



Pokaż, że się nie boisz

*P*udzie powtarzają za Woodym Allenem: chcesz rozśmieszyć Boga, powiedz mu o swoich planach. Jest w tej zabawnej maksymce głęboka prawda o naturze ludzkiej egzystencji, bo choćby człowiek swe życie układał z najwyższą starannością, przeornie unikał niebezpieczeństw, głupstw i błędów, to nie przewidzi i nie zapobiegnie tysiącu zdarzeń.

Odsuwamy od siebie na co dzień ponure opcje – pewnie dla równowagi i poczucia sensu. Choroby, wypadki, kataklizmy, konfrontacja oko w oko ze śmiercią? Tak, to się zdarza, ale nie mnie. Wyśnione dziecko rodzi się z zespołem Downa lub autyzmem, utalentowany i wrażliwy nastolatek okazuje się cierpieć na schizofrenię albo próbuje się zabić? Tak, to musi być bolesne, ale mnie zostanie oszczędzone. Parkinson, stwardnienie rozsiane, paraliż – to musi być okrutne zostać więźniem własnego ciała, lecz mnie nie jest sądzone. To innym życie zawisa nagle na włosku, to innym – niczym za sprawą wrednego, komputerowego wirusa – zawiesza się dotychczasowy program; praca, kariera, dorobek materialny w jeden dzień okazują się jakże odległe i nieważne.

Niestety, ciosy, przeciwności losu, dramatyczne przejścia nieuchronnie składają się na ludzkie życie. I to one są decydującym sprawdzianem dla psychiki. Sztuką jest zrestartować swój program. Kochać dziecko, choć wiadomo, że rodzicielskie ambicje i marzenia trzeba przyciąć do jego możliwości. Widzieć świat życzliwie, choć już nigdy w sensie dosłownym się go nie zobaczy. Towarzyszyć bliskiej osobie w chorobie i odchodzeniu, choć czasem wydaje się to przerastać cię i psychicznie, i fizycznie.

Próbujemy w tym wydaniu „Poradnika” opowiedzieć, co się dzieje z człowiekiem w rozmaitych skrajnych sytuacjach, jak zagnieżdża się w nim lęk i jak można go ujarzmić. Bo też właśnie na pokonaniu lęku polega zjawisko, które psychologia nazywa potraumatycznym wzrostem – gdy z cierpienia człowiek wychodzi nie tylko ocalały, ale wręcz zwycięski. Więc można strawestować Allena: chcesz zaskoczyć Boga, pokaż mu, że się nie boisz.

EWA WILK

W numerze:

