Wysokie Obcasy Extra
Warszawa
08-18
DM. / Nr 8

TĘSKNICA
polska melancholia

Jest związana z utraconym rajem, którego tak naprawdę nigdy nie było

z MIRĄ MARCINÓW, *autorką „Historii polskiego szaleństwa", rozmawia* AGNIESZKA JUCEWICZ

Przychodzi melancholik do XIX-wiecznego alienisty, czyli – jak dzisiaj byśmy powiedzieli – psychiatry... Z jaką diagnozą może wyjść?

– Może zaduma? Tak najczęściej określano melancholię. Posępnica? Śledziennictwo, od śledziony, czyli coś, co Anglicy nazywają „spleenem"? Moje ulubione jednak to „tęsknica"– melancholia, której podłożem jest tęsknota nie wiadomo za czym, i domarad – tak nazwano tęsknotę za domem, za ojczyzną czy w ogóle nostalgię, którą jeszcze do roku 1920 traktowano jako chorobę.

XIX-wieczny język melanchologiczny był niezwykle bogaty, pełen rozmaitych odcieni.

Dzisiaj na opis podobnych stanów mamy jedno słowo – depresja.

– Mamy też sztywne klasyfikacje zaburzeń psychicznych w ICD-10 i DSM-5, gdzie jest wyszczególnione, czym dokładnie depresja się charakteryzuje, jakie są jej objawy. Współczesny język dotyczący zaburzeń jest bardzo zmedykalizowany.

Dlaczego w ogóle zajęła się pani polskim XIX-wiecznym szaleństwem?

– Przede wszystkim we współczesnej dyskusji zabrakło mi „wyboru szaleństwa", czegoś, co w XIX-wiecznej psychiatrii nazywano szczęściem z domu wariatów. Dzisiaj wszyscy są zgodni, że chory nie wybiera swojej choroby, nie jest za nią odpowiedzialny, natomiast ta dyskusja w XIX wieku była bardzo żywa. Prowadzili ją nie tylko psychiatrzy, ale również filozofowie, pisarze, odbywała się na łamach pism codziennych, nawet w bulwarówkach. Jak to z tą chorobą psychiczną właściwie jest? – pytano. Czy może bierze się ona stąd, że zbytnio ulegamy jakimś namiętnościom, na przykład intensywnie oddajemy się nauce, pisaniu książek, rozmyślaniu, i zapominamy o higienie psychicznej, czyli jednym słowem, jest skutkiem niezdrowego stylu życia? Czy też jest kompletnie niezawiniona?

Na melancholię patrzono dwutorowo. Jak pisał Słowacki, „dwie istnieją melancholie, jedna jest z siły, druga ze słabości, jedna jest skrzydłami ludzi wysokich, druga kamieniem ludzi topiących się". Psychiatrzy niby zajmowali się tą drugą, ale ta romantyczna wizja – melancholii jako przejawu geniuszu – w XIX-wiecznej Polsce przebiła się też do głównego nurtu psychiatrii. Lekarze zwracali się do czytelników w pismach w tonie: „Drogi czytelniku! Jesteś młody, pewnie myślisz, że melancholia doprowadzi cię do jakichś pięknych stanów, ale uważaj, bo...". I mimo że dzisiaj coraz więcej wiemy na temat depresji i że jest to choroba, którą należy leczyć, to tę dwutorowość myślenia wciąż widać.

Że niby w depresji może być coś fajnego? Gdzie to widać?

– Na przykład w popkulturze. Oprócz kultu sukcesu, kariery wyraźnie pojawił się tak zwany nurt nowej szczerości, w którym panuje kult porażki. Powstał cały nowy słownik, który opisuje ten sposób myślenia, w którym są „przegrywy", czyli ludzie, którzy niespecjalnie radzą sobie w życiu, za to dobrze w internecie. Jest spierdolina, czyli ten, który nie może dostać pracy, oraz stulejarz, czyli mężczyzna, który kiepsko sobie radzi w relacjach damsko-męskich. Hasło „don't worry be happy" jest zwalczane hasłem „don't be hap- »

py, worry", za czym stoi taka depresyjna natura człowieka. Widać to też choćby w serialu „Dziewczyny", w ogóle twórczości Leny Dunham, która pisze wprost o swoich niepowodzeniach. Trochę podobnych w wymowie książek ostatnio powstało.

Kolejny powód, dla którego chciałam się zająć XIX wiekiem, był prozaiczny. Prawie nikt wcześniej o tym okresie nie pisał. Istniało kilka niepublikowanych prac doktorskich, mała książeczka o psychiatrii z przełomu XIX/XX wieku, w sumie tyle.

Mimo że XIX wiek to początek psychiatrii w Polsce.

