

Kiedy pan i jego pies słuchają Mozarta

z Jackiem Bombą rozmawia Katarzyna Fac-Biedziuk

Katarzyna Fac-Biedziuk: Jak określiła to Katarzyna Janowska, psychiatra grzebie w ludzkich duszach, umysłach, a ja przychodzę rozmawiać o ciele...

Prof. Jacek Bomba: Mój nauczyciel jeszcze sprzed czasów studiów medycznych, biolog, farmakolog, profesor Vetulani, wypowiadał się ostatnio na ten temat w telewizji. Mówił, że współczesny badacz życia psychicznego, patologicznego czy nie, właściwie nie ma innego wyjścia niż przyjąć jedność. Na tym ogólnym poziomie sprawa jest jasna, na bardziej szczegółowym zaczyna się komplikować. Nie można dzisiaj myśleć o funkcjonowaniu psychicznym człowieka w oderwaniu od jego ciała, ale w psychiatrii przez ciało rozumie się bądź mózg

zamknięty w czaszce, bądź pojmowany tak, jak go rozumiał amerykański neurolog i psychiatra Damasio – jako całość układu nerwowego, to, co nami steruje, zarządza żyjącym organizmem. Jednak jak rozumiem, to wszystko to nie jest ciało, o którym mowa w filozofii, psychologii czy antropologii. Te dyscypliny, mówiąc o ciele, mają na myśli jego zewnętrzny ogład – to, co widzimy, to, co prezentujemy sobą, i to, co postrzegamy jako nasz wygląd.

Z tym postrzeganiem sprawa jest niezwykle zawiślana. Ot, choćby z tego powodu, że pewnych części własnego ciała nigdy nie widzimy w sposób bezpośredni, na przykład własną twarz możemy oglądać głównie za pośrednictwem lustra.

Lustro ma jeszcze tę słabość w porównaniu z portretem malarskim albo rzeźbiarskim, że jest dwuwymiarowe i płaskie. Malarstwo, przynajmniej w tym okresie, w którym korzystało z perspektywy i budowało przestrzeń dzięki operowaniu światłocieniem, dawało możliwość obejrzenia własnej twarzy w przybliżeniu. Istniał obraz rzeźbiarski, portretowy, ale inne techniki tego nie umożliwiały. Poza tym zawsze widzimy odbicie odwrócone. Zawsze zobaczymy twarz inaczej niż ci, którzy na nas patrzą.

Stojąc przed lustrem, mimowolnie robi się miny.

Patrząc w lustro, widzimy siebie w pewnym określonym stanie, w pewnej gotowości. Jeśli wiem, że zaraz spojrzę w lustro, to robię minę. Nie każdy, przystępując do poznawania, wymazuje swój już wcześniej posiadany obraz całkowicie. Może to jest możliwe... Może można się oczyścić ze wszystkiego jakimśiś procedurami. Nie wiem. Znane jest też zjawisko, że niespodziewane ujrzenie siebie w lustrze wywołuje szok. Wyobraźmy sobie, że ktoś jest w łazience, lustro jest zaparowane. W pewnym momencie pod wpływem ciepła powierzchnia zwierciadła się odparowuje i nagle ten ktoś, wychodząc spod

Prof. dr hab. Jacek Bomba – ceniony w kraju i za granicą lekarz psychiatra, psychoterapeuta, kierownik Katedry Psychiatrii Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UJ. Brał udział w powstawaniu Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży – pierwszej tego rodzaju placówki w Polsce, obecnie kieruje jej działalnością. Jest uczniem legendarnych postaci polskiej psychiatrii – Antoniego Kępińskiego i Marii Orwid. Zajmuje się m.in. badaniem rozwoju i zaburzeń ludzkiej seksualności, zaburzeń odżywiania, zagadnieniem depresji i nerwic, problemami dorastania i nieprzystosowania społecznego. Równolegle do badań naukowych zajmuje się praktyką psychoterapeutyczną, pracując głównie z młodymi ludźmi. Jest autorem ponad 150 prac naukowych, współautorem rozmów z Dorotą Terakowską *Być rodzina*. Często zabiera głos w dyskusjach na łamach pism opiniotwórczych. Uważany jest za autorytet w sprawach dotyczących najaktualniejszych zjawisk i problemów środowisk młodzieżowych. Ostatnio ukazała się kolejna książka w formie wywiadu rzeki *Kim jesteśmy, czyli o seksie* (tym razem pytania zadawała Katarzyna Janowska). Piszę o nim: „Niezwykłość Jacka Bomby jako psychiatry polega na tym, że potrafi on, jako jeden z niewielu, połączyć pozornie niemożliwe do pogodzenia postawy: lekarza wyrastającego z najlepszych tradycji krakowskiej szkoły psychoterapii humanistycznej, przyjaciela ludzi, znającego ich problemy z autopsji, a zarazem wybitnego naukowca, teoretyka nadającego kierunek rozwojowi współczesnej psychiatrii”. Zawsze ma przy sobie fajkę.