Trauma: czym naprawdę jest i jak się po niej wraca do życia	6	Katastrofy: co się dzieje z człowiekiem i ludzką społecznością w obliczu powodzi, pożaru, huraganu ...	60
Gdy zdarzy się niemożliwe		Gdy jest inaczej, niż być miało	
Przeszczep szpiku: dlaczego ten zabieg jest tak psychicznie trudny – dla chorego, dawcy i lekarza	10	Poronienie: dlaczego świat często lekceważy to, co przeżywa wtedy kobieta	64
„Biografia raka”: dlaczego warto czytać takie książki	15	Zimne matki: z czego wynika emocjonalna obojętność niektórych matek wobec własnych dzieci	68
Bez ruchu: co się dzieje, gdy nagle dotyka człowieka kalectwo	16	Ludzie z zespołem Downa: czy znajdziemy sposób, by mogli żyć według własnych potrzeb i możliwości	70
Utrata wzroku: co widać, kiedy już nie widać świata	21	Bez uczuć: jak w mózgu rodzi się empatia i co się dzieje, gdy ten mechanizm szwankuje	76
Wdowieństwo: miłość i śmierć ukochanej osoby	24	Rozwód: jak mądrze przeciąć związek i na nowo pozyszywać własne życie	78
Gdy trudno unieść bagaż		Infamia: jak to jest, gdy szanowany dotąd człowiek traci dobre imię	82
Osierocenie: jak przygotować dzieci na własne odejście; jak pogodzić się ze śmiercią rodziców	28	Gdy umysł zawodzi	
DDA: jak dzieciństwo w rodzinie alkoholika wpływa na dorosłość człowieka	32	Schizofrenia: jak ją rozpoznać, leczyć, z nią żyć	86
Współuzależnienie: na czym polega psychiczne uwikłanie w alkoholizm męża, żony, partnera	36	Choroba Alzheimera: czy można przygotować się na własne otępienie	90
Ofiary pedofilii: dlaczego osoby molestowane w dzieciństwie tak długo o tym milczą	39	Zaburzenia psychiczne bliskiej osoby: jak pokonać własny strach i niemoc	94
Gwałt: dlaczego ludziom tak trudno przychodzi współczuć ofierze	42	Patologiczne zbieractwo: czy to nowa epidemia współczesności	98
Chory w rodzinie: jak radzić sobie z jego emocjami, własnymi nerwami, trudami codziennej opieki	47	Narkotyki: dlaczego jedni uzależniają się, a inni – nie	102
Gdy życie zawiśnie na włosku		Samobójstwo: co sprawia, że człowiek chce odebrać sobie życie i jak go zawrócić z tej drogi	106
Lęk przed śmiercią: jak go ośwoić, jak z nim żyć	50	Pisanie ekspresywne: czy można radzić sobie z dramatycznymi przeżyciami i emocjami, przelewając je na papier	112
Terapia po wypadkach: kiedy ofiarom naprawdę potrzebna jest pomoc psychologa	56		

♦ N o t y o a u t o r a c h ♦

Dominika Buczak
dziennikarka,
współpracuje z POLITYKĄ

Joanna Drosio-Czaplińska
dziennikarka, psycholog,
współpracuje z POLITYKĄ

Katarzyna Growiec
doktor socjologii, psycholog
i politolog, adiunkt w Szkole
Wyższej Psychologii Społecznej

Grzegorz Gustaw
psycholog organizacji,
trener biznesu, wykładowca

Magdalena Kaczmarek
doktor psychologii,
adiunkt w SWPS

Sylwia Kita
doktor socjologii, adiunkt
w Akademii Pedagogicznej
im. Jana Długosza
w Częstochowie

Adriana Klos
psycholog, psychoterapeutka

Agata Muszyńska
psycholog, psychoterapeutka
poznawczo-behawioralna

Agnieszka Paczkowska
psycholog kliniczny,
psychoterapeutka

Stanisław Porczyk
specjalista psychiatra,
współpracuje z Grupą Synapsis
w Warszawie

Agnieszka Sowa
dziennikarka,
współpracuje z POLITYKĄ

Monika Stelmach
dziennikarka,
współpracuje z POLITYKĄ

Adrian Wójcik
socjolog, bliski jednak
psychologii społecznej,
adiunkt na Wydziale Psychologii
Wyższej Szkoły Finansów
i Zarządzania w Warszawie

**Dziennikarze POLITYKI
i POLITYKI.PL:**
Juliusz Ćwieluch, Anna
Dąbrowska, Anna Dobrowolska,
Edyta Gietka, Małgorzata
Kozłowska, Witold Pawłowski,
Joanna Podgórska,
Marcin Rotkiewicz,
Ryszarda Socha, Ewa Wilk

public relations

innowacje

marketing

dradztwo polityczne



SZKOŁA WYŻSZA PSYCHOLOGII SPOŁECZNEJ

4000

neuromarketing

coaching

edukacja

social media

psychoterapia

praca naukowa

pedagogika

Nowy wymiar psychologii

Jeśli lepiej rozumiemy ludzi,
to skuteczniej rozwiązujemy problemy
i łatwiej nam zmieniać świat na lepsze.
Według badań przeprowadzonych we Francji,
kompetencje psychologiczne znajdują
zastosowanie w 4000 zawodów.

