, który jest jednocześnie pociągający i niebezpieczny. Następnie *Breath After Breath* napisany wspólnie z ikoną muzyki brazylijskiej, Miltonem Nascimento, z pulsującym latynoskim rytmem. Kompozycja o wyraźnie elegijnym charakterze, utrzymana w wolnym tempie, niemal kontemplacyjna. Inspirowana Prince'em perełka - *UMF* to jeden z moich ulubionych fragmentów płyty. Kolejne utwory to ciekawa wersja *Femme Fatale* The Velvet Underground i gitarowe *None Of The Above*, *Shelter*, wyciszające *To Whom It May Concern* i rytmiczne *Sin Of The City*.

Poprzez zmiany rytmu i gatunków płyty dobrze się słucha i ciekawie łączy ona lata 80. i 90. poprzez połączenia brzmień oraz nowoczesną produkcję i aranżacje. Płyta pokazując dojrzalsze, bardziej refleksyjne oblicze grupy okazała się wielkim sukcesem artystycznym i komercyjnym. Brzmieniowo album łączy elementy alternatywnego rocka, subtelnej elektroniki i klasycznej melodyjności Duran Duran. Produkcja jest przestrzenna, momentami minimalistyczna. Zespół nie próbuje konkurować z dominującymi wówczas nowymi gatunkami muzyki, lecz proponuje własną, bardziej elegancką odpowiedź na potrzebę autentyczności. Udowadnia, że nie jest tylko produktem, odcinającym kupony od popularności. W kolejnych latach Duran Duran eksperymentowali z brzmieniem, łącząc elementy alternatywnego rocka i elektroniki. Choć nie wszystkie projekty osiągały komercyjny sukces, zespół utrzymał lojalną bazę fanów i często koncertował na całym świecie.

Na początku XXI wieku doszło do reaktywacji oryginalnego, pięcioosobowego składu. Powrót Andy'ego i Rogera wzbudził ogromne zainteresowanie. W 2004 roku ukazał się album „Astronaut" z hitami (*Reach Out For The*) *Sunrise* i *What Happens Tomorrow*, który odniósł sukces komercyjny i potwierdził, że zespół wciąż potrafi tworzyć przebojową muzykę.

Widziałem wtedy ich koncert w Chicago - był świetny, a razem bawili się rodzice i ich dzieci, czyli starzy i nowi fani. Duran Duran pozostają wciąż aktywni artystycznie, wydając nowe albumy i koncertując na całym świecie. W 2022 roku zostali wprowadzeni do Rock and Roll Hall of Fame, co stanowiło potwierdzenie ich znaczenia w historii muzyki popularnej. Zespół sprzedał do tej pory ponad 100 milionów płyt, co daje im miejsce w pierwszej 50-tce artystów w historii.

Niedawno jedna z moich pacjentek świętowała 60-lecie swojego małżeństwa... Gdzieś w domu rodziców mam schowane ich zdjęcie ślubne. U siebie mam też gdzieś swoje. Pewnie ich już nie powieszę, ale może chociaż czasem popatrzę. Pomyślę, jak ciężko utrzymać przez całe życie związek dwóch osób, ale na pewno warto próbować.

Ja mam to szczęście, że moja żona będąc wspaniałą kobietą bardzo mi to ułatwia. Korzystając z okazji chciałbym jej za to podziękować – You complete me... ■

PSYCHIATRA W OPERZE

KATARZYNA PROT-KLINGER

Posłuchajcie, oto bajka... KOBIETA BEZ CIENIA

W Operze Narodowej nowa premiera Mariusza Trelińskiego „Kobieta bez cienia". Jest to drugie wystawienie tej opery w Polsce. Opera powstała we współpracy kompozytora Richarda Straussa i pisarza Hugona von Hofmannsthala i miała swoją wiedeńską prapremierę w 1919 roku. „Kobieta bez cienia" uchodzi dziś za najpiękniejsze dzieło Richarda Straussa. Niezależnie od różnicy zdań recenzentów na temat obsady w warszawskim przedstawieniu, wszyscy są zgodni co do piękna muzyki i świetnego jej wykonania przez orkiestrę pod batutą dyrygenta Bassema Akiki.