– Sądzę, że on nastąpił trochę wcześniej, w tym samym roku, który uważa się za symboliczny początek psychiatrii europejskiej w ogóle, czyli w 1793. W tym roku francuski lekarz Philippe Pinel uwolnił obłąkanych z kajdan. Przestano traktować ich jako złoczyńców, a zaczęto jak pacjentów, chociaż krytyczni badacze historii psychiatrii, na przykład Michel Foucault, twierdzili, że w ten sposób osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne zostały wykluczone ze sfery rozumu i straciły podmiotowość, co ma swoje reperkusje do dziś. W Polsce w tym samym roku ukazał się słynny poradnik medyczny Ludwika Perzyny, bonifratra z Kalisza, pt. „Lekarz dla włościan, czyli rada dla pospólstwa w chorobach i dolegliwościach…", w którym autor duży rozdział poświęcił chorobom psychicznym. Sklasyfikował je i w terminach medycznych opowiedział o czymś, o czym wcześniej mówiło się w kategoriach demonicznych. Do tego czasu uważano, że ludzie cierpiący na zaburzenia psychiczne byli opętani, na przykład przez „wiły", czyli rozerotyzowane boginie, potem przez demony, diabła. Równolegle funkcjonowała bardzo fizyczna wizja szaleństwa, według której rodziło się ono na skutek zaburzenia któregoś z czterech „humorów" w organizmie: flegmy, żółci, krwi i czarnej żółci.

Teoria humoralna jest znana od czasów Hipokratesa.

– Według tej teorii melancholik miał za dużo czarnej żółci, czyli melancholii, na którą najlepiej działały środki wymiotne, przeczyszczające, obrzucanie kłującymi roślinami, oblewanie lodowatą wodą, natryski na przemian zimne i ciepłe, zawijania w mokre prześcieradła. Co ciekawe, w drugiej połowie XIX wieku najwięcej pacjentów szpitali psychiatrycznych umierało na zapalenie płuc, ale nie wiązano tego z brutalnymi metodami leczenia, tylko próbowano szukać źródła szaleństwa w płucach. Jeszcze w XVIII wieku stosowano tzw. machinę Darwina. Człowiek leżał w takiej trumience przyczepionej do obrotnicy, którą puszczało się w ruch, i wirował do momentu, aż wypuścił z siebie to coś, co było źródłem jego obłędu – krew, ślinę albo żółć. W XIX wieku rzadko już ją stosowano.

Kto opiekował się obłąkanymi przed XIX wiekiem?

– Głównie zakony. Trafiali do przytułków, potem do szpitali ogólnych, gdzie sprawowano nad nimi tylko nadzór, ale jeszcze nie leczono.

W XVI wieku w Krakowie przy samym rynku istniało natomiast bardzo ciekawe miejsce, tzw. szalona kamienica. Podobno właściciel pod swój dach przyjmował różnych społecznych wyrzutków, wśród nich były osoby z zaburzeniami psychicznymi, ale też epileptycy, chorzy na choroby weneryczne. Kto się nimi opiekował? Jak wyglądała ich codzienność? Nie wiadomo. Ale funkcjonowała ona do XIX wieku, kiedy mieszkańców przeniesiono do Szpitala św. Ducha. I tak jak szalona kamienica nikomu nie przeszkadzała, tak

Na poprzedniej stronie: Edward Honaker, fotograficzna próba przedstawienia siebie podczas depresji, 2015 r.
1. „Zawijanie", St. Elizabeths Hospital, Waszyngton, Stany Zjednoczone, ok. 1880 r.
2. Le Gray, „Bez głowy", XIX wiek

już na szpital krakowianie narzekali. Skarżyli się, że nie mogą się przechadzać spokojnie po błoniach, bo im przeszkadzają odgłosy wariatów.

W 1635 roku powstały w Polsce pierwsze przytułki przy zakonach bonifratrów. Legenda głosi, że ich założyciel Jan Boży cierpiał na obłęd, dlatego podobno zakon postanowił roztoczyć opiekę nad tymi, których zachowanie odbiegało od tzw. normy, również włóczęgami, prostytutkami, wariatami ulicznymi. „Ludźmi luźnymi", jak ich nazwie późniejsza epoka, czyli wszystkimi niezaszeregowanymi.

Co robili ci, którym dzisiaj przypisalibyśmy lżejsze zaburzenia pozwalające jakoś funkcjonować?

– W XVIII wieku i jeszcze w XIX mnóstwo ludzi leczyło się, korzystając po prostu z poradników medycznych. Było ich zatrzęsienie.

A ja myślałam, że to przypadłość końcówki XX i początku XXI wieku!

– No właśnie nie. Sukcesem wydawniczym, poza wspomnianym Perzyną, był na przykład francuski bestsellerowy poradnik o onanizmie Tissota wydany u nas w 1792 r. Drugi rozbiór Polski, wszystko się wali, a ludzie zaczytują się w tym, jak poradzić sobie z masturbacją.