dr hab. Ewa Trzebińska, prof. SWPS

Prorektor ds. dydaktyki
Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej

WARSZAWA – WROCŁAW – POZNAŃ
KATOWICE – Sopot

www.swps.pl

Studia **psychologiczne**

Studia I stopnia

Studia II stopnia

Studia jednolite magisterskie

Studia w języku angielskim

Studia dla magistrów i licencjatów

Studia doktoranckie

Studia podyplomowe

SWPS oferuje specjalności w obszarach:

- ▶ psychologia i nowe technologie: neurokognitywistyka, projektowanie interakcji człowiek – technologia
- ▶ psychologia społeczna: biznes, zarządzanie, marketing, media
- ▶ psychologia kliniczna i zdrowia
- ▶ psychologia rozwoju: rozwój osobisty, coaching, psychoedukacja
- ▶ psychologia ogólna

[Kup książkę](#)



SCENARIUSZ WYJŚCIA Z PIEKŁA

ROZMAWIA JULIUSZ ĆWIELUCH, ZDJĘCIE LESZEK ZYCH

Dr Elżbieta Zdankiewicz-Ścigała
o tym, czym naprawdę jest trauma
i jak się po niej wraca do życia

Trauma, która zawsze wiąże się z otarciem o śmierć, otwiera nam oczy na to, że **NAJWIĘKSZYM SENSEM ŻYCIA JEST SAMO ŻYCIE**. Takie jednak, w którym mamy poczucie spełniania się.

JULIUSZ ĆWIELUCH: – Co cię nie zabije, to cię wzmocni. Efektowny cytat, ale czy w ogóle ma sens?

ELŻBIETA ZDANKIEWICZ-ŚCIGAŁA: – Badacze konsekwencji traumy wskazują na co najmniej cztery scenariusze. Gdybyśmy narysowali wykres, jak mogą się potoczyć nasze losy po traumie, to mielibyśmy dwa negatywne, jeden neutralny i jeden pozytywny scenariusz. Te negatywne to obniżenie funkcjonowania oraz tzw. przetrwanie z uszkodzeniem. Ten umownie nazwany neutralnym to powrót do stanu sprzed traumy dzięki tzw. prężności, czyli elastycznemu radzeniu sobie z przeżyciami, przez co mamy szansę uporać się ze skutkami bez strat, ale też bez wyraźnych zysków psychologicznych. Jedynie czwarty scenariusz, czyli wzrost po traumie, powoduje, że jakość naszego życia psychicznego się poprawia. Więc, statystycznie patrząc, to co nas nie zabije, raczej też nie wzmocni.

Doświadczenie traumatyczne, w chwili gdy się dzieje, ma jednoznacznie negatywny wymiar. Żeby czwarty scenariusz nastąpił, muszą załamać się dotychczasowe mechanizmy radzenia sobie. Jednostka musi poczuć bezradność, chaos, przerażenie, smutek, złość. Przeżycie tych emocji jest niezbędne do uruchomienia potencjału zdrowienia.

Co to jest trauma

Ludzie mówią dziś np.: Jestem po traumatycznym rozwodzie. Co to właściwie jest trauma?

Można tak mówić, ale z reguły tak nie jest. Jeżeli przed rozwodem i w czasie rozwodu poddawani byliśmy przemocy, czuliśmy, że zagrożone było nasze życie albo naszych bliskich, to rozwodząc się, rzeczywiście wychodzimy z sytuacji traumatycznych. Ale sam rozwód, wówczas gdy nie ma zagrożenia życia, nie jest doświadczeniem traumatycznym.

A czym jest?

Jest doświadczeniem stresowym, krytycznym albo kryzysowym. Stresowym będzie wtedy, kiedy rozwodząc się, mamy jeszcze wystarczające zasoby, żeby poradzić sobie z kłopotami ekonomicznymi, emocjonalnymi; z problemami z dziećmi. Jeżeli jest tak, że nasz cały świat się załamuje, jesteśmy w stanie chaosu, kompletnie nie znajdujemy jakichkolwiek zasobów do tego, żeby sobie poradzić, to możemy mówić o doświadczeniu krytycznym. Jeżeli ten stan bezradności, załamania, przerażenia, „ogłupienia”, czyli chaosu poznawczego i motywacyjnego, się utrzymuje, to z doświadczenia krytycznego przechodzimy w stan kryzysu. Ale ciągle nie można mówić o doświadczeniu traumatycznym. Trauma to otarcie się o śmierć. Z tego względu jest to nowa i jedyna jakość wśród doświadczeń stresowych.

