



nie ukrywaj tego,
co cię boli

Podczas lektury tej unikalnej książki zastanawiałem się, komu jest bardziej potrzebna: pacjentom, czy lekarzom? A zdrowi? Autor odśłania „wiedzę tajemną” o tym, jak tłumione napięcia, skrywane uczucia - czyli problemy „duszy” - mogą zamieniać się na choroby ciała. Jest też sposób aby długo zachować zdrowie. Trzeba nauczyć się mówić o tym co nas boli...

Dr. Gabor Maté urodził się w Budapeszcie, a obecnie mieszka w Vancouver w Kanadzie. Ma za sobą dwadzieścia lat doświadczeń jako lekarz rodzinny. Przez wiele lat pisywał felietony o tematyce medycznej do gazet i czasopism. Jego pierwsza książka traktowała o zespole zaburzeń uwagi i stała się w Kanadzie bestsellerem.

ciało a stres



gabor maté

gabor maté

ciało a stres

jak uniknąć
fizycznych kosztów
ukrytego stresu



Świat Książki

gabor maté

ciało a stres

jak uniknąć
fizycznych kosztów
ukrytego stresu

z angielskiego przełożyły
Beata Paluchowska
Bożena Sikora


Świat Książki

Tytuł oryginału
WHEN THE BODY SAYS NO

Projekt graficzny serii
Magdalena Paryna

Projekt okładki
Malgorzata Karkowska

Zdjęcie na okładce
Flash Press Media

Redaktor prowadzący
Paweł Kozłowski

Redakcja
Alicja Krzesińska

Redakcja naukowa
prof. Andrzej Kokoszka

Redakcja techniczna
Julita Czachorowska

Korekta
Bożenna Burzyńska

Copyright 2003 Gabor Maté
Copyright © for the Polish translation by Bertelsmann Media sp. z o.o.,
Warszawa 2004

Świat Książki
Warszawa 2004
Bertelsmann Media sp. z o.o.
ul. Rośola 10, 02-786 Warszawa

Skład i łamanie: Plus 2

Druk i oprawa: Białostockie Zakłady Graficzne SA

ISBN 83-7391-506-0
Nr 4750

*Dedykuję tę książkę pamięci mojej matki,
Judith Lövi (1919–2001), oraz pamięci dr Hansa Selye,
XX-wiecznego człowieka renesansu,
którego naukowy wgląd
i humanistyczna mądrość
są ciągle źródłem oświecenia.*

Spis treści

DO CZYTELNIKA	9
---------------------	---

1. Trójkąt bermudzki	11
2. Mała dziewczynka, zbyt dobra, by mogła być prawdziwa	25
3. Stres i kompetencja emocjonalna	41
4. Pogrzebani za życia	55
5. Nigdy dość dobra	79
6. Ty też w tym jesteś, mamó	93
7. Stres, hormony, stłumienie i rak	107
8. Coś dobrego z tego wynika	127
9. Czy istnieje „osobowość nowotworowa”?	145
10. Rozwiązanie dla 55 procent	159
11. To wszystko jest w jej głowie	169
12. Umrę najpierw od góry	187
13. Swoje czy obce: zagubiony system odpornościowy	199
14. Delikatna równowaga: biologia związków	219
15. Biologia straty	233
16. Taniec pokoleń	245
17. Biologia wiary	261
18. Potęga negatywnego myślenia	275

*Istotą odkrycia naukowego nie jest dostrzeżenie
jakiejś rzeczy po raz pierwszy, lecz ustanowienie
trwałych powiązań między wcześniej znanym
i dotychczas nieznanym. To właśnie ten proces
tworzenia powiązań może najbardziej sprzyjać
prawdziwemu zrozumieniu i istotnemu postępowi.*

Dr Hans Selye, *Stres życia*

19. Siedem zasad zdrowienia	295
Akceptacja	300
Świadomość	303
Gniew	305
Autonomia	311
Więź	315
Asertywność	317
Afirmacja	318
PODZIĘKOWANIA	320

Do czytelnika

Ludzie zawsze intuicyjnie odczuwali nierozłączny związek umysłu z ciałem. Nowoczesność wprowadziła niefortunny podział, pęknięcie między tym, co czujemy całą swoją istotą i tym, co nasz świadomy umysł uznaje za prawdę. Z tych dwóch rodzajów wiedzy najczęściej zwycięża ten drugi, węższy sposób pojmowania – ku naszej stracie.

Mam zatem przyjemność i zaszczyt przedstawić czytelnikowi odkrycia współczesnej nauki, które potwierdzają intuicyjną, odwieczną mądrość. Taki był zasadniczy cel pisania tej książki. Następnie moim zamiarem było ustawienie zwierciadła przed naszym napędzanym stresem społeczeństwem, abyśmy mogli rozpoznać, jak na tysiące sposobów nieświadomie przyczyniamy się do powstania chorób, które nas prześladowają.

Książka ta nie zawiera gotowych recept, wierzę jednak, że posłuży czytelnikom jako rodzaj katalizatora osobistej przemiany. Recepty pochodzą z zewnątrz, przemiana następuje w naszym wnętrzu. Jest wiele książek z prostymi zaleceniami o takim lub innym charakterze – fizycznym, emocjonalnym, duchowym; ukazują się każdego roku. Nie było moim zamiarem napisanie jeszcze jednej. Gotowe recepty opierają się na założeniu, że coś trzeba naprawić; przemiana wiąże się ze zdrowieniem – uzyskaniem integralności, całości – tego, co już istnieje. Chociaż rady i zalecenia mogą być użyteczne, jeszcze bar-

dziej wartościowy jest dla nas wgląd we własne wnętrze i działanie naszego umysłu i ciała. Taka lustracja, kiedy przyświeca jej poszukiwanie prawdy, może prowadzić do transformacji. Dla tych, którzy szukają tu przesłania o uzdrowieniu, zaczyna się ono już na pierwszej stronie, przy opisie pierwszego przypadku. Jak sugerował wielki fizjolog Walter Cannon, nasze ciało zawiera w sobie mądrość. Mam nadzieję, że książka *Ciało a stres*, pomoże ludziom zjednoczyć się z tą wewnętrzną mądrością, którą wszyscy dysponujemy.

Niektóre z przytoczonych tu przykładów pochodzą z opublikowanych biografii lub autobiografii znanych osób. Większość z nich zaczerpnałem z doświadczenia klinicznego lub z nagranych rozmów z osobami, które zgodziły się na taki wywiad i zacytowanie ich medycznych i osobistych historii. Ze względu na uszanowanie prywatności, imiona (a niekiedy i pewne okoliczności) zostały zmienione.

Nie chciałem, aby praca ta miała akademicki charakter, który mógłby odstręczać zwykłych czytelników, dlatego bardzo oszczędnie posługiwałem się odnośnikami.

Z przyjemnością powitam wszelkie komentarze pod moim adresem internetowym: gmate@telus.net.

Rozdział 1

Trójkąt bermudzki

Mary była kobietą indiańskiego pochodzenia, tuż po czterdziestce, o lekkiej budowie ciała i delikatnym, pełnym szacunku sposobie bycia. Była moją pacjentką od ośmiu lat, wraz ze swoim mężem i trójką dzieci. W jej uśmiechu była pewna wstydlivość, dezaprobatą wobec samej siebie. Śmiała się często. Kiedy jej młodzieńcza twarz rozjaśniała się uśmiechem, nie sposób było pozostać obojętnym. Moje serce nadal wzbiera czułością – i ściska się z żalu – kiedy myślę o Mary.

Mary i ja nigdy nie rozmawialiśmy, dopóki nie pojawiły się pierwsze oznaki choroby, która miała zabrać jej życie. Początek wydawał się dość niewinny: rana od ukłucia igłą na opuszcze palca nie chciała się zagoić przez kilka miesięcy. Stwierdzono, że problem ten wynika ze zjawiska Reynaud, polegającego na tym, że drobne tętniczki zaopatrujące palce zwężają się, co prowadzi do niedotlenienia tkanek. Może dojść do powstania zgorzeli, jak to, niestety, miało miejsce w przypadku Mary. Mimo kilku pobyków w szpitalu i zabiegów chirurgicznych, przed upływem roku zaczęła błagać o amputację, aby uwolnić się od uporczywego bólu palca. Zanim spełniono jej życzenie, choroba bardzo się posunęła i nawet silne narkotyki nie wystarczały do uśmierzania ciągłego bólu.

Zjawisko Reynaud może wystąpić niezależnie lub w przebiegu innych chorób. Bardziej zagraża palaczom, a Mary już jako nastolatka

zaczęła dużo palić. Miałem nadzieję, że jeśli porzuci papierosy, to może powróci normalny dopływ krwi do jej palców. Po wielu niepowodzeniach, w końcu odniosła sukces. Niestety, okazało się, że objaw Reynaud był zwiastunem czegoś znacznie gorszego: u Mary rozpoznano sklerodermę, jedną z chorób autoimmunologicznych, do których należy reumatoidalne zapalenie stawów, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, toczeń rumieniowaty trzewny (SLE) i wiele innych schorzeń o nie zawsze rozpoznanym autoimmunologicznym pochodzeniu, takich jak cukrzyca, stwardnienie rozsiane i być może nawet choroba Alzheimer. Wszystkie je łączy fakt, że układ odpornościowy zwraca się przeciw własnemu organizmowi, powodując uszkodzenie stawów, tkanki łącznej lub niemal każdego innego narządu, na przykład oczu, nerwów, skóry, jelit, wątroby lub mózgu. W sklerodermie (nazwa ta pochodzi od greckich słów oznaczających stwardniałą skórę), samobójczy atak układu odpornościowego prowadzi do stwardnienia skóry, przelyku, tkanek tworzących serce, płuca i inne części organizmu.

Co powoduje wybuch takiej wojny domowej w organizmie?

Podręczniki medyczne prezentują ściśle biologiczny punkt widzenia. W kilku pojedynczych przypadkach wspomniano toksyny jako czynniki wywołujące chorobę, jednak najczęściej za wystąpienie choroby wini się predyspozycje genetyczne. Praktyka medyczna odzwierciedla ten wąsko fizyczny punkt widzenia. Ani specjaliści, ani ja jako lekarz rodzinny Mary, nie zastanawialiśmy się nigdy, w jaki sposób jej osobiste doświadczenia mogły przyczynić się do choroby. Nikt z nas nie zainteresował się jej stanem psychicznym przed wystąpieniem choroby ani tym, jak mógł on wpłynąć na jej przebieg i fatalne zakończenie. Po prostu leczyliśmy pojawiające się objawy fizyczne: leki na stan zapalny i ból, operacje, aby usunąć zgorzelinowe tkanki i poprawić dopływ krwi; fizjoterapia dla przywrócenia sprawności ruchowej.

Pewnego dnia, niemal pod wpływem kaprysu, w odpowiedzi na jakiś podszept intuicji mówiący, że moja pacjentka potrzebuje kogoś, kto by ją wysłuchał, zaprosiłem Mary na całonocną wizytę, tak byśmy mieli okazję porozmawiać o niej i jej życiu. Kiedy zaczęła mówić, było to jak objawienie. Pod jej delikatnym i niepewnym sposobem bycia krył się olbrzymi zbiornik tłumionych emocji. Jako dziecko była maltretowana, porzucona i przenoszona z jednej rodziny zastępczej do następnej. W wieku siedmiu lat chowała się na strychu, tuląc w ra-

mionach swoje młodsze siostry, podczas gdy jej pijani zastępczy opiekunowie bili się i wrzeszczeli piętro niżej. „Byłam przez cały czas przerażona”, opowiadała, „ale jako siedmiolatka musiałam chronić moje siostry. A mnie nikt nie chronił”. Nigdy wcześniej nie opowiadała o tych traumatycznych przeżyciach, nawet mężowi podczas ich dwudziestoletniego związku. Nauczyła się nie ujawniać żadnych uczuć nikomu, nawet sobie samej. Kiedy była dzieckiem, zachowania takie, jak wyrażanie własnych uczuć, wrażliwość czy zadawanie pytań mogły stanowić dla niej zagrożenie. Jej bezpieczeństwo zależało od uwzględniania uczuć innych osób, nigdy jej własnych emocji. Pozostała w pułapce roli, którą zmuszona była przyjąć jako dziecko, nieświadoma, że sama również ma prawo do tego, by się nią opiekowano i wysłuchano jej, że zasługuje na uwagę.

Mary opisywała siebie jako osobę niezdolną do powiedzenia nie, w sposób kompulsywny przyjmującą odpowiedzialność za potrzeby innych. Głównym obiektem jej troski pozostawał mąż i prawie dorosłe dzieci, nawet kiedy jej choroba nasiliła się. Czy skleroderma, która rozwinęła się w jej organizmie, była ostatecznym sposobem odrzucenia tego wszechogarniającego poczucia obowiązku?

Być może jej ciało robiło to, czego nie mógł dokonać umysł: odrzucało nieustanne oczekiwania, które nałożono na nią jako dziecko i które potem nakładała na siebie sama jako dorosła – stawiając potrzeby innych przed własnymi. To właśnie zasugerowałem, kiedy jako autor kolumny medycznej w „The Globe and Mail” napisałem o Mary w moim pierwszym artykule w 1993 roku. „Jeśli nie pozwolono nam nauczyć się mówić nie”, pisałem, „nasze ciało może w końcu powiedzieć to za nas”. Zacytowałem kilka pozycji literatury medycznej, omawiających negatywny wpływ stresu na układ immunologiczny.

Pomyśl, że w przypadku niektórych ludzi styl radzenia sobie z emocjami może być czynnikiem przyczyniającym się do powstania sklerodermi lub innych chorób przewlekłych, jest dla niektórych lekarzy traktowany jak wyklęty. Specjalistka reumatologii z dużego szpitala kanadyjskiego przysłała do wydawcy list, w którym zmieszała z błotem mój artykuł i potępiła pismo za jego opublikowanie. Oceeniła, że jestem niedoświadczony i nie zbadałem tematu.

Fakt, że specjalista odrzucił istnienie powiązań między ciałem i umysłem, nie było niczym dziwnym. Dualizm – rozdwojenie tego, co jest jednością – zabarwia wszystkie nasze przekonania dotyczące

zdrowia i choroby. Staramy się zrozumieć ciało w oderwaniu od umysłu. Chcemy opisać ludzkie istoty – zdrowe lub nie – jakby funkcjonowały w izolacji od środowiska, w którym się rozwijają, żyją, pracują, bawią, kochają i umierają. Jest to wewnętrzne, ukryte skrzywienie medycznej ortodoksji, które większość lekarzy przejmuje podczas swojego szkolenia i stosuje w praktyce medycznej.

W przeciwieństwie do wielu innych dyscyplin, medycyna musi sobie jeszcze przyswoić ważną lekcję, wypływającą z teorii względności Einsteina: pozycja obserwatora wpływa na obserwowane zjawisko i wyniki obserwacji. Niesprawdzone przekonania naukowców determinują i ograniczają to, co są oni w stanie odkryć, jak to wykazał czesko-kanadyjski pionier badań nad stresem, Hans Selye. „Większość ludzi nie w pełni uświadamia sobie, do jakiego stopnia duch badań naukowych i wnioski, jakie się z nich wyciąga, są uzależnione od osobistego punktu widzenia odkrywcy”, pisał w pracy *Stres życia*. „W epoce tak bardzo uzależnionej od nauki i naukowców, ten fundamentalny fakt zasługuje na specjalną uwagę”. W tej ucziwej i szczerzej ocenie Selye, który sam jest lekarzem, wyraża prawdę, którą nawet teraz, ćwierć wieku później, niewiele osób pojęło.

Im bardziej wyspecjalizowani stają się lekarze, im więcej wiedzą o jakiejś części ciała czy organie, tym mniej starają się rozumieć człowieka, u którego ten organ się znajduje. Osoby, z którymi rozmawiałem, zbierając materiał do tej książki, niemal bez wyjątku mówiły, że ani żaden ze specjalistów, ani lekarz rodzinny nigdy nie zapytał o osobiste, subiektywne treści ich życia. Czuli, że w większości swoich kontaktów z przedstawicielami zawodów medycznych są raczej zniechęcani do takiego dialogu. Rozmawiając o tych samych pacjentkach z moim kolegami – specjalistami, stwierdzałem, że nawet po wielu latach opieki nad daną osobą lekarz może wcale nie znać życia i doświadczeń swojego pacjenta, pozostających poza wąskimi granicami schorzenia.

W książce tej postanowiłem napisać o wpływie stresu na zdrowie, zwłaszcza ukrytego stresu, który wszyscy rozwijamy pod wpływem naszego wczesnego programowania, a wzorzec ten jest tak głęboko zakorzeniony, że wydaje się częścią naszej prawdziwej osobowości. Przedstawiłem tyle dostępnych dowodów naukowych, ile wydawało się na miejscu w publikacji przeznaczonej dla szerokiej rzeszy czytelników. Jednak osią tej książki – przynajmniej dla mnie – są indywidu-

alne historie, którymi mogłem podzielić się z czytelnikami. Tak się składa, że takie opowieści są również najmniej przekonujące dla krytyków, którzy tego rodzaju dowody uważają za „aneddotyczne”.

Tylko intelektualny barbarzyńca mógłby negocjować olbrzymie korzyści, jakie odniosła ludzkość w wyniku skrupulatnego przestrzegania metod naukowych. Jednak nie wszystkie ważne informacje można potwierdzić w laboratorium lub za pomocą analizy statystycznej. Nie wszystkie aspekty choroby można zredukować do faktów poddających się weryfikacji za pomocą badań z podwójnie ślepą próbą czy też najściślejszych technik naukowych. „Medycyna mówi nam o znaczących problemach zdrowienia, cierpienia i umierania mniej więcej tyle, co analiza chemiczna mówi o estetycznej wartości ceramiki”, napisał Ivan Ilyich w książce *Limits to Medicine* („Granice medycyny”). Doprawdy, odrzucając wiedzę o humanistycznym doświadczeniu i wewnętrznym wglądzie zamykamy się w bardzo wąskim świecie.

Coś utraciliśmy. W 1892 roku Kanadyjczyk William Osler, jeden z największych lekarzy wszech czasów, wysunął podejrzenie, że reumatoidalne zapalenie stawów – choroba spokrewniona ze sklerodermą – jest zaburzeniem związanym ze stresem. Dzisiaj reumatolodzy generalnie ignorują tę mądrość, mimo wspierających ją dowodów naukowych, które nagromadziły się przez 110 lat, odkąd Osler po raz pierwszy opublikował swoją pracę. W taki właśnie sposób wąskie podejście naukowe zdominowało praktykę medyczną. Stawiając nowoczesną naukę w roli ostatecznego arbitra naszych schorzeń, zbyt pochopnie odrzuciliśmy doświadczenie minionych epok.

Jak wskazała amerykańska psycholog Ross Buck, aż do nastania nowoczesnej techniki medycznej i naukowej farmakologii lekarze tradycyjnie polegali na efekcie „placebo”. Byli obowiązani do wzbudzenia w każdym pacjencie ufności w jego własną, wewnętrzną zdolność zdrowienia. Aby być skutecznym, lekarz musiał słuchać swojego pacjenta, stworzyć z nim relację i ufać własnej intuicji. Są to umiejętności, które lekarze, jak się wydaje, utracili, opierając się niemal wyłącznie na „obiektywnych” badaniach, technicznych metodach diagnostyki i „naukowych” metodach leczenia.

Potępienie ze strony reumatologa nie było zatem niczym zaskakującym. Bardziej niespodziewany był inny list do redakcji, który nadszedł kilka dni później – tym razem był to list z wyrazami poparcia – od Noela B. Hershfelda, profesora medycyny klinicznej z Uniwersy-

tetu w Calgary: „Nowa dyscyplina, psychoneurologia, dojrzała już do punktu, w którym istnieją przekonujące dowody, zebrane przez naukowców z wielu dziedzin, na istnienie ścisłych powiązań między mózgiem i układem odpornościowym... Emocjonalna charakterystyka jednostki i jej odpowiedź na ciągły stres może w istocie leżeć u podłoża wielu chorób, które medycyna leczy, ale których pochodzenie pozostaje nieznane – chorób takich, jak skleroderma i olbrzymia większość zaburzeń reumatologicznych, zapalne schorzenia jelit, cukrzyca, stwardnienie rozsiane i całe zastępy innych chorób, które można znaleźć w każdej specjalności medycznej...”

List ten zawiera zdumiewającą informację o istnieniu nowej dziedziny medycyny. Czym jest *psychoneuroimmunologia*? Jak się dowiedziałem, jest to ni mniej, ni więcej jak nauka o interakcjach między umysłem i ciałem, o nierozdzielnej jedności emocji i fizjologii podczas rozwoju człowieka i w całym jego życiu, w zdrowiu i w chorobie. To przerażająco skomplikowane słowo oznacza po prostu, że nauka ta bada, w jaki sposób psyche – umysł i zawarte w nim emocje – współdziała z układem nerwowym organizmu i jak oba te aspekty wiążą się nierozzerwalnie z układem odpornościowym. Niektórzy nazywają tę nową dziedzinę *psychoneuroimmunoendokrynologią*, aby podkreślić, że hormony, czyli układ endokryny, również stanowi część naszego ogólnoustrojowego systemu reagowania. Nowatorskie badania pozwalają odkryć, w jaki sposób powiązania te funkcjonują aż do poziomu komórki. Odkrywamy naukowe podstawy tego, co wiedzieliśmy wcześniej i o czym, z naszą szkodą, zapomnieliśmy.

Wielu lekarzy przez całe stulecia nabierało przekonania, że uczucia odgrywają ogromną rolę w powstawaniu chorób lub powrocie do zdrowia. Prowadzili badania, pisali książki i zmagali się z panującą medyczną ideologią, ale raz po raz ich idee, odkrycia i zrozumienie ginęły w swego rodzaju medycznym trójkącie bermudzki. Zrozumienie powiązań między umysłem i ciałem, osiągnięte przez poprzednie pokolenia lekarzy i naukowców, zniknęło bez śladu, jakby nigdy nie ujrzało światła dziennego.

W 1985 roku artykuł redakcyjny z sierpniowego numeru „New England of Medicine” mógł z belferską pewnością siebie deklarować, że „czas już przyznać, że nasza wiara w to, że choroba jest bezpośrednim odzwierciedleniem stanu psychicznego, jest właściwie rodzajem folkloru”.

Nie można już dłużej pomijać tego tematu. Psychoneuroimmunologia, nowa dziedzina nauki, którą Dr Hershfield wspomniał w swoim liście do „The Globe and Mail”, zdobyła już swoje miejsce, nawet jeśli trzeba jeszcze poczekać, by jej osiągnięcia przeniknęły do praktyki medycznej.

Wirtualna wizyta w bibliotekach medycznych lub różnych witrynach internetowych wystarczy, aby zobaczyć coraz większy napływ prac badawczych, artykułów w czasopismach i podręczników, dotyczących tej nowej dziedziny wiedzy. Informacje na jej temat przenikają do wielu osób za pośrednictwem popularnych książek i magazynów. Szeroka publiczność, pod wieloma względami wyprzedzająca profesjonalistów i w mniejszym stopniu spętana starą ortodoksją, z mniejszymi obawami przyjmuje do wiadomości, że nie można nas tak łatwo rozdzielić, a cały zdumiewający ludzki organizm jest czymś więcej, niż tylko sumą swoich części.

Układ odpornościowy nie pozostaje w izolacji od naszych codziennych doświadczeń. Dla przykładu, wykazano, że mechanizmy obronne, normalnie funkcjonujące u zdrowych młodych ludzi, ulegają stłumieniu u studentów medycyny poddanych presji końcowych egzaminów. Jeszcze większe implikacje dla ich przyszłego zdrowia i samopoczucia ma fakt, że najbardziej samotni studenci najsilniej doświadczają negatywnego wpływu na układ immunologiczny. Podobnie samotność wiązała się ze zmniejszoną aktywnością immunologiczną w grupie hospitalizowanych pacjentów psychiatrycznych. Nawet gdyby nie istniały żadne dodatkowe dowody – a jest ich mnóstwo – już te fakty wystarczyłyby do rozważenia długotrwałych efektów przewlekłego stresu. Presja egzaminacyjna jest oczywista i krótkotrwała, ale wielu ludzi bezwiednie spędza całe swoje życie, jakby znajdowali się pod okiem potężnego i krytycznego egzaminatora, którego muszą zadowolić za wszelką cenę. Wielu z nas, nawet jeśli nie są samotni, pozostaje w uczuciowo nieadekwatnych związkach, które nie uwzględniają ani nie szanują naszych najgłębszych potrzeb. Izolacja i stres dotyczą wiele osób, które mogą uważać swoje życie za całkiem zadowalające.

W jaki sposób stres może przeistoczyć się w chorobę? Stres to skomplikowana kaskada fizycznych i biochemicznych reakcji na silny bodziec emocjonalny. Z punktu widzenia fizjologii, emocje są elektrycznymi, chemicznymi i hormonalnymi zmianami w ludzkim ukła-

dzie nerwowym. Emocje wpływają – z wzajemnością – na funkcjonowanie głównych narządów, integralność układu odpornościowego i działanie wielu krążących substancji biologicznych, które wspomagają kontrolę nad stanem fizycznym organizmu. Kiedy tłumi się uczucia, tak jak w poszukiwaniu bezpieczeństwa musiała to robić w dzieciństwie Mary, takie zahamowanie rozbraja mechanizmy broniące organizm przed chorobą. Stłumienie – oddzielenie uczuć od świadomości i wypchnięcie ich do podświadomości – dezorganizuje i dezorientuje nasze mechanizmy obronne tak, że u niektórych ludzi reagują one opacznie i zamiast bronić zdrowia, stają się jego niszczytelami.

Podczas siedmiu lat, kiedy byłem koordynatorem medycznym Oddziału Opieki Paliatywnej Szpitala w Vancouver, spotkałem wielu pacjentów cierpiących na przewlekłe choroby, których uczuciowa historia przypominała Mary. Podobna dynamika i sposoby radzenia sobie z obciążeniem obecne były u osób, które trafiały do nas w celu roztożenia nad nimi opieki paliatywnej z powodu nowotworów lub neurologicznych procesów degeneracyjnych, takich jak stwardnienie zanikowe boczne (ALS, od *amyotrophic lateral sclerosis*, w Ameryce Północnej znane również jako choroba Lou Gehriga od słynnego amerykańskiego gracza w baseball, który na nią cierpiał, zaś w Anglii zwana najczęściej chorobą neuronu motorycznego). W mojej prywatnej praktyce lekarza rodzinnego obserwowałem te same wzorce u osób leczonych z powodu stwardnienia rozsianego, chorób zapalnych jelit, takich jak wrzodziejące zapalenie jelita grubego (*colitis ulcerosa*) czy choroba Crohna*, zespołu przewlekłego zmęczenia, zaburzeń autoimmunologicznych, fibromialgii, migreny, chorób skórnych, endometriozy i wielu innych schorzeń. Niemal żaden z moich pacjentów, cierpiących na poważne choroby, nie nauczył się mówić „nie” w ważnych sferach swojego życia. Jeśli nawet czyjaś osobowość czy też okoliczności jego życia pozornie wydawały się zupełnie inne niż w przypadku Mary, to jednak u podłoża zawsze obecne były stłumione uczucia.

Jednym z terminalnie chorych pacjentów, którymi się opiekowałem, był mężczyzna w średnim wieku, pracujący na kierowniczym stanowisku w firmie, która wprowadziła na rynek chrzastkę rekina

jako preparat wspomagający leczenie raka. Przed przyjęciem do naszego oddziału, rozpoznany niedawno rak rozprzestrzenił się w całym organizmie. Mężczyzna ten nadal przyjmował chrzastkę rekina niemal do dnia swojej śmierci, ale nie dlatego, że ciągle wierzył w jej skuteczność. Pachniała okropnie – cuchnąca woń była odczuwalna nawet z pewnej odległości – i mogłem tylko sobie wyobrażać, jak smakowała. „Nie cierpię tego,” powiedział mi chory, „ale mój partner w biznesie byłby bardzo zawiedziony, gdybym przestał”. Zapewniłem go, że ma pełne prawo przeżyć swoje ostatnie dni, nie czując się odpowiedzialnym za rozczarowanie innej osoby.

Rozpatrując możliwość, że sposób w jaki ludzie zostali uwarunkowani do przeżywania swojego życia, może przyczyniać się do ich chorób, należy zachować dużą delikatność. Korelacje między zachowaniem i rozwijającą się następnie chorobą są oczywiste w przypadku, powiedzmy, palenia i raka płuca – być może dla wszystkich, z wyjątkiem szefów przemysłu tytoniowego. Trudniej jednak wykazać takie związki w przypadku emocji i stwardnienia rozsianego lub raka piersi, czy też zapalenia stawów. Pacjenci mają wtedy uczucie, że nie tylko cierpią z powodu choroby, ale również obwinia się ich za to, że są właśnie takimi osobami, jakimi są.

– Dlaczego pisze pan tę książkę? – spytała pięćdziesięciodwuletnia profesor uniwersytetu, leczona z powodu raka piersi. – Zachorowałam na raka z powodu moich genów, a nie czegoś, co zrobiłam.

„Postrzeganie choroby i śmierci jako osobistej porażki to szczególnie niefortunna forma oskarżania ofiary”, głosił artykuł redakcyjny w „New England Journal of Medicine” w 1985 roku. „W sytuacji, kiedy pacjenci już są obciążeni chorobą, nie należy obciążać ich dodatkowo koniecznością przyjęcia odpowiedzialności za jej przebieg”.

Powrócimy do denerwującej kwestii rzekomego obwiniania. Tutaj chcę tylko zaznaczyć, że rzecz wcale nie dotyczy winy lub porażki. Takie terminy tylko zaciemniają obraz. Jak się przekonamy, obwinianie cierpiących – poza tym, że jest moralnie nie do przyjęcia – jest całkowicie nieuzasadnione z naukowego punktu widzenia.

Artykuł redakcyjny w „NEJM” miesza winę i odpowiedzialność. Wszyscy lękamy się *obwiniania*, ale powinniśmy pragnąć większej *odpowiedzialności* – to znaczy zdolności *odpowiadania* z pełną świadomością na sytuacje występujące w naszym życiu, a nie tylko odruchowego reagowania. W naszym własnym życiu chcemy być au-

* W Polsce nazywana zwykle chorobą Leśniowskiego-Crohna (przyp. tłum.).

torytetem: mieć władzę, być w stanie podejmować autentyczne decyzje, które nas dotyczą. Nie istnieje prawdziwa odpowiedzialność bez świadomości. Jedną ze słabości podejścia zachodniej medycyny jest to, że uczyniła ona lekarza jedynym autorytetem, zaś pacjent zbyt często jest tylko biernym odbiorcą takiego lub innego sposobu leczenia. Pozbawiono ludzi możliwości przyjęcia prawdziwej odpowiedzialności. Nikogo z nas nie wolno winić, jeśli zachoruje czy umiera. Każdy może kiedyś zapaść na jakąś chorobę, ale im więcej wiemy o sobie samych, tym mniejsze jest prawdopodobieństwo, że staniemy się biernymi ofiarami.

Dostrzeganie związków między umysłem i ciałem jest konieczne nie tylko dla zrozumienia choroby, ale również i zdrowia. Dr Robert Maunder z wydziału psychiatrii Uniwersytetu w Toronto pisał o związkach umysłu i ciała w chorobie. „Próby rozpoznania pytań dotyczących stresu i odpowiedzi na nie”, powiedział podczas wywiadu ze mną, „prędzej doprowadzą do zdrowia, niż ignorowanie tych kwestii”. W procesie zdrowienia kluczowe znaczenie może mieć każda informacja, każdy fragment prawdy. Jeśli istnieje związek między uczuciami i fizjologią, wówczas *pozbawianie* ludzi informacji o nim równa się odbieraniu im potężnego narzędzia.

I w tym miejscu natykamy się na nieadekwatność naszego języka. Nawet samo mówienie o związkach między umysłem i ciałem sugeruje, że są to dwa oddzielne byty, które jakoś się ze sobą łączą. Jednak w życiu nie istnieje taka izolacja; nie istnieje ciało, które nie jest umysłem, i nie ma umysłu, który nie byłby ciałem. Proponowano wprowadzenie terminu *ciało-umysł* na określenie prawdziwego stanu rzeczy.

Nawet na Zachodzie myślenie w kategoriach ciała-umysłu nie jest zupełnie nowe. W jednym z dialogów Platona, Sokrates przytacza krytyczną uwagę trackiego lekarza o jego greckich kolegach: „Istnieje powód, dla którego lekarze w Helladzie nie znają lekarstwa na tak wiele chorób; nie wiedzą nic o całości. Ponieważ wielkim błędem naszych czasów w leczeniu ludzkiego ciała jest to, że lekarze oddzielają umysł od ciała”. Nie można odłączyć umysłu od ciała, mówił Sokrates – niemal dwa i pół tysiąca lat przed powstaniem psychoneuroimmun-endokrynologii!