prysznic, widzi swoje odbicie i doznaje szoku. To wstrząsające, spojrzeć na siebie, będąc nieprzygotowanym, i zniecka zarejestrować swój własny obraz. Nie miała pani takiego doświadczenia, że zobaczyła się pani w lustrze, nie spodziewając się, że ono tam jest?

Miałam. I nie poznałam siebie.

Mnie też się to zdarzyło i bardzo dobrze to pamiętam. Stałem w windzie, światło padało z góry, byłem ocieniony – w kapturze. W pewnym momencie odwróciłem głowę. Tam było lustro, takie szarawe, i nagle zobaczyłem zupełnie innego człowieka. Nie poznałem siebie. W psychiatrii opisano inne zjawisko związane z obcością własnego ciała, które nazywa się dysmorfofobią albo depersonalizacją somatyczną. Polega na poczuciu, że ciało się zmienia, że coś się dzieje z twarzą, że nos się wydłuża. W niektórych sytuacjach zdarza się nawet, że człowiek ma poczucie, iż zmienia się jego płeć, zmieniają się genitalia. Częściej zresztą mężczyźni mają poczucie, że stają się kobietami, niż odwrotnie. I weryfikacja w lustrze to potwierdza. Siła zmiany wewnętrznego obrazu ciała jest tak duża, że informacja z zewnątrz nie jest przyjmowana, nie koryguje tego poczucia zmiany.

Podobnie jest chyba z osobami cierpiącymi na anoreksję, które widzą w lustrze ogromny brzuch, zwalistą, ocieźniałą postać, mimo tego, że drastycznie tracą na wadze.

Trzeba sobie uświadomić, że lustro tu nie istnieje, ono jest już w głowie. Zaburzenia postrzegania ciała są zaburzeniem bardzo ważnej funkcji. Niezależnie od tego, czy człowiek widzi się w lustrze tak, jak widzą go inne osoby, czy nie, to i tak każdy ma obraz własnego ciała. Ten obraz nie zawsze jest do końca uświadomiony i konsekwencją tego są choćby zjawiska fantomowe: gdy człowiek straci nogę albo rękę,

to może wciąż ją czuć, ponieważ nie została usunięta z obrazu wraz z amputacją. Obraz pozostaje. Nie do końca wiemy, gdzie i jak to się dzieje, ale ten obraz jest.. Bywa, że ulega zaburzeniu także bez obcięcia ręki czy nogi. To, o czym pani mówi, obserwuje się zwłaszcza w zaburzeniach anorektycznych typu restrykcyjnego. Osoby wychudzone, nawet wyniszczone, o bardzo niskim wskaźniku masy ciała, mają subiektywne poczucie, że są większe i pełniejsze. To można sprawdzać, nie w ten sposób, że się słucha ich wypowiedzi, gdy obserwują siebie w lustrze – „O, patrz, jaka jestem gruba!” – ale prosi, żeby narysowały swoją sylwetkę na ścianie lub na kartce. Rysują ją o wiele większą, szerszą, grubszą niż ich rzeczywista sylwetka.

Abstrahując od zaburzeń postrzegania własnego ciała, niekiedy zdarza się tak, że możemy czuć zdziwienie własnym wyglądem. Patrząc w lustro i myśląc sobie, że przecież ja wyglądam zupełnie inaczej.