Mam wrażenie, że bardzo ostatnio wydelikatnieliśmy i nawet małe kryzysy urastają do rangi traumy.

Mylenie traumy ze stresem jest nieuprawnione. Zwolnienie z pracy nie jest doświadczeniem traumatycznym. Ale może być przez kogoś tak opisywane. Osoba, która wchodzi w stan kryzysu, jest zawieszona w przeszłości. A lękami wybiega w przyszłość. Nie ma jej tu i teraz – ponieważ nie akceptuje tego, co się dzieje w jej życiu. Nasza

psychika funkcjonuje w oparciu o tzw. model homeostacyjny. Chcemy przywrócić stary porządek i nie godzimy się na to, co się dzieje tu i teraz.

Czyli jak dowiem się, że mam raka, będzie to trauma.

Dokładnie tak. To konfrontacja z zagrożeniem życia bądź ze śmiercią.

Gwałt, poważna choroba, śmierć bliskiej osoby, ciężki wypadek samochodowy, śmierć dziecka. Ale trzeba pamiętać o rozróżnieniu, które jest niezwykle ważne w radzeniu sobie ze skutkami traumy: czy zdarzenie miało charakter intencjonalny, czyli było spowodowane przez konkretną osobę lub osoby, czy też nie. Działania o charakterze nieintencjonalnym to np. wypadki komunikacyjne (czytaj też s. 56), katastrofy, trzęsienia ziemi, powódź, śmierć bliskiej osoby w wyniku choroby. Intencjonalne to napad, gwałt. Ktoś chciał nam świadomie i celowo wyrządzić krzywdę. I z konsekwencjami takich traum dużo trudniej sobie poradzić.

Dlaczego?

Bo w momencie kiedy inna osoba kieruje agresję przeciwko nam, to załamuje w nas wiarę, że ludzie są z natury dobrzy i że żyjemy w bezpiecznym świecie.

Dlaczego traumę trzeba przepracować

A mamy taką wiarę?

Tak. Wiara w sprawiedliwy świat to jest również przekonanie, że ludzie z natury nie są zainteresowani tym, żeby niszczyć siebie nawzajem. A zatem jeżeli ktoś intencjonalnie i świadomie nas niszczy, to w tym momencie załamuje się zaufanie do innych i do świata w ogóle. Gdy w wyniku tego doświadczenia mamy ochotę mścić się, to jest tak, jakbyśmy przyjęli część tej destrukcji i zła. A później je przekazujemy innym. To się fachowo nazywa kołem traumy. Czyli, będąc ofiarami, możemy stać się oprawcami. I z tego względu trauma o charakterze intencjonalnym ewidentnie załamuje naszą podmiotowość. Ktoś skrzywdził nas, potraktował instrumentalnie. My w odwecie i chęci zemsty traktujemy innych przedmiotowo, ale niestety też siebie „zaczynamy używać” jako oręża zemsty. W takiej sytuacji cierpimy podwójnie: jako ofiary i jako prześladowcy.

Doświadczenie traumatyczne, dopiero kiedy jest głęboko przeżyte i psychologicznie przepracowane, uwrażliwia nas na innych i na własną podmiotowość. Przestajemy instrumentalnie traktować siebie i innych. Życie zaczyna biec trochę inaczej. Według innych wartości.

Trauma wzbogaca?