Bajkowa historia rozgrywa się w trzech światach: boskim – króla duchów Keikobada, bosko-ludzkim – Cesarza i Cesarzowej oraz ludzkim – farbiarza Baraka i jego żony. Związek Cesarza i Cesarzowej nie jest szczęśliwy. Cesarzowa, córka Keikobada i ziemskiej kobiety uwięziona w ludzkiej postaci, nie ma cienia, co oznacza, że nie może zajść w ciążę i zostać matką. W związku z tym ma wrócić do ojca, a jej mąż zamieni się w kamień. To, co może uratować ich związek, to zdobycie cienia przez Cesarzową. Ma go kupić od kobiety ze świata ludzi – żona farbiarza decyduje się oddać swój cień za obietnice zmiany losu. Cesarzowa ostatecznie nie godzi się na pozbawienie prostej kobiety jej cienia i w nagrodę ona również otrzymuje cień.

Podstawowe pytanie dotyczy oczywiście tego, czym jest ów „cień". Według Junga „cieniem" są nieświadome aspekty człowieka, które ja (ego) stłumiło, albo ich nigdy nie uznało. Na cień składają się stłumione pragnienia i impulsy, motywy moralnie niskie, dziecięce fantazje, resentymenty – wszystko to, z czego nie jesteśmy w sobie dumni[1]. Inaczej rzecz ujmując, cień jest ciężarem, który zakotwicza nas w rzeczywistości.

Idąc za librettem można powiedzieć, że mamy cień, bo jesteśmy istotami ludzkimi. Wampiry (ale pewnie też Bogowie) nie rzucają cienia.

Innym tropem jest uznanie, że tym cieniem dla kobiety jest jej płodność (a konkretnie rodzenie dzieci). Wywodzi się to ze sceny Zwiastowania, gdzie Gabriel mówi do Marii: „Duch Święty zstąpi na cię, a Moc Najwyższego zaćmi tobie"[2].

Według Elżbiety Nowickiej cień w mitologii i literaturze ma dwa wymiary – może unaoczniać osobę nieobecną lub nią być, albo oznaczać złudzenie tego, co prawdziwe. Może oznaczać potwierdzenie tożsamości lub oznaczać kłamstwo, pozór. Święci w malarstwie średniowiecznym nie rzucali cienia, ale także wspomniane siły zła są pozbawione cienia[3].

Cesarzowa poznając życie ludzi i stojąc wobec trudnego wyboru, czy użyć inną kobietę do swoich celów, zdobywa cień. Można uznać, że „w nagrodę", albo też jako naturalną konsekwencję kontaktu ze swoją ludzką częścią, także trudnymi i zawstydzającymi uczuciami.

Akcja na scenie toczy się przede wszystkim w dwóch światach – świecie Cesarza i Cesarzowej i świecie ludzi. Pomiędzy znajduje się „przedsionek" – przestrzeń przemiany, czy też spotkania dwóch światów, przypominająca przebieralnię z lustrem. W lustrze odbija się dyrygent i część orkiestry. Jest to więc także część realna, nasza, w której jesteśmy osadzeni w konkretnej, operowej sytuacji. Tym razem scenografię do opery reżyserowanej przez Trelińskiego stworzył artysta wizualny Fabien Lede. Dzięki projekcjom multimedialnym jeden świat przechodził płynnie w drugi, w bajkowo-magiczny sposób.

Z reguły jestem bardzo pozytywnie nastawiona do uwspółcześniania oper. Uważam, że pytanie, jak treść przedstawienia odnosi się do współczesnych problemów, chroni operę przed „zestarzeniem się". Podobnie jak w teatrze oczekujemy propozycji „przeczytania na nowo" Szekspira, tak w operze możemy delektować się pięknem muzyki, ale też przeżywać ponadczasowe lub uwspółcześnione treści. Zgadzam się w tym względzie z Trelińskim, który twierdzi, że „opera, która nie koresponduje ze współczesnością i nie mówi o tym, co nas otacza, jest martwa"[4].

1 Carl Gustav Jung, Cień. w: Archetypy i symbole, Czytelnik, Warszawa 1993

2 Ewangelia wg. Św. Łukasza, tłum. Jakuba Wujka

3 Elżbieta Nowicka, Brak i spełnienie w „Kobiecie bez cienia" Richarda Straussa, TW-Opera Narodowa, Warszawa 2026

4 https://www.vogue.pl/a/kobieta-bez-cienia-teatr-wielki-opera-narodowa-mariusz-trelinski-wywiad

Mam jednak problem z uwspółcześnianiem bajek. Bruno Bettelheim bardzo wyraźnie pokazał, jak język baśni odnosząc się do nieświadomości daje szanse na przepracowanie ważnych problemów rozwojowych[5]. W tym sensie Brzechwa zamieniając chatkę Baby Jagi w element fabryki słodyczy, a wilka w psa, pozbawił małych czytelników możliwości przepracowania lęku przed agresywnymi częściami rodziców i ich własnymi.