Może to był wówczas ogromny narodowy problem?

– Z pewnością. Zagrażający życiu wręcz. Uważano, że masturbacja prowadzi do większości zaburzeń psychicznych, m.in. właśnie melancholii u mężczyzn, a u kobiet jest wynikiem jakiejś niezdrowej nadmiernej erotyzacji. Równolegle wyszło dużo dzieł polskich autorów o nadużywaniu alkoholu. Gdyby oceniać na podstawie nakładów, to można by dojść do wniosku, że problem alkoholowy oraz onanizm doprowadziły nas do utraty niepodległości. Mówię to półżartem, oczywiście.

Oczywiście... Co dokładnie mamy w bestsellerowym poradniku Perzyny?

– Perzyna po raz pierwszy nazywa chorobę umysłową chorobą, klasyfikuje ją i odróżnia od innych stanów, na przykład „głupiodurnych bab z Częstochowy". Robert Burton, Anglik, autor biblii melancholików – „Anatomia melancholii" z XVII wieku – twierdził, że w Polsce rozwinęła się specyficzna melancholia ekscesu, czyli nadmiernej, fałszywej religijności. Perzyna zaznacza, że ten stan nie jest żadną chorobą...

...tylko zwykłą dewocją?

– Tak byśmy dzisiaj to nazwali. Chorzy to ci, którzy ulegają jakimś złudzeniom, halucynacjom, u których następuje pomieszanie w sferze poznawczej.

I wyróżnia: smutnodur, czyli coś najbliższego dzisiejszej depresji, gdzie „dur" to tyle co szaleństwo, nadmierna fantazja, przywidzenia. Mamy też chłopodur, czyli nimfomanię. Co ciekawe, babodur nie istnieje, tak jakby mężczyźni nie mogli cierpieć na nadmierny pociąg do kobiet. Jest za to maciennictwo od macicy, czyli histeria, nocobłąd, czyli lunatykowanie, i domarad, o którym mówiłam. Naprawdę żałuję, że wypadł, bo wydaje mi się, że bardzo adekwatnie oddaje pewne powszechne doświadczenie psychologiczne.

Na przykład przygnębienie, które często pojawia się w pierwszym okresie na emigracji?

– Na przykład. Kiedy studenci pierwszego roku opowiadają mi, jak się czują, i podkreślają ten aspekt odcięcia od domu, od rodziny, to od razu przychodzi mi na myśl domarad. Kto wie, może to pojęcie wróci? Podobnie jak tęsknica za nie wiadomo czym, za wszystkimi miejscami, w których nas nie ma, za ludźmi, z którymi się nie jest. Kiedyś psychiatrzy dość trafnie opisywali ten stan, dzisiaj wydaje mi się, że pisarze niekiedy robią to lepiej. Na przykład Günter Grass w eseju o melancholii pisał o melancholii turistice, która nas dopada, kiedy podróżujemy, o melancholiczkach, które siedzą całymi dniami w domu z wałkami na głowie, masturbują się i tęsknią za zupełnie innym życiem... Bardzo mi te współczesne literackie opowieści przypominają opowieści XIX-wiecznych psychiatrów.

Smutnodurny czym się charakteryzuje?

– Perzyna pisze, że taki człowiek bardzo dużo rozmyśla o stanie, w jakim się znalazł. Stroni od ludzi. Najczęściej można go spotkać na cmentarzu bądź w innych podobnych miejscach. Może się nawet przemienić w zwierzę. Zdarza się, że cierpi na napady smutnodurne, i wtedy może być niebezpieczny. Ale jak się go zostawi w spokoju, to całkiem nieźle sobie radzi. Może być pogrążony w smutku, ale zdarza się, że jest przesadnie wesoły, te stany pojawiają się naprzemiennie, co bardziej przypomina współczesną opowieść o chorobie afektywnej dwubiegunowej. Charakterystyczne jest to, jak smutnodurny patrzy. „Widzi nic", jak to później nazwał Beckett, patrzy na przerwy między ludźmi, jakby wypatrywał czegoś, czego nie ma, albo ma spuszczony wzrok – to częściej u melancholiczek – ich głowy przypominają opuszczony koński łeb. Jak „łeb" się podnosi, to znaczy, że idzie ku dobremu.

Jakie Perzyna zaleca leczenie?

– Lekarstwem na melancholię ma być generalnie odwrócenie uwagi chorego od tego, co go doprowadziło do obłędu. Nadmiaru pracy umysłowej, braku ruchu na świeżym powietrzu, czytania książek, ale też niepowodzenia miłosnego, utraty dobrego imienia w społeczności, w której się żyje. Często najprostszą drogą do zdrowia miało być umieszczenie chorego z dala od rodziny.

Podróż.