Zależy jak przeżyta. Jeżeli zmusza do zadania pytania, jaki wymiar ma moje życie, to może być punktem wyjścia do czegoś wartościowego. Możemy jednak zatrzymać się na pytaniu: Dlaczego mnie to spotkało? I stanąć w miejscu. Większość z nas dosyć często zachowuje się bezrefleksyjnie. Wydaje się nam, że jesteśmy nieśmiertelni i wieczni. Trauma, która zawsze wiąże się z otarciem o śmierć, otwiera nam oczy na to, że największym sensem życia jest samo życie. Takie jednak, w którym mamy poczucie spełniania się. I na-

sze zadanie polega na tym, żeby to życie miało swój własny kształt, który my mu nadajemy.

Wyjść zwycięsko z traumy to ośwoić lęk przed śmiercią? Przecież śmierć to jedyne, co na pewno nas w życiu spotka, każdy to wie.

Wypieramy ze świadomości ten fakt, bo życie w ciągłym zagrożeniu pozbawione byłoby motywacji do życia (o lęku przed śmiercią czytaj też s. 50 – przyp. red.). Zaprzeczając temu, że jesteśmy śmiertelni, popadamy w drugą skrajność. I właśnie trauma na moment odziera nas ze złudzenia. Dlatego jest tak bolesna i wywołuje tak silny lęk: biologiczny i egzystencjalny.

Świadomość własnej śmiertelności nie musi jednak wywoływać zagrożenia, a motywować do życia z sensem. Doprowadzić do sytuacji, kiedy w tle mamy świadomość własnej skończoności w wymiarze biologicznym i dzięki temu szanujemy każdą godzinę swojego życia.

Takie piękne, że aż nieprawdziwe.

Ale możliwe. Nie da się jednak zaprzeczyć, że po traumie jesteśmy w stanie stresu pourazowego. Może on przejść w stan chronicznego urazu. Osoba po ciężkim wypadku samochodowym może żyć niemal tak samo jak przed wypadkiem. Ale panicznie będzie się bała jazdy samochodem. Czyli w pewnych sferach funkcjonuje prawidłowo, a w pewnych nie funkcjonuje wcale. To jest prze-trwanie z uszkodzeniem.

Czy można przygotować się na traumę

Przyjmijmy, że pan X jeszcze nie wie, że za miesiąc wyjdzie do sklepu i obudzi się tydzień później na oddziale intensywnej terapii po ciężkim pobiciu. Czy można jakoś przygotować go na to przebudzenie? Może trzeba mu uświadomić, że świat jest zły i niebezpieczny?

Nie można wyposażać człowieka w narzędzia pozwalające na nieprzyjmowanie traumy, która go dotyka. Dopiero po traumie można go w nie wyposażać.

To dlatego jedni mają wzrost po traumie, a inni obniżenie?

Na to składa się historia wcześniejszych doświadczeń człowieka. Biologia przeżywania silnego stresu. Integralność osobista. Bardzo ważne jest również to, na ile jesteśmy w stanie afirmować siebie jako osobę bezradną.

Co to znaczy ta afirmacja?

To znaczy, że dajemy sobie prawo do tego, żeby czuć się bezradnym, zagubionym. I w momencie traumy – dając sobie prawo, żeby tak się czuć – akceptujemy ten stan. Akceptujemy też wszystkie emocje, które w tej sytuacji przeżywamy. I dopiero wtedy pomalutku zaczynamy rozumieć siebie w sytuacji ekstremalnej i zaczynamy uczyć się siebie po takim doświadczeniu.

Udawanie, że nic się nie wydarzyło, nie powoduje, że nic się nie wydarzyło.

Jeżeli nie jesteśmy w stanie udźwignąć cierpienia, to nasza psychika nam pomaga. Dochodzi do dysocjacji – w sytuacji bardzo silnego cierpienia wyłącza się świadomość cierpienia. A włącza się jedynie świadomość percepcyjna. Postrzeganie sytuacji. To jest tak, jakby człowiek zamra-

zał czucie. Albo następuje proces depersonalizacji, który polega na tym, że czujemy się tak, jakbyśmy oglądali na filmie to, co się z nami dzieje. Mamy do tego prawo, bo to jest naturalny mechanizm radzenia sobie w sytuacji ekstremalnego stresu. Stan szoku może trwać nawet kilka dni. Ale nie może trwać wiecznie.