Pisanie książki *Ciało a stres* było czymś więcej, niż tylko potwierdzeniem niektórych spostrzeżeń, które wyraziłem po raz pierwszy

w swoim artykule o Mary chorej na sklerodermę. Nauczyłem się o wiele więcej i głęboko doceniłem pracę setek lekarzy, naukowców, psychologów i badaczy, którzy wykreślili mapę dotychczas nieznanego terytorium ciała-umysłu. Praca nad tą książką była również wewnętrznym odkrywaniem tego, jak stłumiłem własne emocje. Do podjęcia tej osobistej podróży skłoniło mnie pytanie, zadane przez psychoterapeutę z Agencji Nowotworowej Kolumbii Brytyjskiej, gdzie udałem się, aby zbadać rolę stłumienia emocji w powstawaniu raka. Wydaje się, że u wielu osób chorych na nowotwory występuje automatyczne zaprzeczenie bólu psychicznego czy fizycznego i niewygodnych emocji, takich jak gniew, smutek lub odrzucenie.

– Jaki masz osobisty związek z tym tematem? – zapytał terapeuta. – Co skłoniło cię do zajęcia się tym właśnie problemem?

Pytanie to przypomniało mi o zdarzeniu, jakie miało miejsce przed siedmiu laty. Pewnego razu przyjechałem odwiedzić moją siedemdziesięciosześcioletnią matkę w domu opieki, w którym mieszkała. Cierpiała na postępującą dystrofię mięśniową, wrodzoną chorobę prowadzącą do zaniku mięśni, która występuje w naszej rodzinie. Nie była zdolna nawet do samodzielnego siedzenia, więc nie mogła dalej mieszkać w domu. Ja i dwaj bracia oraz rodzina odwiedzaliśmy ją regularnie aż do śmierci, która nastąpiła w okresie, kiedy zacząłem pisać tę książkę.

Utykałem lekko, idąc korytarzem domu opieki. Tego ranka przeszedłem zabieg operacyjny z powodu uszkodzenia chrząstki w kolanie w konsekwencji ignorowania tego, co moje ciało mówiło mi w języku bólu za każdym razem, kiedy biegałem po betonie. Otwierając drzwi do pokoju matki, automatycznie podszedłem do łóżka normalnym, nonszalanckim krokiem, aby się z nią przywitać. Impuls, aby ukryć utykanie, nie był świadomy i zacząłem działać zanim go sobie uświadomiłem. Dopiero później zastanowiłem się, co właściwie skłoniło mnie do tak niepotrzebnego działania – niepotrzebnego, ponieważ moja matka ze spokojem przyjęłaby do wiadomości fakt, że jej pięćdziesięcioletni syn utyka dwanaście godzin po operacji kolana.

Co się zatem wydarzyło? Automatyczny impuls chronienia matki przed moim bólem, nawet w tak nieszkodliwej sytuacji, był głęboko zaprogramowanym odruchem, który miał niewiele wspólnego z obecnymi potrzebami któregośkolwiek z nas. To stłumienie było wspo-

mnieniem – ponownym uruchomieniem dynamiki, która została wyryta w moim rozwijającym się mózgu, zanim mogłem ją sobie uświadomić.

Jestem dzieckiem rodziców, którzy przetrwali nazistowskie ludobójstwo i ja sam jestem jednym z ocalonych, ponieważ przeżyłem większą część pierwszego roku mojego życia w Budapeszcie pod nazistowską okupacją. Moi dziadkowie ze strony matki zginęli w obozie koncentracyjnym w Oświęcimiu, kiedy miałem pięć miesięcy; moja ciocia została wywieziona i od tego czasu słuch o niej zaginął; mój ojciec zaś został siłą wcielony do batalionu pracy przymusowej w służbie niemieckich i węgierskich wojsk. Moja matka i ja ledwo przeżyliśmy miesiące w budapeszteńskim getcie. Na kilka tygodni musiała się ze mną rozstać, ponieważ był to jedyny sposób uchronienia mnie od pewnej śmierci z głodu lub chorób. Nie trzeba wielkiej wyobraźni aby zrozumieć, że w jej stanie ducha, pod tym nieludzkim stresem, któremu co dzień musiała stawiać czoła, moja matka rzadko mogła sobie pozwolić na czuły uśmiech czy poświęcić rozwijającemu się niemowlęciu niepodzielną uwagę, której ono potrzebuje, aby w jego umyśle wdrukowało się poczucie bezpieczeństwa i bezwarunkowej miłości. Matka opowiadała mi, że przez wiele dni znajdowała się w takiej rozpacz, że jedynie potrzeba zatroszczenia się o mnie motywowała ją do wstania z łóżka. Wcześniej nauczyłem się, że muszę zapracować na jej uwagę i że powinienem jak najmniej obciążać moją matkę, a mój lęk i ból najlepiej stłumić.

W zdrowych relacjach matki i niemowlęcia, matka jest w stanie karmić swoje dziecko, które nie musi w żaden sposób zasłużyć na to, co dostaje. Moja matka nie mogła zapewnić mi takiego bezwarunkowego zaspokajania moich potrzeb – a ponieważ nie była ani święta, ani doskonała, można z dużą pewnością założyć, że nie w pełni by się jej to udało, nawet bez okropności, które dotknęły moją rodzinę.

W takich okolicznościach stałem się obrońcą mojej matki – chroniąc ją w pierwszym rzędzie przed świadomością mojego bólu. To, co zaczęło się jako automatyczna strategia obronna niemowlęcia, wkrótce przerodziło się w utrwalaony wzorzec osobowości, który pięćdziesiąt jeden lat później nadal skłaniał mnie do ukrywania przed matką najmniejszego śladu dyskomfortu fizycznego.

Nie myślałem o projekcie książki *Ciało a stres* w tych katego-

riach. Miały to być intelektualne poszukiwania, badanie interesującej teorii, która mogła pomóc w wyjaśnieniu ludzkiego zdrowia i choroby. Tą ścieżką szli już przede mną inni, ale pozostało jeszcze wiele do odkrycia. Dla mnie, jako medycznego doradcy, wyzwaniem było skonfrontowanie się z problemem emocjonalnego wyparcia we własnym życiu. Uświadomiłem sobie, że moje skrywane utykanie było tylko jednym małym przykładem.

W książce tej opisuję zatem nie tylko to, czego dowiedziałem się od innych lub z fachowych czasopism, ale także to, co zaobserwowałem u samego siebie. Dynamika tłumienia działa u nas wszystkich. W mniejszym lub większym stopniu wszyscy coś przed sobą ukrywamy i sami się oszukujemy, najczęściej w sposób, którego jesteśmy nie bardziej świadomi, niż ja byłem wtedy, kiedy „postanowiłem” ukryć moje utykanie. O zdrowiu lub chorobie decyduje to, w jakim stopniu poddajemy się temu wzorcowi, jak również obecność lub brak innych czynników – na przykład wrodzonych skłonności lub zagrożeń środowiskowych – które również predysponują do wystąpienia choroby. Dlatego też wykazując, że wyparcie jest główną przyczyną stresu i w znacznym stopniu przyczynia się do powstania choroby, nie wytykam palcem innych ludzi za to, że „sami doprowadzili się do choroby”. Moim celem w tej książce jest promowanie uczenia się i zdrowienia, nie zaś powiększanie zasobów winy i wstydu, które już istnieją w nadmiarze w naszej kulturze. Być może jestem przewrażliwiony w kwestii winy, ale dotyczy to większości ludzi. Wstyd jest najgłębszą z „negatywnych emocji” i zrobimy niemal wszystko, żeby uniknąć tego uczucia. Niestety, trwałe lęk przed wstydem upośledza naszą zdolność dostrzegania rzeczywistości.

Mimo najbardziej usilnych starań wielu lekarzy, Mary zmarła w szpitalu w Vancouver osiem lat po rozpoznaniu choroby w wyniku powikłań sklerodermy. Do końca zachowała swój delikatny uśmiech, chociaż jej serce było słabe i oddychała z wysiłkiem. Co chwila prosiła mnie, żebym zaplanował długie prywatne wizyty, nawet podczas jej ostatnich dni w szpitalu. Chciała porozmawiać o sprawach poważnych i drobnych.

– Jesteś jedyną osobą, która kiedykolwiek mnie słuchała – powiedziała kiedyś.

Zastanawiałem się czasami, jaki obrót mogłoby przyjąć życie Mary, gdyby znalazł się ktoś, kto by ją wysłuchał, zobaczył i zrozumiał, kiedy była małym dzieckiem – maltretowanym, przerażonym, pełnym poczucia odpowiedzialności za swoje małe siostry. Być może gdyby był stale ktoś, na kogo mogłaby liczyć, nauczyłaby się cenić samą siebie, komunikować swoje uczucia, wyrażać gniew, kiedy ludzie fizycznie i emocjonalnie naruszali jej granice. Gdyby taki był jej los, czy nadal by żyła?

Rozdział 2

Mała dziewczynka
zbyt dobra,
by mogła być
prawdziwa

Można bez przesady powiedzieć, że wiosna i lato 1996 roku były stresującym okresem w życiu Natalie. W marcu jej szesnastoletni syn został zwolniony po sześciomiesięcznym pobycie w ośrodku rehabilitacyjnym dla narkomanów. Przyjmował narkotyki i pił alkohol przez poprzednie dwa lata i był kilkakrotnie wydalany ze szkoły.

– Mielśmy szczęście, że umieściliśmy go w zamkniętym programie leczenia – mówi pięćdziesięcioletnia była pielęgniarka. – Dopiero od niedawna był w domu, kiedy rozpoznano chorobę najpierw u mojego męża, a potem u mnie.

W lipcu jej mąż, Bill, przeszedł operację z powodu nowotworu jeli-ta grubego. Po operacji powiedziano mu, że rak rozprzestrzenił się do wątroby.

Natalie odczuwała od czasu do czasu zmęczenie, zawroty głowy i dzwonienie w uszach, ale jej objawy trwały krótko i mijały bez żadnego leczenia. W roku poprzedzającym postawienie diagnozy czuła się bardziej zmęczona niż zwykle. Atak zawrotów głowy w czerwcu skłonił ją do wykonania tomografii komputerowej, która nie wykazała nieprawidłowości. Dwa miesiące później badanie rezonansu magnetycznego mózgu Natalie wykazało zaburzenia charakterystyczne dla stwardnienia rozsianego: ogniska zapalenia, gdzie mielina, czyli tkanka tłuszczowa otaczająca włókna nerwowe, uległa zniszczeniu i powstały blizny.

Stwardnienie rozsiane (*sclerosis multiplex* – SM) to najczęstsza z tak zwanych chorób demielinizacyjnych, które zaburzą funkcjonowanie komórek ośrodkowego układu nerwowego. Objawy choroby uzależnione są od tego, gdzie powstaje stan zapalny i blizny. Najczęściej zajęty jest rdzeń kręgowy, pień mózgu i nerw wzrokowy, czyli wiązka włókien nerwowych, przewodzących informacje z oka do mózgu. Jeśli do uszkodzenia dochodzi w rdzeniu kręgowym, objawy polegają na drętwieniu, bólu i nieprzyjemnych odczuciach w obrębie kończyn lub tułowia. Może również wystąpić mimowolne napięcie mięśni lub ich osłabienie. W niższych partiach mózgu utrata osłonki mielinowej może powodować podwójne widzenie lub problemy z mówieniem albo utrzymaniem równowagi. Chorzy z zapaleniem nerwu wzrokowego doświadczają okresowej utraty wzroku. Osłabienie jest powszechnym objawem, a uczucie obojętności wyczerpania daleko przekracza zwykłe zmęczenie.

Zawroty głowy trwały jesienią i wczesną zimą, kiedy Natalie opiekowała się mężem w okresie jego rekonwalescencji po operacji jelita i podczas trwającej dwanaście tygodni chemioterapii. Potem na pewien czas Bill wrócił do pracy w charakterze agenta sprzedaży nieruchomości. Następnie w maju 1997 roku przeprowadzono drugą operację, aby wyciąć przerzuty z wątroby.

– Po operacji, podczas której usunięto 75% jego wątroby, wystąpił zator w żyłę wrotnej*. Bill mógł z tego powodu umrzeć – opowiada Natalie. – Stał się kłębkiem nerwów i był bardzo agresywny.

Bill zmarł w 1999 roku, ale już wcześniej przyczynił się do większych emocjonalnych cierpień swojej żony, niż mogła przypuszczać.

Badacze w Kolorado zajmowali się grupą stu osób z odmianą stwardnienia rozsianego, zwaną nawrotowo-ustępującą, w której okresy zaostrzeń występują na przemian z okresami wolnymi od objawów. Ten właśnie typ występował u Natalie. Pacjenci obciążeni stresem o ekstremalnym natężeniu, takim jak poważne trudności w związkach lub niepewność finansowa, byli niemal czterokrotnie bardziej narażeni na wystąpienie zaostrzeń.

– Miałam ciągle zawroty głowy aż do Bożego Narodzenia 1996 roku, ale potem byłam niemal stuprocentowo zdrowa – opowiada Nata-

* Żyła wrotna to główne naczynie krwionośne, dostarczające krew z narządów jamy brzusznej do wątroby.

lie. – Tylko spadłam trochę na wadze. I pomimo wszystkich problemów po operacji wątroby Billa – między lipcem i sierpniem musiałam czterokrotnie wozić go na ostry dyżur – czułam się dobrze. Wydawało się, że Bill zaczyna dochodzić do siebie i mieliśmy nadzieję, że nie będzie więcej powikłań. Potem miałam następne zaostrzenie.

Nawrót choroby nastąpił wtedy, kiedy Natalie myślała, że może się trochę odprężyć, kiedy jej pomoc nie była już bezwzględnie konieczna.

– Mój mąż był typem człowieka, który uważał, że nie musi robić nic, na co nie ma ochoty. Zawsze był tego zdania. Kiedy chorował, bezdyskusyjnie przyjmował, że nie będzie nic robił. Po prostu siedział na kanapie i strzelał palcami – a kiedy on kiwał palcem, ja podskakiwałam. Nawet dzieci traciły już do niego resztki cierpliwości. W końcu, jesienią, kiedy czułam się lepiej, wysłałam go z przyjaciółmi na kilka dni z miasta. Stwierdziłam, że potrzebuje trochę odpoczynku.

– A czego *ty* potrzebowałaś? – spytałam.

– Miałam już dość. – Powiedziałam – weźcie go na kilka dni pograć w golfa – i przyjaciel przyjechał po niego. A dwie godziny później wiedziałam już, że mam zaostrzenie choroby.

Czego mogła się nauczyć z tego doświadczenia?

– No cóż – powiedziała niepewnie Natalie – powinnam wiedzieć, kiedy wycofać się z mojego opiekuńczego trybu działania. Ale po prostu nie umiem; jeśli ktoś potrzebuje pomocy, muszę jej udzielić.

– Bez względu na to, co dzieje się z tobą?

– Tak. Po pięciu latach, nadal nie nauczyłam się, że muszę zwolnić. Często ciało mówi mi nie, a ja biegnę dalej. Nie uczę się.

Ciało Natalie miało wiele powodów, aby mówić nie podczas trwania jej małżeństwa. Bill był alkoholikiem i często wprawiał ją w zakłopotanie.

– Kiedy wypił trochę za dużo, robił się okropny – mówi Natalie. – Był kłótniwy, agresywny, tracił cierpliwość. Mógł być gdzieś na przyjęciu i jeśli coś go zdenerwowało, publicznie mieszał ludzi z błotem, zupełnie bez powodu. Po prostu odwracałam się na pięcie i wychodziłam, a potem on gniewał się na mnie, że go nie poparłam. W ciągu czterdziestu ośmiu godzin po tym, jak rozpoznano u mnie stwardnienie rozsiane, wiedziałam, że Bill nie udzieli mi żadnego wsparcia.

Po powrocie z golfowego wyjazdu Bill miał kilka miesięcy fizycznego ożywienia. Zaangażował się w związek z inną kobietą, przyjaciółką rodziny.

– Myślałam: Zobacz, co dla ciebie robiłam – mówi Natalie. – Narażałam własne zdrowie. Byłam do twojej dyspozycji przez całe lato. Stałeś u progu śmierci, a ja przez siedemdziesiąt dwie godziny siedziałam w szpitalnej poczekalni, żeby się dowiedzieć czy umrzesz, czy wyzdrowiejesz. Dbałam o ciebie, kiedy wróciłeś do domu i tak mi odpłacasz.

Koncepcja, że stres psychiczny zwiększa ryzyko stwardnienia rozsianego, nie jest nowa. Francuski neurolog Jean-Martin Charcot jako pierwszy dostarczył pełnego opisu klinicznego stwardnienia rozsianego. W swoim wykładzie w 1868 roku mówił, że pacjenci „wiążą długotrwały, ciągły smutek lub strapienie” z wystąpieniem objawów. Pięć lat później brytyjski lekarz opisał również przypadek związany ze stresem: „Dla wyjaśnienia etiologii ważne jest inne stwierdzenie, które wypowiedziała ta biedna istota podczas bardziej poufnej rozmowy z pielęgniarką – że przyczyną jej choroby było przyłapanie męża w łóżku z inną kobietą”.

Zbierając materiały do tej książki rozmawiałem z dziewięcioma osobami chorymi na stwardnienie rozsiane, w tym z ośmioma kobietami. (Kobiety stanowią około 60% osób dotkniętych tym schorzeniem). Wzorzec emocjonalny, widoczny w historii Natalie, można było rozpoznać u każdej osoby, nawet jeśli nie był tak dramatycznie wyrażony.

Dowody zebrane podczas moich rozmów są zgodne z opublikowanymi wynikami badań. „Wiele osób zajmujących się tą chorobą mówiło o wrażeniu, jakie odnieśli z pracy klinicznej, że stres emocjonalny może mieć jakiś udział w genezie stwardnienia rozsianego”, napisało w pewnym artykule przeglądowym w 1970 roku. Nadmiernie ścisły związek emocjonalny z rodzicem, brak niezależności psychicznej, obezwładniająca potrzeba miłości i przywiązania, niezdolność odczuwania lub wyrażania gniewu od dawna były wskazywane jako możliwe czynniki biorące udział w naturalnym rozwoju tej choroby. W pewnym badaniu z 1958 roku stwierdzono, że w niemal 90% przypadków „przed wystąpieniem objawów... w życiu pacjentów występowały traumatyczne wydarzenia, które uszkadzały ich system obronny”.

Badanie przeprowadzone w 1969 roku zajmowało się rolą procesów psychologicznych u trzydziestu dwóch pacjentów z Izraela i Stanów Zjednoczonych. U 85% tych chorych objawy, które później rozpoznano jako stwardnienie rozsiane, wystąpiły w następstwie bardzo

stresujących wydarzeń. Charakter tych stresorów różnił się znacznie, od śmierci czy choroby ukochanej osoby do nagłego zagrożenia utratą środków do życia lub wydarzeń rodzinnych, które spowodowały trwałą zmianę w życiu danej osoby i wymagały elastyczności czy umiejętności adaptacji, przekraczających zdolności danej osoby. Jednym z takich źródeł stresu był przedłużający się konflikt małżeński, innym – zwiększona odpowiedzialność w pracy. „Wspólną cechą...” piszą autorzy badania, „jest stopniowe uświadomienie sobie niezdolności radzenia sobie z trudną sytuacją... prowadzące do poczucia nieadekwatności i porażki”. Tego rodzaju stresy występują we wszystkich kulturach.

W innym badaniu chorych na stwardnienie rozsiane porównano ze zdrową „grupą kontrolną”. W grupie pacjentów ze stwardnieniem rozsianym zagrażające wydarzenia występowały dziesięć razy częściej, a konflikty małżeńskie – pięć razy częściej.

Spośród ośmiu kobiet chorych na stwardnienie rozsiane, z którymi rozmawiałem, tylko jedna pozostawała nadal w swoim pierwszym długotrwałym związku; inne były rozwiedzione lub w separacji. Cztery z tych kobiet były maltretowane fizycznie lub psychicznie przez swoich partnerów jakiś czas przed wystąpieniem choroby. W pozostałych przypadkach partnerzy byli emocjonalnie chłodni lub niedostępni.

Lois, dziennikarka, miała dwadzieścia cztery lata, kiedy w 1974 roku rozpoznano u niej stwardnienie rozsiane. Po krótkim epizodzie podwójnego widzenia przez kilka miesięcy odczuwała mrowienie nóg. Przez poprzednie dwa lata mieszkała w małej tubylczej osadzie w rejonie arktycznym z mężczyzną o dziewięć lat od niej starszym, artystą, którego obecnie określa jako niezrównoważonego psychicznie. Później został przyjęty do szpitala z powodu choroby maniako-depresyjnej.

– Był dla mnie idolem – przypomina sobie. – Był bardzo utalentowany i miałam poczucie, że nic nie wiem. Być może trochę się go bałam.

Dla Lois życie w Arktyce było skrajnie trudne. Dla chronionej przed wszystkim dziewczyny z Zachodniego Wybrzeża było to jak przeprowadzka do Timbaktu. Kilka lat później odwiedziłam psychologa, który powiedział: – Masz szczęście, że wyszłaś z tego żywa. – By-

to tam mnóstwo alkoholu, śmierci i morderstw, izolacja. Nie ma tam żadnej drogi. Był to letni romans, który powinien skończyć się po kilku miesiącach, a trwał parę lat. Staralam się trzymać, jak tylko mogłam, ale w końcu mnie wyrzucił.

– Warunki życiowe były złe. – Mieliliśmy ubikację na dworze i przy temperaturze –40 czy –50 stopni było to okropne. Potem ustąpił i kupił przenośną toaletę, do której mogłam sikać nocą, bo kobiety siusiają częściej niż mężczyźni, prawda?

– To było ustępstwo? – spytałam.

– Tak, racja. Trzeba ją było wywozić, żeby ją opróżniać, a on nie chciał tego robić. Pewnej nocy wyrzucił ją w śnieg i kazał mi korzystać z zewnętrznej ubikacji. Musiałam też nosić wodę – nie miał bieżącej wody. Nie było żadnego wyboru. Jeśli chciałam z nim zostać, musiałam się z tym pogodzić.

– Pamiętam, jak powiedziałam, że główną rzeczą, której od niego oczekiwałam, był szacunek. Nie wiem, dlaczego, ale była to dla mnie ważna sprawa. Chciałam tego tak mocno, że byłam skłonna pogodzić się z wieloma rzeczami.

Lois mówi, że desperacka potrzeba akceptacji występowała u niej już wcześniej, zwłaszcza w relacji z matką.

– Widziałam w nim moją matkę, która zawsze kontrolowała moje życie... mówiąc mi, jak mam się ubierać i jak urządzić mój pokój i od początku dyktując mi, co mam robić. Byłam małą dziewczynką zbyt dobrą, żeby to mogło być prawdą. To znaczy, że musiałam ujarzmić własne pragnienia i potrzeby, żeby zyskać aprobatę. Zawsze starałam się być tym, kim chcieli moi rodzice.

Barbara, psychoterapeutka – sądząc z jej reputacji, bardzo skuteczna – leczyła wielu pacjentów cierpiących na choroby przewlekłe. Sama choruje na stwardnienie rozsiane. Zdecydowanie odrzuca sugestię, że tłumienie napięć, zapoczątkowane doświadczeniami z jej dzieciństwa, ma coś wspólnego z ogniskami zapalenia i bliznowaceniami, prowadzącymi do objawów stwardnienia rozsianego.

Stwardnienie rozsiane ujawniło się u Barbary przed osiemnastu laty. Pierwsze objawy wystąpiły krótko po tym, jak zaprosiła do swojego domu na dwa tygodnie socjopatę, z którym pracowała w ośrodku poprawczym.

– Poczynił olbrzymi postęp w terapii – mówi – i pomysł polegał na tym, żeby dać mu nową szansę.

Zamiast tego, jej klient spowodował spustoszenie i poważne zaburzenia w jej domu i małżeństwie. Spytałam Barbarę, czy nie uważa, że to zaproszenie poważnie zaburzonej osoby jest oznaką dużych problemów z jej strony z zachowaniem własnych granic.

– Cóż, i tak, i nie. Myślałam, że wszystko będzie w porządku, bo była to umowa na dwa tygodnie. Z pewnością jednak nie zrobiłabym tego jeszcze raz. Teraz jestem tak dobra w strzeżeniu swoich granic, że jedna z moich pacjentek nazywa mnie nawet królową granic – a sama jest terapeutką, więc czasem sobie z tego żartujemy. Niestety, odebrałam twardą lekcję. Czasami myślę, że stwardnienie rozsiane jest karą za moją głupotę.

To odniesienie do choroby jako kary porusza kluczową kwestię, ponieważ wielu pacjentów z chorobami przewlekłymi spotyka się z oskarżeniem, lub też oskarżają sami siebie, że w jakiś sposób zasłużyli na swoje nieszczęście. Gdyby widzenie z perspektywy tłumienia stresu faktycznie implikowało, że choroba jest karą, zgodziłbym się z Barbarą, która odrzuca tę koncepcję. Jednak poszukiwanie naukowego zrozumienia nie ma nic wspólnego z moralizowaniem czy osądzaniem. Stwierdzenie, że nieroztropna decyzja zaproszenia potencjalnie niebezpiecznej osoby do własnego domu była źródłem stresu i odegrała pewną rolę w wystąpieniu choroby, wskazuje na związek między stresem i chorobą. Ma ono na celu omówienie możliwych konsekwencji – w kategoriach fizjologii, a nie kary.

Barbara utrzymuje, że jej relacja z rodzicami była zdrowa i pełna wzajemnej miłości. – Świetnie dogadywałyśmy się z matką. Zawsze byliśmy sobie bardzo bliskie.

– Strzeżenia własnych granic uczymy się w latach naszego dorostania – powiedziałam. – Dlaczego zatem musiałaś nauczyć się tworzenia granic później, w wyniku trudnego doświadczenia?

– Zdawałam sobie sprawę z potrzeby zachowania granic, ale moja matka – nie. To właśnie było przedmiotem większości naszych sprzeczek – jej niezdolność rozpoznania, gdzie kończy się ona, a zaczynam się ja.

Zaproszenie przez Barbarę do swojego domu niezrównoważonego i niebezpiecznego mężczyzny byłoby zakwalifikowane w badaniach jako poważny stresor, ale przewlekły stres, wynikający z wcześniej

istniejącej słabej ochrony własnych granic, nie jest już tak łatwy do rozpoznania. Zatarcie granic psychologicznych w dzieciństwie staje się znaczącym źródłem przyszłego fizjologicznego stresu u dorosłych. Ma ono trwały negatywny wpływ na układ hormonalny i immunologiczny organizmu, ponieważ osoby z zamazanymi granicami żyją w stresie; częścią ich codziennego doświadczenia jest to, że inni naruszają ich terytorium. Jest to jednak fakt, który nauczyli się wyrzucać ze swojej świadomości.

„Przyczyna, czy też przyczyny stwardnienia rozsianego pozostają nieznane”, napisano w szanowanym podręczniku medycyny wewnętrznej. Większość badań odrzuca pochodzenie zakaźne, chociaż nie można pominąć wpływu jakiegoś wirusa. Pewną rolę odgrywają też zapewne czynniki genetyczne, ponieważ niektóre grupy etniczne wydają się być wolne od tej choroby – na przykład Inuici w Ameryce Północnej czy plemię Bantu w południowej Afryce. Jednak geny nie wyjaśniają, kto zapada na tę chorobę ani dlaczego. „Chociaż można odziedziczyć genetyczną podatność na stwardnienie rozsiane, *nie można odziedziczyć samej choroby*”, pisze neurolog Louis J. Rosner, były szef Kliniki Stwardnienia Rozsianego Uniwersytetu Kalifornijskiego. „I nawet ludzie, którzy mają wszystkie potrzebne geny, nie muszą koniecznie chorować na stwardnienie rozsiane. Specjaliści uważają, że chorobę tę muszą wyzwać jakieś czynniki środowiskowe”.

Cały obraz komplikują dodatkowo badania rezonansu magnetycznego i sekcje zwłok, w których znaleziono charakterystyczne oznaki demielinizacji w ośrodkowym układzie nerwowym osób, które nigdy nie miały żadnych dolegliwości czy objawów tej choroby. Dlaczego niektórzy ludzie, u których występują takie zjawiska neuropatologiczne, unikają prawdziwego powstania choroby, a inni – nie?

Jakie mogą być „czynniki środowiskowe”, o których wspomina dr Rosner?

Dr Rosner w swojej, skądinąd wspaniałej, pracy o stwardnieniu rozsianym generalnie nie rozpatruje stresu emocjonalnego jako czynnika przyczyniającego się do wystąpienia choroby. Zamiast tego wysuwa wniosek, że chorobę tę można prawdopodobnie najlepiej wyjaśnić na gruncie zaburzeń autoimmunologicznych. – Dana osoba staje się uczulona na własną tkankę – wyjaśnia – i wytwarza przeciwciała, które atakują zdrowe komórki. Ignoruje obszerną literaturę medyczną, wskazującą na powiązania procesów autoimmunologicz-

nych ze stresem i osobowością. Te ważne związki omówimy szerzej w dalszych rozdziałach.

Badanie, przeprowadzone w 1994 roku w Oddziale Neurologii Szpitala Uniwersyteckiego w Chicago, dotyczyło oddziaływań między układem nerwowym i immunologicznym i ich potencjalnej roli w stwardnieniu rozsianym. Wykorzystano szczury, aby wykazać, że sztucznie wywołane choroby autoimmunologiczne ulegają pogorszeniu w sytuacji zablokowania reakcji „walki lub ucieczki”. W normalnych warunkach, nie zaburzona zdolność reagowania na stres chroniłaby zwierzęta.

Chorzy na stwardnienie rozsiane, opisani w literaturze dotyczącej stresu, i wszyscy, z którymi rozmawiałem, znaleźli się w sytuacji podobnej do nieszczęsnych zwierząt laboratoryjnych w badaniu z Chicago: uwarunkowanie z okresu dzieciństwa naraziło ich na ostry lub przewlekły stres, a ich zdolność angażowania się w niezbędne zachowania typu „walki lub ucieczki” była upośledzona. Fundamentalnym problemem nie jest tu zewnętrzny stres, taki jak wydarzenia życiowe przytaczane w badaniach, ale środowiskowo uwarunkowana bezsilność, która nie pozwala na prawidłowe reakcje walki lub ucieczki. Wynikający z tego wewnętrzny stres ulega stłumieniu i dlatego nie jest widoczny. W końcu nie odczuwa się już dłużej jako stresujących sytuacji braku realizacji własnych potrzeb lub konieczności realizowania potrzeb innych ludzi. Sytuacja taka zaczyna się wydawać normalna. Człowiek jest rozbrojony.

Véronique ma trzydzieści trzy lata, trzy lata temu rozpoznano u niej stwardnienie rozsiane.

– Miałam poważny epizod – relacjonuje – o którym nie wiedziałam, że w ogóle jest epizodem... bólu stóp, drętwienia i mrowienia, które wędrowało aż do górnej części klatki piersiowej i z powrotem w dół. Trwało to około trzech dni. Myślałam, że to nic poważnego – stukałam się palcem i nic nie czułam! Nic nikomu nie powiedziałam.

W końcu przyjaciel przekonał ją, że powinna szukać pomocy lekarskiej.

– Czułaś drętwienie i ból od stóp do górnej części klatki piersiowej i nikomu o tym nie powiedziałaś? Dlaczego?

– Nie przypuszczałam, że warto o tym komuś mówić. A gdybym powiedziała komuś takiemu, jak moi rodzice, byłiby zdenerwowani.

– Ale gdyby ktoś inny miał drętwienie i ból od stóp do połowy klatki piersiowej, czy ignorowałabyś to?

– Nie, natychmiast wysłałabym go do lekarza.

– Dlaczego traktowałaś siebie gorzej, niż traktowałabyś inną osobę? Masz na ten temat jakiś pomysł?

– Nie.

Najwięcej wniosła odpowiedź Véronique na pytanie o ewentualne stresujące wydarzenia, które poprzedziły wystąpienie stwardnienia rozsianego. – Nie były to całkiem złe rzeczy – powiedziała.

– Jestem dzieckiem adoptowanym. W końcu, po piętnastu latach nacisku ze strony mojej przybranej matki, poszukałam mojej biologicznej rodziny, na co nie miałam ochoty. Ale zawsze łatwiej było poddać się wymaganiom mojej mamy, niż się z nią kłócić – zawsze!