Jest tak dlatego, że proces oglądania swojego odbicia czy swojej postaci na fotografii jest związany z tym, jak ja sobie siebie, mówiąc najogólniej, wyobrażam. Ale wyobraźnia nie jest dobrym określeniem, ponieważ wyobraźnia to coś, czego jestem świadom. Mam jednak jakiś wewnętrzny obraz siebie i potrafię zidentyfikować się na zdjęciu albo w lustrzanym odbiciu. Na ogół jest tak, że kiedy idę do fotografa, by zrobić sobie zdjęcie do paszportu, i je odbieram, to wiem, że to jest moje zdjęcie, lecz nie wydaje mi się wielce nieprawdopodobne, że ktoś wcisnąłby mi zdjęcie kogoś innego. A ja przyjąłbym je, ponieważ wydawałoby mi się, że to zdjęcie musi tak wyglądać: bo jest zrobione bez retuszu, bo musi być pokazane lewe ucho, profil trzy czwarte itd. Na ogół rzadko siebie oglądamy w ten sposób i nie mamy takiego obrazu. Mogę sobie wyobrazić sytuację, że przyjmuję zdjęcie mężczyzny w podobnym wieku i podobnej budowy, nie

rozdzieliłbym tego, podobnie jak mam kłopoty ze zidentyfikowaniem się na zdjęciach zbiorowych. Jeżeli potrafię się wówczas rozpoznać, to najczęściej po tym, że pamiętam, gdzie stałem, albo po tym, że rozpoznaję właściwy sobie układ ciała: stoję lub siedzę w taki czy inny sposób. Natomiast układ twarzy znam znacznie gorzej. To inni rozpoznają mnie po twarzy. Kwestia rozpoznania siebie jest związana z obrazem wewnętrznym.

Iteraz pojawia się drugi problem, który jest już na pograniczu psychologii i psychiatrii – mamy obrazy realny i idealny, życzeniowy. Odnosząc się do obrazu idealnego, jako nie swoje odrzucamy zdjęcie, na którym wyglądamy inaczej. W tym wypadku – tak jak wyglądamy rzeczywistość. Malarz namalował mnie zupełnie niepodobnie nie dlatego, że zrobił obraz kubistyczny czy w inny sposób odległy od realizmu, tylko dlatego, że on nie odpowiada mojemu wyobrażeniu i mojemu życzeniu. To jest konsekwencja naszej współczesności kulturowej. Pewna dowolność, autorstwo własnego obrazu, jest cechą naszej cywilizacji. Ponowoczesność umożliwia nawet kompletną, autorską kompozycję tożsamości. Jest trochę tak, że jesteśmy przekonani od co najmniej pięćdziesięciu lat, że możemy być wiecznie młodzi, gładcy, niepomarszczeni, że nic nie będzie się garbiło, nie będzie nic zwisało spod szyi itd. Proces starzenia się tkanek i wynikające z tego zmiany aparycji są trudne do przyjęcia. Pewnie dlatego tak szalenie popularna jest chirurgia plastyczna („estetyczna”), kształtowanie siebie (*body sculpting*), dowolność budowania różnych elementów własnego ciała i tworzenia swojego wyglądu na nowo. Możemy znaleźć na świecie przykłady osób, które całkowicie się konstruują za pomocą chirurgii.

Chodzi tu o dostosowywanie się do jakiegoś idealnego wyobrażenia. Nie jest to bynajmniej nowe zjawisko, lecz obecnie ma cechy nurtu, który, jeśli by go nazwać religijnym, stanowiłby

religię bez Boga. Opiera się na założeniu, że wszystko można osiągnąć: smukłą sylwetkę, wieczną młodość... Wszystko mogę mieć. Kiedyś cechą kultury była zgoda na to, że trzeba zaakceptować pewne rzeczy i trzeba przyjąć to, na co się nie ma wpływu, czego się nie zmieni. Dziś powoduje to frustrację i nie jest częścią powszechnej świadomości.

Interesuje mnie kwestia pana kontaktu z pacjentem. Zapewne pana pacjenci często doświadczają stanów, które są trudne i do zwerbalizowania, i do zrozumienia, również przez lekarza. Czy ciało bywa tu pomocne?

Ja nie lubię pojęcia „rozumieć”.

Dlaczego?