Z tego, co pani mówi, wynika, że jednak można się jakoś przygotować na traumę. Suma tych małych nieszczęść, które ci się po drodze przydarzyły i które byłeś w stanie przepracować, powoduje, że jak przyjdzie to duże, to będzie ci łatwiej.

Pod warunkiem że trafnie wszedłeś w emocje, które przeżywałeś w tych konkretnych sytuacjach. Dałeś sobie prawo naprawdę je poczuć.

Dlaczego nie wszyscy chcą przepracować traumę

Ustaliliśmy, że trauma raczej nie uszlachetnia. A cierpienie?

Z punktu widzenia psychologii cierpienie nie uszlachetnia. Od bólowego zęba nie staniemy się bardziej szlachetnymi ludźmi. Natomiast jeżeli mówimy o bólu psychicznym, np. po stracie bliskiej osoby, to w tym wymiarze cierpienie i ból psychiczny są w stanie zweryfikować i mocno rozwinąć nasz system wartości.

Jest pani wziętą psychoterapeutką z gęsto zapisanym kalendarzem. Ilu z pani pacjentów jest w stanie pójść w górę, a ilu może liczyć tylko na dół wykresu?

Pracuję wyłącznie z osobami po silnym doświadczeniu traumatycznym. Przeżyły gwałt, otarły się o śmierć, przemoc. Przychodzą do mnie, ponieważ zostały tak upokorzone, że nie są w stanie z tego wyjść. Zapętlili się w samoobwinianiu, depresji, smutku. Ale też w obwinianiu innych. Moje zadanie polega na tym, żeby wyciągnąć je z tej rozkręconej karuzeli destrukcyjnych myśli i zachowań. Przeprowadzić przez proces żałoby. Bo taki proces, niezależnie, czy się realnie kogoś straciło, czy straciło się kawałek siebie w wyniku gwałtu, jest konieczny do tego, żeby się na nowo stworzyć. Trzeba wybaczyć nie tylko sobie. Ale też przejść przez bardzo trudny proces przebaczenia oprawcy. Zrobić to nie dla niego, ale dla siebie. I w ten sposób odciąć się od niego i jego czynu. I dopiero wtedy tworzy się przestrzeń na zupełnie inne pojmowanie siebie i rozwój osobisty.

Zaczynamy od nowa?

Czasem jest to bardzo głęboka zmiana. Wewnętrzna i zewnętrzna. Ludzie zmieniają nawet zawód. Na tę górę mogą wspiąć się tylko ci, którzy mają odwagę zmierzyć się z tym, co ich spotkało, i przejść przez piekło cierpienia. Moi pacjenci mówią, że to jest wyjście do psychicznego czyśćca. I zostawienie za sobą roli ofiary. Część osób nie wychodzi z traumy dlatego, że tak bardzo „obsadziła” się w tej roli. Bycie ofiarą usprawiedliwia wszystko w ich życiu. Daje im przywileje. Nie każdy ma siłę sam pozbawić się takiego usprawiedliwienia. Jednak proces unikania konfrontacji z traumą potęguje destrukcję osobowości, doprowadzając do jeszcze większego cierpienia.

ROZMAWIAŁ JULIUSZ ĆWIELUCH

E L Ź B I E T A Z D A N K I E W I C Z - Ś C I G A Ł A

doktor psychologii, pracownik naukowo-dydaktyczny SWPS. Psychotraumatolog, prowadzi terapię osób po dramatycznych doświadczeniach życiowych.

Dlaczego zabieg przeszczepu szpiku kostnego jest tak

darowany sens

Pół miliona polskich dawców

Na początku tego stulecia baza polskich potencjalnych dawców obejmowała 30–40 tys. osób. Obecnie ponad 500 tys., z czego 4/5 figuruje w rejestrze DKMS Polska, co wiąże się z dużą aktywnością tej organizacji. Łącznie rejestry dawców na całym świecie szacuje się na 10–14 mln osób. Ale zgodność genetyczna wyraźnie łączy się ze wspólnotą etniczną. Polscy chorzy najczęściej znajdują dawców w rejestrze polskim, a potem w niemieckim.