– Odnalazłam ich, spotkaliśmy się i moje pierwsze wrażenie było, jej, chyba nie możemy być spokrewnieni. Byłam zestresowana, poznając moją historię rodzinną, bo nie była mi do niczego potrzebna informacja, że jestem prawdopodobnie owocem kazirodczego gwałtu. Tak to wygląda; nikt nie opowiada całej historii, a moja biologiczna matka nic nie mówi.

– W tym czasie byłam bez pracy, czekałam na zasiłek. Kilka miesięcy wcześniej rozstałam się z moim chłopakiem, ponieważ był alkoholikiem i nie mogłam już tego dłużej wytrzymać. To nie było warte mojego zdrowia psychicznego.

Takie właśnie stresy ta młoda kobieta opisuje jako nie całkiem złe rzeczy: ciągły nacisk ze strony przybranej matki, która ignorowała wolę Véronique, aby odnalazła i pogodziła się ze swoją zaburzoną rodziną biologiczną; odkrycie, że jej poczęcie mogło być wynikiem kazirodczego gwałtu (dokonanego przez kuzyna; biologiczna matka Véronique miała wtedy szesnaście lat); ubóstwo finansowe; rozstanie z pijącym chłopakiem.

Véronique identyfikuje się ze swoim przybranym ojcem. – Jest moim bohaterem – mówi. – Zawsze był do dyspozycji, kiedy go potrzebowałam.

– Dlaczego więc nie poszłaś do niego, kiedy byłaś pod presją matki?

– Nigdy nie mogłam porozmawiać z nim na osobności. Zawsze musiałam przebrnąć przez nią, żeby dostać się do niego.

– I co z tym wszystkim zrobił twój ojciec?

– Po prostu stał z boku. Ale mogę powiedzieć, że mu się to nie podobalo.

– Cieszę się, że czujesz się związana ze swoim tatą. Może jednak będziesz chciała znaleźć sobie innego bohatera – kogoś, kto umie bronić własnych praw. Aby wyzdrowieć, możesz chcieć sama zostać własnym bohaterem.

Utalentowana brytyjska wiolonczelistka, Jacqueline du Pré, zmarła w 1987 roku, w wieku czterdziestu dwóch lat, w wyniku powikłań stwardnienia rozsianego. Kiedy jej siostra, Hilary, zastanawiała się później, czy stres mógł się przyczynić do choroby Jackie, neurologzy zapewnili ją, że nie miał z tym nic wspólnego.

Ortodoksyjna opinia medyczna niewiele zmieniła się od tego czasu. „Stres nie *powoduje* stwardnienia rozsianego”, można przeczytać w broszurze dla pacjentów, wydanej niedawno przez Poradnię Stwardnienia Rozsianego Uniwersytetu w Toronto, „choć chorym na stwardnienie rozsiane słusznie doradza się unikanie stresu”. Takie stwierdzenie jest mylące. Oczywiście, stres nie powoduje stwardnienia rozsianego – nie robi tego żaden pojedynczy czynnik. Wystąpienie stwardnienia rozsianego jest bez wątpienia uzależnione od pewnej liczby współgrających ze sobą elementów. Ale czy można powiedzieć, że stres nie przyczynia się w znacznym stopniu do wystąpienia tej choroby? Przeprowadzone badania i życie pacjentów, którym się przyglądaliśmy, mocno sugerują, że taki związek istnieje. Świadczy o tym również życie Jacqueline du Pré, której choroba i śmierć stanowią podręcznikową ilustrację niszczącego wpływu stresu, spowodowanego stłumieniem emocjonalnym.

Ludzie często szlochali na koncertach du Pré. Jej porozumienie ze słuchaczami, jak ktoś zauważył „zapierało dech w piersiach i hipnotyzowało każdego”. Jej gra była pełna pasji, czasami intensywniej nie do wytrzymania. Docierała bezpośrednio do uczuć. W przeciwieństwie do prywatnego życia, jej osobowość sceniczna była całkowicie wolna od zahamowań: rozwiane włosy, chwiejące się ciało, bardziej przypominało to rockową ekspresję niż rezerwę charakterystyczną dla wykonawców muzyki klasycznej. – Sprawiała wrażenie słodkiej, skromnej pasterki – zauważył pewien obserwator – ale z wiolonczelą w rękach była jak opętana.

Do dziś dnia niektóre nagrania koncertów du Pré, zwłaszcza wykonanie koncertu wiolonczelowego Elgara, nie mają sobie równych – i prawdopodobnie tak już zostanie. Ten koncert był ostatnim dużym dziełem wielkiego kompozytora, stworzonym w desperacji po wybuchu Pierwszej Wojny Światowej. „Wszystko, co dobre, miłe, czyste i świeże odeszło daleko i nigdy nie wróci”, napisał w 1917 roku Edward Elgar. Był wtedy w siódmej dekadzie życia, u jego schyłku. „Zdolność Jackie do oddania uczuć człowieka w jesieni życia należała do jej niezwykłych i niemożliwych do wyjaśnienia zdolności”, pisze jej siostra, Hilary du Pré, w swojej książce *A Genius in the Family*.

Niezwykłe, tak. Niemożliwe do wyjaśnienia? Chyba nie. Choć nie wiedziała o tym, w wieku dwudziestu lat *Jacqueline du Pré* również była w jesieni swojego życia. Choroba, która miała wkrótce zakończyć jej karierę muzyczną, rozpoczęła się zaledwie kilka lat później. Żal, utrata i rezygnacja były już wcześniej w nadmiarze obecne w jej niewypowiedzianym doświadczeniu uczuciowym. Rozumiała Elgara, ponieważ przeżywała takie samo cierpienie. Jego portret zawsze ją niepokoił. – Miał marne życie, Hil – powiedziała swojej siostrze – i był chory, ale pomimo tego miał promienną duszę i to właśnie czuję w jego muzyce.

Opisywała siebie, od najwcześniejszych początków. Matka Jackie, Iris, przeżyła śmierć swojego ojca, kiedy przebywała jeszcze w szpitalu położniczym po urodzeniu Jackie. Od tego czasu relacja Jackie z matką przybrała charakter symbiotycznej zależności, z której żadna strona nie mogła się uwolnić. Dziecku nie pozwolono ani być dzieckiem, ani stać się dorosłą osobą.

Jackie była dzieckiem wrażliwym, cichym i nieśmiałym, niekiedy psotnym. Mówiono, że była pełna spokoju, z wyjątkiem sytuacji, kiedy grała na wiolonczeli. Nauczyciel muzyki wspomina ją w wieku sześciu lat jako „straszenie uprzejmą i dobrze wychowaną”. Pokazywała światu uprzejmą i uległą twarz. Sekretarka ze szkoły dla dziewcząt, do której uczęszczała Jackie, wspomina ją jako szczęśliwe i radosne dziecko. Koleżanka ze szkoły pamięta ją jako „przyjacielską, wesołą dziewczynę, która dobrze pasowała do grupy”.

Wewnętrzny świat Jackie był zupełnie inny. Hilary przypomina sobie, jak pewnego dnia jej siostra zalała się łzami: – Nikt nie lubi mnie w szkole. To okropne. Wszyscy wyśmiewają się ze mnie. W wywiadzie

Jacqueline przedstawiła siebie jako „jedno z tych dzieci, których inne nie mogą znieść. Tworzyły bandy i skandowały okropne rzeczy”. Była niezgrabną nastolatką, nieśmiałą, bez zainteresowań akademickich, miała niewiele do powiedzenia. Jak mówi jej siostra, Jackie zawsze miała trudności z wyrażaniem się w słowach. „Spostrzegawczy przyjaciele dostrzegali rodzącą się skłonność do melancholii pod słoneczną powierzchownością Jackie”, pisze jej biografka, Elizabeth Wilson, w książce *Jacqueline du Pré*.

Przez całe życie, aż do zachorowania, Jackie skrywała swoje uczucia przed matką. Hilary z lękiem wspomina wydarzenie z dzieciństwa, kiedy Jacqueline z napięciem wyszeptowała jej sekret: – Hil, nie mów Mamie, ale... kiedy dorosnę, nie będę mogła chodzić ani poruszać się. Jak mamy rozumieć to przerażające proroctwo na temat własnej przyszłości? Jako coś niesamowitego czy też jako projekcję tego, że Jackie już jako dziecko czuła się w swojej podświadomości niezdolna do niezależnego działania, spętana, ze sparaliżowanymi siłami witalnymi. I ta prośba: „nie mów Mamie”? Rezygnacja kogoś, kto już zdaje sobie sprawę z bezowocności prób podzielenia się swoim bólem, lękiem, niepokojem – swoją mroczną stroną – z rodzicem, który nie jest zdolny do podjęcia takiej komunikacji. Dużo później, kiedy rozpoczęło się stwardnienie rozsiane, trwająca całe życie niechęć Jackie do matki eksplodowała w wybuchu niekontrolowanej, obrazoburczej wściekłości. Potulne dziecko stało się zdecydowanie wrogim dorosłym.

W takim samym stopniu, w jakim Jacqueline du Pré kochała wiolonczelę i tęskniła za nią, coś w jej wnętrzu sprzeciwiało się roli muzyka-wirtuoza. Ta osobowość wirtuoza zdominowała jej prawdziwe ego. Stała się również jej jedynym sposobem komunikowania uczuć i jedyną drogą do zaskarżenia sobie uwagi matki. Stwardnienie rozsiane było jakimś środkiem na odrzucenie tej roli – w ten sposób jej ciało powiedziało nie.

Sama Jacqueline nie była w stanie bezpośrednio odrzucić oczekiwań świata. W wieku osiemnastu lat, już znana publicznie, z tęsknotą zazdrościła innej młodej wiolonczelistce, która przechodziła kryzys. – Ta dziewczyna ma szczęście – powiedziała przyjaciółce. – Mogła porzucić muzykę, jeśli tego chciała. Ale ja nigdy nie mogłabym zrezygnować, bo zbyt wielu ludzi wydało na mnie za dużo pieniędzy.

Wiolonczela umożliwiała jej osiągnięcie niewyobrażalnych szczy-

tów i krępowała ją. Przerazona ceną, jaką musiała zapłacić za swoją karierę muzyczną, uległa nakazom swojego talentu i potrzebom rodziny.

Hilary mówi o Jackie przemawiającej „głosem wiolonczeli”. Bezpośrednie sposoby ekspresji zostały u Jackie wcześniej stłumione, zatem wiolonczela stała się jej głosem. Wlewała całą swoją pasję, ból, rezygnację – całą swoją wściekłość – w muzykę. Jak wnikliwie zauważył jeden z jej nauczycieli muzyki, kiedy Jackie była nastolatką, grając zmuszała instrument, by wyraził jej wewnętrzną agresję. Kiedy zajmowała się muzyką, przejmowały nad nią władzę uczucia, które były głęboko wyciszone lub wręcz nieobecne w innych sferach jej życia. To dlatego, kiedy grała, tak bardzo przykuwała oczy, a słuchanie jej często było wręcz bolesne – „niemal przerażające”, jak to ujął rosyjski wiolonczelista Misza Majski.

Dwadzieścia lat po swoim dziecięcym debiucie, wówczas już chora na stwardnienie rozsiane, Jackie powiedziała pewnemu przyjacielowi, co czuła, kiedy pierwszy raz znalazła się na scenie. „To było tak, jakby do tej chwili miała przed sobą ceglany mur, który uniemożliwiał jej porozumienie się z resztą świata. Jednak w momencie, kiedy Jackie zaczęła grać przed słuchaczami, ściana zniknęła i czuła, że nareszcie może mówić. Uczucie to nie opuszczało jej nigdy, kiedy występowała”. Jako dorosła napisała w swoim dzienniku, że nigdy nie wiedziała, jak porozumiewać się słowami, potrafiła mówić jedynie poprzez muzykę.

Ostatni okres życia Jacqueline du Pré, zanim stwardnienie rozsiane uniemożliwiło jej grę na wiolonczeli, był zdominowany przez jej związek z mężem, Danielem Barenboimem. Czarujący, kulturalny, kosmopolityczny argentyński Żyd wychowany w Izraelu, w wieku dwudziestu kilku lat stał się supernową gwiazdą międzynarodowej galaktyki muzycznej. Był poszukiwanym pianistą koncertowym i muzykiem kameralnym, zaczął też zdobywać nazwisko jako dyrygent. Kiedy du Pré i Barenboim spotkali się, porozumienie muzyczne między nimi było spontanicznie elektryzujące, pełne pasji, nawet mistyczne. Romans i małżeństwo były nieuchronne. Wydawało się, że to historia jak z bajki; stali się słynną parą świata muzyki klasycznej.

Niestety, w małżeństwie Jackie mogła ujawnić swoją prawdziwą osobowość nie bardziej, niż w pierwotnej rodzinie. Ludzie, którzy zna-

li ją dobrze, zauważyli, że wkrótce zaczęła mówić z dziwnym, „nie dającym się określić” środkowo-atlantyckim akcentem. To nieświadome przejście sposobu mówienia męża było sygnałem roztopienia się jej tożsamości w kontakcie z inną, bardziej dominującą osobowością. Hilary pisze, że Jackie jeszcze raz dopasowała się do potrzeb i oczekiwań kogoś innego: „Szerokie przestrzenie jej osobowości miały niewiele okazji do manifestowania się, z wyjątkiem sytuacji, kiedy grała. *Musiała być taką Jackie, jakiej wymagały okoliczności*”.

Kiedy wówczas jeszcze nie rozpoznana, postępująca choroba neurologiczna zaczęła powodować poważne objawy, takie jak osłabienie i omdlenia, Jackie zastosowała, jak w całym dotychczasowym życiu, wzorzec milczenia. Zamiast zaalarmować męża, skrywała swoje problemy, udając, że to z innych przyczyn musi zwolnić tempo.

– Cóż, mogę tylko powiedzieć, że wcale nie odczuwam tego jako stresu – powiedziała pewnego razu Jackie we wczesnym okresie swego małżeństwa, kiedy Hilary spytała, jak radzi sobie z obciążeniem zarówno osobistą, jak i zawodową relacją ze swoim mężem. – Uważam się za bardzo szczęśliwą osobę. Kocham moją muzykę i kocham mojego męża i wydaje się, że mam mnóstwo czasu i dla jednego, i dla drugiego.

Wkrótce potem porzuciła zarówno męża, jak i karierę. Zaczęła uważać, że mąż stoi między nią i jej prawdziwą osobowością. Na krótko porzuciła małżeństwo, odreagowując brak szczęścia w romansie ze szwagrem – co było kolejnym przykładem jej niepewnych granic. W głębokiej depresji, przez pewien czas nie chciała mieć nic wspólnego z wiolonczelą. Wkrótce po tym, jak powróciła zarówno do małżeństwa, jak i do muzyki, rozpoznano stwardnienie rozsiane.

W przypadku Jacqueline du Pré głos wiolonczeli pozostał jej jedynym głosem. Hilary nazywała go wybawieniem swojej siostry. Tak nie było. Był wspaniały dla słuchaczy, ale nie sprawdzał się dla niej samej. Ludzie uwielbiali pełen pasji sposób, w jaki uprawiała muzykę, ale zdawało się, że nikt nigdy jej naprawdę nie usłyszał. Publiczność szlochała, a krytycy wyśpiewywali peany, ale nikt jej nie słyszał. Tragizm jest to, że ona sama również była głucha na głos swojego prawdziwego ja. Ekspresja artystyczna sama w sobie jest tylko sposobem wyrażania emocji, a nie przepracowania ich.

Po śmierci siostry, Hilary słuchała nagrania BBC z koncertu Elgara z 1973 roku, pod dyktando Zubina Mehty. Był to ostatni publiczny

występ Jackie w Wielkiej Brytanii. „Kilka chwil strojenia, krótka pauza i zaczęła. Nagle podskoczyłam. Zwalniała tempo. Kilka taktów i stało się to jasno widoczne. Wiedziałam dokładnie, co się dzieje. Jackie, jak zawsze, mówiła za pośrednictwem swojej wiolonczeli. Mogłam słyszeć, co mówiła... Mogłam niemal widzieć łzy na jej twarzy. Zegnała się, grała swoje własne requiem”.

Rozdział 3

Stres i kompetencja emocjonalna

O dwieczny kompromis między materią żywą a jej nieożywionym otoczeniem, między jedną a drugą istotą żywą, istnieje od zarania dziejów życia powstałego w prehistorycznych oceanach” – napisał Hans Selye w „Akcentach życia”. Interakcje występujące między ludźmi, zwłaszcza interakcje emocjonalne, mają różnoraki, a zarazem subtelny wpływ na nasze biologiczne funkcjonowanie i to niemalże w każdym momencie naszego życia. Istnieją ważne czynniki mające olbrzymi wpływ na nasze zdrowie i o nich przeczytamy w tej książce. Zrozumienie zawilej równowagi wzajemnych zależności między dynamicznymi czynnikami psychologicznymi naszego środowiska emocjonalnego i naszej fizjologii ma kluczowe znaczenie dla naszego dobra. „Może się to wydawać dziwaczne” napisał Selye. „Możesz sądzić, że nie do wyobrażenia jest wzajemne oddziaływanie między zachowaniem naszych komórek, np. podczas infekcji, i naszym zachowaniem w codziennym życiu. Osobiście się z tym nie zgadzam”.

Mimo upływu sześciu dekad od czasu ukazania się przełomowej pracy Selye’go, nadal nie doceniamy fizjologicznego wpływu uczuć. Medyczne podejście do zdrowia i choroby nadal opiera się na założeniu, że ciało i rozum mogą być rozdzielone zarówno od siebie, jak i od środowiska, w którym istnieją. Do pogłębienia tego błędu przyczynia się wąska i uproszczona definicja stresu.

Typowo medyczne myślenie zwykle postrzega stres jako wysoce dramatyczne, ale izolowane wypadki, takie jak np. nagła utrata pracy, rozpad małżeństwa lub śmierć ukochanej osoby. Tego typu wydarzenia są potencjalnym źródłem stresu dla wielu z nas, jednakże istnieje w naszym życiu także rodzaj przewlekłego, codziennego stresu, który w długim okresie jest o wiele bardziej zdradziecki i szkodliwy w swoich biologicznych konsekwencjach. Wewnętrznie generowany stres daje nam się mocno we znaki, jednakże bez widocznych objawów zewnętrznych.

U osób, które od wczesnego dzieciństwa przyzwyczajone są do wysokiego poziomu wewnętrznego stresu, jego brak powoduje niepokój, wywołujący znudzenie i pewnego rodzaju poczucie miałości egzystencji. Ludzie tacy mogą stać się uzależnieni od ich własnych hormonów stresu, adrenaliny i kortyzolu, jak zauważył to Hans Selye. Takim osobom stres wydaje się pożądanym, podczas gdy jego brak jest czymś, czego powinno się unikać.

Kiedy ludzie opisują siebie jako zestresowanych, mają zwykle na myśli nerwowy niepokój, jakiego doświadczają na skutek nadmiernych wymagań – najczęściej pojawiających się w pracy, w rodzinie, w kręgu przyjaciół, odnoszących się do finansów lub zdrowia. Jednak uczucie nerwowego napięcia wcale nie definiuje stresu i – mówiąc dokładnie – nie zawsze jest zauważalne u osób podlegających stresowi. Stres, jak to zdefiniujemy, nie jest sprawą subiektywnych uczuć. Jest to wymierny zespół obiektywnych, fizjologicznych zdarzeń, zachodzących w organizmie i angażujących mózg, układ hormonalny, system immunologiczny i wiele innych organów. Zarówno zwierzęta, jak i ludzie mogą odczuwać stres, wcale go sobie nie uświadamiając.

„Stres nie jest po prostu nerwowym napięciem” wskazywał Selye. „Reakcje stresowe pojawiają się u niższych zwierząt i nawet u roślin, które nie posiadają układu nerwowego... W rzeczywistości, stres można wywołać u pacjentów znajdujących się w głębokiej narkozie, a nawet w hodowlach komórek rosnących poza organizmem”. Podobnie, efekt stresu może być bardzo widoczny u osób całkowicie świadomych, ale podlegających nie uświadomionym emocjom lub odciętych od reakcji własnego organizmu. Fizjologiczny proces stresu może być wyzwolony bez zauważalnego wpływu na nasze zachowanie

i bez subiektywnej świadomości tego faktu, jak wykazano podczas eksperymentów ze zwierzętami i w badaniach nad zachowaniem człowieka.

A więc co to jest właściwie stres? Selye – który wprowadził obecne znaczenie tego słowa i który z żartobliwą dumą pisał jak *der stress*, *le stress* i *lo stress* wkroczył do języka niemieckiego, francuskiego i włoskiego – zdefiniował stres jako proces biologiczny, obszerny zespół zjawisk zachodzących w naszym organizmie bez względu na przyczynę lub subiektywną świadomość. Stres polega na wewnętrznych zmianach – widocznych lub nie – które pojawiają się wówczas, kiedy organizm odbiera jakieś zagrożenie dla swojego istnienia lub dobrego stanu. Chociaż napięcie nerwowe może być składnikiem stresu, to jednak można podlegać stresowi bez odczuwania napięcia. Z drugiej jednak strony jest możliwe odczuwanie napięcia bez wzbudzenia fizjologicznych mechanizmów stresu.

Poszukując słowa, które mogłoby uchwycić znaczenie fizycznych zmian zaobserwowanych w swoim eksperymencie, Selye „natknął się na termin *stres*, który od dawna był używany w języku angielskim, a zwłaszcza w naukach inżynierskich, w celu oznaczenia efektów siły działającej na pewną przeszkodę”. Selye podaje przykład zmian wywoływanych podczas rozciągania gumowego paska lub ściskania stalowej sprężyny. Zmiany te mogą być zauważone gołym okiem lub mogą być widoczne tylko podczas badania mikroskopowego.

Porównania Selye’ego ilustrują ważny punkt: nadmierny stres pojawia się wówczas, kiedy wymagania w stosunku do organizmu dalece przekraczają jego zdolność ich spełnienia. Gumowy pasek pęka, a sprężyna zostaje trwale zdeformowana. Odpowiedź organizmu na stres może być wywołana również przez fizyczne uszkodzenie, takie jak infekcja czy uraz. Może powstać na skutek urazu emocjonalnego lub tylko zagrożenia takim urazem, nawet jeśli istnieje ono tylko w naszej wyobraźni. Odpowiedź fizjologiczna na stres może być wywoływana, kiedy zagrożenie istnieje poza naszą świadomością lub nawet, kiedy dana osoba wierzy, że znajduje się w stanie „dobrego” stresu.

U Alana, czterdziestosiedmioletniego inżyniera, kilka lat temu zdiagnozowano raka przełyku – organu w kształcie rury, przez który połknięty pokarm przedostaje się z jamy ustnej do żołądka. Alan mówił

o tak zwanym „pozytywnym stresie”, opisując niespokojną, samonapędzającą się egzystencję, jaką prowadził w latach przed zdiagnozowaniem choroby nowotworowej. Ten „pozytywny stres” nie tylko podkopał jego zdrowie, ale także służył oderwaniu się od bolesnych problemów jego życia, które były ciągłym źródłem nieustających fizjologicznych zaburzeń zachodzących w jego organizmie.

Alanowi usunięto dolną część przełyku wraz z górną częścią żołądka, w miejscu nacieku raka. Ponieważ doszło do zajęcia kilku węzłów chłonnych na zewnątrz przewodu pokarmowego, otrzymał pięć kursów chemioterapii. Obniżenie liczby białych krwinek było tak duże, że kolejny kurs chemioterapii mógł doprowadzić do jego zgonu.

Alan, który nie palił ani nie pił, był zaszokowany diagnozą, ponieważ zawsze uważał, że prowadzi zdrowy tryb życia. Od dawna jednak uważał, że ma „słaby żołądek”. Często cierpiał na niestrawność i zgagę, która jest objawem cofania się kwasu żołądkowego do przełyku. Wyściółka przełyku nie jest odporna na żrące działanie kwasu solnego, wydzielanego w żołądku. Zastawka mięśniowa znajdująca się między tymi dwoma organami i złożone mechanizmy neurologiczne zapewniają, że pożywienie przesuwają się w dół od gardła do żołądka i nie pozwalają, by kwas dostawał się do przełyku. Przewlekły refluks (cofanie się kwasu żołądkowego do przełyku) może zniszczyć nabłonek dolnej części przełyku i przyczynić się powstawania zmian nowotworowych.

Alan, który nie lubił narzekać, tylko raz wspomniał o tym problemie lekarzowi. Alan był typem człowieka, który myśli szybko, mówi szybko i wszystko robi szybko. Uważał – i było to całkiem uzasadnione – że jego zwyczaj jedzenia w biegu jest przyczyną zgagi. Jednakże nadmierne wydzielanie kwasu spowodowane stresem i zaburzenia autonomicznego układu nerwowego również odgrywają pewną rolę w powstawaniu refluksu. Autonomiczny układ nerwowy nie podlega naszej świadomej kontroli i jak sama nazwa wskazuje, jest odpowiedzialny za wiele autonomicznych czynności, takich jak czynność serca, oddychanie i skurcze mięśni narządów wewnętrznych.

Zapytałem Alana, czy przed zdiagnozowaniem jego choroby był narażony na jakiś stres.

– Tak, byłem narażony na stres, ale są dwa rodzaje stresu. Jest stres negatywny i pozytywny.

W opinii Alana negatywnym stresem w jego dziesięcioletnim mał-

żeństwie był całkowity brak bliskości z żoną, Shelley. Uważał, że był to główny powód, dla którego nie mieli dzieci.

– Ona ma pewne bardzo poważne problemy. Nie potrafi być romantyczna, nie jest zdolna do bliskości i wszystkich tych rzeczy, których potrzebowałem, dlatego moja frustracja tym małżeństwem osiągnęła absolutny szczyt w momencie, kiedy zachorowałem na raka. Zawsze czułem, że to był naprawdę poważny problem.

„Pozytywny stres”, z punktu widzenia Alana, istniał w jego pracy. W roku poprzedzającym rozpoznanie choroby pracował po 11 godzin dziennie, przez siedem dni w tygodniu. Zapytałem go, czy kiedykolwiek odmówił.

– Nigdy, tak naprawdę to uwielbiam być proszony. Niemal nigdy nie zdarzało się, że zgadzałem się na coś z prawdziwym żalem. Lubię pracować, lubię przyjmować wyzwania. Wszystko, co ktoś musi zrobić, to poprosić mnie i w ten sposób ma mnie w garści.

– Co było po rozpoznaniu raka?

– Nauczyłem się mówić nie – i mówię to przez cały czas. Ja chcę żyć! Myślę, że mówienie nie odgrywa ogromną rolę w lepszym samopoczuciu. Cztery lata temu dawano mi 15% szansy na przeżycie. Podjąłem świadomą decyzję, że chcę żyć i nastawiłem się na jakieś pięć – siedem lat.

– Co masz na myśli?

– Uważa się, że 5 lat jest magiczną cyfrą, ale ja wiem, że to jest po prostu arbitralnie dobrany okres. Dochodzę do wniosku, że uda mi się oszukać i dostać dodatkowo dwa lata więcej. A później, po siedmiu latach...

– Czy uważasz, że po siedmiu latach możesz na nowo powrócić do dawnego szalonego życia?

– Tak, chyba mógłbym. Nie wiem.

– Duży błąd!

– Prawdopodobnie – porozmawiamy o tym. Teraz jestem grzecznym chłopcem. Naprawdę. Odmawiam każdemu.

Przeżycie stresu składa się z trzech elementów. Pierwszym jest wydarzenie, psychiczne lub emocjonalne, które organizm interpretuje jako zagrożenie. Jest to bodziec stresowy, zwany również stresorem. Drugim elementem jest system przetwarzający te doświadczenia

i interpretujący znaczenie stresora. W przypadku ludzi tym systemem przetwarzającym jest układ nerwowy, zwłaszcza mózg. Ostatnim jest odpowiedź na stres, która składa się z wielu fizjologicznych i behawioralnych przystosowań, zachodzących w reakcji na dostrzeżone zagrożenie.

Od razu widzimy, że definicja stresora zależy od systemu przetwarzającego, który przypisuje mu określone znaczenie. Szok wywołany trzęsieniem ziemi jest bezpośrednim zagrożeniem dla wielu organizmów, chociaż nie dla bakterii. Utrata pracy jest o wiele bardziej stresująca dla zatrudnionego i opłacanego pracownika, którego rodzina żyje z miesiąca na miesiąc, niż dla pracownika szczebla kierowniczego, który otrzymuje sową odprawę, odchodząc na emeryturę.

Równie ważna jest osobowość i obecny stan psychiczny osoby, na którą działa stresor. Pracownik szczebla kierowniczego, mający zapewnione bezpieczeństwo finansowe, po rozwiązaniu z nim umowy o pracę może również podlegać silnemu stresowi, jeśli jego poczucie wartości i celu były całkowicie uzależnione od stanowiska w firmie, w porównaniu z jego kolegą, dla którego większą wartość ma rodzina, zainteresowania społeczne lub zaangażowanie duchowe. Utrata pracy może być przez jednych postrzegana jako główne zagrożenie, podczas gdy inni mogą takie zdarzenie postrzegać jako pewną okazję dla siebie. Nie istnieje jednolity i uniwersalny związek między stresorem i odpowiedzią stresową. Każde stresogenne wydarzenie jest pojedyncze i doświadczane obecnie, ale nawiązuje do przeszłości. Intensywność stresu i jego długotrwałe konsekwencje zależą od wielu czynników, właściwych jedynie danej osobie. To, co definiuje stres dla każdego z nas, to sprawa osobistej skłonności, a jeszcze bardziej osobistej historii.

Selye odkrył, że biologia stresu głównie dotyczy trzech rodzajów tkanek lub organów naszego ciała: w układzie hormonalnym widoczne zmiany pojawiają się w nadnerczach; w układzie immunologicznym stres dotyka śledzionę, grasicę i węzły chłonne; w przewodzie pokarmowym wpływa na jego wyściółkę. Badania sekcyjne pokazały, że szczury poddane działaniu stresu mają powiększone nadnercza, zmniejszony układ limfatyczny i owrzodzenia przewodu pokarmowego.

Wszystkie te zmiany generowane są przez centralny układ nerwowy i hormonalny. Nasz organizm produkuje wiele hormonów, czyli rozpuszczalnych substancji chemicznych, które wpływają na funkcje

organów, tkanek i komórek. Substancję wydzielaną do krążenia przez jeden narząd w celu wpływania na funkcjonowanie innego narządu nazywa się hormonem. W przypadku zagrożenia podwzgórze w mózgu wydziela hormon uwalniający kortykotropinę (CRH), który dociera do położonej w pobliżu przysadki mózgowej, małego gruczołu wewnątrzwydzielniczego, umiejscowionego u podstawy czaszki. Po pobudzeniu przez CRH, przysadka mózgowa wydziela hormon adrenokortykotropowy (ACTH).

Następnie krew przenosi ACTH do nadnerczy, małych narządów umiejscowionych w tkance tłuszczowej na szczycie nerek. Tutaj ACTH działa na korę nadnerczy, która właściwie pełni funkcję gruczołu dokrewnego. Stymulowany przez ACTH, gruczoł ten wydziela hormony kortykoidowe (od słowa „cortex”), a najważniejszym z nich jest kortyzol. Kortyzol w taki czy inny sposób działa na prawie wszystkie tkanki naszego organizmu – od mózgu do systemu immunologicznego, od kości do układu pokarmowego. Jest to ważna część niezwykle skomplikowanego systemu fizjologicznej kontroli i równowagi, dzięki której ciało odpowiada na zagrożenia. Natychmiastowy efekt kortyzolu polega na stłumieniu reakcji stresowej organizmu, co obniża aktywność układu immunologicznego w celu utrzymania jej w bezpiecznych granicach.

Sieć operacyjną, utworzoną przez podwzgórze, przysadkę mózgową i nadnercza, określa się jako oś PPN odgrywającą kluczową rolę w mechanizmie ludzkiego stresu. Jest ona sprzężona z wieloma innymi czynnikami, które zostaną opisane w dalszych rozdziałach. Ponieważ podwzgórze na zasadzie sprzężenia zwrotnego komunikuje się z ośrodkami mózgowymi odpowiedzialnymi za procesy emocjonalne, to właśnie za pośrednictwem osi PPN uczucia bezpośrednio wpływają na układ odpornościowy i inne organy.