Pracuję głównie z młodzieżą, a młodzież, zwłaszcza ta adolescencyjna, używa pojęcia „rozumieć” w znaczeniu akceptacji, zaś akceptację pojmuję jako zgodę na wszystko, łącznie z całością zachowań. To nie zawsze jest możliwe. Staram się być otwarty na dialog, na dostrzeganie reakcji i sposobu myślenia, percepcji, przeżywania drugiego człowieka. Bez osądzania, formułowania swoich poglądów, sterowania sprawą. Natomiast poznanie kogoś innego, także pacjenta, to niezwykle istotna kwestia. Jaki we mnie powstaje obraz drugiego człowieka, to jest sprawa zawsze niezwykle skomplikowana, ponieważ moje rozumienie kogoś innego składa się zawsze w ogromnej mierze z tego, czym ja sam jestem, co sam do tej relacji wnoszę.

Staram się nie popełniać takich błędów, jakie popełniali pierwsi antropolodzy kulturowi. Doświadczenie Malinowskiego jest dla mnie doświadczeniem znaczącym. Gdy Malinowski siedział na Trobriandach i rozmawiał ze swoimi informatorami, nie znając dobrze ich języka, zbudował bardzo interesujące koncepcje, które

ja bardzo lubię i często się nimi posługuję. Ale jestem świadom tego, że on nigdy nie rozstrzygnął problemu, czy jego rozmówcy informowali go w sposób rzetelny. A przez rzetelność rozumie tu pełnię wiedzy. On miał bardzo małe możliwości oceny, gdzie jest granica prawdy. Gdzie jest granica tego, o czym Trobriandczyk mógł z Polakiem czy Anglikiem rozmawiać. Są rzeczy, o których nie można rozmawiać z powodów tabuistycznych. Każdy ma swoje tabu. Jestem świadom tego, że człowiek, który wchodzi ze mną w interakcję i przedstawia mi swoją opowieść, konstruuje ją w sposób wynikający z jego możliwości werbalizacji, rozeznania własnych stanów, ale także szeregu osobistych tabu, których nie mogę znać, bo nie mam takiej możliwości – to jest zawsze indywidualne. Przez tabu rozumiem zakaz, którego przekroczenie rozwala konstrukcję niezbędną dla rozumienia świata. Powinienem o tym wiedzieć i poruszać się w przestrzeni, którą wyznacza wypowiedź pacjenta. Rozmowa może przebiegać w rozmaity sposób. Bywa, że pacjent już na pierwszym spotkaniu ma jakiś obraz tego, po co przyszedł, ma jakąś motywację albo antymotywaację: został nakłoniony albo mama go przyprowadziła, choć nie chciał, itp. Bywa, że sam zaczyna mówić. Ta wypowiedź może służyć porozumieniu, przybliżeniu siebie i swoich problemów osobie, do której się zwraca. Ale bywa i tak, że jest zasłoną. To też jest informacja, którą mogę wykorzystać do nawiązania kontaktu, i tak się najczęściej dzieje.

A to, o czym rozmawiać się nie da?

Jestem wychowany w takiej psychiatrii, która uważa, że badanie prócz rozmowy zawiera też to, co się nazywa badaniem przedmiotowym, to znaczy obserwację zachowania, czyli komunikację pozawerbalną. Zatem biorę pod uwagę, że gdy ktoś wchodzi do mnie zgarbiony, jak chmura

gradowa, tak że wszystko dookoła ciemnieje, to może być albo wściekły, albo depresyjny, chociaż o tym nie mówi. Opowiada, że dzisiaj czuje się znakomicie i wydaje mu się, że jest piękny dzień. Można zobaczyć też elementy, które są w pewnym rozdzwieku. Istnieje coś takiego jak spójność ekspresji i treści – brak takiej spójności albo pewne szczególne zestawienia też są dla mnie informacją o stanie psychicznym człowieka, którego badam. Najtrudniej jest wtedy, kiedy kontaktu nie ma, kiedy jest to, co psychiatria nazywa stuporem – człowiek wchodzi, staje jak słup soli, w ogóle się nie odzywa, nie ma ekspresji werbalnej, mimicznej, ruchowej i wtedy badanie jest wyłącznie ograniczone do badania przedmiotowego. Można poznać sytuację, można poznać człowieka, można poznać jego stan. To jest inna jeszcze kwestia psychiatrii: są różnice albo granice, albo wzajemne przeplatanie się ocen stanu, bo stan trzeba ocenić. Jest tak, że oczywiście psychiatria ma za zadanie – odwołam się do terminu, którego użył Kępiński – poznać chorego. Poznanie jest procesem, który trwa. Kępiński twierdził, że proces poznania każdego pacjenta pozwala mu także poznać lepiej siebie. I ciało też ma w tym oczywiście swój udział.