**RYSZARDA SOCHA
ZDJĘCIA LESZEK ZYCH**

Dla tych, którzy zmagają się z nowotworami krwi, cudzy szpik kostny jest szansą na powrót do zdrowia. Ale przeszczep szpiku – choć nie jest skomplikowanym zabiegiem w sensie technicznym – niesie ze sobą potężne obciążenia psychiczne. Dla pacjenta – ponieważ nie zawsze gwarantuje wyleczenie i wiąże się z ryzykiem rozmaitych, nawet śmiertelnych powikłań. Dla lekarza – ponieważ o tym wszystkim musi pacjenta powiadomić, wiedząc jednocześnie, że to jedyna szansa, by go uratować. Dla dawcy wreszcie – ponieważ zabieg pobrania życiodajnych komórek owiany jest licznymi przesądami i lękami.

Jednak ci, którzy – w jakiegokolwiek roli – przeszli przez przeszczep, mówią, jak on niesłychanie zmienia obraz tego, co w życiu ważne i najważniejsze, co określa jego sens. Zarówno ciężka choroba, jak i dawstwo mogą prowadzić do życia bardziej świadomego. Oto trzy opowieści z pola walki, trzy punkty widzenia – lekarza, pacjenta i dawczyni.



psychicznie trudny – dla chorego, dawcy komórek i lekarza

NA KONIEC MÓWIĘ: proszę zapomnieć o powikłaniach

Prof. Andrzej Hellmann, kierownik Kliniki Hematologii i Transplantologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Najtrudniejsze dla pacjenta przy allogenicznym przeszczepach szpiku (od dawcy rodzinnego albo niespokrewnionego) jest chyba zaakceptowanie ryzyka. Przeszczepy są dziś typowym postępowaniem u chorych z ostrą białaczką. Najpierw leczymy ich tak, by uzyskać remisję choroby. O przeszczepie rozmawiamy, gdy czują się zupełnie dobrze. A my musimy im powiedzieć, że istnieje 70 proc. ryzyka, iż w ciągu pół roku ta choroba się wznowi. Przeszczep wydawnie zwiększa szansę, że do tego nie dojdzie. Zwykle daje ponad 50–60 proc. szans, że białaczka nie wróci. Lecz towarzyszy mu ryzyko powikłań śmiertelnych (20 proc.). Mogą się one zdarzyć nawet w najlepszym ośrodku. Chirurg przed operacją informuje też pacjenta o ryzyku powikłań pooperacyjnych (10 proc. ryzyka).

Z technicznego punktu widzenia przeszczep szpiku nie jest trudnym zabiegiem. On jest trudny ze względu na zmiany immunologiczne. Jeśli przeszczepia się nerkę, to ta nerka jest czymś obcym, co organizm biorcy może odrzucić. Przeszczepiając szpik, zmieniamy cały układ immunologiczny chorego – nabywa on układ immunologiczny dawcy. Jeśli ten nowy układ potraktuje organy biorcy jako ciało obce, to mamy chorobę: „przeszczep przeciwko gospodarzowi”. Może ona udręczyć człowieka bardziej niż białaczka, na którą cierpiał przedtem. Niejeden chory od tego ginie.

O tym wszystkim mówimy pacjentowi w remisji. On w zasadzie czuje się zdrowy i musi podjąć trudną decyzję. Bo przeszczep powinien być przeprowadzony jak najszybciej po uzyskaniu remisji.

Dwadzieścia lat temu, gdy zaczynaliśmy w Gdańsku przeszczepy allogeniczne, opieraliśmy się na dawcach rodzinnych. Jest o nich jednak coraz trudniej, bo zmienił się dominujący model rodziny. Im mniej dzieci w rodzinie, tym mniej szans na znalezienie dawcy rodzinnego. Obecnie aż dwie trzecie przeszczepów jest od dawców niespokrewnionych.