W „Kobiecie bez cienia" dużo jest uniwersalnej symboliki, która może być odczytywana bardzo współcześnie. Na przykład marzenie biednej kobiety o „złotym chłopcu", pokazane we wspaniale kiczowaty sposób, może odnosić się do wielu oszukańczych obietnic, które dają nieznajomi z portali randkowych lub zwykłe boty.

Możemy także potraktować libretto jako opowieść o dojrzewaniu głównej bohaterki. Wchodzimy w jej świat fantazji, w którym, jak w opisanym przez Freuda romansie rodzinnym[6], ojciec jest bogiem (a może po prostu jest nieobecny), matka staje się zawłaszczającą Nianią, a kochanek zjawia się jak Amor do Psyche – tylko w nocy, żeby odejść nad ranem (tak zachowuje się Cesarz wyruszając na polowanie). Dojrzewanie wiąże się z „zejściem do świata ludzi" i mierzeniem się z trudnymi wyborami życiowymi, w których nie ma jednego, „dobrego" wyjścia. Reżyser w wywiadach odwołuje się do aktualnych przemian społecznych, ale być może w tej operze najbardziej istotny jest ten ponadczasowy wymiar psychologiczny.

Treliński wybrał jako najbardziej „współczesny", aczkolwiek nieco toporny w swojej dosłowności, wątek macierzyństwa, jako spełnienia kobiety. W operze dzieci nienarodzone czekają, aż ktoś je urodzi. Co więcej, dzieci te występują bardzo konkretnie na scenie jako chór dziecięcy.

Nawet bez specjalnie symbolicznego rozumienia zdajemy sobie sprawę, że „dzieci" w logice tego utworu można rozumieć jako „płodny związek pary". Na początku opery zarówno para cesarska, jak farbiarska, są w poważnym konflikcie, wydaje się, że małżonków niewiele łączy. Przejście przez obie pary procesu „próby" – separacji, agresji, ponownego połączenia, prowadzi do zbudowania relacji. Wielu autorów pisze o związkach tej opery z „Czarodziejskim fletem" Mozarta. Częściej porównuje się konkretne postaci (np. Nianię i Królową Nocy), ale można uznać, że kluczowy jest sam proces przemiany, któremu podlega para, żeby stworzyć związek.

Kobieta bez cienia,
Opera Narodowa
Fot. Krzysztof Bieliński

Tak więc stała obecność konkretnych dzieci, znikających i pojawiających się w zależności od ich „przyjęcia" przez potencjalne matki, wydała mi się nieco nadmiarowa.

W wersji oryginalnej obie kobiety dostają cień/zostają matkami. Treliński dopisuje zakończenie, którego intencją jest pokazanie, że kobieta ma wybór. Żona Baraka zgodnie ze swoją potrzebą rodzi dzieci, Cesarzowa zgodnie ze swoim wyborem pozostaje bezdzietna. Można też zastanawiać się, czy „poprawne politycznie" uznanie, że kobieta może wybrać, w którym „kobieta z ludu" rodzi dzieci, a kobieta z klasy wyższej czuje się dojrzała i spełniona bez dzieci, nie wpisuje się znany wszystkim stereotyp. ■

5 Bruno Bettelheim, Cudowne i pożyteczne. O znaczeniach i wartościach baśni, PIW, Warszawa 1996

6 Sigmund Freud, Romans rodzinny neurotyków W: Pisma psychologiczne. KR. Warszawa 2012.

DOŚWIADCZENIE

BEATA KOŁODZIEJCZYK

To mój drugi głos na łamach PSYCHIATRY. Po pierwszym, w grudniu zeszłego roku, nie spodziewałam się powrotu. Bo mówię o świecie zaburzeń niewygodnie, bo wkurzam i – co najgorsze – dobrze mi z tym. Wtedy też pewnie wkurzyłam. Tym bardziej, że przez omyłkę redakcyjną wpadłam w niewłaściwą przegródkę i stałam się rezydentką psychiatrii. Dzisiaj wracam do doświadczenia, tam, gdzie moje miejsce. Tam, gdzie wkładanie kija w mrowisko prędzej ujdzie mi na sucho. Ale cokolwiek padnie później, chcę powiedzieć jasno i wyraźnie – wiele razy byłam już jedną nogą po tamtej stronie. I gdyby nie pomocne dłonie specjalistów, zapewne byłabym obiema. To Wy nauczyliście mnie, że warto prosić o pomoc. Że jestem warta pomocy.