Kusi mnie, żeby w kontekście tych rozważań poruszyć jeszcze jeden wątek. Chodzi o pierwszy człon nazwy dyscypliny, którą pan profesor się zajmuje – o psyche. Czy dzisiaj w ogóle wypada pytać o duszę? Jak to wygląda z pańskiej perspektywy? Czy rzeczywiście jest tak, jak twierdzi M. Geier, że dusza jest obecna jedynie jako etymologiczny ślad?

To jest bardzo trudne pytanie, nie podejmę się odpowiedzi. Mogę jedynie rozważać. Nie sądzę, aby psychiatria miała w tym względzie jedną odpowiedź. Nieprzypadkowo używam terminu „funkcjonowanie psychiczne” czy „czynności psychiczne”. Robię to, żeby mieć jasne i wyraźne określenie przedmiotu swoich działań. Chociaż

i tak, gdy weźmiemy do ręki współczesne podręczniki, to można zauważyć, że angielskie pojęcie *mental* – większość międzynarodowych uzgodnień redaguje się w języku angielskim – jest tłumaczone na język polski jako „psychiczne”, a powinno być „umysłowe”. Jeszcze 50 lat temu różnica w myśleniu pomiędzy północną szkołą psychiatrii polskiej, reprezentowaną przez profesora Bilikiewicza, a szkołą południową, reprezentowaną przez profesora Kępińskiego, wyrażała się tym, że klinika psychiatryczna w Gdańsku nazywała się Kliniką Chorób Umysłowych, a klinika krakowska nazywała się Kliniką Psychiatryczną – w odwołaniu się do *psyche* i *iatros* – lekarz. Profesor Kępiński zaczynał swoje wykłady od takiego etymologicznego wyjaśnienia. Natomiast trzeba również zdać sobie sprawę z tego, że pojęcie duszy w języku polskim jest tożsame z jednej strony z tym, co spirytualistycznie czy też religijnie rozumiane jako część tchnięta przez Boga w akcie stworzenia opisanym w Księdze Rodzaju, a z drugiej strony z czynnościami umysłu, ale także i innymi aspektami mózgu. Chodzi tu o coś, co Freud nazywał aparatem psychicznym człowieka sto lat temu. W angielskim i niemieckim jest inny termin językowy na określenie duszy w rozumieniu spirytualnym, w polskim jest to zatarte.

Angielski jest dziś wszechobecny...

To jest przyczyną jeszcze większego terminologicznego zagmatwania. Biorąc pod uwagę poważny wpływ języka angielskiego na polski, obecnie wszędzie tam, gdzie wcześniej była mowa o „psychicznym”, teraz za angielskim pojawia się przymiotnik „psychologiczny”. No, to w ogóle nie ma większego sensu. Ponieważ psychologiczne nie istnieje w naturze, psychologiczne to jest to, co opisuje nauka zwana psychologią. Natomiast *psychic* w angielskim oznacza po prostu szaleństwo. Powstaje słowny

galimatias i zamieszanie. Natomiast psychiatria wyraźnie ustaliła – co znajduje wyraz w odpowiednim oświadczeniu wydanym przez WHO – że możemy mówić o czterech wymiarach funkcjonowania człowieka: cielesnym, społecznym, psychicznym i duchowym. Zastrzega się, że zdrowie wymaga dobrego funkcjonowania we wszystkich tych wymiarach bądź też, w innym ujęciu, wymaga wykorzystania swoich możliwości i zaspokojenia potrzeb rozwojowych na tych czterech płaszczyznach. Traktuje się je na równi. Myślę, że nie da się uniknąć redukcjonistycznych spojrzeń, lecz dusza nigdy nie zniknęła z myślenia całkowicie. To pojęcie mogło być mniej modne, mogło mniej przebijać się do pojawiających się publikacji, mniej funkcjonować w książkach będących aktualnie w obiegu, ale zawsze istniało.