– To też. Wyjazd na wieś, na przykład. Ale też te remedia stosowane w podejściu humoralnym. Co ciekawe, już u Perzyny pojawia się wątek leczenia przez rozmowę. I z jednej strony taki lekarz duszy ma być przyjacielem chorego, zyskać jego zaufanie, ale robi to po to, żeby później od niego wymagać, czyli leczy perswazją.

Rozmowa łagodna i ostra, jak pisze Perzyna.

– Rozmowa ostra, w uproszczeniu, polegała na przekonaniu chorego, że to, w co wierzy, to jakieś głupoty i że ma zmienić swój sposób myślenia. Proszę pamiętać, że wtedy jeszcze nie istniała idea nieświadomości, więc lekarz miał dostęp wyłącznie do tego, co pacjent mówi, do jego świadomości.

W tym samym mniej więcej czasie we Francji pojawiła się tak zwana le traitement moral, mylnie przetłumaczona na polski jako „terapia moralna", a chodziło o terapię psychiczną, umysłową. Pierwszy opisał to Pinel w dziele z 1801 roku. Pinel, zanim został dyrektorem dwóch dużych szpitali dla obłąkanych – w Salpêtrière i Bicêtre – najpierw pracował tam jako zwykły lekarz, a metodę tę podpatrzył u żony swojego przełożonego, Marguerite Jubline Pussin. W owym czasie częstą przyczyną śmierci chorych psychicznie było wygłodzenie. Ludzie odmawiali jedzenia, myśląc, że jest na przykład zatrute, albo cierpieli na to, co dziś byśmy nazwali zaburzeniami odżywiania. Madame w pierwszej kolejności próbowała zy- »

skać zaufanie pacjentów i robiła to tak, że na przykład sama zachowywała się jak wariatka, czym zyskiwała ich sympatię, a potem starała się ich nakłonić do jedzenia.

Czyli to była terapia oparta na manipulacji, ciekawe.

– Foucault też ją strasznie krytykował, jako przykład niedojrzałej rozmowy w dodatku z kimś, kogo uważa się za gorszego. Perswazja rzeczywiście wydaje się i naiwna, i niewłaściwa, ale jak dodamy do tego ten aspekt, w którym lekarz próbuje zyskać zaufanie pacjenta, stać się jego przyjacielem, to wygląda to już lepiej i jest bliższe terapii, jaką dziś znamy. Chociaż późniejsi psychiatrzy XIX-wieczni pisali też o tym, że czasem trzeba pacjenta wręcz zaatakować, co z kolei przypomina współczesne terapie alternatywne, na przykład terapię prowokatywną. Dość przerażająca metoda. Pamiętam z zajęć przykład z Farela, przedstawiciela tego nurtu. Przychodzi na przykład bardzo otyły pacjent, a terapeuta mówi do niego: „O, widzę, że muszę dać dwa krzesła, bo jedno może się złamać". Ma zaatakować pacjenta po to, żeby sam zaczął się bronić, walczyć o swoje zdrowie. W XIX wieku w podobnej, nowatorskiej metodzie próbowano skupić się na szaleństwie chorego, jeszcze bardziej je uwypuklić.

Co po Perzynie?

– No właśnie do połowy XIX wieku niewiele się dzieje. Dopiero w 1845 roku powstaje pierwszy polski podręcznik psychiatrii Bartłomieja Frydrycha, pt. „Choroby umysłowe", dla adeptów medycyny, napisany na podstawie doświadczenia w zagranicznych ośrodkach, gdzie leczono chorych. Większość polskich alienistów XIX-wiecznych zresztą zdobywało wykształcenie za granicą, głównie w Niemczech i we Francji. W 1863 roku w Warszawie powstaje pierwsza katedra psychiatrii i neurologii, pojawia się specjalizacja psychiatryczna, choć długo ma ona wspólne korzenie z neurologią. Dopiero pod koniec XIX wieku te dwie ścieżki – psychiatryczna i neurologiczna – zaczynają się rozchodzić.

Frydrych, pracownik warszawskiego szpitala dla kobiet chorujących psychicznie, nie tylko podaje klasyfikacje chorób, pisze o przyczynach i leczeniu, ale opisuje też poszczególne przypadki melancholiczek, histeryczek itd.

Jego klasyfikacja jest inna od tej Perzyny?

– Jak najbardziej. Jeśli chodzi o depresję, to Frydrych wprowadza pojęcie „lypomanii" (z francuskiego), którą tłumaczy jako ponurowatość. To mania ze smutku, co pokazuje, że odchodzi się od melancholii jako ogólnego określenia na szaleństwo, w kierunku węższej kategorii, w której dominuje smutek. Najciekawsze u Frydrycha są opisy konkretnych przypadków, dajmy na to: „Kunegunda, lat 36, po urodzeniu czwartego dziecka wpadła w ponurowatość itd…". Zresztą dużo pacjentek z oddziału Frydrycha trafia tam po porodach, jest to zaczyn czegoś, co dzisiaj byśmy określili mianem depresji poporodowej.