Pojawia się jeszcze inne rozwiązanie – przeszczepy tzw. haploidentyczne, gdzie dawcą jest ojciec albo matka, a dla pacjentów starszych – dziecko. Materiał gene-

tyczny dawcy jest tu tylko w połowie zgodny z materiałem genetycznym biorcy. Z tego względu te przeszczepy są obciążone większym ryzykiem powikłań immunologicznych. Jeszcze niedawno ich w ogóle nie dopuszczaliśmy. Wobec braku dawców w tym roku planujemy pierwszy taki przeszczep. W świecie rozpowszechnia się to od paru lat. Z informacji hematologów, którzy już to stosują, wynika, że odpowiednio przygotowując chorego, można osiągnąć dobry rezultat.

Jeżeli nie ma dawcy w rodzinie, występujemy z reguły o rozpoczęcie poszukiwań, najpierw w rejestrze polskim, potem w innych rejestrach. To walka z czasem. Niekiedy, gdy czekamy na dawcę, choroba się wznawia. A drugą remisję znacznie trudniej uzyskać. W pierwszym leczeniu osiągamy ją u 80 proc. chorych, zaś po wznowie choroby tylko u 40 proc.

Młodemu człowiekowi chyba łatwiej zdecydować się na przeszczep. Myśli sobie: mam małe dzieci, więc rok mnie nie urządzi, muszę mieć dłuższą perspektywę. Prowadzę rozmowę z nim w taki sposób, żeby on tego nie wymuszał. Przedstawiam sprawę tak, żeby on to zrozumiał. U starszych chorych decyzja jest trudniejsza. Możliwość powikłań śmiertelnych wynosi 20–25 proc. Chory ma dylemat, czy woli przez najbliższe dwa lata cieszyć się wnukami, a co będzie później – siła wyższa, czy też ma się narażać na takie ryzyko, choć potem też nie jest mu pisane życie w nieskończoność, tylko – dajmy na to – 10 lat. I ja nie mam jasności, co dla pacjenta jest lepsze.

Gdy robiłem pierwszy przeszczep w 1994 r., przyjęliśmy, że nasz biorca może mieć maksimum 45 lat. Stopniowo ta granica wieku się przesunęła. Teraz rozważamy przeszczepy u pacjentów do 65 r. życia.

Są też przewlekłe nowotwory jak mielofibroza, występująca zwykle u ludzi starszych, w wieku ok. 60 lat. I najlepsze rozwiązanie to przeszczep. Pod warunkiem że jest udany. Ale z taką chorobą można żyć i 10 lat. Sam mam w takiej sytuacji dylemat, czy w ogóle rozpoczynać rozmowę o przeszczepie. Czasami na miejscu danego pacjenta bym się nie zdecydował. Ale muszę przedstawić mu opcję przeszczepu, bo jeśli wysłedzi w internecie, że coś takiego wchodzi w grę, to mi zarzuci, że go nie informowałem.

Gdy już pacjent zdecyduje się na przeszczep, wtedy mówię: to proszę zapomnieć, co powiedziałem o powikłaniach. Bo optymistyczne nastawienie psychiczne jest bardzo ważne. Zresztą nie tylko u pacjenta. U lekarza też.

Kłaniam Ci się głęboko

Wmarcu 2014 r., kiedy zmarł prof. Wojciech Rowiński – wybitny chirurg i transplantolog – wdowa po nim opublikowała podziękowanie: „Choć chorował na białaczkę – pisała o zmarłym mężu – do ostatnich dni żył z nadzieją, pracując, wykładając i troszcząc się o kształt polskiej transplantologii. Umożliwiła to decyzja innego Człowieka, który – tak jak wielu przedtem – zdecydował się oddać szpik dla nieznanego Mu pacjenta. Jemu i tym wszystkim, którzy w ten sposób ratowali i będą ratować tysiące istnień ludzkich, chcę powiedzieć: Anonimowy Dawco, kłaniam Ci się głęboko”.