Przeczytałam niedawno w którymś z pism popularnonaukowych, że neurobiologiczne metody badania ośrodkowego układu nerwowego wykazały, iż psychoterapia powoduje takie same zmiany biologiczne w mózgu i całym ośrodkowym układzie nerwowym pacjenta jak leki psychotropowe. Ciekawe...

Co w tym wydaje się pani takie ciekawe?

Dochodzenie do obserwowalnych zmian w mózgu, w ciele za pomocą dwóch zupełnie odrębnych dróg. Tu farmakologia, tu rozmowa – specyficzna co prawda, ale rozmowa. To może moje postrzeganie świata – a jednak! – za pomocą dualistycznych kategorii.

To, co na ten temat zostało powiedziane, dotyczy depresji i konkretnie odwołuje się do określonego konstruktu teoretycznego wyjaśniającego jej biologiczny mechanizm. Ta koncepcja mówi, że depresja jest wyrazem deficytu serotoniny w pewnych określonych częściach

mózgu i leczenie farmakologiczne jest ewidentnie nakierowane na to, aby tę ilość serotoniny podnieść. No i udało się stworzyć takie leki, które docierają tam gdzie trzeba i wywołują efekt, który można zobaczyć. Można wówczas powiedzieć, że wiąże się z tym także pewna zmiana w ogólnym obrazie – depresja się zmniejsza. Badania, do których się pani odwołuje, są rzeczywiście ciekawe, bo mówią, że określone postępowanie psychoterapeutyczne, specjalnie opracowane do leczenia depresji (psychoterapia poznawcza), rzeczywiście nawet szybciej niż leki powoduje wzrost serotoniny w tych okolicach mózgu. Jednak nadal bez odpowiedzi pozostaje pytanie o zależności pomiędzy przekąźnictwem, (szybkością przekazywania informacji czy poziomem aktywności ośrodka mózgowego) a stanem psychicznym i o kierunki tej zależności. Może jest to, jak zakłada podejście systemowe, zależność cyrkularna? To znaczy nie przyczynowo-skutkowa, jednokierunkowa ani nawet zwrotna – jak w ujęciu Newtona. Wracamy teraz do ciała. Umysł ludzki z trudem pojmuje cyrkularność; albo nam wygodniej, albo po prostu mamy taką strukturę mózgu, że prościej pojmujemy zależność jednokierunkową niż złożoną. Byłoby to ograniczenie wynikające z naszego ciała.

A gdzie jest dusza?

Nie ma jasnego rozstrzygnięcia z perspektywy nauki – a w każdym razie medycyna nie powinna zajmować stanowiska w tej sprawie,

bo nie ma dostępu do metod pozwalających zajmować się zagadnieniem – czy życie psychiczne pozostaje w jakimkolwiek związku z wymiarami metafizyczno-nadprzyrodzonymi, to znaczy czy dusza warunkuje istnienie życia psychicznego, czy nie. Można tylko dowodzić, że życie psychiczne odbywa się za pośrednictwem mózgu (czyli ciała). I tu zaczyna się robić ciekawie, bo badania z zakresu tak zwanej neurobiologii rzeczywiście to potwierdzają. Trzydzieści lat temu Eccles mówił, że nie da się samoświadomości wysledzić za pomocą badań obrazowych czynności mózgu i można uważać, że jest ona taką aktywnością, która może być uznana za dowód na istnienie duszy. Ale badania posunęły się do przodu i te obserwacje, na które powołuje się Eccles, są wysuwane dzisiaj jako argument, że samoświadomość nie ma ośrodka (to znaczy, nie udaje się znaleźć jąder samoświadomości albo też układu samoświadomości).

Obrazowy przykład Ecclesa polegał na przedstawieniu wyników badań aktywności mózgu psa i jego pana, kiedy obaj słuchają Mozarta. Można zidentyfikować wówczas aktywność ośrodków rejestracji, analizy, przyjemności. Okazuje się, że są takie same. Nic nie wskazuje na aktywność ośrodków odpowiadających za – zakładaną tylko u człowieka – świadomość słuchania Mozarta i świadomość przeżywanej przy tym przyjemności. To wspiera hipotezę, że samoświadomość jest wyrazem aktywności zorganizowanej całości. Mózgu.

Dziękuję za rozmowę.