(NIE)FAJNY PSYCHIATRA

Pisze do mnie znajoma, że tydzień temu wjechała na oddział dla borderków: „Leki, terapia. Terapia. I jeszcze raz terapia. Pedagog socjalny oferujący pomoc w złożeniu wniosku o wsparcie finansowe, wsparcie dla rodzin, dzieci, rodziców w kryzysie. W ostateczności pomoc w znalezieniu kąta dla mnie i dzieciaków, gdyby dom jednak runął. Czuję się naprawdę zaopiekowania". I wtedy przypominam sobie, że ona od kilku lat mieszka w Niemczech. Że kiedy wjeżdżała na oddział w Polsce, nigdy mi czegoś takiego nie pisała.

Ja ani razu na oddział psychiatryczny nie wjechałam. A wielokrotnie powinnam. Chociażby na początku zeszłego roku, kiedy wpadłam w bardzo głęboką czarną dziurę i nawet nie tyle, że wygrzebać się z niej nie umiałam, co nie chciałam. Nie chciałam, bo takich dziur w moim życiu otwierało się już za dużo. O tę jedną za dużo.

I chociaż byłam wtedy pod skrzydełkiem fajnej psychiatrki, która prosiła, żebym poszła na oddział, bo jest źle, bardzo źle i bardzo się o mnie martwi, to nie poszłam. Bo pracuję na godziny, wynajmuję małą norkę, nie mam wspierającego stada i nie byłoby do czego ani gdzie z tego oddziału potem wrócić. A na nim znalazłabym może i leki, dużo leków, ale terapię? Terapię i jeszcze raz terapię? Pedagoga socjalnego oferującego pomoc w złożeniu wniosku o wsparcie finansowe? W ostateczności – w znalezieniu kąta, gdyby dotychczasowy przepadł? No bez jaj.

Na szczęście miałam wtedy tę fajną psychiatrkę, ona wyciągnęła mnie już kiedyś z jednej czarnej dziury. I z tej też w końcu, za rękę z nią, wypełzłam. Ale mogło być inaczej. Mogłam mieć, jak kilka lat wcześniej, niefajnego psychiatrę, który po wysłuchaniu mojego kilkunastominutowego, zalanego łzami monologu, zapytałby: "I przyszła się Pani na mnie wyrzygać...?", nawiązując do nieodstępujących mnie w tamtym czasie na krok objawów zaburzeń odżywiania.

Spotkałam w swoim życiu wielu niefajnych psychiatrów. Wychodziłam potem z ich gabinetów w jeszcze gorszym stanie niż ten, który towarzyszył mi przed mitingiem. Cudownym zbiegiem okoliczności czarna dziura nie była wówczas tą o jedną za dużo. Zaciskałam zęby, bo autorytet, bo pewnie tak do mnie mówić trzeba. Bo ciężko się dostać, system leży i kwiczy, specjalistów jak na lekarstwo. Bo przecież mieszkam w Polsce. ■

Redakcja PSYCHIATRY *przeprasza autorkę za omyłkowe zamieszczenie w jej felietonie w numerze 51 (strona 81) nieprawidłowego nagłówka* REZYDENCJA. *Prawidłowe brzmienie nagłówka to* DOŚWIADCZENIE

DOŚWIADCZENIE

JADWIGA MYRTILUK

DWIE STRONY MEDALU

Chorowanie jako proces obejmuje następujące po sobie fazy. Część z nich jest utajona, dzieje się w ukryciu, czasem bezobjawowo. Potem pojawiają się zmiany, widoczne – czy to w samopoczuciu, wyglądzie czy w badaniach. Następnie trwa poszukiwanie z nadzieją dojścia do magicznego miejsca, w którym padnie jasna, konkretna i rozwiewająca wątpliwości diagnoza. Tutaj są różne scenariusze: odkrycie to może przynieść ulgę, rozpacz, pewność, niedowierzanie, spokój, ale także stać się faktem nie do zaakceptowania. Może dać, lub wręcz przeciwnie, odebrać nadzieję. Na pewno jest momentem zwrotnym, ale nie ostatecznym.

Diagnoza, na osi czasu chorowania niejako rozdziela go na „przed" i „po". I tak naprawdę jest się w nim tylko przez chwilę.

Tutaj chciałabym się zatrzymać, ponieważ ten punkt – diagnoza, na osi czasu chorowania niejako rozdziela go na „przed" i „po". I tak naprawdę jest się w nim tylko przez chwilę. W „po" będzie skumulowany wysiłek, czasem walka. Cały wachlarz emocji. Diagnoza to słowa, nazwy, które trzeba nieść dalej. Coś z nimi zrobić.