Triada Selye'go, polegająca na powiększeniu nadnerczy, zmniejszeniu się tkanki limfatycznej i owrzodzeniach przewodu pokarmowego, wynika zatem z pobudzającego wpływu ACTH na nadnercza, hamującego oddziaływanie kortyzolu na układ immunologiczny i prowadzącego do owrzodzeń wpływu kortyzolu na przewód pokarmowy. U wielu pacjentów, którym przepisano leki o działaniu podobnym do kortyzolu, np. do leczenia astmy, zapalenia okrężnicy, zapalenia stawów lub chorób nowotworowych, występuje ryzyko krwawienia z przewodu pokarmowego i mogą oni potrzebować innych leków

w celu ochrony nabłonka jelit. Działanie kortyzolu pomaga również wyjaśnić, dlaczego przewlekły stres zwiększa naszą podatność na powstawanie choroby wrzodowej. Kortyzol w dużym stopniu powoduje także odwapnienie kości. Pacjenci z depresją wydzielają większe ilości kortyzolu, dlatego też u kobiet narażonych na stres i z obniżonym nastrojem, w okresie pomenopauzalnym znacznie częściej rozwija się osteoporoza i dochodzi do złamania szyjki kości udowej.

Ten pobieżny opis reakcji na stres z konieczności jest niekompletny – stres dotyka i dotyczy praktycznie każdej komórki naszego organizmu. Zgodnie z tym, co zauważył Selye: „Ogólny zarys odpowiedzi na stres nie musi dotyczyć tylko mózgu i nerwów, przysadki mózgowej, nadnerczy, nerek, naczyń krwionośnych, połączeń międzykomórkowych, tarczycy, wątroby, białych ciałek krwi, ale musi także wskazywać na różnorakie sprzężenia między nimi”. Stres działa na wiele komórek i tkanek naszego systemu immunologicznego, które w znacznej części nie były jeszcze znane, kiedy Selye przeprowadzał swoje pionierskie badania. Również serce, płuca, mięśnie szkieletowe i ośrodki uczuć w mózgu są zaangażowane w natychmiastową odpowiedź na potencjalne zagrożenie.

Wystąpienie reakcji stresowej jest niezbędne do utrzymania naszej wewnętrznej równowagi. Odpowiedź na stres nie jest specyficzna. Może ona zostać wywołana wskutek jakiegokolwiek „ataku” – fizycznego, biologicznego, chemicznego lub psychologicznego, lub w odpowiedzi na *spodziewany* atak czy zagrożenie, świadome lub nieświadomione. Istotą zagrożenia jest zaburzenie homeostazy naszego organizmu, czyli stosunkowo wąskiego zakresu warunków fizjologicznych, w obrębie których organizm może przeżyć i funkcjonować. Aby ułatwić walkę albo ucieczkę, krew przemieszcza się z narządów wewnętrznych do mięśni, a serce musi pompować ją szybciej. Mózg musi skupić się na zagrożeniu, zapominając o głodzie i potrzebach seksualnych. Zmagazynowane zapasy energii muszą zostać zmobilizowane w formie cząsteczek cukru. Komórki układu immunologicznego również muszą zostać aktywowane. Adrenalina, kortyzol i inne substancje stresu wypełniają właśnie te zadania.

Wszystkie te funkcje muszą być utrzymywane w obrębie bezpiecznych granic: zbyt duży poziom cukru we krwi może być przyczyną śpiączki, nadmiernie aktywny układ odpornościowy może produkować toksyczne substancje chemiczne. A zatem reakcja stresowa mo-

że być rozumiana nie tylko jako odpowiedź organizmu na istniejące zagrożenie, ale także jako próba utrzymywania homeostazy w obliczu groźby. Na konferencji poświęconej stresowi w Narodowym Instytucie Zdrowia (USA) badacze użyli pojęcia stabilnego środowiska wewnętrznego do zdefiniowania samego stresu *jako stanu dysharmonii albo zagrożenia homeostazy*. Zgodnie z tą definicją, czynnik powodujący stres jest *zagrożeniem, prawdziwym lub postrzeganym, który prowadzi do naruszenia homeostazy*.

Co łączy wszystkie stresory? Wszystkie one ostatecznie reprezentują brak czegoś, co organizm postrzega jako niezbędne do życia lub też groźbę utraty czegoś takiego. Groźba utraty zaopatrzenia w żywność jest poważnym stresorem. Dla ludzi podobne znaczenie ma groźba utraty miłości. „Bez wahania można powiedzieć”, napisał Hans Selye, „że dla ludzi najbardziej istotnymi stresorami są emocje”.

Przegląd literatury pozwala zidentyfikować trzy czynniki, które zawsze prowadzą do stresu: *niepewność, brak informacji i utrata kontroli*. Wszystkie te trzy czynniki są obecne w życiu osób cierpiących na choroby przewlekłe. Wielu ludziom może wydawać się, że sprawują kontrolę, a potem odkrywają, że nieznane im siły kierowały ich decyzjami i zachowaniami przez wiele, wiele lat. Sam zaobserwowałem to w moim życiu. Dla niektórych ludzi to właśnie choroba jest tym czynnikiem, który ostatecznie niszczy iluzję kontroli.

Pięćdziesięcioośmioletnia Gabriela jest członkiem miejscowego stowarzyszenia chorych na sklerodermę. Jej naturalnie duże oczy są jeszcze powiększone wskutek tego, że skóra jest mocno naciągnięta na twarzy, jej uśmiech jest ledwo dostrzegalnym ruchem warg nad doskonale białymi zębami. Jej wąskie palce lśnią w charakterystyczny dla sklerodermy, woskowaty sposób, są także zdeformowane z powodu reumatoidalnego zapalenia stawów. Kilka palców odchyliło się na zewnątrz i ma opuchnięte stawy. U Gabrieli wykryto twardzinę w 1985 roku. Zwykle początek tej choroby jest powolny i podstępny, ale u niej pierwsze objawy pojawiły się nagle jak grypa – prawdopodobnie dlatego, że w jej przypadku skleroderma łączy się z uogólnionym reumatoidalnym zapaleniem stawów.

– Byłam bardzo, bardzo chora przez około rok – wspomina Gabriela.

– Przez pierwsze pięć czy sześć miesięcy prawie nie mogłam wstać z łóżka. Z powodu bólu każdego stawu, było dla mnie ogromnym wysiłkiem wstać z łóżka i cokolwiek zrobić. Przez trzy lub może cztery tygodnie działały środki przeciwpalne i Tylenol 3. Potem przestały być skuteczne, a więc próbowaliśmy coś zmienić i wypróbować inne leki. Nie byłam w stanie nic jeść. W ciągu pięciu tygodni straciłam trzydzieści funtów. Moja waga spadła do 91 funtów... Przeczytałam w różnych artykułach, że ludzie cierpiący na sklerodermę to ci, którzy zawsze mają poczucie kontroli. Przez całe moje życie za wszystko odpowiadałam i o wszystko się troszczyłam. Kiedy zachoruję się na twardzinę, nagle traci się kontrolę nad wszystkim.

Obwinianie stresu, fizjologicznego mechanizmu niezbędnego do życia, o to, że powoduje chorobę, może wydawać się paradoksalne. Żeby rozwiązywać tę pozorną sprzeczność, musimy rozróżnić *stres ostry* i *stres przewlekły*. Ostry stres to natychmiastowa, krótkotrwała reakcja organizmu na zaistniałe zagrożenie. Przewlekły stres to długotrwała aktywacja mechanizmów stresowych, występująca u osoby narażonej na działanie stresorów, których nie może uniknąć, ponieważ nie rozpoznaje zagrożenia lub nie ma nad nim żadnej kontroli.

Pobudzania w układzie nerwowym, produkcja hormonów i zmiany zachodzące w układzie immunologicznym składają się na reakcję typu „ucieczka lub walka”, która pozwala przeżyć bezpośrednie niebezpieczeństwo. Te biologiczne odpowiedzi są przystosowane do sytuacji krytycznych, do których stworzyła je natura. Jednak te same reakcje, wyzwalane przewlekłe i bez możliwości rozwiązania problemu, prowadzą do szkodliwych i nawet trwałych zmian. Długotrwały, wysoki poziom kortyzolu niszczy tkanki. Długotrwały, podwyższony poziom adrenaliny podnosi ciśnienie krwi i uszkadza serce.

Istnieje obszerna dokumentacja opisująca hamujące efekty przewlekłego stresu na układ immunologiczny. W pewnym badaniu porównano aktywność komórek układu immunologicznego nazwanych *naturalnymi zabójcami* (*natural killers*) w dwóch grupach: osób opiekujących się współmałżonkami cierpiącymi na Alzheimera i w grupie kontrolnej, dobranej pod względem wieku i stanu zdrowia. Komórki te działają na pierwszej linii walki przeciw infekcjom i nowotworom, posiadają zdolność atakowania inwazyjnych mikroorganizmów i niszczenia zmutowanych komórek. Działanie komórek tzw. *naturalnych zabójców* w organizmie opiekunów było w znacznym

stopniu stłumione, nawet u tych, których współmałżonkowie umarli 3 lata wcześniej. Opiekunowie, którzy mieli mniejsze wsparcie społeczne, wykazywali również większe stłumienie aktywności immunologicznej – tak jak najbardziej osamotnieni studenci medycyny, którzy w stresie występującym podczas egzaminu w największym stopniu mieli osłabiony układ immunologiczny.

W innym badaniu oceniono u opiekunów skuteczność szczepionki przeciw grypie. W badaniu tym stwierdzono, że u 80% osób z grupy kontrolnej, nie poddanych stresowi, wytworzyła się odporność przeciw wirusowi, zaś wśród opiekunów chorych na Alzheimera tylko u 20% nastąpiła taka odpowiedź. U osób nieustannie sprawujących opiekę stres zahamował działanie układu immunologicznego i sprawił, że byli podatni na grypę. Badanie to pokazało także zależne od stresu opóźnienie w regeneracji tkanek. Rany u opiekunów osób z chorobą Alzheimera goiły się przeciętnie dziewięć dni dłużej niż w grupie kontrolnej.

Wyższy poziom stresu powoduje zwiększone wydzielanie kortyzolu przez oś PPN, kortyzol zaś hamuje aktywność komórek zapalnych, biorących udział w gojeniu ran. Studenci stomatologii zostali celowo skaleczeni na podniebieniu twardym po raz pierwszy przed egzaminem z immunologii, a po raz drugi podczas wakacji. We wszystkich przypadkach rana zagoiła się znacznie szybciej podczas wakacji. W przypadku sytuacji stresowych leukocyty produkowały mniejszą ilość substancji niezbędnych do gojenia ran.

Wielokrotnie obserwowany związek między stresem, osłabieniem układu immunologicznego i chorobą dał początek koncepcji „chorób adaptacji”, jak je określił Hans Selye. Nie podlega dyskusji, że reakcja typu „walki lub ucieczki” była niezastąpiona w okresie, kiedy prymitywne istoty ludzkie musiały walczyć i przeżyć w świecie pełnym drapieżników i innych niebezpieczeństw. Jednakże w obecnym, cywilizowanym świecie, reakcja typu „walczyć lub uciekać” wyzwała się w sytuacjach, kiedy nie jest ani konieczna, ani pomocna, ponieważ nie zagrażają nam już te same śmiertelne niebezpieczeństwa. Mechanizmy fizjologicznego stresu są często wyzwalane nieadekwatnie do sytuacji, wywołując chorobę.

Można na ten problem spojrzeć również z innego punktu. Reakcja alarmowa typu „walki lub ucieczki” istnieje dziś w tym samym celu, do jakiego została stworzona na drodze ewolucji: aby umożliwić nam

przeżycie. Z biegiem lat utraciliśmy kontakt z odczuciami płynącymi z naszych narządów wewnętrznych, które są naszym systemem alarmowym. Organizm rozwija reakcję stresową, natomiast umysł nie jest świadomy zagrożenia. Pozostajemy w sytuacjach stresu fizjologicznego, mając tylko niejasne poczucie dyskomfortu lub nie wiedząc o nim w ogóle. Tak jak wskazał Selye, w dzisiejszych czasach najistotniejszymi czynnikami wywołującymi u większości ludzi stres – przynajmniej w uprzemysłowionym świecie – są uczucia. Podobnie jak zwierzęta laboratoryjne, które nie mogą uciec, tak i ludzie złapani są w pułapkę stylu życia i wzorców emocjonalnych szkodliwych dla naszego zdrowia. Wydaje się, że wraz z wyższym poziomem rozwoju ekonomicznego staliśmy się bardziej nieczuli i obojętni na otaczającą nas rzeczywistość emocjonalną. Nie odczuwamy tego, co się dzieje w naszych organizmach i dlatego też nie potrafimy się chronić. Fizjologia stresu zaczyna zżerać nasze ciała nie dlatego, że przeżyła się jej przydatność, ale dlatego, że dłużej nie jesteśmy w stanie rozpoznawać sygnałów stresu.

Podobnie jak stres, również i emocje są pojęciem, na które się często powołujemy bez precyzyjnego określenia jego znaczenia. I podobnie jak stres, również i emocje składają się z kilku elementów. Psycholog Ross Buck rozróżnia trzy poziomy odpowiedzi emocjonalnej, które określa jako: Emocja I, Emocja II i Emocja III, sklasyfikowane zgodnie ze stopniem, w jakim je sobie uświadamiamy.

Emocja III to przeżycie subiektywne, zachodzące w każdym z nas. To, jak się czujemy. Przeżywając Emocję III mamy świadomość swojego stanu uczuciowego, takiego jak złość, radość lub strach, i towarzyszącym im odpowiednim odczuciom naszego ciała.

Emocja II to forma, w jakiej wyrażamy nasz stan emocjonalny wobec innych, świadomie lub bez udziału świadomości. Jest to sygnalizowane poprzez nasz język ciała – „sygnały niewerbalne, manieryzmy, tony głosu, gesty, wyraz twarzy, krótkie dotknięcia, a nawet czas trwania pewnych zdarzeń i pauz między słowami. Sygnały te mogą mieć fizjologiczne konsekwencje, często bez świadomości uczestników tego rodzaju komunikacji”. Całkiem często zdarza się, że dana osoba nie jest świadoma uczuć, jakie komunikuje, nawet jeśli są one wyraźnie widoczne dla otoczenia. To właśnie wyrażanie Emocji II jest tym, co najbardziej wpływa na innych ludzi, bez względu na nasze intencje.

Okazywana przez dziecko Emocja II jest również w najmniejszym stopniu tolerowana przez rodziców, jeśli demonstrowane uczucia wywołują w nich zbyt dużo lęku. Jak wskazuje dr Buck, dziecko, którego rodzice karzą lub hamują takie okazywanie uczuć, będzie tak warunkowane, aby w przyszłości na podobne emocje reagować stłumieniem. Takie zamknięcie się w sobie ma na celu zapobieganie stanom wstydu i odrzucenia. W takich warunkach, pisze Buck, „kompetencja emocjonalna będzie ograniczona ... Dany osobnik nie będzie wiedział, jak w przyszłości skutecznie radzić sobie z uczuciami i pragnieniami. Rezultatem tego będzie pewnego rodzaju bezradność”.

Literatura poświęcona zagadnieniom stresu pełna jest dowodów na to, że bezradność, rzeczywista lub subiektywnie postrzegana, jest potencjalnym czynnikiem wyzwalającym biologiczną odpowiedź stresową. Wyuczona bezradność jest stanem psychologicznym, w którym dane osoby nie potrafią wyswobodzić się ze stresujących sytuacji nawet wtedy, kiedy mają fizyczną możliwość zrobienia tego. Ludzie często znajdują się w stanie wyuczonej bezradności – na przykład ktoś czuje, że utknął w związku dysfunkcyjnym lub wręcz polegającym na maltretowaniu, w stresującej pracy lub życiu, które pozbawia daną osobę jej naturalnej wolności.

Emocja I to zmiany fizjologiczne, wyzwolone przez bodźce uczuciowe, takie jak impulsy powstające w układzie nerwowym, produkcja hormonów i zmiany immunologiczne, które składają się na wspomnianą reakcję typu ucieczki lub walki, będącą odpowiedzią na zagrożenie. Odpowiedzi te nie podlegają świadomej kontroli i nie można ich bezpośrednio zaobserwować z zewnątrz. Po prostu zachodzą. Mogą się pojawiać bez udziału subiektywnej świadomości lub zewnętrznego wyrażania uczuć. Te same reakcje stresowe, które spełniają rolę adaptacyjną w sytuacji bezpośredniego zagrożenia, stają się szkodliwe, kiedy są stale wyzwalane, a dana osoba nie może w żaden sposób przeciwdziałać postrzeganemu zagrożeniu ani uniknąć go.

Samoregulacja, pisze Ross Buck, „wymaga w jakiejś części osiągnięcia *emocjonalnej kompetencji*, definiowanej jako zdolność uporańia się we właściwy i satysfakcjonujący sposób z własnymi uczuciami i pragnieniami”. Kompetencja emocjonalna zakłada posiadanie zdolności, których często brakuje w naszym społeczeństwie, gdzie bycie „chłodnym” – brak emocji – jest przeważającą postawą etyczną, gdzie dzieci często słyszą „nie bądź tak uczuciowy” i „nie bądź taki

wrażliwy” i gdzie racjonalizm jest generalnie postrzegany jako preferowane przeciwieństwo emocjonalności. Wyidealizowanym symbolem kulturowym racjonalności jest Pan Spock, emocjonalnie kaleki mieszkaniowiec planety Vulcan, pojawiający się w *Star Trek*.

Kompetencja emocjonalna wymaga:

- zdolności odczuwania emocji, abyśmy byli świadomi przeżywanego stresu;
- zdolności skutecznego wyrażania uczuć, co zapewnia zaspokojenie naszych potrzeb i utrzymanie integralności granic emocjonalnych;
- zdolności rozróżniania między reakcjami psychicznymi, które są adekwatne do obecnej sytuacji oraz tymi, które reprezentują jakieś pozostałości z przeszłości. To, czego chcemy i wymagamy od świata, powinno odpowiadać naszym obecnym potrzebom, nie zaś nieświadomym, niezaspokojonym potrzebom dzieciństwa. Jeśli rozróżnienie między przeszłością i teraźniejszością jest niejasne, będziemy odczuwać utratę lub strach przed utratą, kiedy nic takiego w rzeczywistości nie zachodzi;
- świadomości tych prawdziwych potrzeb, które wymagają zaspokojenia, a nie tłumienia dla uzyskania akceptacji lub aprobaty innych.

Stres pojawia się, kiedy wspomniane kryteria nie są spełnione i prowadzi do zakłócenia homeostazy. Przewlekłe jej zaburzenie powoduje chorobę. W każdej indywidualnej historii, opisanej w tej książce, jeden lub więcej z aspektów emocjonalnej kompetencji był w znaczący sposób upośledzony, zwykle w sposób całkowicie nieświadomy dla danej osoby.

Kompetencja emocjonalna jest tym, co musimy rozwinąć, jeśli chcemy ochronić się przed ukrytym stresem, który stanowi zagrożenie dla naszego zdrowia i co musimy odzyskać, jeśli mamy wyzdrowieć. Powinniśmy rozwijać kompetencję emocjonalną naszych dzieci, traktując to jako najlepszy sposób profilaktyki.

Rozdział 4

Pogrzebani za życia

Alexa i jej mąż, Peter, chcieli zasięgnąć opinii innego specjalisty. Kobieta usłyszała wyrok śmierci i miała nadzieję, że mógłbym go zmienić. Czterdziestoletnia Alexa była nauczycielką w szkole podstawowej. W roku poprzedzającym nasze spotkanie, drobne mięśnie jej rąk zaczęły drżeć i miała coraz większe trudności w chwytaniu jakichkolwiek przedmiotów. Zdarzały się jej również niewytłumaczalne omdlenia. Zwróciła się o poradę do dr Gordona Neufelda, znanego psychologa okresu rozwojowego w Kolumbii Brytyjskiej, którego poznała w związku z konsultacjami, jakich udzielał w szkole. Wierząc, że był to „tylko stres”, Alexa unikała szukania medycznego wytłumaczenia swoich dolegliwości.

Alexa zmuszała się do dalszego wypełniania swoich obowiązków zawodowych, z uporem starała się utrzymać swoją dotychczasową aktywność jeszcze wtedy, kiedy większość ludzi na jej miejscu wycofałaby się z pracy, aby zająć się sobą. – Alexa pracowała niewiarygodnie długo i była wykończona – przypomina sobie dr Neufeld. – Nigdy nie widziałem kogokolwiek, kto zmuszałby siebie samego do tak olbrzymiego wysiłku jak ona. Alexa ledwo mogła utrzymać długopis czy ołówek, z tego też względu często siedziała długo w nocy, ażeby zakończyć ocenianie prac swoich uczniów. Każdego dnia wstawała o 5.30 rano, by zdążyć do szkoły na tyle wcześnie, żeby kredą trzyma-

na w kurczowo zaciśniętej dłoni nabazgrać codzienną lekcję na szkolnej tablicy. Kiedy jej stan jeszcze się pogorszył, w końcu zdecydowała się na wizytę u dr Andrew Eisena, międzynarodowego autorytetu w dziedzinie stwardnienia zanikowego bocznego. Po przeprowadzeniu testów elektrofizjologicznych i badania klinicznego, dr Andrew Eisen nie miał cienia wątpliwości, że jego pacjentka cierpi na stwardnienie zanikowe boczne (ALS – *amyotrophic lateral sclerosis*). Na tym etapie Peter i Alexa poprosili mnie, abym przejrzał dane medyczne, mając nadzieję, że odkryję coś, co pozwoliłoby zakwestionować opinię specjalistów – lub, mówiąc bardziej precyzyjnie, podtrzymam ich wiarę, że objawy choroby Alexy wynikają jedynie ze stresu.

Diagnoza była jednak niepodważalna – tak jak powiedział dr Eisen, „klasyczny przypadek”.

W stwardnieniu zanikowu bocznym neurony ruchowe, czyli komórki nerwowe, które zapoczątkowują i kontrolują ruch mięśni, stopniowo obumierają. Bez impulsów elektrycznych z nerwów, mięśnie wiotczeją. Strona internetowa Towarzystwa ALS wyjaśnia: „A – *myotrophic* pochodzi z języka greckiego. A oznacza nie lub negatywny. *Myo* odnosi się do mięśnia i *trophic* oznacza pożywienie – *brak pożywienia dla mięśnia*. Kiedy mięsień nie jest odżywiany, ulega *atrofii*, czyli zanika. *Lateral* – «boczny» – określa obszary w kręgosłupie lub mózgu, gdzie znajduje się część komórek nerwowych zaopatrujących mięśnie.

W przypadku, kiedy obszar ten ulega degeneracji, prowadzi to do powstawania blizn lub stwardnienia (*sclerosis*) w tym miejscu”.

Początkowe symptomy uzależnione są od obszaru kręgosłupa lub pnia mózgu, gdzie choroba atakuje w pierwszej kolejności: chorzy mogą odczuwać drżenie i skurcze mięśni, trudności w mówieniu i połykaniu. Po pewnym czasie następuje zanik możliwości poruszania kończynami, podobnie jak mowy i połykania, jak również zdolności oddychania. Poza kilkoma zanotowanymi przypadkami wyleczenia, wczesna śmierć jest zwykle nie do uniknięcia. Około 50% pacjentów umiera w ciągu pięciu lat, chociaż niektórzy z nich mogą przeżyć o wiele dłużej. Brytyjski kosmolog Stephen Hawking, autor *Krótkiej historii czasu*, walczy z tą chorobą od dziesięcioleci – z przyczyn, które staną się jasne, kiedy zajmiemy się jego przypadkiem. W przeciwieństwie do innych zwyrodnieniowych chorób układu nerwowego, pacjenci cierpią-

cy na stwardnienie zanikowe boczne tracą kontrolę nad swoimi mięśniami bez pogorszenia sprawności intelektualnej. Jak to napisała w swoim artykule przeglądowym Suzannah Horgan, psycholog z Calgary: „Większość historii pacjentów opisuje zmagania w celu utrzymania nietkniętego umysłu w niesprawnym ciele”.

Czynnik, który powoduje neurologiczną degenerację w postaci stwardnienia zanikowego bocznego jest nieznany. Istnieją dowody, że może być za to odpowiedzialny system odpornościowy, wliczając w to dysfunkcję komórek układu nerwowego, które pełnią w nim funkcje immunologiczne. Typ komórek, nazywany *mikroglejem*, odgrywa w mózgu rolę ochronną, ale w przypadku, kiedy komórki te są wybitnie pobudzone, mogą stać się destrukcyjne. Artykuł zamieszczony w „Scientific American” z 1995 roku podawał wstępne dane, wskazujące na możliwy udział komórek mikrogleju w wywoływaniu stwardnienia rozsianego, choroby Parkinsona i stwardnienia zanikowego bocznego.

Alexa i Peter zaczęli rozważać swoją tragiczną sytuację. Peter, emerytowany inżynier, brnął w szczegóły skomplikowanej elektrofizjologii mięśni, cytując badania o wątpliwym znaczeniu i proponując teorie, które sprawiłyby, że ekspertom stanęłyby włosy na głowie. Często przerywał swojej żonie, kiedy zadawałem jej pytanie, ona z kolei spoglądała na niego ukradkiem, jak gdyby oczekując na aprobatę, kiedy odpowiadała. Było oczywiste, że perspektywa śmierci żony napawa go lękiem nie do zniesienia, a także, że ona odrzuca swoje rozpoznanie bardziej ze względu na niego niż na siebie samą. Czułem się tak, jakbym rozmawiał nie z dwiema różnymi osobami, ale z jedną, posiadającą dwa ciała. – Alexa nie była w stanie myśleć samodzielnie – mówi dr Neufeld. – Nie umiała także powiedzieć o Peterze niczego, co mogłoby wskazywać, że ona jest oddzielną osobą.

Boleśnie oczywiste było również to, że Alexa nie potrafi posługiwać się językiem uczuć. Nie знаła słownictwa pozwalającego na bezpośrednio wyrażenie uczuć: na jakiekolwiek pytanie dotyczące emocji odpowiadała w przemyślany sposób, nadmiernie elokwentnie, ale niejasno. Wydawało się, że Alexa postrzega otaczający ją świat poprzez abstrakcyjne idee, a nie własne odczucia. – Wszystkie uczucia wydawały się być całkowicie zamrożone – potwierdza Neufeld.

Alexę mroził przytłaczający strach przed porzuceniem. Pozostawiona przez swoich biologicznych rodziców, Alexa nigdy nie nawiąza-

ła kontaktu ze swoją przybraną matką. – Nie było żadnej więzi między nimi, ona po prostu nigdy nie istniała – mówi dr Neufeld, który zbliżył się do Alexy w ostatnich trzech latach jej życia. – Przybrana matka miała jeszcze inne dziecko, które faworyzowała i Alexa nie mogła nic na to poradzić, mimo wszelkich usiłowań. Jako nastolatka czuła się wyalienowana, ponieważ w końcu zrezygnowała z prób nawiązania kontaktu z matką. Wcześniej desperacko starała się zbliżyć do swojej przybranej matki, ale nie mogła. To było jak totalna próżnia. Alexa czuła się, jakby istniała w niej olbrzymia pieczara w tym miejscu, gdzie powinno być jej poczucie samej siebie. Jej pierwsze małżeństwo szybko się rozpadło. Alexa, dorastała wierząc, że musi się opiekować każdym człowiekiem. – Nigdy nie miała chwili wytchnienia – mówi Neufeld. – Nie istniało żadne miejsce wewnętrznego odpoczynku.

W artykule przeglądowym z 1970 roku dwóch psychiatrów z Wydziału Medycznego Uniwersytetu Yale, Walter Brown i Peter Mueller, wyraziło zdumiewająco podobne wrażenia o pacjentach chorujących na stwardnienie zanikowe boczne. „Chorzy ci bezustannie wzbudzali podziw i szacunek całego personelu, który się nimi opiekował”, napisali dr Brown i dr Mueller. *Charakterystyczne były ich próby uniknięcia proszenia nas o pomoc.* Wspomniane badanie 10 pacjentów, przeprowadzone na Uniwersytecie Yale, obejmowało zebranie wywiadów, ocenę kliniczną i wypełnienie testów psychologicznych samodzielnie przez pacjentów. Autorzy wyciągnęli wnioski, że ludzie chorzy na stwardnienie zanikowe boczne wydają się mieć dwa wyróżniające ich wzorce życiowe: sztywne kompetentne zachowanie – oznacza to niemożność proszenia o pomoc lub przyjmowania jej oraz przewlekłe wykluczenie tak zwanych negatywnych uczuć. „Ciężka, stała praca bez możliwości zwrócenia się do innych o pomoc była powszechnym zjawiskiem” – napisano w omówieniu badania. Wydawało się, że zachodzi tam „nawykowe zaprzeczanie, tłumienie lub izolacja... strachu, niepokoju i smutku. Najmocniej wyrażona była konieczność bycia radosnym... Niektórzy mówili o pogorszeniu swojego stanu swobodnie lub z ujmującym uśmiechem”. Wyniki badań z Yale, opublikowane w 1970 roku, nie zostały potwierdzone przez następne badanie, przeprowadzone siedem lat później w Szpitalu Prezbiteriańskim w San Francisco. Można twierdzić, że w tej sytuacji trudno jest osądzić, gdzie leży prawda, jednak badania przeprowadzone w Yale były zgodne ze wszystkim, co można przeczytać na temat chorych na

stwardnienie zanikowe boczne, z poczynionymi obserwacjami na ich temat i z wypowiedziami klinicystów, którzy się nimi zajmowali. Badania w zakresie psychologii – sztuka, która desperacko próbuje przebrać się w kostium czystej nauki – często znajdują tylko to, co poszczególni badacze są w stanie zobaczyć.

„Dlaczego chorzy na stwardnienie zanikowe boczne są tacy mili?” – brzmiał tytuł intrygującej pracy, przedstawionej przez neurologów z kliniki w Cleveland na międzynarodowym sympozjum w Monachium kilka lat temu. Dyskutowano na temat wrażenia, jakie odnosi wielu klinicystów, że ludzie chorzy na chorobę Lou Gehriga, prawie wszyscy wydają się „skupiać w NAJBARDZIEJ SYMPATYCZNYM końcu” spektrum osobowości, w przeciwieństwie do osób chorych na inne choroby.

W klinice w Cleveland, ważnym centrum dla chorych ze stwardnieniem zanikowym bocznym, protokół dla pacjentów z podejrzeniem tego schorzenia zaczynał się od testów elektrodiagnostycznych. Poprzez pomiar przewodnictwa elektrycznego, badanie to wykrywa zdolność utrzymania się przy życiu lub śmierć neuronów motorycznych, czyli komórek nerwowych, które działają na włókna mięśniowe. W ocenie personelu miły charakter wydaje się być cechą osobowości chorych na stwardnienie zanikowe boczne, zauważyła dr Asa J. Wilbourn, pierwszy autor tej pracy. W swoim artykule pisze: „Zjawisko to pojawia się tak konsekwentnie, że kiedy technicy przeprowadzający testy kończą swoją pracę i dostarczają wyniki badań... zwykle załączają komentarze (na przykład: „Ten pacjent nie może mieć stwardnienia zanikowego bocznego, on (lub ona) nie jest wystarczająco miły...” Mimo ich krótkiego kontaktu z pacjentami i, rzecz jasna, nienaukowych metod, na podstawie których formułują swoje opinie, prawie zawsze okazuje się, że mają rację”.

– Interesującą rzeczą w Monachium było to, że kiedy po prezentacji naszej pracy wszyscy nam przytakiwali – mówi dr Wilbourn. – O tak – komentowali – też to zauważyłem – tylko nigdy o tym nie pomyślałem. Jest to prawie uniwersalne. Staje się to powszechną wiedzą w laboratorium, gdzie ocenia się dużą liczbę pacjentów chorych na stwardnienie zanikowe boczne – a my naprawdę przyjmujemy olbrzymią liczbę takich przypadków. Sądzę, że każdy, kto ma do czynienia ze stwardnieniem zanikowym bocznym wie, że jest to wyraźnie występujące zjawisko.

Podobne wzorce ujawniły się podczas moich spotkań z chorymi na stwardnienie zanikowe boczne, zarówno w mojej prywatnej praktyce, jak i podczas leczenia paliatywnego. Stłumienie emocjonalne – w większości przypadków wyrażane jako miły sposób bycia – można także zaobserwować podczas zgłębiania życiorysów znanych ludzi chorych na stwardnienie zanikowe boczne, od fizyka Stephena Hawkinga, poprzez gracza w baseball Gehriga, do Morrie Schwartza, profesora, którego telewizyjne wystąpienia podczas show Teda Koppela, wykreowały go w ostatnich miesiącach życia na jedną z najbardziej podziwianych postaci i którego historia oraz mądrość były tematem bestselleru *Tuesdays with Morrie* („Wtorki z Morriem”). W Kanadzie Sue Rodriguez, chora na stwardnienie zanikowe boczne, zyskała ogólnokrajowy rozgłos w wyniku swojej zdeterminowanej batalii o prawo do pomocy w popełnieniu samobójstwa. W końcu nawet decyzja Sądu Najwyższego nie mogła odmówić jej tego prawa. Jej historia jest zgodna z tym, czego może nas nauczyć życie innych ludzi.