Klasyfikacja Frydrycha w ogóle zawiera wiele zaburzeń psychicznych, których odpowiedniki znaleźlibyśmy dziś, na przykład te ze spektrum schizofrenii. Występuje też u niego pojęcie trwogi przysercowej, co bardzo przypomina dzisiejsze zaburzenia lękowe z napadami paniki. Jest maciennictwo, czyli histeria, nerwice.

Jakie warunki panowały w szpitalu, w którym pracował Frydrych?

– Brakuje informacji na ten temat, ale mogę powiedzieć, jak to wyglądało w podobnym szpitalu, św. Ducha w Krakowie. Myślę, że warunki były porównywalne. Długie, wąskie korytarze albo bez dostępu powietrza, albo lodowate, małe cele, często z sekretnymi otworami w drzwiach, żeby kontrolować pacjentów. Brak higieny, no i problem, z którym borykają się szpitale psychiatryczne do dziś, czyli brak łóżek. Ten problem był szeroko omawiany w prasie. Psychiatrzy pisali projekty – opieki przydomowej, ośrodków, które będą alternatywą dla szpitali – ale zdaje się, że na projektach się skończyło. Pod koniec XIX wieku powstają największe szpitale psychiatryczne, które funkcjonują do dziś: Kobierzyn w Krakowie, Tworki w Warszawie, Kochanówka pod Łodzią, Kulparków we Lwowie.

Co Frydrych zalecał na melancholię?

– On wpisuje się w terapię prowokatywną, w której lekarz ma być dobrym i złym policjantem. Pisze tak: „Już ten melancholik jest na drodze zrozpaczenia, a wtedy lekarz wytacza mu proces, chory podnosi głos w imię własnego interesu, zaczyna się bronić, staje we własnej obronie i władze umysłowe do normalnego wracają stanu".

Pojawiają się jakieś leki?

– W XIX wieku najpopularniejszym, takim naiwnym farmaceutykiem jest makowiec, czyli opium.

MELANCHOLIK MIAŁ ZA DUŻO CZARNEJ ŻÓŁCI, NA KTÓRĄ DZIAŁAŁO OBRZUCANIE KŁUJĄCYMI ROŚLINAMI, OBLEWANIE LODOWATĄ WODĄ

Wino?

– Czasem, ale raczej melancholicy sami się próbują nim leczyć, natomiast wino jest też sposobem na rozpoznawanie melancholii, papierkiem lakmusowym. Prawdziwy melancholik po wypiciu napoju wyskokowego traci przytomność, a symulant – nie. Generalnie uważano, że alkohol zwiększa lubieżność i doprowadza do melancholii związanych ze sferą erotyczną. Choć współcześni melancholodzy, z Markiem Bieńczykiem na czele, uważają akurat, że wino jest znakiem melancholii, tak jak czarna żółć i czarny atrament.

Czyli pisanie.

– I to jest kolejna metoda, która pojawia się w XIX wieku jako terapia czy raczej autoterapia melancholii. Ta myśl pojawia się na przykład u doktora Łowickiego, w 1846 roku, który najprawdopodobniej preparuje list od chorego melancholika i publikuje go w „Przeglądzie Naukowym". List od chorego, najczęściej onanisty, który pisze, jak się stoczył w chorobę, był w ówczesnym okresie popularnym gatunkiem literackim. U Łowickiego jedną część tekstu stanowi list, drugą – opis lekarza, czym jest melancholia.

Pacjent opisuje, jak właściwie doprowadził się do tego stanu, w którym jest – że już jako dziecko przejawiał złe zachowania, pił kawę na przykład, chodził z rękoma założonymi na krzyżu, podsłuchiwał rozmowy dorosłych. Był taki maleńki-stareńki. Później nadmiernie oddał się pracy, za dużo czytał, rozmyślał…

Ha, ha, ha. Przepraszam.

– Jednym słowem, sam tego chciał. W części medycznej Łowicki wyróżnia różne typy melancholików: piersiowo-brzusznych, brzusznych i podbrzusznych. Jego zdaniem melancholia przejawia się w różnego rodzaju wygięciach w kręgosłupie. Piersiowo-brzuszni to głównie młodzi mężczyźni. Oni, oprócz tego, że bardzo cierpią, to jeszcze tworzą. Często to są poeci, pisarze. Brzuszni to również mężczyźni, głównie starsi, naukowcy, filozofowie, autorzy dzieł. Podbrzuszne natomiast są tylko melancholiczki i dla nich nic twórczego z melancholii nie wynika. Nawet jeśli coś piszą, to piszą na jedno kopyto. Literacko – same gnioty, chociaż im samym może to pomóc. Te podwójne standardy, inne dla kobiet, inne dla mężczyzn widać w całej XIX-wiecznej psychiatrii.