W trakcie lektury książki Sabiny Sadeckiej (Red.: „Powrót do ciała. Jak odzyskać siebie po doświadczeniu traumy") zatrzymała mnie myśl, że trauma może być szansą. Pomyślałam wtedy, że diagnoza choroby psychicznej również. Bo wtedy ze zbioru odczuć, zmian, objawów i zniekształceń coś się wyłania. Coś, na co są słowa. Co można opisać. Objęcie choroby słowami, niczym ramą, pomaga zrozumieć to, co się przeżywa. I, co równie ważne, przywraca poczucie bycia we wspólnocie doświadczenia. Wszystko to daje nadzieję, umiejscawia nas w społeczeństwie i choć trochę odsuwa wyobcowanie. Bo przecież oprócz nas ktoś też tak ma. I są na to sposoby. I komuś się udało sobie z tym poradzić.

Z drugiej strony, odkrycie „co mi jest" można wykorzystać, czasem nieświadomie, do nabycia tożsamości. Do opisania siebie. Nie tego, co mi się przydarzyło, co do mnie przyszło, ale do tego, kim jestem. Bardzo trudno oddzielić to, co choroba dodała, od tego, kim jesteśmy *saute*. Sama wpadłam w tę pułapkę, przyklejając sobie wszystko, dopasowując swoje doświadczenia do jakiegoś ogólnego obrazu klinicznego. Tak jak w kartach pracy dla dzieci: połącz linią pasujące do siebie obrazki. Nagle wszystko zaczyna pasować. Następuje eureka. Długo mi zajęło zrozumienie tego, że potrzebuję zdjąć te wszystkie dodane warstwy i odkryć, kim jestem oprócz. Kto jest w środku, najgłębiej. Podejrzewam, że będzie to projekt na resztę życia. Już nie mogę się doczekać. ■

SNOBISTYCZNO-PRETENSJONALNY FELIETON GRAFOMAŃSKO-PLOTKARSKI

BOGUSŁAW HABRAT

ANNA NETREBKO
i reszta świata

Łatwo zapamiętać: wrzesień z końcówką roku 5 – n-te (tym razem 90.) urodziny Arvo Pärta, kwiecień z końcówką 6 – to samo, tylko Jerzego Maksymiuka. A jeszcze okrągła 150 rocznica urodzin Mikołaja Konstantego Čiurlionisa. Pärta na świecie uczczono „po bożemu" wieloma płytami, reportażami i koncertami, w Polsce – jak w zaścianku. Čiurlionisa – wieloma płytami (na świecie, głównie, co zrozumiałe, na Litwie), w Polsce odnotowałem jeden koncert w Warszawie (zresztą litewskiej orkiestry) i artykuły w Forum Muzyki. Za to Maksymiuk im starszy, tym żywszy. Naczelny wziął przeznaczone dla mnie bilety i pojechał na Maksymiuka do Katowic, wrócił jak zawsze zadowolony, gdy wyprowadza mnie w pole.

W rewanżu, dopilnowałem swoich biletów i pojechałem do Łodzi na Anderszewskiego w nowym tournee z nowym repertuarem. Żeby zepsuć mi nastrój, Naczelny sugerował, że „podobno A. nie znajduje się w repertuarze brahmsowskim". Nie znajduje się!!! Phi!!! Czegóż to zazdrość nie potrafi zrobić ze skądinąd dość porządnym człowiekiem. Późne utwory fortepianowe Brahmsa „nasz Piotr" zagrał tak, jak nigdy wcześniej nie słyszałem: nieśpiesznie, wręcz wolno, z delektowaniem się i namysłem, smakowaniem spraw egzystencjalnych. Może ciut inaczej rozkładałbym akcenty, ale – jak słusznie zwrócono mi uwagę – tym razem to nie ja występowałem.

W przerwie, dla potrzeb plotkarsko-snobistycznego felietonu podsłuchiwałem rozmowy łódzkich „melomanów", głównie tych w czerwonych muszkach. Ogólne niezrozumienie! Zupełnie, jak Naczelny! Skończyło się na egotycznym przekonaniu, że jako jedyny na widowni zrozumiałem i odczułem interpretację A. Ale i A. chyba odczuł miałkość widowni, bo o ile zawsze chłopięcym uśmiechem kupował całą (nawet męską) widownię, tym razem był jakiś przygaszony, niepromienny, przygarbiony. Publiczność drętwa na potęgę, trochę się rozruszała bardziej znanym Beethovenem, ale mimo zachęt i obietnic brawka były zdawkowe, tak na dwa krótkie bisiki. Żeby mnie dobić, maszynista ostatniego pociągu bezpośredniego podpuścił mnie na 30 m i odjechał, a ja wracałem z Łodzi do Warszawy z rekordowymi trzema przesiadkami, łapiąc połączenia ze spóźnionymi pociągami, co to powinny już być w Warszawie nim recital się zaczął.