Historie osób chorych na stwardnienie zanikowe boczne opowiadają nam o emocjonalnym opuszczeniu lub stracie w okresie dzieciństwa. Opisując osobowości chorych, można zauważyć, że charakteryzuje ich nieustanny napęd do działania, niechęć do przyznania się, że potrzebują pomocy i wypieranie bólu psychicznego lub emocjonalnego. Wszystkie te zachowania i mechanizmy psychologiczne wyprzedzają początek choroby. Miły sposób bycia, rzucający się w oczy u większości z nich, lecz nie u wszystkich chorych na stwardnienie zanikowe boczne, jest wyrażeniem narzuconego sobie wizerunku, który odpowiada oczekiwaniom danego osobnika i zewnętrznego świata. W odróżnieniu od kogoś, u kogo cechy charakteru ujawniają się spontanicznie, osoba taka wydaje się być uwięziona w pewnej roli, nawet wtedy, kiedy powoduje ona coraz większy ból. Taka przyjęta rola zastępuje silne poczucie własnej osoby – które nie mogło rozwinąć się w warunkach emocjonalnej pustki w okresie wczesnego dzieciństwa. Ludzie ze słabym poczuciem własnej osoby często wchodzą w nadmiernie bliskie związki z innymi.

Pouczający jest przykład Lou Gehriga, pierwszego bazowego w drużynie New York Yankees. Zyskał on sobie przydomek „żelaznego konia” za swoją zacieklą odmowę usunięcia z szeregu, mimo choroby czy zranienia. W latach trzydziestych, na długo przed pojawieniem się skomplikowanej fizykoterapii i medycyny sportowej, ustanowił rekord rozegranych kolejno meczów – 2130 – który nie został pobi-

ty przez następne sześć dekad. Wydawało się, że Gehrig czuł, iż jego kolosalny talent i poświęcenie, kiedy był zdrow, nie były wystarczające. Był też zbyt obowiązkowy względem swoich fanów i pracodawcy, aby kiedykolwiek pozwolić sobie na chwilę wytchnienia. Gehrig wpadł w pułapkę, jak napisał jego biograf, „wyznaczonej przez siebie samego roli lojalnego syna, lojalnego członka drużyny, lojalnego obywatela i lojalnego pracownika”.

Kolega z jego drużyny pamięta, jak Gehrig wziął udział w meczu mimo złamanego środkowego palca u prawej dłoni. „Bolało go za każdym razem, kiedy uderzał w piłkę. Z bólu niemal wymiotował. Widać było, jak się krzywi. Ale zawsze stawał do gry”. Kiedy zrobiono zdjęcie rentgenowskie jego dłoni, wyszło na jaw, że każdy z jego palców był kiedyś złamany – niektóre więcej niż jeden raz. Na długo przed tym, jak stwardnienie zanikowe boczne zmusiło go do wycofania się, Gehrig miał siedemnaście różnych złamań w obrębie dłoni. „Brał udział w grze, wściekle szczerząc zęby, jak makabryczny tancerz biorący udział w wyczerpującym maratonie”, napisano kiedyś. Kontrast między brakiem wyrozumiałości Gehriga wobec samego siebie i jego troską o innych był znacząco widoczny, kiedy jeden z nowych graczy drużyny Yankee był osłabiony z powodu ciężkiego przeziębienia. Uspokajając zaniepokojonego menadżera drużyny, Gehrig zabrał ze sobą młodego chłopaka do domu, aby zaopiekowała się nim matka, która leczyła „pacjenta” gorącym winem i położyła go do łóżka w pokoju Gehriga, który tymczasem spał na kanapie.

Gehriga opisywano jako kwintesencję „maminsynka”. Mieszkał razem z matką aż do swojego ślubu w wieku ponad trzydziestu lat. Matka z trudem zaakceptowała związek syna.

U Stephena Hawkinga stwardnienie zanikowe boczne wykryto w wieku dwudziestu jeden lat. Jego biografowie piszą: „W czasie dwóch pierwszych lat w Cambridge jego stan uległ gwałtownemu pogorszeniu. Zaczął mieć olbrzymie trudności w chodzeniu i musiał używać laski, żeby przejść kilka kroków. Przyjaciele pomagali mu jak tylko potrafili, ale on najczęściej unikał jakiegokolwiek pomocy. Wykorzystując ściany, laski i opierając się o jakiekolwiek meble, powoli szedł przez pomieszczenia i otwarte przestrzenie. Jednak wiele razy zdarzyło się, że tego typu wsparcie nie było wystarczające... Któregoś dnia Hawking pojawił się w biurze z zabandażowaną głową, na której nabił sobie solidnego guza wskutek upadku”.

Dennis Kaye, Kanadyjczyk zmarły na stwardnienie zanikowe boczne, opublikował w 1993 roku książkę *Laugh, I Thought I'd Die*. („Śmieję się, ja myślę, że umrę”). Czytelnicy pokładają się ze śmiechu, nawet znając los autora – i takie właśnie było zamierzenie Kaye. Podobnie jak kilku innych pisarzy chorych na stwardnienie zanikowe boczne, nie zrażało go olbrzymie wyzwanie fizyczne, jakim jest pisanie bez użycia palców ani rąk. „Pozwólcie mi zacząć od stwierdzenia, że stwardnienie zanikowe boczne nie jest dla ludzi słabego ducha”, zaczął rozdział zatytułowany „Styl życia chorego i słabego”. „Właściwie polecałbym tę chorobę tylko tym, którzy naprawdę lubią wyzwania”. Kaye wystukiwał swoją książkę kawałkiem patyczka przymocowanego do czoła. Oto jego opis „osobowości stwardnienia zanikowego bocznego”: „Rzadko widzi się takie słowa jak skonany lub leniwy używane w tym samym zdaniu co stwardnienie zanikowe boczne. W istocie, jedna z charakterystycznych cech, które wydają się łączyć chorych na stwardnienie zanikowe boczne, to energiczna przeszłość. W prawie każdym przypadku ofiary były albo osobami o wybitnych osiągnięciach, albo notorycznymi pracoholikami... Nazywano mnie pracoholikiem i przypuszczam, że gdyby buty robocze nadal pasowały... ale technicznie, chociaż pracowałem cały czas, uzależnienie od pracy nigdy nie kierowało mną w takim stopniu jak niechęć, a może nawet pogarda dla nudy”.

Kanadyjka chora na stwardnienie zanikowe boczne, Evelyn Bell, napisała swoją książkę *Cries of the Silent* („Płacz ciszy”), używając wskaźnika laserowego umocowanego do specjalnej oprawki okularów i świecąc na tablicę z literami, na której litera po literze i słowo po słowie wskazywała tekst przepisującym go swoim asystentom – wolontariuszom. Również dla niej tak olbrzymie poświęcenie do osiągnięcia celu nie było niczym nowym. Evelyn relacjonuje, że przeżyła swoje życie w gorączkowym tempie. Była matką trójki dzieci, rozwijając z sukcesem karierę w biznesie: „To było wyzwanie, pogodzić prowadzenie domu, obowiązki rodzicielskie, biznes, utrzymanie ogrodu, urządzenie domu i dowożenie dzieci samochodem, ale *kochałam te role i wykonywałam je z wielkim zapalem...* Kiedy wychowywałam dzieci, moja firma Nutri-Medics w znacznym stopniu się rozrosła, a ja z przyjemnością jeździłam swoimi firmowymi samochodami i często wyjeżdżałam za granicę. Osiągnęłam sukces zawodowy na wielu płaszczyznach, i przez kilka lat utrzymywałam się na pierwszym miejscu naj-

bardziej operatywnych biznesmenów w Kanadzie. Czułam, że chcę osiągnąć sukces w wychowywaniu dzieci i we wszystkim, co robiłam”. Z nieświadomą ironią Evelyn Bell opowiada to wszystko zaraz po tym, jak napisała, że *zawsze możemy zastąpić pieniądze, ale nigdy nasze zdrowie czy małżeństwo*.

Choroba często powoduje, że ludzie zaczynają postrzegać siebie w innym świetle, rewidują całe swoje dotychczasowe życie. Dennis Kaye uświadomił to sobie nagle pewnego dnia, kiedy – „z łatwą satysfakcją” – obserwował swojego ojca i dwóch pracowników, wykonujących pracę, którą on, Dennis, zawsze bezwzględnie robił sam. „Wkrótce”, pisze, „satysfakcja zamieniła się we frustrację... Prawie wszystkie moje dokonania, w taki czy inny sposób, wiązały się nie z *moimi* aspiracjami, ale mojego ojca. Nie chcę tego przekształcić w spowiedź w stylu Oprah, ale od czasu, kiedy jako dzieciak pracowałem w czasie letnich wakacji, pomagałem ojcu osiągnąć jego cele i wypełniać zobowiązania. Poza paroma latami tuż przed ukończeniem dwudziestu lat, ostatnie czternaście lat spędziłem na dotrzymywaniu cudzych terminów... Nagle w mgnieniu oka zorientowałem się, że dochodzę do trzydziestki i stoję przed własnym terminem... ostatecznym terminem”.

Takie samo natłokowe poczucie obowiązku wobec innych widać u Laury, pacjentki chorej na stwardnienie zanikowe boczne, którą ostatnio poznałem. Sześćdziesięcioletnia była nauczycielka tańca – Laura – wita mnie w drzwiach swojego klasycznego domu z drewna i szkła na Zachodnim Wybrzeżu, jak wyjątego ze stron folderu. Nawet opierając się na chodziku porusza się z wdziękiem i elegancją baletnicy. Cztery lata temu, podczas chemioterapii z powodu raka piersi, dowiedziała się, że jest chora na stwardnienie zanikowe boczne.

– Poszłam na koncert – opowiada – i nagle okazało się, że nie mogę klaskać. Moje palce kurczyły się i nie były tak sprawne jak zwykle. Wydawało się, że stan pogarsza się podczas chemioterapii. Kilka razy fatalnie upadłam, raz złamałam kość jarzmową i oczodół. Laura mówi z przerwami, ale w niemal monotonnej mowie nadal słychać uroczy humor i umiłowanie życia.

Problemy zdrowotne Laury wystąpiły po pełnym napięcia roku

ciężkiej pracy w pensjonacie, który założyła w domu zajmowanym wraz ze swoim drugim mężem, Brentem.

– Zawsze chciałam otworzyć tego typu interes – mówi. – Znalazłam miejsce, ale byłam w stresie, ponieważ musieliśmy zainwestować więcej pieniędzy, niż faktycznie mogliśmy na to poświęcić. Czułam się winna, że Brent musi sponsorować moje przedsięwzięcie. Ten pierwszy rok był ciężki, wyposażyliśmy pokoje. Wybudowaliśmy garaż. Prowadziłam biznes, dom i remont. Minął równo rok, od kiedy się wyprowadziliśmy, gdy odkryłam guzek. Rozpoznanie stwardnienia zanikowego bocznego postawiono kilka miesięcy później.

Laura stanowi przykład tego, jak wiele osób chorych na stwardnienie zanikowe boczne jeszcze długo po tym, jak ich ciało zgłasza protest, nie potrafi zrezygnować z obowiązków, które sami przyjęli. Kiedy przeprowadzaliśmy naszą rozmowę, osoba prowadząca pensjonat była w Europie.

– Okazało się, że 70% naszych klientów odwiedza nas ponownie – mówi Laura. – Zaczyna się ich uważać za przyjaciół. Czułam się winna, kiedy powiedzieliśmy, że nie będziemy przyjmować żadnych gości przez miesiąc, kiedy nie będzie Heidi. Ale w ostatni weekend mieliśmy zajęte trzy pokoje, ponieważ nie potrafiliśmy odmówić. Oni przyjechali jeszcze raz i ucieszyłam się na ich widok. W następnym tygodniu mamy gości, który był u nas już wiele razy, przedstawiciel korporacji.

– A co by było, gdybyś powiedziała – sugeruję: – Drogi gościu: Jestem w sytuacji, która czyni moje życie bardzo trudnym. Nie czuję się na siłach wykonywać pracy polegającej na zajmowaniu się innymi ludźmi.

– Mogłabym tak powiedzieć. Ale ta dziewczyna przyjeżdża i naprawdę ją lubię. Ona zna mój stan i mówi – posprzątam mój pokój i rano wezmę sobie miszkę płatków z mlekiem na śniadanie. – Wszyscy tak mówią, ale nie mogę im na to pozwolić. Bo nigdy nie podawałam miski płatków na śniadanie.

– Więc teraz też nie będziesz podawać. Będą sami się obsługiwać.

Serdeczny śmiech. – W twoich ustach wydaje się to takie proste. Będę musiała wybrać się na jakiś kurs albo psychoterapię u ciebie.

Poczucie winy Laury, kiedy odmawia osobom w potrzebie, zostało jej wpojone we wczesnych latach życia. Kiedy Laura miała dwanaście lat, jej matka zachorowała na raka piersi i zmarła cztery lata

później*. Od okresu dojrzewania Laura była odpowiedzialna za opiekę nad swoją siostrą i bratem, młodszymi o pięć i dziesięć lat. Nawet przedtem Laura była przyzwyczajona do wyprzedzania życzeń rodziców.

– Moja matka była nauczycielką tańca, więc zaczęłam tańczyć jako bardzo małe dziecko i robię to całe moje życie. Dostałam się do Royal Winnipeg Ballet, ale skończyło się na tym, że byłam za wysoka, tak więc, ostatecznie otworzyłam z przyjacielem szkołę tańca i uczyłam dzieci.

– Balet jest bardzo wymagający. Czy lubiłaś to jako dziecko?

– Czasami tak, a czasami nie. Miałam pretensje, że nie mogłam pójść z moim przyjaciółmi w sobotnie popołudnie, zawsze wydawało mi się, że opuszczam imprezy urodzinowe.

– Jak sobie z tym poradziłaś?

– Matka dała mi wybór i *ja pomyślałam, że będę tańczyć, bo wiedziałam, że ona tak by wolała.*

– A co ty byś wolała?

– Ja wolałabym móc pójść z moimi przyjaciółmi.

Po śmierci matki Laura pełniła rolę pani domu, nie tylko jako opiekunka swojego rodzeństwa, ale także, pod pewnym względem, jako towarzyszka swojego ojca. – On pytał: – Lauro, co robisz dzisiaj wieczorem? – A ja odpowiadałam: – Idę na przedstawienie z Connie, moją najlepszą przyjaciółką. – A on mówi: – Myślę, że zatrudnię opiekunkę do dzieci i pójdę z Tobą. – Wszyscy moi znajomi przychodzili do nas do domu, ponieważ uwielbiali mojego ojca. On umiał porozmawiać z każdym.

– Jak się czułaś, kiedy Twój tata trzymał się ciebie i Twoich przyjaciółek?

– No cóż, kto z nastolatków chce, aby jego tata pałętał się obok!

– Czy kiedykolwiek powiedziałaś: – Tato, chcę być z koleżankami?

– Nie... Nie lubiłam tego, ale nie chciałam go urazić.

Pierwszy mąż Laury, za którego wyszła za mąż, aby wyrwać się z domu, był nałogowym kobieciarzem. Zostawił ją bez żadnego wsparcia finansowego, kiedy była w ciąży z ich trzecim dzieckiem. Byli w sobie zakochani już w dzieciństwie.

* W rodzinie Laury dziedziczy się gen raka piersi. To samo rozpoznanie postawiono u jej siostry, sześć miesięcy przed zachorowaniem Laury. Rak piersi będzie przedmiotem jednego z dalszych rozdziałów.

– Czy Twój mąż miał romanse? Jak długo to znosiłaś? – spytałem.
 – Cztery lata. Miałam dwójkę dzieci i wierzyłam w małżeństwo. – Laura powoli podniosła chusteczkę i wytarła łzy. – Nigdy o tym nie rozmawiałam.

– To jest wciąż bardzo bolesne dla ciebie.

– Nie wiem, dlaczego, przecież to było wieki temu... Przepraszam, wzruszyłam się.

– Co to dla ciebie znaczy, wzruszyć się?

– To irytujące, ponieważ nic dobrego z tego nie wynika.

– Czy stwierdziłaś, że wzruszanie jest niewygodne w twoim życiu?

– No cóż, kiedy się wzruszasz, to zwykle dlatego, że stało się coś złego lub smutnego, a więc dlaczego miałbyś mieć ochotę się wzruszać?

W pewnym sensie Laura ma rację. Odczuwanie smutku czy gniewu nie przynosi dziecku żadnej ulgi, jeśli nie ma przy nim nikogo, kto mógłby przyjąć te emocje i pocieszyć, utulić. Wszystko musiało się odbywać według sztywnych zasad. Fizyczna sztywność stwardnienia zanikowego bocznego może być skutkiem. Być może istnieje tylko ograniczony zasób energii, jaką system nerwowy może przeznaczyć na zduszenie potężnych uczuć, domagających się wyrażenia. W pewnym momencie u szczególnie podatnych osób układ nerwowy może utracić zdolność do odnawiania się. Czy stwardnienie zanikowe boczne może być wynikiem wyczerpania układu nerwowego, który nie jest w stanie dalej się regenerować?

„Dlaczego nie został omówiony w literaturze fakt, że pacjenci ze stwardnieniem zanikowym bocznym, jako grupa, są uderzająco sympatyczni?” – zapytał neurolog z Cleveland podczas prezentacji w Monachium. „Zapewne głównym powodem jest fakt, że wrażenie to opiera się na subiektywnych ocenach, którym brak naukowej weryfikacji. Ponieważ, jak twierdzą nasi koledzy psychiatrzy, *przyjemny sposób bycia* jest wyjątkowo ciężko zmierzyć”. Prawdopodobnie, jeśli badacze poświęciliby więcej czasu na zbadanie historii życia pacjentów, pojawiłoby się wiele użytecznych informacji, których obecnie brak. Podane w tym rozdziale przykłady doskonale to ilustrują.

Wściekłość i cierpienie istnieją pod otoczką przyjemnego sposobu bycia, bez względu na to, jak szczerze dana osoba myli pozory ze swoim prawdziwym obliczem. – Moja matka wciąż żyje i szczerze ją kocham – mówi siostra mężczyzny, u którego dwa lata temu wykryto stwardnienie zanikowe boczne – ale jest bardzo dominująca, powierz-

chowna w swoim rozumieniu uczuć i mało wrażliwa na potrzeby i pragnienia innych ludzi. Nie pozwala na posiadanie własnego ja. W relacji z moją matką trudno było znaleźć własną tożsamość. Kiedy rozważałam chorobę mojego brata, sądziłam, że nam wszystkim udało się znaleźć odpowiedź na pytanie, jak stać się oddzielnymi osobami. Było ciężko, ale udało nam się – poza moim bratem, któremu jakoś to nie wyszło. Mam teraz pięćdziesiąt cztery lata, a on czterdzieści sześć, i kiedy ostatnio byłam u niego, powiedział mi – Nienawidzę Mamy. A jednak to on z nas wszystkich najmilej się do niej odnosi. Kiedy jedzie do niej – jest chory na stwardnienie zanikowe boczne i z trudem chodzi – zabiera dla niej zupe. Kiedy przebywa w obecności matki, jest miłym małym chłopcem – zawsze był dobrym dzieckiem, ja natomiast nie.

Joanna, piękna trzydziestoosmioletnia kobieta z czarnymi włosami i świetlistymi, smutnymi niebieskim oczami, została przyjęta do naszego oddziału opieki paliatywnej dla nieuleczalnie chorych na kilka miesięcy przed śmiercią. Joanna była tancerką. Nagle któregoś dnia kończyny odmówiły jej posłuszeństwa na parkiecie, co było początkiem stwardnienia zanikowego bocznego. Będąc dumną ze swoich wrodzonych zdolności do poruszania się swobodnie i twórczo, Joanna odebrała diagnozę jako najstraszniejszy cios. – Wolałabym raczej umrzeć na raka – powiedziała. Już w końcowym stadium choroby Joanna chciała, żebyśmy obiecał, że ją zabijemy, kiedy nadejdzie czas. Zapewniłem ją, że nie pozwolimy, by cierpiała z powodu bólu czy duszności. Była to obietnica, którą mogłem złożyć w zgodzie z moim sumieniem, nie naruszając zasady zabraniającej eutanazji, którą przyjmuje większość lekarzy i pielęgniarek zajmujących się opieką paliatywną.

Jesteś w stanie poznać ludzi szybko i dogłębnie, kiedy opiekujesz się nimi w ostatnim okresie ich życia. Joanna i ja wiele rozmawialiśmy. – Całe moje życie – powiedziała mi pewnego razu – już od dzieciństwa, śniło mi się, że zostałam pogrzebana żywcem. Leżę zamknięta w mojej trumnie pod ziemią, zamknięta, nie mogę oddychać. Kiedy trzy lata temu poznałam swoje rozpoznanie, udałam się do Towarzystwa Stwardnienia Zanikowego Bocznego, aby uzyskać jakieś informacje. Na jednej ze ścian biura wisiał plakat, na którym było napisane: „Stwardnienie zanikowe boczne to jak pogrzebanie za życia”.

Nie wierzę, by powtarzający się koszmar Joanny był zbiegiem okoliczności czy też paranormalnym przeczuciem. Obraz bycia osamotnioną, zdesperowaną, z góry skazaną na porażkę był psychologiczną prawdą jej dzieciństwa. Joanna nigdy nie miała normalnych relacji ze swoimi rodzicami czy rodzeństwem. Mogłem jedynie spekulować, jakie stresy i przez ile pokoleń kształtowały tę sytuację w jej rodzinie. Tak jak było do przewidzenia, ani jej rodzice, ani bracia i siostry nie odwiedzili jej podczas ostatnich chwil jej życia. Nowa rodzina, składająca się z oddanych opiekunów, towarzyszyła Joannie podczas jej ostatnich chwil życia i była z nią aż do samego końca. W ostatnich dniach życia Joanna była pogrążona w głębokim śnie. Obietnica została dotrzymana – w czasie swoich ostatnich chwil życia Joanna nie cierpiała.

Sue Rodriguez, mieszkanka stanu Victoria, której samobójstwo, sprzeczne z decyzją sądu, odbyło się w obecności członka kanadyjskiego parlamentu, była również uczuciowo odizolowana od swojej rodziny. Jej biograf, dziennikarka Lisa Hobbs-Birnie, opisuje dzień, w którym u Rodriguez ostatecznie potwierdzono rozpoznanie stwardnienia zanikowego bocznego:

Sue poczuła, że uginają się pod nią kolana, a nogi jej zrobiły się jak z waty. Wiedziała, co to jest stwardnienie zanikowe boczne, widziała film dokumentalny o fizyku – astronomie Stephenie Hawkingu, знаła jego stan i spróbowała sobie wyobrazić własne życie, kiedy nie mogłaby siadać, spacerować, mówić, śmiać się, pisać lub przytulać swoich dzieci... Sue oparła się o ścianę. W pewnej chwili uświadomiła sobie okropny dźwięk, taki jak pierwotne wycie zranionego zwierzęcia, niepodobny do niczego, co słyszała kiedykolwiek w swoim życiu. Z przeraźliwie wystraszonych min przechodzących obok ludzi, powoli zaczęło do niej docierać, że dźwięk ten wychodzi z jej własnych ust...

Sue zadzwoniła do swojej matki i ojczyma, Doe i Kena Thatcher. Doe powiedziała: „Ken i ja myśleliśmy, że to, na co chorujesz, to może być stwardnienie zanikowe boczne”. Sue poczuła się porzucona i dała upust niekontrolowanemu żalowi.

Sue była drugim z pięciorga dzieci jej rodziców, urodzonych w ciągu dziesięciu lat. Zawsze była wyalienowana. Jej matka wierzyła, że dzieje się tak zgodnie z wolą samej Sue: – To było niemal widoczne – powiedziała jej matka – od momentu swoich urodzin Sue nie czuła się częścią rodziny w taki sam sposób jak inni. Jej choroba tylko to pogorszyła. Matka i córka tylko sporadycznie rozmawiały przez telefon podczas ostatnich miesięcy życia Sue. Zarówno córka, jak i inne osoby, opisują Doe jako „osobę mało opiekuńczą”.

„Szorstka reakcja matki w chwili, kiedy Sue zadzwoniła do niej ze szpitala i poinformowała ją o swojej diagnozie”, pisze Hobbs-Birnie, „była typowa dla Doe i to nie tylko z powodu braku jej instynktów opiekuńczych, ale również z powodu rodzaju relacji między matką a córką. Stosunki te nie uległy poprawie również wtedy, kiedy stan Sue się pogorszył”. Komunikacja emocjonalna w rodzinie Rodriguez była czymś nieznanym, jak powiedział jej o czternaście miesięcy młodszy brat. Był on jedynym z jej rodzeństwa, który regularnie kontaktował się z umierającą siostrą. Większość rodziny – powiedział – woli nie pokazywać swoich uczuć.

Nie jest to jakaś dziwaczna, nie posiadająca uczuć grupa ludzi. Problemem nie jest brak uczuć, lecz *nadmiać* bolesnych, nieprzepracowanych uczuć. Rodzina Rodriguez radziła sobie z uczuciowym bólem poprzez tłumienie go. Kolejne pokolenia rodziny powielaly ten sam wzorzec. Ojciec Sue, Tom, zmarł na poalkoholową marskość wątroby w wieku czterdziestu pięciu lat. Był on wcześniejszą ofiarą nadmiaru tego bólu. Miał niskie mniemanie o sobie i przez całe życie był zdominowany przez innych.

Co spowodowało, że śmiertelnie chora Sue Rodriguez, matka małego dziecka, ostatkiem swoich sił, psychicznych i fizycznych, prowadziła publiczną batalię w sądzie i kampanię medialną, które do reszty wyczerpały jej energię życiową? Ta elokwentna kobieta o wyrazistej osobowości i pięknym uśmiechu stała się bohaterem dla tych, którzy widzieli w niej krzyżowca o niezłomnej odwadze i duchu. Sue była powszechnie postrzegana jako osoba walcząca o swoje prawo do śmierci, w czasie i w sposób przez siebie wybrany.

W historii Sue Rodriguez było jeszcze coś więcej niż prosta sprawa niezależności w podejmowaniu decyzji o własnej śmierci, chociaż akurat ta część jej dramatu przykuła uwagę społeczeństwa. Za popularną maską pewnego i zdeterminowanego bojownika, pani Rodri-

guez była wystraszona i samotną osobą o bardzo wrażliwej psychice, odcięta od będącego w separacji męża i swojej rodziny. Był to wielowątkowy scenariusz. Jak zwykle, najbardziej publiczna warstwa była także najbardziej powierzchowna.

Jej biografka wierzy, że Sue Rodrigues była „kobietą o mocnych przekonaniach i silnym poczuciu własnej wartości. Kontrolowała swoje życie i chciała również kontrolować swoją śmierć”. Jak ze wszystkimi chorymi na ALS, rzeczywistość okazała się raczej inna. Mocne przekonanie nie zawsze jest oznaką silnego poczucia własnej wartości: bardzo często wręcz przeciwnie. Nasza głęboka wiara może być niczym więcej, jak tylko nieświadomym wysiłkiem danej osoby, mającym na celu zbudowanie poczucia własnej odrębności, aby wypełnić znajdującą się pod spodem i odczuwaną próżnię.

Historia jej bardzo pogmatwanych związków z ludźmi wskazuje, że Sue Rodriguez nigdy nie miała kontroli nad swoim życiem. Pełniła różne role, nie zbliżając się nawet do swojego własnego ja. Jej pełne cierpienia pytanie skierowane do sądu i publiczności „Kto rządzi moim życiem?” – było podsumowaniem jej całej egzystencji. Jej bolesne pytanie skierowane do sądu i publiczności – „Kto jest właścicielem mojego życia?” – było podsumowaniem jej całej egzystencji. Walka o kontrolę nad swoją śmiercią stała się jej ostateczną i największą rolą. Do chwili, kiedy jej sprawa znalazła się w sądzie, pisze Lisa Hobbs-Birnie, „Sue Rodriguez szybko stawała się znaną w całym kraju postacią. *Sue wcieliła się w rolę tak, jakby jej całe życie polegało na przygotowywaniu się do niej, co rzeczywiście miało miejsce*”.

Kiedy u Sue Rodriguez rozpoznano stwardnienie zanikowe boczne, w pierwszym odruchu rozpaczy porównała ona swoją nieznośną sytuację z względnymi korzyściami, jakie ze swojej choroby czerpał jej współtowarzysz niedoli, również cierpiący na stwardnienie zanikowe boczne Stephen Hawking. Hobbs-Birnie pisze: „Dostała broszury na temat opieki paliatywnej – opisywały pacjentów, którzy byli otoczeni przez kochającą rodzinę lub którzy znaleźli szczęście w przeżywaniu życia umysłem. Jaka kochająca rodzina? – pomyślała. Jakie życie umysłu? Niech geniusz taki jak Stephen Hawking przeżywa życie umysłu. Jeśli nie jestem w stanie ruszyć jakimkolwiek członkiem mojego ciała, dla mnie to nie jest życie”.

Chociaż publiczny wizerunek Stephena Hawkinga jako następcy Einsteina może być poddawany w wątpliwość przez różne gremia naukowe, to jednak nikt nie kwestionuje jego polotu, oryginalności w myśleniu lub intelektualnej odwagi. Natomiast budzi ogromny podziw nieugięta wola, która podtrzymuje jego życie i pracę od momentu, kiedy nieznaczne utrudnienie w wysławianiu się zasygnalizowało początek stwardnienia zanikowego bocznego, gdy Stephen Hawking miał zaledwie dwadzieścia lat. W 1963 roku, kiedy postawiono rozpoznanie, medyczne prognozy dawały Hawkingowi co najwyżej dwa lata życia. Był bliski śmierci przynajmniej w dwóch przypadkach – raz, kiedy zachorował na zapalenie płuc i drugi raz, kiedy zapadł na śpiączkę w czasie wycieczki do Szwajcarii. Cztery dekady po postawieniu rozpoznania, sparaliżowany, poruszający się na wózku i kompletnie uzależniony od pomocy osób trzecich Hawking opublikował swój drugi bestseller. Hawking nieustannie podróżował po całym świecie, jako wykładowca cieszył się ogromną popularnością mimo niemożności wypowiedzenia nawet jednego słowa własnym głosem. Jest laureatem wielu naukowych nagród.

Chociaż istnieją pewne wyjątki, ogólnie przebieg stwardnienia zanikowego bocznego jest przewidywalny. Olbrzymia większość pacjentów umiera w przeciągu dziesięciu lat od postawienia diagnozy, wielu znacznie wcześniej. Bardzo rzadko zdarza się, że ludzie odzyskują zdrowie po przejściu czegoś, co tylko wydawało się być stwardnieniem zanikowym bocznym, ale niezwykle rzadko spotyka się przypadki, żeby osoba żyła z tą chorobą tak długo jak Stephen Hawking, kontynuując jednocześnie nie tylko zwykłą pracę, ale funkcjonując na tak wysokim poziomie. Co zatem pozwoliło mu wprawić w zakłopotanie całą opinię medyczną i te ponure statystyki?

Nie możemy rozpatrywać przypadku Hawkinga jako odizolowanego fenomenu klinicznego, nie wglębiając się w jego życie i relacje z ludźmi. Jego długowieczność jest bez wątpienia hołdem złożonym duchowej determinacji, która nie pozwala, ażeby choroba go pokonała. Ale wierzę również, że gorzkie porównanie, jakie dokonała Sue Rodriguez, było prawdziwe: młody Stephen posiadał dostęp do tych niewidzialnych zasobów, których pozbawiona jest większość chorych na stwardnienie zanikowe boczne. Jeśli weźmiemy pod uwagę naturę tej choroby, która niszczy ciało, podczas gdy pozostawia nienaruszony intelekt, abstrakcyjny myśliciel był w idealnej pozycji „przeżycia ży-

cia umysłem”. W odróżnieniu od silnej alpinistki i byłej maratonki, Rodriguez, i w przeciwieństwie do tancerek Laury i Joanny, Hawking nie widział pogorszenia stanu swojego zdrowia jako zagrożenia dla roli, którą dla siebie wybrał. Przeciwnie, mogłoby ją tylko poprawić. Przed postawieniem diagnozy i związanym z tym kalectwem Hawking był w pewnym stopniu pozbawiony celu, mimo posiadania błyskotliwych talentów intelektualnych.