Czy poza Łowickim ktoś jeszcze stosował pisanie jako terapię? W szpitalach?

– Wydaje się, że tak, ale brakuje danych. Mamy za to inne listy melancholików, które – cytuję na przykład Tomasza Ostafina czy Ignacego Mazurkiewicza – były dokładnie analizowane przez psychiatrów, głównie dlatego, że dopuścili się zbrodni. Jeden zabił ojca, choć w liście pisze: „Zabiłem albo zraniłem ojca", nie jest tego pewien, drugi przydusił żonę.

Psychiatrzy byli wtedy powoływani przez komisję śledczą i melancholia pojawia się jako okoliczność łagodząca.

– Dokładnie. Chociaż traktowano to inaczej niż dzisiaj. Na przykład to, że melancholik po spaleniu chaty sąsiada ucieka, miało dowodzić, że jest naprawdę chory, a dzisiaj świadczyłoby w zasadzie o jakiejś trzeźwości umysłowej oskarżonego, że ma świadomość swojego czynu. Atak zadumowy rzeczywiście staje się okolicznością łagodzącą, ale jednocześnie dochodzi do nadużyć tej diagnozy. Myślę teraz o przypadku słynnego autora herbów z końca XIX wieku, które do dziś można obejrzeć w Sukiennicach. Artysta – bardzo szanowany obywatel miasta, zamożny człowiek – zabił kochanka żony, aktorki. Stwierdzono u niego atak zadumowy i go uniewinniono. Podobno potem malował już wyłącznie anioły, które przypominały tego kochanka…

Skąd wiadomo, że to było nadużycie?

– W źródłach nie ma żadnej informacji o tym, żeby był w jakikolwiek sposób zaburzony psychicznie.

W latach 60. XIX wieku w Towarzystwie Lekarskim w Warszawie rozgorzała zresztą gorąca debata filozoficzno-sądowniczo--psychiatryczna na temat odpowiedzialności chorego psychicznie, w której brał udział m.in. Henryk Struve, filozof, bohater mojej pierwszej książki. On bardzo mocno się zastanawiał nad podmiotowością chorego, nad tym, czy choroba psychiczna jest chorobą ciała, czy ducha, czy umysłu. Rozmyślał, jak należy rozważać przypadki, kiedy ktoś z pełną świadomością podejmuje się życia melancholijnego, uważając, że to cena, którą musi zapłacić za to, żeby być genialnym, ale dostaje ataku zadumowego i popełnia zbrodnię. Co wtedy? To jest debata, która przypomina tę anglosaską, dotyczącą kwestii „bad or mad", czyli czy przestępca jest zły, czy szalony.

Jak ta debata się zakończyła?

– Właściwie trudno powiedzieć, że ona się jakoś zakończyła. Lekarz Wiktor Feliks Szokalski pisze jeszcze pod koniec XIX »

wieku, że ona wciąż jest żywa, ale jednocześnie psychiatrzy coraz mocniej wskazują na somatyczne pochodzenie chorób umysłowych, a psychiatria zaczyna się wyłaniać zdecydowanie jako gałąź medycyny, choć z zaznaczeniem, że przy tych chorobach powinno się brać pod uwagę różne filozoficzne kwestie również związane z kondycją człowieka.

Pierwszy podręcznik psychiatrii, pierwsza katedra, szpitale to okres powstania listopadowego, a potem styczniowego w Polsce, przedtem mamy rozbiory. Czy ten gwałtowny rozwój psychiatrii to odzew na zwiększone zapotrzebowanie? Jednym słowem, czy na skutek tych wydarzeń historycznych przybyło osób cierpiących na obłęd?

– To miało znaczenie, z pewnością. W tym okresie pojawiła się też nowa jednostka chorobowa – obłęd popowstaniowy czy też melancholia patriotyczna. Po upadkach powstań mówiono wręcz o epidemii chorób wywołanych niepowodzeniami narodowościowymi.

Ale w drugiej połowie XIX wieku odpowiedzialnością za wzrost melancholii obarczano również postęp cywilizacyjny. Mówiono – analogicznie do tego, jak dzisiaj mówi się o depresji – że życie przyspieszyło, że człowiek nie nadąża za zmianami technologicznymi, czuje się nimi przytłoczony. Pod koniec XIX wieku psychiatra Adam Wizel, powołując się na znanego niemieckiego psychiatrę Krafta-Ebbinga, pisze o „wieku nerwowym", że przybywa chorych na melancholię, nerwicę, histerię, ale jednocześnie uspokaja, że wynika to częściowo z tego, że dzisiaj już potrafimy te choroby diagnozować, i dodaje, że kolejny wiek dopiero będzie nerwowy!

Profeta.