Nabrać daję się zwykle niewiele więcej razy niż jeden, więc bilety na koncert Maksymiuka w Studiu Lutosławskiego już trzymałem przy sobie, jak generał dłonie przy lampasach. Maestro, jak zawsze, zaskoczył wcielając się w rolę konferansjera (w przypadku wykonywanej przez siebie fortepianowej partii solowej skomponowanego przez siebie utworu) lub promotora rokującego wiolonczelisty i młodej orkiestry. Byłoby pastelowo i milutko, gdyby nie żona wiolonczelisty (chyba, bo miała obrączkę, jak zauważyły kobiety, a nie ja). Otóż kontrastowała ona zbyt żywo z ubierającą się „na radiowo" publicznością. I tu zdania były podzielone, bo niektóre panie widziały w niej styl emo, inne zaś, trendy modowe określane nieznanymi mi terminami. A ja dostrzegłem tylko gotycki tatuaż między szyją a miejscem, w którym zwykle znajdujemy piersi. Dla celów dokumentacyjnych (fotki dla felietonu) chciałem zrobić pstryk, ale zostałem zasyczany i stosownie skomen-

towany (coś o mojej kulturze). Maestro tym razem prawie skutecznie powściągnął swoje zapędy dyktatorskie, orkiestra grała na luzie i pozwoliło to usłyszeć pięknego Schumanna, jakim jest, a nie jakim rzeźbią go dyrygenci albo partoli orkiestra. Miło, smakowicie, w poczuciu rodzinnej atmosfery.

Warszawka poruszona! Telefonują przyjaciele, koledzy i znajomi, zasypują mailami z pytaniem, co ja na tę „La Grazia". A ja co? Nic! Przecież kultywuję prokrastynację. Więc, dawaj, poganiać, że spadnie z afisza, bo frekwencja mała, na dodatek neointeligenci wymykają się cichcem. Poszedłem, sprawdziłem. Rzeczywiście, miło byłoby, gdyby na sali był jeszcze jeden widz. Za to nikt nie wyszedł, co spotkało się z uznaniem mojej wyjątkowości przez biletera. Owszem, świetne narzędzie przesiewowe do odpowiedzi na samoocenę w kwestii, czy jesteśmy neo-, paleo-, pseudo-, para-, jakby-, czy inteligencją bezprzymiotnikową.

Nieśpieszność moja polega na czytaniu coraz starszych, reciprokalnie oddalających się zaległości czytelniczych. Największym zdumieniem tego roku pozostanie dla mnie brak reakcji na najdziwniejszy w ostatnim dziesięcioleciu artykuł GW 31.10-2.11.25, pp 20-23. Naprawdę, nikomu nie podniosła się brew? ■

HISTORIA PSYCHIATRII KRAKOWSKIEJ
od Kuchni

JACEK BOMBA

Co się stało z nerwicowym egotyzmem?

Dr Anna Walczyńska była ciepło nazywana papużką. Nie dla barwności i gadatliwości, ani powtarzania tego, co usłyszała, ale – łącznie z dr Aleksandrą Gierdziewicz - ze względu na ich bliską przyjaźń. Wydawały się nierozłączne. Chociaż ich zainteresowania badawcze były odmienne. Połączyła je jednak dynamika zmian w rozumieniu psychopatologii.

Dr Gierdziewicz zajmowała się depresją inwolucyjną, której istnienie zostało zakwestionowane na fali łączenia wszystkich zaburzeń afektywnych. Przedmiot studiów dr Walczyńskej również został wymazany z klasyfikacji psychiatrycznych. Zajmowała się bowiem nerwicami, a dokładniej nerwicowym egotyzmem. Od kilku już dekad psychiatrzy amerykańscy, porzuciwszy psychoanalityczne podstawy rozumienia patogenezy i objawów zaburzeń psychicznych, skupili uwagę świata psychiatrycznego na znaczeniu wiodących objawów psychopatologicznych. Nerwice zniknęły w zaburzeniach lękowych.

Co stało się z egotyzmem, którego znaczenie badała dr Walczyńska? Można podejrzewać, że zniknął w spektrum autyzmu dorosłych i w narcystycznych zaburzeniach osobowości. Dr Walczyńską interesowało zwłaszcza to, czy egotyzm nerwicowy wpływa na dynamikę społeczności terapeutycznej. Wykorzystała swoje doświadczenie i wyniki prowadząc przez wiele lat, po odejściu z Katedry, Półsanatorium Akademickie. Kiedy rozpowszechnienie gruźlicy płuc znacznie się zmniejszyło, wykorzystane zostało jako ośrodek psychiatryczny z oddziałem dla studiujących pacjentów i oddziałem dziennym dla urlopowanych studentów. To chyba pierwszy w Krakowie ośrodek „w pół drogi" (tak spolszczono angielską nazwę opieki psychiatrycznej pomiędzy szpitalną a ambulatoryjną).