Hawking zawsze posiadał olbrzymie zdolności poznawcze i matematyczne oraz pewność siebie, ale sprawiał wrażenie, że nigdy nie czuł się w pełni swobodnie we własnym ciele. „Był ekscentryczny i niezręczny, chudy i mizerny”, piszą Michael White i John Gribbin w książce *Stephen Hawking, A Life in Science* („Stephen Harding. Życie w nauce”). „Jego szkolny mundurek zawsze wyglądał niechlujnie i jak mówią jego przyjaciele, zawsze raczej bełkotał, niż mówił wyraźnie... Był po prostu tym rodzajem dziecka – obiektem żartów całej klasy, któremu koledzy dokuczali i czasami znęcali się nad nim, potajemnie podziwianym przez niektórych, przez większość jednak unikanych”. Nie wyglądał na osobę, która spełniałaby oczekiwania tych wszystkich, którzy zauważyli jego prawdziwe zdolności. Młody Stephen, jak się wydaje, stał się depozytariuszem sfrustrowanych ambicji swojego ojca, który postanowił, że jego syn osiągnie te cele naukowe i towarzyskie, których on, jego ojciec, nigdy w pełni nie osiągnął. Jednym z jego celów było, aby Stephen uczył się w najbardziej prestiżowych szkołach prywatnych w Anglii. Dziesięcioletni chłopiec został zgłoszony do egzaminu o stypendium w Westminster School. „Nadszedł dzień egzaminów i Stephen zachorował. Nigdy nie przystąpił do egzaminu wstępnego i w rezultacie nie dostał się do jednej z najlepszych szkół w Anglii”.

Oczywiście można założyć, że ta choroba to czysty zbieg okoliczności. Możemy ją także zrozumieć jako sposób obrony dziecka przed naciskiem rodziców. Biorąc pod uwagę fakt, że rodzina Hawkingów bardzo ceni sobie prywatność, trudno będzie to rozstrzygnąć. Wiemy już, że później, kiedy młody Hawking nie mieszkał już w domu rodzinnym i kierował się własnymi preferencjami, okazało się, że mają one charakter raczej towarzyski niż akademicki. Stephen był leniwy i pił sporo alkoholu, opuszczał zajęcia i unikał studiowania – to klasyczny przykład biernego stawiania oporu na studiach. Przez jakiś czas jego kariera akademicka była zagrożona i rozważał możliwość kariery

urzędniczej. Dopiero po diagnozie zaczął wykorzystywać swoją fenomenalną inteligencję w pracy: wyjaśniając naturę kosmosu, zmniejszając teoretyczną przepaść między teorią względności Einsteina a mechaniką kwantową. Z jego kalectwem był zwolniony z wielu obowiązków związanych z nauczaniem i administracją, z którymi muszą się borykać inni naukowcy. Jego biografowie piszą: „Niektórzy przypisywali jego wspaniałe sukcesy w kosmologii większej wolności mózgu, inni twierdzili, że punktem zwrotnym w wykorzystaniu jego zdolności był początek choroby, a przedtem był po prostu przeciętnie zdolnym studentem”.

Ten ostatni argument trudno zaakceptować, ale nawet sam Hawking przyznał, że dopiero po rozpoczęciu jego choroby zaczął się cokolwiek zajmować. „...Zacząłem pracować po raz pierwszy w życiu. Ku mojemu zaskoczeniu odkryłem, że to lubię. Być może nie jest całkiem uczciwe nazywanie tego pracą. Ktoś kiedyś powiedział, że naukowcom i prostytutkom płaci się za robienie tego, co im sprawia przyjemność”.

Nie wiadomo, jak to jest w przypadku prostitutek, ale jest jasne, że Hawking jest szczęściarzem, bo może realizować swoje prawdziwe powołanie, mimo ogromnych utrudnień fizycznych.

Innym niezbędnym czynnikiem, który Hawking w odróżnieniu od Rodriguez posiadał, było bezwarunkowe wsparcie emocjonalne i praktyczna opieka kochającej go osoby. Osobą tą była, obecnie eks-żona, Jane Hawking. W gruncie rzeczy zdecydowała się poświęcić swoje życie dla niego – ogromnym własnym kosztem, jak się później przekonała. Spotkali się tuż przed rozpoznaniem jego choroby i pobrali się krótko po tym wydarzeniu. Z powodu swojej własnej historii Jane była przygotowana do przyjęcia roli oddanej i bezinteresownej opiekunki. Celowo piszę *bezinteresownej*: w jej rozwiniętym, autonomicznym poczuciu był brak własnej wartości i przez to całkowicie identyfikowała się z rolą pielęgniarki, matki i anioła stróża Stephena. „Chciałam znaleźć sens w moim życiu”, wspomina w swoim pamiętniku z 1993 roku, *Music to Move Stars* („Muzyka, która porusza gwiazdy”), „i wierzyłam, że znalazłam go w opiece nad nim”. Kiedy poddawała w wątpliwość swoje umiejętności potrzebne do spełnienia tego onieśmielającego zadania, przyjaciele mówili jej: „Jeżeli on Cię potrzebuje, musisz to robić”. I tak podjęła się tego zadania.

Tych dwoje młodych ludzi nie tylko połączył partnerski związek małżeński: oni wręcz złączyli się w jedno. Stali się jednym ciałem, sercem

i duszą. Bez podporządkowania życia Jane i jej samodzielnych dążeń jej mężowi, Stephen prawdopodobnie by nie przeżył, a tym bardziej nie odniósłby tak spektakularnego sukcesu. Jego biografowie potwierdzają, że „bez pomocy, którą otrzymał od Jane, pewnie nie byłby w stanie kontynuować pracy naukowej ani nie miałby silnej woli do tego”.

Związek trwał tak długo, jak długo Jane akceptowała pozycję wymagającą wyparcia się samej siebie i jednokierunkowy przepływ energii psychicznej od żony do męża. Kochali się, ale ona zaczęła czuć się wyzyskiwana. Przypomina sobie dziwne zajście, kiedy w 1965 r. przyjechała do mieszkania swojego narzeczonego ze zламą ręką w gipsie: „On właściwie oczekiwał, że wykorzystam moje umiejętności sekretarki w dobrym celu i napiszę na maszynie podanie o pracę dla niego. Ten wyraz strasznego niepokoju na jego twarzy, kiedy wszłam do pokoju z moją lewą ręką, rysującą się pod płaszczem, w białym gipsie, pogrzebał wszystkie moje nadzieje na nawet najmniejszy znak współczucia”.

Ten epizod pokazał istotę ich związku: ona była zawsze na zawołanie, cicha uległa matka/niania, jej usługi były oczekiwane, przyjęte za pewnik i zauważone tylko w chwili ich braku. Podróżowała z mężem po całym świecie, codziennie napotykali i zwalczali mnóstwo trudności, które dopiero później – nawet wtedy tylko częściowo – stawały się łagodniejsze w momencie, kiedy został sławnym i dobrze zarabiającym pisarzem. Stopniowo czuła, że jej indywidualność zanika. Była wyczerpana, czuła się jak „krucha, pusta muszla, samotna i wrażliwa”, i na granicy popełnienia samobójstwa. Ze swojej strony Hawking reagował na jej dążenie do niezależności z pogardą i w końcu z wściekłością dziecka opuszczonego przez matkę. Zona została zastąpiona pielęgniarką, która opuściła męża, aby wyjść za naukowca. Jane znalazła inną miłość i tylko dzięki temu nowemu związkowi mogła w ostatnich latach ich małżeństwa służyć Stephenowi tak długo.

Obok powołania Hawkinga i szczodrego wsparcia przez jego żonę było jeszcze coś innego, co prawdopodobnie pomogło mu przeżyć: wyzwolenie jego agresji przez chorobę. „Miły sposób bycia” większości pacjentów ze stwardnieniem zanikowym bocznym to coś więcej niż wrodzona dobroć i słodycz, charakterystyczna dla niektórych ludzi; to jest emocja *in extremis*. Jest ona wzmocniona do niezdrowej proporcji wskutek silnego tłumienia asertywności.

Asertywność w obronie naszych granic może i powinna objawiać

się agresywnie, jeśli zaistnieje taka potrzeba. Pewność intelektualna Hawkinga stała się przyczyną pojawienia agresji, zwłaszcza po pogorszeniu się jego stanu fizycznego. Jane Hawking zapisała w swoim pamiętniku, że „kiedy jego chód stał się mniej stabilny, jego uwagi stały się bardziej przekonujące i radykalne”.

Podobnie jak u wszystkich pacjentów ze stwardnieniem zanikowym bocznym, z którymi mieliśmy do czynienia, osobowość Hawkinga charakteryzowała się intensywną represją psychiczną. W jego domu rodzinnym zdrowa wrażliwość i interakcje emocjonalne były traktowane jako coś obcego. Członkowie rodziny Hawkingów jedząc kolację nie rozmawiali ze sobą, każdy z nich zajęty był własną lekturą. Rodzice Stephena nie dbali o dom rodzinny w stopniu przekraczającym granice ekscentryczności, co uwiadamia ich obojętność emocjonalną. Jego biografowie piszą: „Ani Isobel, ani Frank Hawking nie przejmowali się zbyt stanem domu. Dywany i meble były używane tak długo, jak to było możliwe; tapeta odchodziła od ścian; w korytarzu i za drzwiami w wielu miejscach odpadł tynk, pozostawiając dziury w ścianach”.

White i Gribbin napisali o ojcu Stephena, że był nieprzystępną postacią, „znaczącą w dzieciństwie i okresie dorastania Stephena przez swoją nieobecność”. Jane twierdziła, że Hawkingowie uważali „jakiegokolwiek okazywanie uczuć lub uczucie wdzięczności za oznakę słabości, utratę kontroli albo zaprzeczanie ich wartości... To dziwne, ale wstydzili się okazywać ciepło”.

Po tym, jak Stephen i Jane pobrali się, jego rodzina wycofała się z aktywnej opieki nad synem i Jane nie mogła tego zrozumieć ani zaakceptować. Oprócz obowiązków wobec męża musiała także sprawować wyłączną pieczę nad trójką ich dzieci. Nie zauważył, że z powodu jego choroby spoczywało na niej tak wiele obowiązków – i jej uległe dostosowanie się do tej sytuacji spowodowało, że nie miała chwili wytchnienia. „Byłam bliska załamania”, wspomina, „ale Stephen przez cały czas odrzucał stanowczo wszelkie sugestie, które oznaczałyby, że przyznaje się do swojej choroby. Te propozycje mogłyby złagodzić stres mój i dzieci”. Unikał rozmowy na temat jakichkolwiek problemów, licząc na to, że Jane przetrwa ten trudny okres. „Nigdy nie przyznawał się do swoich emocji”, pisze Jane, „uważając je za fatalną, nieracjonalną wadę mojego charakteru”. Jej usilne próby uzyskania wsparcia od rodziny męża spotkały się z niezrozumieniem a na-

wet wrogością...”. – No wiesz – powiedziała jej kiedyś teściowa – nigdy tak naprawdę nie lubiliśmy cię, Jane; nie pasujesz do naszej rodziny. – I to po dekadach poniżającej służby wobec jej syna.

Czy zostało pokazane w tym rozdziale, że stwardnienie zanikowe boczne jest wywołane albo przynajmniej potęgowane przez tłumienie uczuć? Że swoimi korzeniami sięga izolacji uczuciowej i utraty, które miały miejsce w dzieciństwie? Że ogólnie – nawet jeśli nie zawsze – choroba ta uderza w ludzi, którzy prowadzą życie w pełnym biegu i których inni uważają za bardzo miłych? Dopóki nasze rozumienie złożonego zjawiska ciała/umysłu nie jest bardziej zaawansowane, musi to pozostać intrygującą hipotezą, ale hipotezą, którą można podważyć, znajdując jakiś wyjątek. Sugestia, że tak często obserwowane związki mogą wszystkie być zbiegiem okoliczności, wydaje się być zbyt daleko idąca.

Spojrzenie z perspektywy ciała/umysłu może pomóc tym chorym na stwardnienie zanikowe boczne, którzy są gotowi w pełni i odważnie przyjrzeć się niektórym bardzo bolesnym aspektom rzeczywistości. W rzadkich przypadkach, ludzie wydają się przezwyciężać objawy rozpoznane jako stwardnienie zanikowe boczne. Warto byłoby prześledzić takie przypadki, ażeby wyjaśnić dlaczego tak się dzieje. Jeden z przypadków został zrelacjonowany przez dr Christaine Northrup w książce *Women's Bodies, Women's Wisdom*:

Dana Johnson, badaczka, zarejestrowana pielęgniarka i jednocześnie moja przyjaciółka, wyzdrowiała z choroby Lou Gehriga dzięki temu, że nauczyła się szanować własne ciało we wszystkich aspektach. Po kilku latach choroby zaczęła tracić kontrolę zarówno nad mięśniami oddechowymi, jak i resztą swojego ciała. Trudności z oddychaniem zmuszały ją do myślenia o bliskiej śmierci. Ale w tym momencie zdecydowała, że chce doświadczyć bezwarunkowej miłości do samej siebie, przynajmniej raz przed śmiercią. Określiła siebie jako „miskę galaretki na wózku”, ale siadała codziennie na piętnaście minut przed lustrem i wybierała różne części swojego ciała, które pokochała. Zaczęła od rąk, ponieważ wtedy były to jedyne części jej samej, które bezwarunkowo doceniała. Każdego następnego dnia przychodziła kolej na inne części ciała...

W swoim pamiętniku opisała także przemyślenia, jakie towarzyszyły jej podczas tego procesu i zdała sobie sprawę z tego, że od dzieciństwa wierzyła, że aby być użyteczną, akceptowaną przez innych i wartą samej siebie, musiała poświęcić swoje potrzeby. Potrzeba było zagrażającej życiu choroby, aby uświadomiła sobie, że służenie innym przez poświęcenie samej siebie jest ślepą uliczką.

Dr Northrup twierdzi, że jej przyjaciółka wyleczyła się przez świadome codzienne ćwiczenia polegające na odkrywaniu swoich emocji i miłości do własnej osoby, krok po kroczku „odmrażała” każdą część swojego ciała. Gdybym przeczytał taką historię zaraz po ukończeniu akademii medycznej, na pewno bym jej nie uznał za wiarygodną. Nawet teraz, naukowo wykształcona część mnie chciałaby zobaczyć solidny dowód, że diagnoza stwardnienia zanikowego bocznego w tym przypadku była zasadna. W leczeniu paliatywnym raz widziałem osobę przyjętą pod „opiekę wytchnienia”, która przekonała samą siebie i krąg swoich przyjaciół, że cierpi na stwardnienie zanikowe boczne, mimo że powtarzane wielokrotnie testy elektrodiagnostyczne i wyniki neurologiczne były w normie. Przyjaciele tej osoby nie chcieli uwierzyć, kiedy poinformowałem ich, że kaleka, którą tak gorliwie się opiekują, ze ściśle fizycznego punktu widzenia jest tak zdrowa jak oni.

Dzisiaj nie uważam, że relacja dr Northrup jest niemożliwa do przyjęcia. Zgadza się ona z moim postrzeganiem tej choroby. W historii Alexy, nauczycielki, której mąż, Peter, nie chciał zaakceptować rozpoznania stwardnienia zanikowego bocznego, było pewne intrygujące zdarzenie. Ukazało to potencjał czegoś, co może mogło mieć miejsce. Psychologowi Gordonowi Neufeldowi udało się tylko raz spotkać z nią samą, bez jej męża. – Było dla mnie oczywiste, że jej emocje były tłumione, że straciła swoją energię – mówi dr Neufeld. – Miała dwugodzinną sesję, kiedy Piotr wyjechał i bardzo żaliła się na swoje życie i na swoją chorobę. To bardzo ją odmieniło. Fizjoterapeuta przyjął ją zaraz po sesji i był zaskoczony, że napięcie jej mięśni było o wiele lepsze. Ale nigdy później nie mogłem się z nią spotkać sam na sam i nie mogłem doprowadzić jej do tego stanu. Okno po prostu się zamknęło.

Nigdy dość dobra

Przez siedem lat Michelle miała guz w piersi. Okresowo powiększał się lub zmniejszał, ale nigdy nie niepokoił ani jej, ani lekarza. „Potem zupełnie nagle zrobił się całkiem twardy, gorący i zaczął rosnąć niemal z dnia na dzień”, opowiada trzydziestodwuletnia mieszkanka Vancouver. Biopsja wykazała, że guz jest złośliwy i Michelle uważa, że zna przyczynę: stres. „Zmienił się dopiero wtedy, kiedy w moim życiu nastąpiło trzęsienie ziemi”, mówi. „Porzuciłam pracę, pozostałam bez żadnych dochodów... Byłam wtedy w okropnym stanie emocjonalnym. Wiele rzeczy spadło na mnie jednocześnie, nie tylko problemy finansowe”. Usunięto guz i Michelle z ulgą dowiedziała się, że węzły chłonne nie były zajęte przez nowotwór. Po operacji nastąpiła chemioterapia i naświetlania, ale żaden lekarz nie spytał nigdy, jaki stres psychiczny mogła przechodzić przed wystąpieniem nowotworu i jakie nierozwiązane problemy tkwiły w jej życiu.

Pacjentki z rakiem piersi często opowiadają, że lekarze nie wykazują aktywnego zainteresowania nimi jako osobami ani społecznymi czy uczuciowymi aspektami ich życia. Założenie jest takie, że te czynniki nie mają znaczącej roli ani w powstaniu tej choroby, ani jej leczeniu. Taką postawę wzmacniają jeszcze wąsko zaplanowane badania psychologiczne.

Pewien artykuł w „British Medical Journal” przedstawiał wyniki pięcioletnich badań ponad dwustu kobiet chorych na raka piersi, które miały określić, czy nawrót choroby nowotworowej może być wyzwolony przez jakieś poważne wydarzenia życiowe, takie jak rozwód czy śmierć kogoś bliskiego. Autorzy wyciągają wniosek, że „kobiety chore na raka piersi nie muszą się martwić, że stresujące wydarzenia przyspieszą nawrót choroby”. Dr Donna Stewart, profesor z Uniwersytetu w Toronto i przewodnicząca do spraw kobiet Uniwersyteckiej Sieci Zdrowotnej, skomentowała, że wyniki badań „mają sens”.

Dr Stewart była pierwszym autorem badania, opublikowanego w 2001 roku w czasopiśmie „Psycho-Oncology”. Niemal czterystu kobietom, u których w przeszłości występował rak piersi, zadano pytanie, co ich zdaniem spowodowało powstanie nowotworu. Czterdzieści dwa procent podało stres – to dużo więcej niż jakikolwiek inny czynnik, taki jak dieta, środowisko, genetyka czy styl życia. – Uważam, że odzwierciedla to przekonanie powszechnie panujące w społeczeństwie – mówi dr Stewart. – Ludzie uważają, że stres jest przyczyną wszystkiego. Dowody na sprawczą moc stresu są raczej nikłe. A dowody na znaczącą rolę hormonów i genetyki są bardzo mocne.

A jednak nauka i doświadczenia kliniczne są po stronie Michelle i wielu innych kobiet, które podejrzewają istnienie silnego związku między stresem i zachorowaniem na raka piersi. Żaden inny nowotwór nie był tak dokładnie badany pod kątem potencjalnych związków biologicznych między wpływami psychicznymi i wystąpieniem choroby. Wiele dowodów pochodzących z badań na zwierzętach i obserwacji u ludzi, wspiera wrażenie osób chorych onkologicznych, że stres jest poważnym czynnikiem przyczyniającym się do powstania raka piersi.

W przeciwieństwie do stwierdzenia badaczy z Toronto, „dowody na rolę genetyki” nie są bardzo obfite. Tylko niewielka część kobiet ma poważne genetyczne czynniki ryzyka zachorowania na raka piersi i tylko u niewielkiego odsetka chorych na ten nowotwór (około 7%) guz rozwija się z przyczyn genetycznych. Nawet w przypadku osób z predyspozycjami genetycznymi w grę muszą wchodzić jakieś czynniki środowiskowe, ponieważ nie każda kobieta posiadająca jeden z trzech genów o znanym związku z rakiem piersi, faktycznie zachoruje na nowotwór złośliwy. U olbrzymiej większości kobiet (czy też mężczyzn) z rozpoznaniem raka piersi, rola czynników dziedzicznych jest niewielka lub w ogóle nie występuje.

Rozdział między hormonami i emocjami jest czymś sztucznym. Niepodważalny jest fakt, że hormony mogą aktywnie promować lub hamować rozwój nowotworu, jednak nie jest prawdą, że ich działanie nie ma nic wspólnego ze stresem. W rzeczywistości, biologiczny wpływ emocji na powstawanie nowotworów odbywa się za pośrednictwem hormonów. Niektóre – na przykład estrogen – pobudzają wzrost guza. Inne ułatwiają rozwój nowotworu przez zmniejszenie zdolności układu odpornościowego do zwalczania złośliwych komórek.

Produkcja hormonów pozostaje pod bezpośrednim wpływem stresu. Kobiety zawsze wiedziały, że stres wpływa na funkcjonowanie ich jajników i cykl menstruacyjny – nadmierny stres może nawet zahamować miesiączkowanie.

Układ hormonalny organizmu jest nierozzerwalnie związany z ośrodkami w mózgu, w których zachodzi odczuwanie i interpretowanie emocji. Z kolei aparat hormonalny i ośrodki emocji są powiązane z układem odpornościowym i nerwowym. Nie istnieją cztery oddzielne układy, lecz jeden supersystem, który funkcjonuje jako jedna całość, chroniąc organizm przed zewnętrzną inwazją i przed zaburzeniami wewnętrznych warunków fizjologicznych. Nie jest możliwe, aby jakikolwiek stresujący bodziec, przewlekły czy ostry, działał tylko na jedną część tego superukładu. To, co dzieje się z jedną częścią, dotyczy również całości. W rozdziale 7. zajmiemy się dokładniej działaniem tego supersystemu.

Uczucia również bezpośrednio modulują działanie układu immunologicznego. Badania przeprowadzone w amerykańskim Narodowym Instytucie Raka dowiodły, że komórki zwane *naturalnymi zabójcami* (*natural killer*), ważny rodzaj komórek układu odpornościowego, z którymi już się zetknęliśmy, są bardziej aktywne u tych pacjentek z rakiem piersi, które potrafią wyrażać gniew, przyjąć postawę walki i które otrzymują większe wsparcie społeczne. Komórki *naturalni zabójcy* przypuszczają atak na komórki nowotworowe i mogą je zniszczyć. U tych kobiet nowotwór jest zdecydowanie mniej rozprzestrzeniony w porównaniu z chorymi o postawie mniej asertywnej czy takimi, które mają mniej wspierające relacje społeczne. Badacze stwierdzili, że czynniki emocjonalne i związki społeczne w większym stopniu wpływają na długość przeżycia niż stopień zaawansowania samej choroby.

Wiele badań, na przykład to opublikowane w „British Medical

Journal”, ignoruje fakt, że stres jest nie tylko kwestią zewnętrznych bodźców, ale również indywidualnej reakcji. Występuje w prawdziwym życiu prawdziwych osób, które mogą znacznie różnić się pod względem wrodzonego temperamentu, historii życia, wzorców emocjonalnych, zasobów fizycznych i mentalnych oraz wsparcia społecznego czy ekonomicznego. Jak pokazano w rozdziale 3., nie istnieją uniwersalne stresory.

W większości przypadków raka piersi stresory mają charakter ukryty i przewlekły. Biorą swój początek w doświadczeniach dzieciństwa, wczesnym programowaniu emocjonalnym i nieświadomych stylach odpowiedzi psychicznej. Kumulują się przez całe życie, czyniąc daną osobę podatną na chorobę.

Michelle dorastała w domu, w którym oboje rodzice byli alkoholikami. Obecnie uważa, że jej nowotwór jest związany z wczesnymi doświadczeniami, które zdecydowały o tym, jaką postawę przyjęła wobec życia. Próbowwała sobie radzić w sposób, który – nieświadomie – zwiększył obciążenie stresem, z jakim musiała się zmagać przez wiele lat. Na przykład, zajmując się potrzebami emocjonalnymi raczej innych ludzi niż własnymi. – Byłam zagubiona przez całe moje życie – mówi – i myślę, że rak miał wiele wspólnego z tym zagubieniem... Mocno wierzę i rozumiem, że moi rodzice kochali nas w najlepszy sposób, jaki znali, jednak były to relacje i środowisko rodzinne wprowadzające ogromne zamieszanie, ponieważ oboje byli i nadal są alkoholikami. Nie potrafili dawać miłości nawet kiedy kochają.

Badania od dziesięcioleci sugerują, że kobiety są bardziej podatne na rozwój raka piersi, jeśli w ich dzieciństwie występowała uczuciowa separacja od rodziców lub inne zaburzenia; jeśli miały tendencję do tłumienia emocji, zwłaszcza gniewu; jeśli brakowało im wartościowych związków społecznych w okresie dorastania; i jeśli są osobami o nastawieniu altruistycznym, które odczuwają wewnętrzny przymus otaczania innych opieką. W jednym z badań psychologowie przeprowadzali wywiady z pacjentkami przyjętymi do szpitala w celu wykonania biopsji piersi, nie znając wyników badania histologicznego. Badacze mogli przewidzieć obecność raka aż w 94% przypadków tylko dzięki ocenie czynników psychologicznych. W podobnym badaniu niemieckim zajmowano się grupą czterdziestu kobiet z rakiem piersi

i dobraną czterdziestoosobową grupą kontrolną, dopasowaną pod względem wieku, ogólnej historii medycznej i stylu życia. I znowu, za pomocą badania psychologicznego można było z dokładnością do 96% odróżnić osoby, u których rozpoznano raka piersi, od osób z grupy kontrolnej.

Jako mężczyzna, Malvin Crew* był początkowo zakłopotany, kiedy dowiedział się o rozpoznaniu raka sutka, jednak zdecydował, że „nie ma sensu siedzieć i czekać, aż choroba mnie zje”. Teraz, kilka lat po mastektomii, chemioterapii i radioterapii, żartuje z tego. „Przynajmniej kiedy upadnę, nie będę leżał cyckami do góry, bo przecież mam tylko jeden”.

U pięćdziesięcioletniego Crew postawiono rozpoznanie w 1994 roku, bezpośrednio po bardzo stresującym okresie życia, w którym nastąpił konflikt z prawem z powodu naruszenia przepisów o połowach, publiczne zawstydzenie, upokorzenie w pracy i presja ze strony pracodawcy. Crew był na łodzi z dziesięcioma innymi mężczyznami i złapali trzy ryby. Kiedy funkcjonariusze straży rybackiej przyszedli do niego do domu, złożył zeznanie.

„Wszystko skrupiło się na mnie i dwóch innych facetach; reszta chłopaków zaprzeczyła. Mojej rodzinie było ciężko widzieć moje nazwisko w nagłówkach gazet – pracownicy straży przybrzeżnej oskarżeni o nielegalny połów ryb – i to robi swoje. A potem, kiedy wróciłem na inną łódź straży przybrzeżnej, byłem nękany przez innych członków załogi, którzy śmiali się ze mnie... Wszyscy faceci w pracy mówili, że powinienem być zaprzeczyc”.

Ta presja była dla Malvina tym trudniejsza, że – jak sam mówi – zawsze był dumny ze swojej sumienności. – Niektórzy z moich współpracowników mówili – wiesz – traktujesz robotę zbyt poważnie. Uważali, że nie umiem się odprężyć.

– Czy miałeś kiedyś poczucie, że wykonujesz pracę, którą powinni zrobić inni? – spytałem.

– Tak, robiłem więcej, niż na mnie przypadało. To problem mojego charakteru – nie chcę, żeby patrzyli na mnie jak na obiboka.

* Pan Crew ujawnił już publicznie wiadomość o swoim raku sutka. W przeciwieństwie do kobiet, z którymi rozmawiałem, nie potrzebuje on ochrony informacji o swojej tożsamości.

– Kiedy inni nie wykonują przypadającej na nich części pracy, można zrobić ją za nich. Można też się zezłościć.

– Jeśli się złościysz, tylko dolewasz oliwy do ognia. Są ludzie, którzy pracują sumiennie i są tacy, którzy tylko płyną z prądem. Faktycznie, czasem czułem gniew. Cóż, jeśli się go ujawnia, to tylko stwarza więcej problemów w pracy.

Źródło tej nadmiernej sumienności stało się jasne, kiedy spytałem Malvina o jego dzieciństwo.

– Czy w twoim domu było dużo uczucia?

– Tak. Ojciec był dumny z mojej siostry i ze mnie, i z tego, co osiągnęliśmy w życiu. Ona jest nauczycielką. Mój ojciec był inżynierem, a ja, oczywiście, poszedłem w jego ślady. Uzyskałem dyplom inżyniera i ojciec był naprawdę dumny, że zajmuję się konstrukcją samolotów.

– Ciepło i uczucie nie mają nic wspólnego z osiągnięciami: istnieją niezależnie od osiągnięć, po prostu dlatego, że rodzice są uczuciowo związani z dzieckiem. Ale twoja odpowiedź dotyczy osiągnięć. Jestem ciekaw, dlaczego?

– Cóż, mój ojciec zawsze był z nas dumny.

– A co z twoją mamą – jaki rodzaj uczucia dostawałeś od niej?

– Nie była nadmiernie uczuciowa. Kochaliśmy naszych rodziców i czuliśmy, że zapewniają nam troskliwe wychowanie. Dobry dom.

Około procenta osób chorych na raka piersi to mężczyźni. Ich historia emocjonalna jest podobna jak kobiet z tym samym nowotworem. David Yeandle, policjant z Toronto, miał cztery niezależne nowotwory: w jednej z nerek, w sutku i dwa razy w pęcherzu moczowym. Jego wychowanie również charakteryzowało się brakiem ciepła. Urodzony w 1936 roku, David miał trzy lata, kiedy wybuchła druga wojna światowa. Jego siostra urodziła się w 1940 roku.

– Mój ojciec był magazynierem, a matka pracowała w fabryce czekoladek Cadbury's... Dorastałem podczas wojny i właściwie niewiele widziałem moich rodziców. Matki nie było w ciągu dnia i moja siostra i ja musieliśmy sami o siebie zadbać, dopóki nie wróciła do domu.

– Chcesz przez to powiedzieć, że jako bardzo małe dziecko opiekowałeś się swoją siostrą.

– Tak.

David wspomina małżeństwo swoich rodziców jako nieszczęśliwe. – Nie byli kochającą się parą – opowiada. – Tata zajmował się swoimi sprawami, a matka – swoimi. Tata większość wieczorów spędzał na strzelnicy z przyjaciółmi. Nie miałem zbyt wiele szacunku dla mojej matki. Zawsze oczekiwała ode mnie więcej, niż mogłem. Przypuszczam, że nie byłem świetnym uczniem. A moja matka zawsze uważała się za lepszą, niż była w rzeczywistości. Należała do klasy pracującej, jak cała nasza rodzina, ale zawsze dawała ludziom do zrozumienia, że jesteśmy lepsi, niż byliśmy. Trzeba było dorównać jej standardom.

– Kiedy źle się czułeś jako dziecko, kiedy czułeś się nie zrozumiany, kiedy zmagaleś się z trudnymi emocjami, komu o tym opowiadałeś?

– Właściwie zachowywałem to dla siebie. Taty nigdy nie było w pobliżu, kiedy chciało się z nim porozmawiać, z pewnością nie rozmawiałem o takich rzeczach z moją matką, bo jej ulubionym powiedzeniem było: Och, jesteś taki głupi. Nigdy też nie okazywałem moim rodzicom gniewu. Tego się po prostu nie robiło. Tłumiłem w sobie mnóstwo złości.

„Skrajne stłumienie gniewu” było cechą chorych na raka piersi, najczęściej stwierdzaną w brytyjskim badaniu z 1974 roku. Autorzy zajęli się serią kolejnych 160 kobiet, przyjętych do szpitala w celu wykonania biopsji piersi. Z wszystkimi pacjentkami przeprowadzono dokładny wywiad psychologiczny, również samodzielnie wypełniały kwestionariusze psychologiczne. Dla porównania przeprowadzono również niezależnie wywiad z ich małżonkami lub innymi członkami rodziny. Ponieważ testy psychologiczne odbywały się przed wykonaniem biopsji, ani kobiety, ani badacze nie znali wówczas ostatecznej diagnozy. „Naszym pierwszoplanowym wnioskiem było stwierdzenie znaczącej korelacji między rozpoznaniem raka piersi a wzorem zachowań, utrzymującym się przez całe dorosłe życie, charakteryzującym się nieprawidłowym ujawnianiem emocji. Zaburzenia te w większości przypadków polegały na skrajnym stłumieniu gniewu, a u pacjentek po czterdziestym roku życia, skrajnym stłumieniu również innych uczuć”.