– Żeby pani wiedziała! Wizel pisze, że dopiero, jak się okaże, że możemy czytać kilometry gazet dziennie, że jesteśmy zalewani informacjami, przebodźcowani, to dopiero ludzie będą potrzebować pomocy.

Niesamowite.

– A wiek XX będzie wiekiem psychiatrii i psychoterapii, które się bardzo rozwiną.

Co się dzieje z melancholią w drugiej połowie XIX wieku?

– Coraz bardziej zaczyna przypominać dzisiejszą depresję.

W latach 60. jako metoda leczenia pojawiają się elektrowstrząsy. Pierwszy pisze o tym Klemens Maleszewski, psychiatra, który udowadnia, jak za pomocą prądu galwanicznego udało mu się uratować pewną melancholiczkę. I ci, którzy patrzą na chorobę psychiczną jako chorobę cielesną, zalecają elektrowstrząsy plus, jako terapię pomocniczą, na przykład dietę i tak zwany zdrowy styl życia, a ci będący za terapią psychiczną – przede wszystkim rozmowę, pobyt w szpitalu i leczenie leżeniem w łóżku.

W niektórych miejscach stosuje się coś w rodzaju proto-, choreoterapii czy też terapii ruchem, czyli tak zwane wieczory tańcujące. Uważa się je za skuteczne dla wszystkich poza… nimfomankami.

Bo?

– Zwiększają pociąg seksualny. Ciekawe też, że na przykład ergoterapię, czyli terapię pracą, prace w ogrodzie itd., stosowano przede wszystkim u kobiet. Dużo pracy na świeżym powietrzu, krótki sen, zero wynagrodzenia. Dzisiaj mówi się o nadużyciach ergoterapii, ale wówczas w niektórych szpitalach też dyskutowano, czy chorzy nie powinni mieć swoich pieniędzy, żeby móc je przeznaczać na przykład na kulturę, na teatr poza murami szpitala. Te terapie, które teraz wymieniłam, miały też trochę na celu sprawdzenie, czy pacjent jest gotowy do powrotu do społeczeństwa, czy wie, jak się należy zachować.

MIRA MARCINÓW

– ur. 1985. Adiunkt w Instytucie Filozofii i Socjologii PAN. Doktor psychologii i filozofka. Współorganizatorka Otwartych Seminariów Filozoficzno-Psychiatrycznych. Główne obszary jej badań to filozofia psychiatrii, historia myśli psychoanalitycznej i psychopatologia kognitywna. Autorka wielu prac o obłędzie oraz książek: „Na krawędzi wolności. Szaleństwo jako wybór w filozofii Henryka Struvego" (2012) i niedawno wydanej „Historii polskiego szaleństwa, t. 1: Słońce wśród czarnego nieba. Studium melancholii"

Z jaką wiedzą na temat melancholii wkraczamy w XX wiek?

– Niestety, wkraczamy w niego między innymi z kaftanami bezpieczeństwa, które przez długi czas nie były stosowane. Końcówka XIX wieku to powrót do bardziej karygodnych metod, środków przymusu. To skutek tego, że lawinowo przybywa pacjentów, powstają wielkie szpitale psychiatryczne, a zbyt mały personel musi sobie jakoś z tym radzić. Poza kaftanami powszechnie stosuje się niemiecką metodę bedbehandlung, czyli leczenie leżeniem w łóżku, którą, jak mówią pacjenci, nadal chętnie stosuje się w Polsce do dziś, chociaż różne standardy i programy wskazują wyraźnie, że przy dobrej psychofarmakologii, wsparciu specjalistów i środowiska sześciomiesięczny pobyt w szpitalu nie jest konieczny.

Przygnębiająca ta końcówka XIX wieku.

– Robi się nieciekawie przez tę masowość, ale na początku XX wieku na scenę wchodzi psychoanaliza, pojawiają się sanatoria dla osób cierpiących psychicznie. Jednocześnie myśli się o chorobach umysłowych coraz bardziej biologicznie. Połowa XX wieku to przełom w psychofarmakologii, pierwsze lekarstwa, ale za rewolucją psychofarmakologiczną przychodzi rewolucja antypsychiatryczna, czyli zakwestionowanie tego całego modelu leczenia. Antypsychiatrzy uważają, że choroba psychiczna nie jest chorobą w takim sensie jak inne choroby somatyczne, tylko jakąś metaforą, i że w tym sensie psychiatrzy nie są naukowcami.

Dziś, w wielkim skrócie, mamy mnóstwo przeróżnych podejść do tego, czym właściwie jest zaburzenie psychiczne.

A mnie się wydawało, że dziś już wszystko wiadomo. Są podręczniki diagnostyczne – ICD, DSM.