Dawniej na przednówku, kiedy kończyły się zapasy, korzystano z tego, co się pojawiło na polach i łąkach. Sezonowość, zwłaszcza owoców i jarzyn, zniknęła w następstwie globalizacji. Warto jednak wybrać się wczesną wiosną na spacer i zebrać młode listki pokrzywy i lebiody. Przy okazji wspomnieć o chorobie psychicznej – pelagrze – która z kolei zniknęła z klasyfikacji, kiedy ustalono jej przyczynę: niedobór witaminy PP. Nazywano ją też chorobą lombardzką, bo Lombardczycy na przednówku, nie mając nic innego, żywili się lebiodą. Pewnie nie mieli też indyka ani makaronu. Nie robili sałatki, tylko ubogą *minestrone* gotując lebiodę w wodzie.

Sałatka z łąki

Proporcje na 1 osobę

spora garść	młodych listków lebiody albo pokrzywy,albo szpinaku
10 dkg	piersi indyczej
1 ząbek	czosnku
1 łyżka	oleju do smażenia
25 ml	białego wina
do smaku	sól i pieprz
15 dkg	makaronu farfalle
do smaku	oliwa sałatkowa, ocet balsamiczny, tarty parmezan

- Mięso wypłukać, osuszyć, stłuc, posolić, popieprzyć, skropić winem. Włożyć do zamykanego pojemnika i marynować w chłodzie kilka godzin.
- Na patelni lub w rondlu rozgrzać tłuszcz, wrzucić czosnek, a kiedy zacznie podskakiwać, obsmażyć osuszone marynowane mięso po 3 minuty z każdej strony. Przełożyć do formy z pokrywką i piec w piekarniku w 90 stopniach przez co najmniej dwa razy tyle minut, ile w dkg waży mięso (low temerature processing). Ostudzić. Pokroić w kostkę ok. 2 cm.
- Pokrzywę albo lebiodę, albo szpinak dobrze opłukać. Mokry włożyć do garnka z pokrywką i dusić kilka minut. Ostudzić.
- *Farfalle* ugotować w osolonej wodzie *al dente*. Także ostudzić, wymieszać z zieleniną i indykiem. Skropić oliwą, octem i posypać parmezanem.

4559585©123RF.com

AUTOBUSOWE SUPER-WIZJE

ŁUKASZ ŚWIĘCICKI

DOBRE RADY DLA LEKARZY

Dostałem zamówienie na napisanie kilku dobrych rad dla lekarzy. Bardzo lubię takie zamówienia, nawet jeśli nie wierzę (nic a nic!) w dobre rady, a ludzie udzielający takich rad zazwyczaj mnie rozśmieszają. Ale ja w ogóle lubię pisać na zamówienie i to wcale nie dlatego, że wtedy płacą. Za te rady na przykład nikt nie zapłaci. Po prostu lubię ćwiczenia na zadany temat i tyle. Nie wiem czemu tak mam, muszę o tym powiedzieć na terapii.

Jeśli chodzi o dobre rady, to nie mam poczucia, żeby ktoś słuchał moich, ale muszę powiedzieć, że zdarzało mi się słuchać cudzych. Uważam, że tak ogólnie nieźle na tym wychodziłem, choć moje podejście jest w tym przypadku nienaukowe. Naukowe podejście wymaga grupy kontrolnej - w jednej grupie osobniki wykonują te rady, a w drugiej nie wykonują. I potem porównujemy. Komu się bardziej udało - ten wygrał.

Ale broń Boże nie pytajcie, co porównujemy, ponieważ tu jest właśnie cały pies pogrzebany. Żeby stwierdzić, czy dobra rada odniosła skutek, trzeba by najpierw wiedzieć, jaki miał być ten skutek. I niestety nie chodzi tu o skutek deklarowany, tylko ten naprawdę, w głębi serca, chciany. A te dwie rzeczy niezwykle często bardzo się od siebie różnią. Czego innego chcemy naprawdę, a co innego wydaje nam się pożądane! I to wcale nie dlatego, że kłamiemy, jesteśmy nieszczerzy czy też po prostu powierzchowni. My naprawdę nie wiemy, póki nie dostaniemy, a często nawet i dłużej.