W 1952 roku psychoanalityczna ocena kobiet z rakiem piersi doprowadziła do podobnych wniosków. Pacjentki te określono jako demonstrowujące „niezdolność do rozładowania czy właściwego radzenia so-

bie z gniewem, agresywnością czy wrogością (które, z kolei, były maskowane pod fasadą uprzejmości)". Badacze uważali, że nie rozwiązane konflikty pacjentek „ujawniały się przez zaprzeczenie i nierealistyczne zachowania pełne samopoświęcenia”.

Badanie, przeprowadzone przez dr Sandrę Levy i jej współpracowników z amerykańskiego Narodowego Instytutu Raka, dotyczące związku między aktywnością komórek typu *naturalni zabójcy* i wzorcami reakcji emocjonalnych u chorych na raka piersi, doprowadziło do wniosku, że *wydaje się, że wyparcie gniewu i bierny, stoicki styl reagowania wiążą się ze zwiększonym zagrożeniem biologicznym*.

Stłumienie gniewu zwiększa ryzyko raka z tego prostego powodu, że nasila narażenie na stres fizjologiczny. Ludzie, którzy nie potrafią rozpoznać naruszenia swoich praw albo nie są w stanie zareagować odpowiednio nawet wtedy, kiedy widzą takie wtargnięcie na swoje terytorium, są bardziej narażeni na powtarzające się szkody, wywołane przez stres. Warto zapamiętać to, co zostało powiedziane w rozdziale 3, że stres jest fizjologiczną reakcją na zauważone zagrożenie, fizyczne lub uczuciowe, bez względu na to, czy dana osoba uświadamia je sobie natychmiast, czy też nie.

„Z pewnością zmagam się z pierwszym pytaniem, które zadają sobie wszystkie znane mi osoby chore na raka: Co zrobiłam, żeby na to zasłużyć? Dlaczego ja? Czy zrobiłam coś złego? Nieustannie roztrząsałam wszystko. Nie jestem osobą, po której można się spodziewać, że zachoruje na raka sutka. Karmiłam moje dzieci piersią do wieku dwudziestu jeden miesięcy. Paliłam trochę, ale tylko w młodości. Nie piłam zbyt dużo. Ćwiczyłam. Zwracałam uwagę na zawartość tłuszczu w diecie. To nie powinno zdarzyć się mnie”. Autorką tej wypowiedzi jest Anna, matka trojga dzieci, która znajdowała się w połowie piątej dekady życia, kiedy przed ośmiu laty znaleziono u niej podejrzany guz. Anna ma jeden z genów predysponujących do zachorowania na raka piersi.

Nawet w tej niewielkiej części przypadków, kiedy występuje silny czynnik usposabiający do zachorowania, dziedziczność sama w sobie nie wyjaśnia, kto zachoruje na raka piersi, a kto nie. Badanie DNA wykazało, że Anna odziedziczyła gen raka piersi od swojego oj-

ca. U innych krewnych z tym samym genem, starszych od niej, nie rozwinął się nowotwór piersi. Anna jest przekonana, że w jej przypadku dużą rolę w powstaniu raka odegrał stres. Jej pierwszy mąż, przedsiębiorca, przez cały czas trwania ich małżeństwa traktował ją źle pod względem emocjonalnym. Zanim ten związek się zakończył, była również maltretowana fizycznie. „Jeśli spytasz mnie, dlaczego dostałam raka, odpowiem, że to dlatego, że pozwoliłam, aby tamto małżeństwo tak mnie zniszczyło. Wiele razy byłam bliska samobójstwa...

Nie miałam dość szacunku dla samej siebie. Czy jestem wystarczająco dobra, czy można mnie kochać? Poślubiłam moją mamę. On był dokładnie taki jak moja matka. Nigdy nie byłam dość dobra. Kiedy patrzę wstecz, zastanawiam się, jak mogłam wytrzymać w takim małżeństwie? Bardzo nad tym rozpaczalam podczas psychoterapii. Jak mogłam to robić własnej duszy, bo ona właśnie została zraniona. Skrzywdziłam samą istotę tego, kim jestem. Myślę, że skrzywdziłam również swoje ciało.

W końcu poczułam, że zostało ze mnie już bardzo niewiele. Brałam codziennie osiem leków, przepisanych z powodu depresji, lęku, bezsenności, bólów, problemów jelitowych. Musiałam albo umrzeć, albo wydostać się z tego wszystkiego. W tym momencie odezwał się instynkt samozachowawczy i uciekłam”.

Anna pasuje do wzorca „nierealistycznych zachowań pełnych samopoświęcenia”, opisanych w 1952 roku w psychoanalitycznym badaniu chorych na raka piersi. Ona jedyna spośród czworga rodzeństwa wzięła na siebie odpowiedzialność za ojca, obecnie ponadosiemdziesięcioletniego.

– On trafia mnie prosto w serce. Czuję się paskudnie, kiedy ma jakiś problem. Jest mi okropnie, kiedy dzwoni i mówi – Jestem taki samotny – nie mam dokąd iść i nie mam dziś nic do roboty. Moja siostra, którą uważam za sukę – mówi. – Hej, to jego problem, ma milion możliwości i wyborów.

Mieliśmy historyczną scenę, kiedy półtora roku temu poprosiłam go, żeby poszedł na miesiąc do domu opieki. Leżał w szpitalu i ja byłam u niego codziennie, siedziałam tam nie kończące się godziny. Wyszedł za szpitala i czułam, że jestem na krawędzi załamania nerwowego w związku z opieką nad nim. Wyciągnęłam kartę z rakiem – mojego asa – i powiedziałam: Tato, patrz – w obecności pracowników

socjalnych i wszystkich innych – mam raka i muszę się sobą zająć. Nie mogę opiekować się tobą w ten sposób. Proszę (płakałam w tym miejscu, bo w naszej rodzinie to ja byłam beksą), proszę, zostań tam przez jeden miesiąc. – Powiedział – nie. Dlaczego miałbym to zrobić? Nie chcę.

Pracownik społeczny i szef programu mówili mu: Panie W., nikt nie chce iść do domu starców. Czy może pan zrobić to dla swojej córki? Proszę spojrzeć na swoją córkę – płacze i naprawdę jest jej ciężko. Potrzebuje czasu, żeby być ze swoim mężem; potrzebuje przerwy. Nie, nie zrobię tego – powiedział. – Dlaczego miałbym to zrobić?

Kiedy miałam obustronną mastektomię, poprosiłam mojego brata i siostry, żeby zaopiekowali się tatą przez jakiś czas. – Nie mogę zabierać go na obiad przez parę miesięcy – powiedziałam im. Muszę dojść do siebie. Zanim upłynęło dziesięć dni, był już u mnie na obiedzie, bo nikt inny się nim nie zajmował. I nikt nawet tego nie zauważa.

– Przyjęłaś wobec własnego ojca rolę macierzyńską. To dlatego traktuje cię jako coś oczywistego. Matka jest czymś oczywistym. Matka jest jak świat – wszyscy spodziewają się, że będzie do dyspozycji i zapewni pomoc.

– Zdecydowanie tak. Mój brat robi to samo – jestem matką również dla niego. Kiedy dzwoni, dzieci mówią – wujek Don musi mieć problem, bo znowu dzwoni. Cierpi na depresję; wplątuje się w jakieś niewiarygodne związki. Kiedy ma kłopot, zjawia się dniem czy nocą. Po tem całym miesiącami nie odpowiada na moje telefony. Jest zajęty.

Zjawił się raz przez ten cały czas, kiedy miałam chemioterapię. Usiedliśmy razem około półtora roku po moim rozpoznaniu i zakończeniu chemii. Wtedy pierwszy raz próbowałam powiedzieć jasno, czego potrzebuję. Powiedziałam – Don, potrzebuję czegoś od ciebie. Kiedy jadę do poradni onkologicznej na badania kontrolne, chcę, żebyś zapytał mnie, jak wyszły. To dla mnie naprawdę ważne. Potrzebuję, żebyś pytał mnie, co się tam dzieje. Odchylił się na oparcie i odpowiedział: – Ja też czegoś od ciebie potrzebuję – i zaczął długą opowieść o swoim związku z dziewczyną, który się rozpadał. Po prostu siedziałam i myślałam, że w ogóle mnie nie zrozumiał. Masz rację – w którymś momencie uświadomiłam sobie, że mu matkuję.

Anna czuła się wielokrotnie opuszczona przez swoją matkę, która faworyzowała jej starszą siostrę. – Nie miałam mamy. Moja mama wypisała się – mówi – i generalnie nie lubiła mnie, więc nie mogłam

sobie pozwolić, żeby stracić także tatusia. Dzieci są wystarczająco mądre, żeby rozumieć, że potrzebują rodzica. A mój ojciec kochał mnie w niewłaściwy sposób. W okresie dorastania Anna zauważyła, że ojciec patrzy na nią w sposób niedwuznacznie seksualny, zwłaszcza na jej piersi.

Zauważyłam u niego coś, czemu potem przez większość życia zaprzeczałam, dopóki nie rozpoczęłam psychoterapii. O ile mi wiadomo, nic nie zrobił, ale chciał zrobić. Patrzył... Jest pewna seksualna intensywność, którą jedenasto- czy dwunastoletnia dziewczynka... Jestem przewrażliwiona na punkcie wszystkiego ze strony mężczyzn. Wszystkiego. Ale młodej kobiecie jest naprawdę ciężko uwierzyć, że jej ojciec czuje coś takiego. Chcę powiedzieć, o Chryste wszechmogący, robi się wtedy milion możliwych wybiegów, żeby wierzyć, że to nie może być prawdą. Jednak moja siostra nigdy nie pokazałaby się w T-shircie, kiedy tata był w pobliżu.

Mój ojciec jest chyba jedyną osobą, która nie wie, że miałam usunięte piersi, bo nigdy mu o tym nie powiedziałam. Myślę, że nikt inny tego nie zrobił. Wie, że miałam operację związaną z nowotworem. Spytał Steve'a (drugiego męża Anny), czy to ma coś wspólnego z pierśią, a Steve odpowiedział: – Tak, to dalszy ciąg tej poprzedniej sprawy. Tata nigdy nic mi nie powiedział. Podczas mojej chemioterapii ignorował mnie i traktował jak śmiecia. Stał w drzwiach wejściowych i mówił – idź załóż swoją perukę. Nie wyglądasz ładnie. Odpowiedziałam: – Wiesz, jestem naprawdę, naprawdę chora i właśnie zwlokłam się z łóżka, żeby otworzyć ci drzwi. Tyle tylko, że nie mówiłam tego spokojnie, jak teraz – byłam w hysterii.

Niedawno, kiedy odwoziłam go do domu, powiedział: – Muszę z tobą o czymś pogadać. Wiem, że nie jesteś osobą, której powinienem o tym mówić, ale nie mam nikogo innego. A potem wystartował z tą sprawą – ma osiemdziesiąt dwa lata – że jego przyjaciółka nie chce uprawiać z nim seksu. Mężczyźni mają swoje potrzeby. To coś, czego nauczył mnie wcześniej. Żonie nie wolno – powiedział mi to jasno – nigdy odmówić mężowi, kiedy chce seksu, bo jeśli to robi, on ma prawo pójść po to gdzie indziej. Masz obowiązek dostarczać seksu. Oto mówi mi, że on chce seksu, a jego przyjaciółka nie i że on ma swoje potrzeby i co on ma z tym zrobić. Siedziałam tam, myśląc, że to jest tak bardzo nie w porządku – nie powinno się mówić ze swoją córką o takich sprawach.

– Uważaj... mogłaś też powiedzieć: – Tato, nie chcę tego słuchać.
 – Ale wtedy byłby zmieszany. Zawstydziliby się i czułby, że coś zrobił. Moim zadaniem jest nie pozwolić mu, żeby czuł się zawstydzony.

W którym momencie mam powiedzieć: nie chcę. To dla mnie obce słowa, w dowolnej sytuacji. Będę kłamać, nie odbiorę telefonu, powiem: Przeprowadzam się do Tybetu, więc nie mogę wziąć w tym udziału – zrobię cokolwiek, aby nie powiedzieć: nie chcę. A kiedy nie przychodzi mi do głowy żadne kłamstwo, po prostu zgadzam się na wszystko.

Bezpośredni związek między doświadczeniami dzieciństwa a stresem dorosłego człowieka był pomijany przez tak wielu badaczy przez tyle lat, że można niemal zacząć się zastanawiać, czy to przeoczenie nie było celowe. Dorośli, którzy mieli trudne dzieciństwo, być może nie przeżywają bardziej poważnych doświadczeń utraty niż inni, ale ich zdolność radzenia sobie z taką sytuacją jest upośledzona przez wychowanie. Stres nie pojawia się w próżni. Te same wydarzenia zewnętrzne będą miały zupełnie inny wpływ fizjologiczny w zależności od tego, kto ich doświadcza. Śmierć jakiegoś członka rodziny będzie przeżyta w zupełnie inny sposób przez kogoś, kto jest uczuciowo dobrze zintegrowany i ma jakiś wspierający związek, niż przez osobę samotną czy też – jak Anna przed terapią – cierpi z powodu długotrwałego poczucia winy, spowodowanego warunkowaniem w dzieciństwie.

Prawdziwa historia dzieciństwa prawdopodobnie nie ujawniłaby się w samodzielnie wypełnianych kwestionariuszach dla chorych na raka sutka w przypadku byłej Pierwszej Damy Stanów Zjednoczonych, Betty Ford. Pani Ford napisała odważnie w swojej autobiografii, *The Times of My Life*, o swoim alkoholizmie i dążeniu do wyzdrowienia po rodzinnej interwencji jej męża, dzieci i innych osób. Równie otwarcie ujawniła szczegóły swojej diagnozy i leczenia z powodu raka piersi, jednak – jak wynika z jej opublikowanych wyznań – na swoje dzieciństwo nadal patrzy przez różowe okulary. Jest typową osobą, która wypiera własne uczucia, aby zachować poczucie idyllicznych relacji z rodzicem.

Betty Ford, żona ambitnego polityka, którego kariera zdominowa-

ła jej życie, w swoim małżeństwie była uczuciowo opuszczona. „Prawdopodobnie zachęcałam mojego męża do picia. Był tak pełen rezerwy, że było mu trudno nawet powiedzieć mi, że mnie kocha – oświadczył się, mówiąc: „Chciałbym się z tobą ożenić”. Przez wiele lat odczuwała coś, co wyraźnie było spowodowanymi stresem bólami krzyża, określonymi jako „zapalenie kostno-stawowe” i leczonymi lekami przeciwbólowymi i uspokajającymi. Piła też dużo, aby ukoić ból fizyczny i uczuciowy. Pani Ford opisuje siebie jak osobę pełną wątpliwości i niezdolną do domagania się szacunku dla siebie:

Byłam przekonana, że czym ważniejszy staje się Jerry, tym mniej ja jestem ważna. I czym bardziej pozwalałam sobie stawiać się wycieraczką – wiedziałam, że dla moich dzieci byłam właśnie wycieraczką – tym większy żal nad sobą mnie ogarniał. Czyż swego czasu nie byłam jednak kimś w tym świecie?

W głębi jednak przypuszczam, że nie wierzyłam naprawdę, że byłam kimś. Moja kariera z Martą Graham nie była wielkim sukcesem – miałam talent do tańca, ale nie byłam wielką tancerką – i nigdy nie byłam pewna siebie.

Nie mogłam przyjąć do wiadomości, że ludzie mnie lubią dla mnie samej. I miałam świadomość, że nie mam dyplomu uniwersyteckiego...

Nie byłam wykształcona. Nie byłam Pawłową. I nawet w połowie nie byłam taką kobietą, jaką była moja matka. Porównywałam się z nieosiągalnymi ideałami – Marthą czy moją matką – i wypadałam kiepsko. To dobry przepis na alkoholizm.

Moja matka była wspaniałą kobietą, silną, delikatną i pryncypialną i nigdy mnie nie zawiodła. Była również perfekcjonistką i starała się zaprogramować nas, dzieci, na perfekcjonistów. Matka nigdy nie przychodziła do nas ze swoimi problemami, po prostu brała je na własne barki. I była moim najsilniejszym wzorcem, więc kiedy nie mogłam udźwignąć własnych problemów, straciłam szacunek dla samej siebie. Bez względu na to, jak bardzo się starałam, nie mogłam dorównać własnym oczekiwaniom.

Była Pierwsza Dama wydaje się być ślepa na to, co sama tu ujawnia – o tym, w jaki sposób przeżywała swoje dzieciństwo, o swojej relacji z matką i – bez wątpienia – z ojcem, o którym mówi bardzo niewiele –

które to sprawy ukształtowały jej osobowość i styl radzenia sobie z życiem. Nie widzi, że podporządkowanie się potrzebom i oczekiwaniom męża – stanie się „wycieraczką” – wynikało z warunkowania w dzieciństwie. Stłumienie uczuciowe, twarda ocena samej siebie i perfekcjonizm, jakie Betty Ford przyswoiła sobie w dzieciństwie, chociaż nie z własnej winy, to więcej, niż tylko „dobry przepis na alkoholizm”. To również „dobry przepis” na raka piersi.

Rozdział 6

Ty też w tym jesteś,
mamo

W książce *Lock Me Up or Let Me Go* („Uwięź mnie lub pozwól odejść”), drugim tomie swoich pamiętników, Betty Krawczyk pisze o śmierci na raka piersi jej dwudziestosiedmioletniej córki, Barbary Ellen:

Ostatnią migrenę miałam w oddziale opieki paliatywnej, niemal trzy lata temu, kiedy lekarz dyżurny poinformował mnie, że powinienam powiedzieć Barbarze Ellen, że wolno jej umrzeć.

– Chce pani przyzwolenia na swoją śmierć – powiedział delikatnie. Byliśmy w prywatnym pokoju, zarezerwowanym specjalnie dla ludzi takich jak ja. Najbardziej zdruzgotanych ludzi na świecie.

– Do diabła z tym! – wrzasnęłam na niego, zaszokowana i przerażona samą taką sugestią. – Ona nie ma mojej zgody na śmierć! Zabraniam tego...

W tym momencie załamalam się i zaczęłam szlochać gwałtownie. Lekarz czekał cierpliwie. Był przyzwyczajony do takich reakcji. To był jego zawód.

– Pani Krawczyk, myślę, że rozumie pani, że Barbara Ellen będzie cierpiała coraz bardziej, z każdą godziną.

– Ona nie cierpi! Ma założone wkłucie do ramienia. Rozmawiała dziś rano ze swoimi siostrami i ojcem, wczoraj widziała się z przyjaciółmi, rozmawiała ze swoim małym synkiem i tuliła go...

– To był prezent. Jej prezent dla tych, których kocha. Chciała pożegnać się ze wszystkimi. Tylko z panią się jeszcze nie pożegnała. Chce to zrobić teraz. Chce pani zgody na swoje odejście...

– Och, proszę, nie! Za kogo pan się uważa, za Boga? Jak może pan wiedzieć, że to godzina jej śmierci?

A potem zniżyłam się do błagania. – Proszę dać mi jeszcze kilka dni. Proszę podłączyć z powrotem kroplówki...

– Ona tego nie chce. Musi być pani dość silna, żeby dać swojej córce to, czego potrzebuje właśnie teraz. Potrzebuje, żeby jej pani pomogła, pozwoliła odejść; tylko w ten sposób może jej pani teraz pomóc, pozwalając odejść.

Ból głowy był tak okropny, że myślałam, że umrę przed Barbarą Ellen. Ale nie umierałam... Tego wieczoru... pozbierałam się na tyle, by powiedzieć mojej córce, że jeśli jest zmęczona chorobą i chce odejść, nie będę jej dłużej trzymać. Ujęła moją rękę i powiedziała, że będzie na mnie czekać, gdziekolwiek pójdzie, i umarła następnego ranka, w moich ramionach i w objęciach swojej siostry, Marian, ojciec także był u jej boku.

To ja byłem lekarzem z oddziału paliatywnego, opisanym w tej scenie. Dobrze pamiętam Barbarę Ellen, skuloną w swoim szpitalnym łóżku pod oknem, w pierwszym pokoju po prawej stronie korytarza, jeśli wchodzi się do oddziału z windy. Od początku drobna, w terminalnej fazie choroby skurczyła się do rozmiarów bezdomnego dziecka. Bardzo niewiele mówiła i wydawała się smutna. Nie znałem jej historii, z wyjątkiem zasadniczych szczegółów związanych z chorobą. Rozpoznano u niej zapalnego raka piersi, typ nowotworu, który występuje u młodych kobiet i wiąże się ze szczególnie złym rokowaniem. Postanowiła zrezygnować ze wszystkich form konwencjonalnego leczenia – nie była to całkiem nierozsądna decyzja, biorąc pod uwagę rozpoznanie, ale bardzo nietypowa. Takie postanowienia zawsze wynikają z czegoś więcej, niż tylko z nagich faktów medycznych, a ja miałem odczucie, że ta młoda kobieta czuje się całkiem osamotniona – że czuła się tak przez całe swoje życie. Czasami miałem ochotę po prostu przytulić ją i ukołysać w ramionach, jak zrobiłoby się w stosunku do niemowlęcia czy małego dziecka.

Rozmawiałem z Barbarą Ellen po porannym obchodzie tego dnia,

który opisuje Betty w swoim pamiętniku. – Jak długo jeszcze muszę wytrzymać? – spytała.

– Niedługo. Jak się z tym czujesz?

– Mam już dość. Czy dajesz mi coś, co podtrzymuje mnie przy życiu?

– Tylko kroplówki. Bez tych płynów umarłabyś w ciągu jednego czy dwóch dni. Czy chcesz, żeby je przerwano?

– Moja matka nie zniosłaby tego.

– Mam wrażenie, że zawsze w jakiś sposób troszczysz się o nią, więc może ci być trudno zrobić to, czego chcesz. Ale nie musisz się już o nią martwić. Co byś zrobiła, gdybyś po prostu troszczyła się o siebie?

– Zrezygnowałabym z kroplówek.

– Szanuję uczucia twojej matki. Jest to szczególnie trudne dla rodzica – mogę sobie tylko wyobrazić, jak nie do zniesienia trudne. Ale jesteś teraz moją pacjentką i jestem odpowiedzialny przede wszystkim za ciebie. Jeśli chcesz, porozmawiam z nią.

Niedawno Betty Krawczyk i ja spotkaliśmy się znowu, żeby porozmawiać o życiu i śmierci jej córki. Rozmawialiśmy krótko po zgonie Barbary Ellen, kiedy Betty była w żałobie i starała się zrozumieć, dlaczego jej córka umarła tak przedwcześnie. Przedstawiłem jej po krótkce moje rozumienie możliwych związków między stresującym wczesnym dzieciństwem i zwiększonym ryzykiem późniejszego zachorowania na raka. Wkrótce potem otrzymałem pocztą egzemplarz pierwszej części jej wspomnień: *Clayoquot: The Sound of My Heart* („Clayoquot. Głos mojego serca”). Na wewnętrznej stronie okładki była dedykacja: „Oto moja książka. Wyjaśnia coś na temat mojej relacji z córką, która umarła na raka piersi 30 kwietnia na pana oddziale”. Kiedy przeczytałem tę książkę, nabrałem nadziei, że Betty zgodzi się porozmawiać ze mną na potrzeby książki *Ciało a stres*. Jak się okazało, Betty myślała o mnie, pisząc cytowany powyżej fragment. Chciała się dowiedzieć więcej o moich poglądach i miała nadzieję, że mogę jej pomóc lepiej zrozumieć to, co mówiła Barbara Ellen w ostatnich sześciu miesiącach swojego życia.

Nasza rozmowa nie była zwykłą dyskusją, ale Betty nie jest zwykłą kobietą. Jest dobrze znana w Kolumbii Brytyjskiej i poza jej granicami ze swoich działań na rzecz środowiska. Tytuł jej pierwszej książki nawiązuje do znanego na całym świecie rezerwatu lasu deszczowego na Zachodnim Wybrzeżu, Clayoquot Sound, zagrożonego kilka lat temu wyrębem. We wrześniu 2001 roku siedemdziesięcio-

trzyletnia Betty została uwięziona na cztery i pół miesiąca za obrazę sądu, po kolejnym proteście przeciw wycinaniu lasu.

Chociaż *Clayoquot* jest przede wszystkim opowieścią o przeżyciach Betty w krucjacie w obronie środowiska, przedstawia tu jednak żywą i szczerą historię swojego prywatnego życia. Było ono pełne wydarzeń, mieściło się w nim czterech mężów i ośmioro dzieci. Teraz Betty pełni rolę matki zastępczej dla syna Barbary Ellen, Juliana, który miał zaledwie dwa lata, kiedy jego matka odeszła.

Barbara Ellen wielokrotnie wyrażała swój gniew na matkę w końcowych sześciu miesiącach przed śmiercią. To właśnie ten gniew Betty starała się zrozumieć.

Betty Krawczyk urodziła się w południowej Luizjanie, która była wówczas, jak sama o tym mówi „głównie jednym wielkim kąpieliskiem”. „Nie zostałam wychowana na kogoś, kto protestuje”, pisze w *Clayoquot*. „Zostałam wychowana na biedną, wiejską białą kobietę z Południa”.

Pamięć jest taka wybiórcza, taka subiektywna. Podczas pogawędki rodzeństwa kilka lat temu z przyjemnością i pewnym zdumieniem dowiedzieliśmy się, że każde z nas, mój brat, siostra i ja, czuliśmy, że to inni są faworyzowani w rodzinie. Mój brat był starszy i był jedynym chłopcem, więc poświęcano mu najwięcej uwagi. Reszta przypadała mojej siostrze, bo była najmłodsza i do tego delikatna. Ja byłam dużą, zdrową dziewczyną, która mogła zająć się sama sobą, więc nikt nie zwracał na mnie specjalnej uwagi. I było to całkiem w porządku, jeśli o mnie chodzi.

Naprawdę nie chciało się zwrócić na siebie uwagi mojego ojca. Kiedy to robił, było się w kłopotach. Nie to, żeby kiedykolwiek bił któregoś z nas, ale zawsze istniała taka groźba. Miało nas być widać, ale nie słyhać, a i widać jak najmniej. Matka była inna. Była ciepła i kochająca. Chociaż zawsze wiedziałam, że woli mojego brata i siostrę, była tak pełna miłości, że coś skapnęło i dla mnie. Kiedy dorosłam, pewnego razu podzieliłam się z matką moją sekretną wiedzą, a ona poczuła się dotknięta i zaskoczona. Twierdziła, że jeśli poświęcała więcej uwagi pozostałej dwójce, to dlatego, że potrzebowali jej więcej niż ja, że ja byłam zawsze bardziej niezależna emocjonalnie.

Mimo tej pozornej niezależności emocjonalnej, młoda Betty cierpiała z powodu „dzikich koszmarów i nerwowych wyobrażeń w ciemności”.

Wcześniej opuściła dom, wyszła za „pierwszego dorosłego mężczyznę, który się pojawił i który dowiódł, że jest wypłacalny finansowo”. Wkrótce opuściła swojego męża, ale najpierw urodziła troje dzieci. „Był trochę kompulsywnym kolekcjonerem nietkniętych błon dziewiczych. Nie mógł przestać nawet po ślubie. W końcu zebrał o jedną za dużo”.

W następnych dwóch dziesięcioleciach pojawiły się kolejne trzy małżeństwa i pięcioro dzieci. Barbara Ellen była siódmym z nich, urodzonym tuż przed tym, zanim Betty przeniosła się do Kanady w 1966 roku, „z sześciorgiem dzieci na karku” i trzecim małżeństwem, które zbliżało się ku końcowi. Zamieszkali w Kirlkland Lake, w Ontario. Jaj mąż, instruktor w college’u, był chłodnym uczuciowo pracoholikiem, ponadto pił. „Nie lubiłam Johna, kiedy pił”, pisze Betty. „Stawał się wówczas niemożliwie pewny siebie i oskarżający. Skończyło się na tym, że zaczęłam unikać tych samych sytuacji towarzyskich, których kiedyś szukałam. A moja depresja pogłębiła się... Zaczęłam przyglądać się Johnowi i zastanawiać się, kim on właściwie jest... Myślałam, że pierwsza zima w Kirlkland nigdy się nie skończy i nigdy nie będzie wiosny. W rzeczywistości, wiosna nigdy nie nadeszła... Myślę, że dwiema osobami najbardziej sfrustrowanymi z powodu nieobecnej wiosny byliśmy ja i moje małżeństwo, Barbara Ellen”.

Betty znalazła sposób na wydostanie się ze związku z mężem, zakochując się w szefie jego wydziału w college’u i przenosząc się z nim do Kolumbii Brytyjskiej. To głównie tam dorastała Barbara Ellen, chociaż przeprowadzali się wciąż między wschodnią i zachodnią Kanadą i między Stanami Zjednoczonymi i Kanadą.

Czwarte małżeństwo Betty również skończyło się porażką, ale przez te lata odnalazła głębsze zrozumienie siebie jako osoby, kobiety i działaczki.

Barbara Ellen była wrażliwym dzieckiem z problemami zdrowotnymi. W wieku czterech lat zaczęła mieć napady wymiotów, których nikt nie umiał zdiagnozować. Takie napady powtarzały się okresowo przez całe lata i Betty ma teraz wrażenie, że wiązały się ze stresami w życiu jej córki. Jako młoda nastolatka, Barbara uzależniła się od narkotycznych leków przeciwbólowych i uspokajających, które sobie wstrzykiwała. Aż do czasu rozpoznania raka piersi walczyła ze swoim uzależnieniem od narkotyków. Sama nie doświadczyła stabilności i nie potrafiła stworzyć bliskiej, trwałej relacji z mężczyzną: przeskaakiwała od jednego związku do następnego. Julian urodził się, kiedy

Barbara Ellen miała dwadzieścia pięć lat, ale kiedy wyszła za mąż niedługo później, jej wybrankiem nie był ojciec dziecka. – To małżeństwo nie trwało długo – mówi Barbara. – Martin nie mógł sobie poradzić z tym, że jest żonaty i ma małego pasierba.

Barbara była bardzo inteligentna, wrażliwa i twórcza. Była tancerką i w pewnym momencie prowadziła szkołę baletową dla dzieci. Opiekowała się Julianem i uczyła tańca w Vancouver, kiedy wykryto u niej raka.

Powiedziała, że tak wyszła jej mammografia i że chcą zrobić jej mastektomię. Nie chciała tego zaakceptować. Barbara miała potężny intelekt. Przeszukała wszystkie materiały, dotyczące jej odmiany raka i zbadała wyniki leczenia w jej grupie wiekowej w USA i Kanadzie. Nie podobały jej się. – Nie zamierzam przez to wszystko przechodzić – powiedziała. – Nie chcę mieć nudności, nie chcę być upokorzona, nie chcę całej tej chemii. Mam zamiar leczyć się holistycznie i będę to robić najlepiej, jak potrafię. Poprosiła, żebyśmy oboje z Johnem poparli jej decyzje i nie starali się przeszkodzić.

– Jak się z tym czułaś?

– To było okropne. Od razu chciałam coś zrobić. Naciskałam ją, żeby zasięgnęła innych opinii i wtedy bardzo, bardzo się zezłościła i była nieugięta, i krzyczała na mnie – nigdy wcześniej na mnie nie krzyczała. Była na mnie zła przez całe ostatnie, powiedziałabym, sześć miesięcy życia. Wcześniej nigdy nie wściekała się długo; kiedy się na mnie gniewała, mówiła po prostu: W porządku, mamo, jeśli chcesz, możesz tak myśleć – i trzaskała drzwiami lub robiła coś podobnego, ale nigdy coś takiego.

– To nie jest dokładnie wyrażanie gniewu – głównie przegranej i frustracji.

– Zawsze z jakiegoś powodu czuła się przeze mnie zraniona i ja nie wiem dokładnie, dlaczego tak było. Myślę, że byłam okropną matką dla tego dziecka. Moja osobowość raniła ją.

– Jesteś teraz bliska łez. Czy nadal czujesz się winna z tego powodu?

– Może nie tyle czuję się winna, ile myślę, dlaczego nie mogli dać jej komuś innemu, kto mógłby sobie z nią poradzić. Była dzieckiem o niezwyklej wrażliwości na świat, rozumieniu świata i delikatności wobec tego świata.

– Delikatność... Jaka była jako dziecko?

– Była przedwcześnie dojrzała. Zawsze, kiedy brałam ją ze sobą, ludzie byli pod wrażeniem jej zachowania i stopnia w jakim – nie chcę powiedzieć, że zachowywała się jak dorosły – ale stopnia zrozumienia dorosłego świata.

– A jej uczucia?

– Uczucia? Zawsze była bardzo kochającym i czułym dzieckiem. Była bardzo miła i wszyscy ją zawsze kochali, zawsze była ulubienicą nauczycieli. Ale inne dzieci nie miały jej tego za złe”.