– Zupełnie nie. To, o czym pani mówi, to psychiatria głównego nurtu, ale są inne podejścia. Co roku pojawiają się nowe pomysły, jak zintegrować tę całą wiedzę. Istnieje coś, co nazywa się na przykład psychiatrią obliczeniową, computational psychiatry. Wielkie ośrodki badawcze w Londynie i w Berlinie zajmują się tym, żeby zaburzenia psychiczne dało się przeanalizować, biorąc pod uwagę różnego rodzaju biomarkery, czynniki społeczne, żeby można było stworzyć wzory zaburzeń psychicznych i alternatywę dla DSM. Jest program RDoC, który uwzględnia setki czynników biologicznych, genetycznych, społeczno-kulturowych, korzystając z szerokiego oprogramowania wielkich danych, tzw. Big Data. Właściwie nie ma konsensusu, czym to zaburzenie psychiczne jest i kim jest osoba na nie cierpiąca.

Co możemy wziąć z tej XIX-wiecznej psychiatrii pani zdaniem?

– Przede wszystkim język, bo ten medyczny, specjalistyczny niewiele pacjentom wyjaśnia. Kolega, który pracuje w szpitalu psy-

EDWARD HONAKER/MATERIAŁ PRASOWY WYDAWNICTWA SŁOWO/OBRAZ TERYTORIA

chiatrycznym, opowiadał mi anegdotę o młodym rezydencie, który zniecierpliwiony pytaniami pacjenta: „Ale co mi jest? Ale co mi jest? Nie rozumiem", odparował w końcu: „Po prostu pan zwariował!".

Natomiast to XIX-wieczne słownictwo jak trwoga przysercowa, zaduma, tęsknica jest plastyczne, obrazowe, bliższe potocznym wyrażeniom. To, czego możemy się też nauczyć, to ta cała subtelność myślenia o zaburzeniu psychicznym nie tylko jako o stanie chorobowym, tylko szerzej – jako o pewnej sylwetce emocjonalnej, psychicznej człowieka, któremu bliski jest taki ogólnie melancholijny nastrój. Bardzo dużo czytelników – tych bez doświadczeń zaburzenia psychiatrycznego i tych z nimi – mówi mi, że znacznie lepiej odnajduje się w tych XIX-wiecznych opisach przypadków niż w tych współczesnych.

Mnie to też jest bliskie. Tamten język jest liryczny, pociągający. Fajniej myśleć o sobie, że jest się człowiekiem luźnym niż przegrywem.

– A spierdoliną już w ogóle. Tamte pojęcia dają też przyjemność literacką, estetyczną.

Z metod XIX-wiecznych wzięłabym jeszcze wnikliwość obserwacji. W XIX wieku robiono cały wywiad środowiskowy, rozmawiano z sąsiadami chorego, z rodziną. Pamiętam, jak na stażu w szpitalu psychiatrycznym zostałam skrytykowana po przeprowadzeniu wywiadu z pacjentką. Cały mój wywiad został przekreślony przez panią psycholog kliniczną, która napisała: „Pacjentka mówi niedorzecznie". Oczekiwano ode mnie suchego sprawozdania, a ja po prostu starałam się wiernie odtworzyć, co pacjentka mówi. Słuchałam jej, bo w jej opowieści kryła się opowieść o jej chorobie.

Czy jest jakaś polska specyfika melancholii? Portugalczycy mają swoje saudade, Turcy – huzun.

– Może jest to tęsknota za czymś, czego nie mieliśmy tak naprawdę? Za Polską od morza do morza, tą świetną, wielką Polską, która była idealizowana w okresie utraty niepodległości i nadal przez wielu jest idealizowana? Polska melancholia wydaje mi się bardzo kontekstowa, związana z utraconym rajem, którego tak naprawdę nigdy nie było.

Czyli na tęsknicę cierpimy.

– Bardzo możliwe. I nie chodzi o to, że współcześni Polacy tęsknią za XVIII wieczną Polską czy jeszcze wcześniejszą. Niektórzy tęsknią teraz za tym, co było przed 2015 rokiem...

W ogóle czas, w którym jesteśmy, dostarcza nam bardzo dużo materiału do namysłu nad historycznie osadzoną specyfiką polskiej zadumy. Gdybyśmy przywrócili to słowo, może pomogłoby nam ono lepiej zrozumieć nie tylko polską melancholię, ale polską przeszłość w ogóle. Moglibyśmy na przykład próbować odpowiedzieć sobie na pytania: „Nad czym my tak naprawdę jesteśmy zadumani?", „Na ile na przykład czujemy się niewinni czy też odpowiedzialni wobec zagłady Żydów w Polsce?". Zajmuję się teraz zagładą osób chorujących psychicznie w Polsce i myślę sobie, że to kolejny puzzel układanki pt. „Historia Polski i Polaków" – puzzel, który pokazuje, jak traktowaliśmy, traktujemy słabszych. Jest nad czym dumać. ●