To samo, mniej więcej, odnosi się do dawaczy rad (może też i dających rady, polski język jest niesamowicie trudny.

Niezależnie od komplikacji języka polskiego, który składa się z samych wyjątków, co w przypadku braku jasnych reguł stwarza pewne trudności, należy przyznać, że także dawacze (mój komputer na przykład sądzi, że to „udawacze"... i może mieć rację!) nie bardzo wiedzą, co mają przynieść ich rady. Moim zdaniem głównie chodzi o to, żeby ludzie takiego udawacza słuchali i żeby wiedzieli, że on mądry, no bo skoro radzi... A czy tam się te rady sprawdzą, czy w ogóle się do czegoś nadają - to już rzecz druga, o ile nie czwarta.

Po tym wstępie udzielę szeregu rad. Biorąc pod uwagę wszystkie moje zastrzeżenia - nie warto się tymi radami przejmować. Choć z drugiej strony, zupełnie przypadkiem, mogą one być całkiem słuszne. Są to zasadniczo rady dla lekarzy, związane z wykonywanym przez nich zawodem, ale gdyby ktoś uznał, że nadają się również np. dla lodziarzy - po prostu musicie spróbować i sprawdzić.

Po pierwsze - nigdy nie mówcie, że sytuacja jest beznadziejna i nie ma z niej wyjścia. Sytuacja zawsze jest bowiem beznadziejna i nigdy nie ma z niej wyjścia. Część pacjentów umrze jeszcze przed Wami, część równocześnie z Wami, a część umrze po Was. Ale wszyscy to zrobią. Trudno określić ich sytuacje inaczej niż beznadziejne. Nie widzę też dla nich wyjścia. A jednak! Nie Wy jesteście od tego, żeby im to mówić. Więc im nie mówcie. Nigdy! Jesteście od tego, żeby szukać wyjścia - więc szukajcie! Czy to jest trudne? A czy ktoś Wam mówił, że będzie łatwo?

Po drugie - nigdy nie nastawiajcie się na to, że pacjenci będą ludźmi podobnymi do Was, że podziałają na nich podobne przykłady, zrozumieją podobne analogie. Bardzo Was proszę, nie nastawiajcie się na to. Tylko w takim wypadku będziecie mile rozczarowani tym, że tak wielu pacjentów jest bardzo podobnych do Was. Nawiasem mówiąc - właśnie ci podobni okażą się pewnie bardzo niepodobni, ale to już jest dzielenie włosa na czworo. A tego nie róbcie! (To nie jest jednak osobna rada, tylko uwaga na stronie).

Po trzecie - nie leczcie pacjentowi każdego palca osobno. Pacjent ma wszystko połączone, nawet jeśli się Wam to po prostu w głowie nie mieści. Owszem, mógł się zapisać z chorą kostką, ale wcale Was to nie zwalnia z leczenia kolana. Ostatecznie i tak większość rzeczy sprowadzi się do głowy (chodzi o głowę pacjenta, a nie Waszą, w której to wszystko się i tak nie mieści!), ale tego raczej nie mówimy. Po prostu działamy w tym kierunku.

Po czwarte - nie słuchajcie ludzi, którzy udzielają Wam dobrych rad. Ich motywacje są niejasne. Gdyby naprawdę byli tacy mądrzy za jakich się uważają, sami słuchaliby swoich rad i nie męczyli nimi innych ludzi. Ale kiedy dawacze rad już sobie pójdą, spróbujcie ostrożnie, czy nie można by czegoś zastosować. Ale nigdy się do tego nie przyznawajcie. Pewnie coś tam z tego wyjdzie, ale przecież możecie to śmiało zaliczyć na własne konto.

Chętnie udzieliłbym jeszcze wielu mądrych rad, ale zamówiono u mnie cztery. Czemu cztery? Pojęcia nie mam, ale takie było zamówienie i tyle też jest rad. Gdybyście chcieli więcej - wystarczy napisać do mnie. Udzielę kolejnych - co mi tam! ■

NIŻSZA OPŁATA ZA UCZESTNICTWO DO KOŃCA **MARCA 2026!**

KAZUISTYKA

CNS MEDFORUM 2026

SCHEMATY TERAPII W CNS
- utarta droga do sukcesu czy pułapka diagnostyczna?

22-23 MAJA 2026, KATOWICE

ZAREJESTRUJ SIĘ JUŻ DZISIAJ

WYDARZENIE INFARMA 10716 CERTYFIKOWANE

kazuistyka2026.medforum.pl

GRUPA MEDIOWA medforum Edukacja i Media Medyczne