– Czy ma pani wrażenie, że ktoś może kiedykolwiek próbował ją molestować?

– Był taki jeden incydent. Byłyśmy w Luizjanie w odwiedzinach u mojej matki i siostry. Moja siostra miała czterech synów. Jeden z nich był o rok starszy od Barbary i większy od niej. Barbara musiała mieć wtedy jakieś dwanaście lat. Nic mi nie powiedziała. Dopiero kiedy wróciliśmy do Kalifornii, opowiedziała o tym Margaret, swojej siostrze. Margaret przyszła do mnie i powiedziała mi, że ten kuzyn próbował położyć się na niej. Byli wtedy w domu tylko we dwójkę. Barbara była o to bardzo zła. Pamiętam, jak spytałam Margaret – dlaczego nie przyszła mi o tym powiedzieć? – a ona odpowiedziała – myślałam, że ponieważ Doris jest twoją siostrą, spowoduje to dużą awanturę między wami dwiema.

Rozmawiałem potem z Betty o chorobie i śmierci Barbary. Kiedy u Barbary rozpoznano raka, Betty startowała w lokalnych wyborach do Partii Zielonych. Wycofała swoją kandydaturę, żeby spędzić więcej czasu ze swoją cierpiącą córką. Spytałem, czy było to dla niej trudne.

– Nie było bardzo ciężko. Czułam, że potrzebujemy się nawzajem. Było coś w mojej osobie, co Barbara zawsze odbierała jako irytujące. Mój głos był dla niej za głośny, moje działania zbyt widowiskowe. Było mnie za dużo dla jej delikatnej natury – tylko tak mogę to opisać. Jestem za głośna, zbyt radykalna w moich opiniach i zbyt agresywna w działaniach. Ona miała wręcz przeciwną osobowość, lubiła przemysleć wszystko, zachować spokój, i starała się mieć bardziej całościowy pogląd na osobowość innych ludzi.

– Brzmi to tak, jakby myślała, że jesteś bardziej oceniająca, niż ona by sobie tego życzyła.

– Zawsze zarzucała mi, że jestem za bardzo osądzająca. Zostawiałam na chwilę, a ona kazała mi odchodzić. Zawsze mówiła, kiedy była

mną zmęczona i potrzebowała odpocząć, bo byłam dla niej za bardzo męcząca.

– To w ostatnich miesiącach?

– Tak

– Jak sądzisz, dlaczego tak się działo? Nie możesz być męcząca.

Nie ma czegoś takiego jak męcząca osoba.

– Moja osobowość męczyła ją już po chwili – była zbyt intensywna.

– Kiedy ktoś się męczy?

– Kiedy pracuje. Uważasz zatem, że bycie ze mną było dla niej pracą.

– Musiała zbyt ciężko pracować w twojej obecności.

– Aha...

– Teraz zastanawiasz się, dlaczego tak mówię. Byłaś niezwykle otwarta, słuchając tego, ale całe twoje życie było poszukiwaniem prawdy. Wiem to i rozumiem. Widzisz, Barbara pojawiła się w twoim życiu, kiedy nie było w nim żadnej stabilności.

– To prawda.

– Byłaś w końcowym etapie swojego związku z Johnem, kiedy zaszłaś w ciążę z Barbarą i czułaś się zupełnie sama. Nie miałaś poczucia, że masz partnera i zaczęłaś sobie uświadamiać, że chociaż ten facet był interesujący intelektualnie, to jednak emocjonalnie pozostawałaś zupełnie sama. Skończyłaś tę relację, wiążąc się z Wally'm. Potem wyjechałaś do Zachodniej Kanady, z dziećmi na karku. Co skończyło się tym, że John dostał prawo opieki nad wszystkimi z wyjątkiem Barbary Ellen. Już na początku swojego istnienia musiała wypełniać ogromną pustkę, która nagle pojawiła się w twoim życiu.

Stres nie zawsze ma taki charakter, o jakim zwykle myślimy. To nie tylko zewnętrzny stres spowodowany wojną, utratą pieniędzy czy czyjąś śmiercią, to również wewnętrzny stres związany z dopasowaniem się do kogoś innego. Wydaje mi się, że nowotwory, jak również stwardnienie zanikowe boczne, stwardnienie rozsiane, reumatoidalne zapalenie stawów oraz inne podobne choroby, zdarzają się ludziom, którzy mają słabe poczucie siebie jako niezależnej osoby. Na poziomie uczuciowym, to znaczy że mogą być znakomici w dziedzinie sztuki czy intelektu, ale na poziomie emocjonalnym mają słabo rozwinięte poczucie własnej wartości. Żyją w ciągłej reakcji na zachowania innych, nie czując w ogóle, kim są oni sami.

Fakt, że Barbara przenosiła się od jednego mężczyzny do drugiego, świadczy o tym, że nie miała w wystarczającym stopniu rozwiniętego poczucia własnej osoby, którego mogłaby się trzymać. Uważam, że jej przedwczesny rozwój intelektualny jest właśnie tym, co przytrafia się bystrym i wrażliwym dzieciom, kiedy ich otoczenie emocjonalne nie daje im wystarczającego oparcia. Rozwijają potężny intelekt, którym zastępczo się wspierają. Stąd ich intelektualna dojrzałość i umiejętność nawiązywania kontaktów z dorosłymi. Ludzie mówili mi, jak bardzo dojrzałym dzieckiem byłem. Zawsze uważałem się za dojrzałego, bo w ten sposób mogłem sprawiać takie wrażenie. Ale kiedy potem przyjrzałem się uczuciowej stronie mojej osoby, okazało się, że jestem bardzo niedojrzały. Mam teraz pięćdziesiąt osiem lat i ciągle staram się dorosnąć.

– To bardzo interesujące.

– To, co nie rozwija się w jednej dziedzinie, jest nadrabiane w innych, jeśli dziecko ma wystarczające możliwości intelektualne. Barbara rozwinęła potężny intelekt, aby czuć się swobodnie. Uważam, że to dlatego, że nie mogłaś dać jej poczucia emocjonalnej stabilizacji, którego potrzebowała, kiedy była mała.

– Też tak uważam.

– Kiedy starania rodziców nie wystarczają, żeby utrzymać ich związek, zadanie to musi wziąć na siebie dziecko. Robi to, będąc dobrą dziewczynką. Przedwcześnie dorosła, intelektualnie dojrzała. Kiedy osiąga wiek abstrakcyjnego myślenia, około trzynastego lub czternastego roku życia, kiedy wreszcie tworzą się odpowiednie połączenia w mózgu, nagle staje się twoim intelektualnym rezonatorem. Związek opiera się nie na jej potrzebach, lecz bardziej na twoich. W tym incydencie z chłopcem, który próbował się na niej położyć, chroni cię przed emocjonalnym bólem, nic ci o tym nie mówiąc. Nie informuje cię o niczym. Troszczy się o ciebie.

Chce zachować pokój w rodzinie. To nie jest rola dziecka. Rolą dziecka jest pójść do matki i powiedzieć: ten gówniarz próbował się na mnie położyć! Do diabła z tym, czy jest pokój, czy nie! Wiem, że chciałabyś, żeby tak właśnie postąpiła. Żadne z tych działań nie jest świadome. Wszystkie biorą się z twoich własnych doświadczeń w dzieciństwie.

Miałem bardzo podobną relację z moim najstarszym synem, jak ty z Barbarą. Powiedział mi pewnego razu – tato, nie wiem, gdzie ty się

kończysz, a ja zaczynam. Tak to już jest. Zawsze mówiłem, że nie boję się, że moje dzieci będą na mnie złe; boję się, że nie będzie w nich wystarczająco dużo gniewu.

To, co widziałaś u Barbary w ostatnich sześciu miesiącach życia, to był początek ustanawiania granic. Mówiła nie i gniew, który wypierała, ujawniał się.

– Racja...

– Tak to postrzegam. Ludzie, którzy przychodzą do mnie z nowotworami i tymi wszystkimi innymi chorobami, mają kłopot z mówieniem nie i wyrażaniem gniewu. Mają tendencję do tłumienia swojego gniewu czy też, w najlepszym razie, wyrażają go ironicznie, ale nigdy wprost. Wszystko to bierze się z wczesnej potrzeby budowania relacji z rodzicem, pracy nad tą relacją.

Myślę, że Barbara wkładała wiele pracy w utrzymanie relacji z tobą. Pamiętam bardzo wyraźnie, jak kiedyś poruszyliśmy ten temat. Zasugerowała mi, że coś tu się dzieje, ale także nie chciała mówić zbyt wiele. Była bardzo zamknięta w sobie – byłem dla niej kimś zupełnie obcym. Nie chciała się wobec mnie otwierać.

– Nie otwierała się łatwo. W tych ostatnich miesiącach poprosiła, żebym przyszła do niej i wypaliła razem z nią jointa, żebyśmy mogły się odprężyć i porozmawiać – mówi Betty.

– I jak to przebiegało?

– Było dobrze, bo mówiła o sobie. Powiedziała: – czuję, że nie wiem, czym jest rak, ale jest tu i zdaje się, że u mnie zagościł. Powiedziała: – zaprosiłam raka do mojego ciała. Pamiętam, że byłam przerażona i powiedziałam – Barbaro, nie rozumiem tego. Odpowiedziała – cóż, to dlatego, że odczuwam to jako część mojego życia i ty także jesteś częścią tego, mamo. Masz swój własny udział w moim raku.

Jeszcze coś, Gabor – widziała kogoś tej nocy, zanim umarła. Powiedziała, że był jakiś mężczyzna, który przyszedł ją zabrać, a ona powiedziała mu, że nie jest gotowa. Następnego wieczoru powiedziała mi – ten mężczyzna – chcę, żeby przyszedł. Zapytałam – jaki mężczyzna? Chcesz, żebym zawołała lekarza? A ona odpowiedziała – nie, mężczyzna, który przyszedł po mnie i któremu powiedziałam, że nie jestem gotowa. Powiedziała, że teraz już jest gotowa.

Kilka godzin wcześniej powiedziałam jej, że jeśli jest zmęczona chorobą, nie musi trzymać się już dłużej. Powiedziałam – w porządku – i to po tym opowiedziała mi o tym mężczyźnie. Powiedziała, że teraz

jest już przygotowana i zmarła o ósmej rano. Czy czytałeś kiedyś coś, co napisała Kubler-Ross? Pamiętasz, jak pisze o eskorcie... ludziach, którzy przychodzą do nas, kiedy umieramy? To było takie niesamowite. Naprawdę, włosy stanęły mi dęba na karku.

– Dlaczego było to dla ciebie niesamowite?

– Cóż, chcesz powiedzieć, że naprawdę istnieje anioł śmierci?

– Czy musi to być właśnie to? Umysł posiada doświadczenia, a my przekładamy je na wyobrażenia. To głębsze poczucie tego, co się dzieje, ale umysł może doświadczać tego tylko w postaci myśli i wyobrażeń.

Betty miała ostatnie pytanie. – Dlaczego rodzice nie mogą dostrzec bólu swoich dzieci?

– Sam musiałem zadać sobie to pytanie. To dlatego, że nie widzimy naszego własnego bólu. Kiedy czytałem twoją książkę, *Clayoquot*, znalazłem w niej dowody na to, że ty nie rozpoznałaś jeszcze swojego własnego bólu. Nie mogłaś zatem zobaczyć wyraźnie również bólu Barbary.

Jeśli myślisz, że dotyczy to tylko ciebie i Barbary, będziesz się czuła bardziej winna – możesz oskarżać się o coś, co nie było w porządku wobec niej. W istocie, jesteś produktem określonego wychowania i określonego życia. W życiu zawsze starałaś się odnaleźć siebie i odnaleźć prawdę w świecie. To było prawdziwe zmaganie. Zdumiewające, do czego doszłaś, wychodząc od wychowania, jakie otrzymałaś. Nadal jesteś pewna, że chcesz tego słuchać?

– Proszę, kontynuuj.

– Zadeedykowałaś *Clayoquot* Barbarze Ellen, ale również twojej „wspaniałej matce”. Twoja matka mogła być wspaniałą, ale kiedy to pisałaś, nie byłaś w pełni świadoma gniewu, jaki czułaś do własnej matki ani tego, jak bardzo czułaś się przez nią zraniona. „Moja matka była ciepła i kochająca, ale zawsze wiedziałam, że woli mojego brata i siostrę. Była tak pełna miłości, że trochę skapnęło i dla mnie”. W jaki sposób naprawdę odczuwa taką sytuację dziecko – czyja to perspektywa?

– Nigdy nie czułam się niekochana.

– Oczywiście, że nie czułaś się niekochana, nie mówię, że matka nie kochała cię. Ale w jakiejś części nie czułaś się niekochana, bo odcięłaś się od swoich bolesnych odczuć na ten temat. Pisziesz, „Kiedy dorosłam, kiedyś podzieliłam się z matką moją sekretną wiedzą,

a ona poczuła się zraniona i zdumiona i twierdziła, że jeśli poświęcała więcej uwagi pozostałej dwójce, to dlatego, że potrzebowali jej więcej niż ja i że ja zawsze byłam uczuciowo niezależna”. To był twój osobisty fortel, sprawiać wrażenie emocjonalnie niezależnej, aby chronić matkę i uniknąć zranienia własnych uczuć. Było to tłumienie twojego własnego bólu.

– Stwierdzenie, „Chociaż zawsze wiedziałam, że woli mojego brata i siostrę, była tak pełna miłości, że trochę skapnęło i dla mnie”, jest również wypowiedziane z perspektywy dorosłego, starającego się nabrać dystansu do emocjonalnej rzeczywistości swoich doświadczeń. Perspektywa dziecka byłaby inna. Jak się naprawdę czułaś?

– Wiem, że nie podobało mi się, że zwracano uwagę na moją młodszą siostrę, kiedy wstrzymywała oddech i siniała. Potem studiowała pielęgniarstwo i uzyskała dyplom, miała czworo dzieci. Była uzależniona od narkotyków i alkoholu i umarła z przedawkowania, zanim skończyła pięćdziesiąt lat. Moi rodzice bardzo starali się jej pomóc... moja matka desperacko starała się jej pomóc.

– Bardzo szybko stajesz w obronie swoich rodziców.

– To dlatego, że sama jestem matką.

– Myślę, że to dlatego, że bronisz się przed własnym bólem dotyczącym twojej relacji z rodzicami. Miałaś koszmary...

– Każdy miałby koszmary, gdyby pił tyle mrożonej herbaty, co ja...

– Koszmary biorą się z naszych najgłębszych lęków. Dziecko boi się potworów pod łóżkiem. Zapalasz światło i pokazujesz mu, że nie ma żadnych potworów, a minutę później znowu boi się potwora. Czego się naprawdę boi? Boi się, że nie jest chronione, że nie ma wystarczającej więzi. Może jest coś potwornego w jego rodzicu... może rodzic jest zły, więc dziecko jest naprawdę przerażone. Dzieciak odczuwa wszystkie te lęki, więc jego wyobraźnia produkuje potwora.

– Koszmary, które miałam, dotyczyły mojego ojca. Nie cierpiałam go. Niedawno rozmawiałam z moim bratem, którego mój ojciec bardzo onieśmielał. Mimo to został inżynierem lotnictwa; chociaż przez całe życie jest alkoholikiem, funkcjonuje dobrze i naprawdę ma osiągnięcia w swojej dziedzinie. W czasie spotkania powiedział – wiesz, Betty, zawsze podziwiałem cię, kiedy byliśmy dziećmi, bo potrafiłaś stawić czoła tacie. To nieprawda – tata mnie przerażał, ale mogłam stawić pewien opór. Dla mojego brata, w jego wyobrażeniach, byłam bojowniczką o wolność, bo on nigdy nawet jednym sło-

wem nie sprzeciwił się ojcu. Mój ojciec nazywał go babą, bo uczył się cały czas.

– Jeszcze innym powodem twoich koszmarów o nim mógł być fakt, że nie mogłaś porozmawiać o tych uczuciach z matką.

– Co miałam powiedzieć mamie – nienawidzę taty i nie mam pojęcia, co właściwie robisz przy nim?

– Nie, po prostu – mamó, nienawidzę taty.

– To by nie przeszło. Biblia każe szanować swoją matkę i ojca.

– Nie winię matki za to, że pozostawała w takiej relacji – ona ma swoją własną historię. Nie potrafiła walczyć i przeciwstawiać się. Ale dla dziecka bardziej raniące są doświadczenia z matką. Pochodzisz z ciała matki i czujesz się z nią spokrewniona. Matka jest dla nas całym wszechświatem. To wszechświat, który nas czasem zawodzi. Kiedy ojciec jawi się jako molestująca, zagrażająca postać, ten wszechświat chroni nas albo nie zapewnia nam ochrony.

Nie chcę powiedzieć, że to wina twojej matki. Chodzi tu o pozycję kobiety w społeczeństwie i relacje, jakie tworzą ludzie. Mówię tylko o doświadczeniach dziecka. Dziecko tego nie wie, bo nie można tęsknić za czymś, czego się nie zna, ale dziecko w rzeczywistości doświadcza opuszczenia przez matkę. Kiedy mówisz, „to by nie przeszło”, to tak naprawdę mówisz, że matka nie miała żadnego sposobu na wysłuchanie twoich najgłębszych uczuć. Nie myślimy o tym jako o czymś raniącym, ale powoduje to głębszą niż cokolwiek innego.

Jest taka wspaniała feministyczna książka Dorothy Dinnerstein, *The Mermaid and the Minotaur*. Mówi o tym, w jaki sposób ekskluzywna rola, jaką odgrywają kobiety w wychowywaniu małych dzieci, wpływa na rozwój dziecka. Jeśli kobieta wychodzi za niedojrzałego mężczyznę, staje się matką również dla swojego męża, więc nie starcza jej już otwartości i energii dla dzieci. Dlatego twoim prawdziwym rywalem o uczucia matki nie była siostra, lecz twój tata.

– To dziwne, bo pewnego dnia, jeszcze przed śmiercią mojej siostry, rozmawialiśmy wszyscy troje o naszym ojcu. Niechęć, jaką ja czuję do mojego ojca, jest niczym w porównaniu z tą, jaką czuli moja siostra i brat. Oboje tak bardzo nienawidzili ojca. Rozmawialiśmy o ojcu, a moja matka weszła do pokoju i powiedziała: wiecie, kiedy wy, dzieci, rozmawiacie o ojcu, zawsze się na was gniewam, bo wasz ojciec był dobrym człowiekiem. Dodała jeszcze: myślę, że żadnemu z was nie poświęcałam wystarczająco dużo uwagi. Gdybym miała

przeżyć to jeszcze raz, poświęcałabym więcej uwagi wam, a mniej tacie.

– Być może. Ale może nie uświadamiała sobie, że dostawał uwagę, której się domagał. Gdyby dostawał jej mniej, sprawiłby, żeby cierpiała z tego powodu.

Z powodu wymagającej niedojrzałości ojca Betty i braku prawdziwej asertywności jej matki cierpieli wszyscy: Barbara Ellen i jej ciotka, która umarła z przedawkowania, jej wujek – alkoholik i jej odważna matka, Betty i – w mniejszym lub większym stopniu – wszystkie jej dzieci. I rodzice Betty również cierpieli i nieśli dalej brzemień pokoleń. Nie ma nikogo, kogo można by winić, ale były to kolejne pokolenia, których życie w jakiejś części przyczyniło się do powstania raka piersi u Barbary Ellen.

Rozdział 7

Stres, hormony, stłumienie i rak

Olbryzmia liczba przypadków raka płuca jest spowodowana przez „karcynogeny i promotory nowotworów, dostające się do organizmu wskutek palenia papierosów”, mówi dwunaste wydanie *Harrison's Principles of Internal Medicine*. Stwierdzenie to jest niepoprawne z naukowego punktu widzenia, pomimo swojej prawdziwości.

Palenie powoduje raka w nie większym stopniu, niż wrzucenie do głębokiej wody powoduje utonięcie. Zanurzenie w głębokiej wodzie może być śmiertelne dla nie chronionej niczym osoby, która nie potrafi pływać, ale dla kogoś, kto dobrze pływa lub jest wyposażony w kamizelkę ratunkową, niesie niewielkie ryzyko.

Palenie niezmiernie zwiększa ryzyko raka, nie tylko płuc, ale również pęcherza moczowego, gardła i innych narządów. Ale już sama logika mówi nam, że nie może ono, samo z siebie, powodować żadnego z tych nowotworów. Jeśli A powoduje B, to za każdym razem, kiedy obecne jest A, powinno nastąpić B. Jeśli B nie następuje stale po A, wówczas A, samodzielnie, nie może być przyczyną B – nawet, jeśli może być głównym, a być może nawet niezbędnym czynnikiem warunkującym jego wystąpienie. Gdyby samo palenie powodowało raka płuc, wówczas każdy palacz zapadłby na tę chorobę.

Kilkadziesiąt lat temu David Kissen, brytyjski torakochirurg, opisywał, że osoby chore na raka płuc często charakteryzuje tendencja do

„zamykania w sobie” uczuć. W pewnej liczbie badań Kissen znalazł potwierdzenie dla swojego wrażenia klinicznego, że chorzy na raka płuc „słabo i z dużym oporami wyrażają swoje uczucia w porównaniu z osobami cierpiącymi na nienowotworowe choroby płuc i zdrową grupą kontrolną”. Kissen stwierdził, że ryzyko raka płuc było pięciokrotnie wyższe u mężczyzn, którym brakowało umiejętności skutecznego wyrażania emocji. Szczególnie intrygująca była obserwacja, że ci *chorzy na raka płuca, którzy palili, ale się nie zaciągali, wykazywali jeszcze większy stopień stłumienia emocji w porównaniu z osobami, które się zaciągali*. Obserwacje Kissena sugerują, że stłumienie emocji działa synergistycznie z paleniem, przyczyniając się wspólnie do powstania raka płuca. Czym bardziej nasilone jest tłumienie, tym mniej trzeba palić, aby doszło do powstania raka płuca.

Spostrzeżenia Kissena zostały spektakularnie potwierdzone w prospektywnym badaniu autorów niemieckich, holenderskich i serbskich, prowadzonym przez okres dziesięciu lat w miejscowości Cvrenka w byłej Jugosławii. Celem badania była ocena związku między czynnikami psychospołecznymi i umieralnością. Cvrenka, przemysłowe miasto liczące około czterestu tysięcy mieszkańców, została wybrana dlatego, że jest znana z wysokiego wskaźnika śmiertelności i częściowo dlatego, że jej stabilna populacja pozwalała na łatwiejszą obserwację.

Wybrano mniej więcej 10% mieszkańców miasta, około tysiąca mężczyzn i cztery tysiące kobiet. Z każdym z nich przeprowadzono wywiad w latach 1965–66, obejmujący kwestionariusz zawierający 109 pytań dotyczących takich czynników ryzyka, jak niekorzystne wydarzenia życiowe, poczucie długotrwałej beznadziejności i nadmiernie racjonalny, nieemocjonalny sposób radzenia sobie ze światem. Odnotowano również parametry fizjologiczne, takie jak poziom cholesterolu, waga, ciśnienie krwi i palenie.

Do 1976 roku, dziesięć lat później, ponad sześćset uczestników badania zmarło na raka, choroby serca, udar lub z innych przyczyn. Pojedynczym największym czynnikiem ryzyka zgonu – zwłaszcza na raka – było to, co badacze nazwali racjonalnością i antyuczuciowością, w skrócie R/A. Jedenaście pytań rozpoznających R/A mierzyło pojedynczy parametr: tłumienie gniewu. „W istocie częstość występowania raka była 40 razy większa u osób, które odpowiedziały pozytywnie na 10 lub 11 pytań dotyczących R/A, niż u pozostałych badanych, którzy odpowiedzieli pozytywnie przeciętnie na około 3 py-

tań... Stwierdziliśmy, że rak płuc u palaczy nie występował, o ile punktacja R/A nie wynosiła 10 lub 11, co sugeruje, że wpływ palenia na płuca jest ograniczony do «podatnej mniejszości»”.

Te wyniki nie zdejmują z producentów tytoniu czy papierosów odpowiedzialności za częste występowanie raka płuc – wręcz przeciwnie. Wszystkie trzydzieści osiem osób z badania z Cvrenki, które zmarły na raka płuc, paliło papierosy. Wyniki wskazują, że do wystąpienia raka płuc nie wystarczy wyłącznie palenie: stłumienie uczuć musi w jakiś sposób potęgować szkodliwy wpływ tytoniu na organizm. Ale jak?

Zjawiska psychologiczne w decydującym stopniu przyczyniają się do powstania choroby nowotworowej za pośrednictwem powiązań, łączących elementy aparatury stresu, jaką dysponuje organizm: nerwy, gruczoły dokrewne, układ odpornościowy i ośrodki w mózgu, gdzie uczucia są odbierane i przetwarzane.

Aktywność biologiczna i psychiczna są od siebie zależne; każda reprezentuje funkcjonowanie supersystemu, którego elementów nie można traktować jako oddzielnych czy autonomicznych mechanizmów. Ostatnie ćwierć wieku badań naukowych doprowadziło do zastąpienia tradycyjnego dla zachodniej medycyny wyobrażenia przepaści między ciałem i umysłem przez bliższe prawdy, bardziej jednolite postrzeganie organizmu. Candace Pert, wiodący amerykański badacz, napisał, że „konceptualny podział między dziedzinami immunologii, endokrynologii i psychologii/neurologii jest historycznym artefaktem”. *Psychoneuroimmunologia* – czy też, szerzej i bardziej dokładnie, *psychoneuroimmunoendokrynologia* – to nazwa dyscypliny zajmującej się badaniem powiązanego ze sobą funkcjonowania organów i gruczołów, które regulują nasze zachowanie i równowagę psychiczną.

Mózg, układ nerwowy, narządy układu odpornościowego i komórki odpornościowe oraz gruczoły dokrewne są powiązane na kilka sposobów. Czym więcej badań prowadzimy, tym więcej znajdujemy takich powiązań. Wspólnym zadaniem systemu psychoneuroimmunoendokrynnego (PNI)* jest zapewnienie rozwoju, przeżycia i reprodukcji

* Skrót PNI częściej jest używany na oznaczenie nauki psychoneuroimmunoendokrynologii. Dla wygody stosuję go tutaj, aby opisać układ fizjologiczny, który stanowi przedmiot zainteresowania tej nauki: zarówno autorowi, jak i czytelnikowi, niewygodnie byłoby posługiwać się pełnym słowem psychoneuroimmunoendokrynnym.

każdego organizmu. Powiązania między poszczególnymi elementami systemu PNI umożliwiają mu rozpoznanie potencjalnych zagrożeń wewnętrznych i zewnętrznych i reakcję w postaci odpowiedniego zachowania i zmian biochemicznych, skoordynowanych w celu uzyskania jak największego bezpieczeństwa jak najmniejszym kosztem.

Różne części supersystemu PNI komunikują się ze sobą połączeniami nerwowymi, z których niektóre zostały dopiero niedawno odkryte. Na przykład, narządy immunologiczne, które dotychczas uważano za podlegające tylko kontroli hormonalnej, są bogato unerwione. Tak zwane pierwszorzędowe narządy immunologiczne to szpik kostny i grasica, zlokalizowana w górnej części klatki piersiowej, przed sercem. Komórki układu odpornościowego, dojrzewające w szpiku kostnym lub w grasicy, wędrują do drugorzędowych narządów limfatycznych, do których należy śledziona i węzły chłonne. Włókna nerwowe, wychodzące z ośrodkowego układu nerwowego, zaopatrują zarówno pierwszorzędowe, jak i drugorzędowe narządy limfatyczne, umożliwiając natychmiastową komunikację między mózgiem i układem odpornościowym. Gruczoły dokrewne, wytwarzające hormony, również są bezpośrednio połączone z centralnym układem nerwowym. W ten sposób mózg może „mówić” bezpośrednio do tarczycy i nadnerczy, jak również do jąder, jajników i innych narządów.

Z kolei hormony wytwarzane w gruczołach dokrewnych i substancje produkowane przez komórki układu odpornościowego bezpośrednio wpływają na aktywność mózgu. Związki chemiczne, pochodzące ze wszystkich tych źródeł, wiążą się z receptorami na powierzchni komórek mózgu, w ten sposób wpływając na zachowanie organizmu. Każdy z nas doświadczył tego, co w języku medycznym nazywa się „zachowaniem chorobowym”, a co ilustruje wpływ substancji wytwarzanych przez układ immunologiczny na mózg. Grupa związków chemicznych, zwanych cytokinami, wydzielana przez komórki immunologiczne, może powodować odczucia skłaniające nas do pozostania w domu, jak gorączka, utrata apetytu, osłabienie i zwiększona potrzeba snu. Pomimo tego, że są nieprzyjemne, takie szybkie przystosowania służą zachowaniu energii i pomagają nam przezwyciężyć chorobę. Nieprawidłowe wydzielanie tych samych substancji może jednak zaburzać normalne funkcjonowanie – na przykład, powodując nadmierne lub przewlekłe zmęczenie.

Zdumiewający jest fakt, że limfocyty i inne krwinki białe są zdolne do wytwarzania niemal wszystkich hormonów i przekaźników, produkowanych w mózgu i układzie nerwowym. Limfocyty mogą wydzielać nawet endorfiny, naturalnie produkowane w organizmie substancje, wywierające efekt zbliżony do morfiny, zmieniające nastrój i działające przeciwbólowo. Komórki immunologiczne posiadają również na swojej powierzchni receptory dla tych hormonów i innych cząsteczek pochodzących z mózgu.

W skrócie, poza łączącą siecią włókien nerwowych, która wiąże ze sobą różne elementy supersystemu PNI, między tymi elementami zachodzi również nieustanna komunikacja biochemiczna. Miriady biochemicznych sygnałów, które mogą wytwarzać lub odbierać, umożliwiają im mówienie i rozumienie za pomocą tego samego języka molekularnego, jak również reagowanie własnym sposobem na te same sygnały. System PNI przypomina gigantyczną tablicę rozdzielczą, zawsze rojącą się od skoordynowanych przekazów, pochodzących ze wszystkich kierunków i zdążających jednocześnie we wszystkich kierunkach. Jak z tego także wynika, każdy krótkotrwały lub przewlekły bodziec, działający na jedną część systemu PNI, potencjalnie działa również na wszystkie inne.

Co umożliwia wszechstronne, interaktywne działanie systemu PNI? Na poziomie mikroskopowym znajdziemy liczne receptory na powierzchni każdej komórki, do których mogą się przyłączać powszechnie występujące cząsteczki przekaźnikowe. Jak donosi Candace Pert, typowa komórka nerwowa, czyli neuron, może mieć na swojej powierzchni miliony receptorów: „Gdybyśmy każdemu receptorowi, jaki zidentyfikowali naukowcy, przypisali inny kolor, to powierzchnia przeciętnej komórki wyglądałaby jak wielokolorowa mozaika złożona z co najmniej siedemdziesięciu różnych odcieni – 50 000 receptorów jednego typu, 10 000 – drugiego, 100 000 – trzeciego i tak dalej”.

Przekaźniki molekularne i większość hormonów zbudowane są z aminokwasów, podstawowych cząsteczek składowych białka. Nazywa się je peptydami, co jest techniczną nazwą dla dłuższych łańcuchów aminokwasów. Występowanie każdej z tych cząsteczek chemicznych nie jest ograniczone tylko do jednego obszaru czy narządu. Pewien wybitny neurolog proponował termin „substancje informacyjne” na określenie całej tej grupy, ponieważ każda z nich przenosi

informacje od jednej komórki czy organu do następnego. Istnieje wiele potencjalnych interakcji między substancjami informacyjnymi pochodzącymi z jednej części systemu PNI i określonym rodzajem komórek w innej jego części.

Centralną częścią systemu PNI jest sieć złożona z podwzgórza, przysadki mózgowej i nadnerczy: oś podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowa (PPN). To właśnie poprzez aktywację osi PPN bodźce psychiczne i fizyczne uruchamiają reakcję organizmu na zagrożenie. Bodziec psychiczny zostaje najpierw oceniony w ośrodkach emocji, znanych jako układ limbiczny, które obejmują części kory mózgowej, jak również głębiej położonych struktur mózgu. Jeśli mózg interpretuje przychodzącą informację jako zagrażającą, podwzgórze pobudza przysadkę mózgową do wytwarzania hormonu adrenokortykotropowego (ACTH). Z kolei hormon ten powoduje, że kora nadnerczy wydziela do krążenia kortyzol.

Jednocześnie z tą kaskadą hormonalną podwzgórze wysyła wiadomość za pośrednictwem układu współczulnego – części układu nerwowego, odpowiedzialnej za reakcje ucieczki lub walki – do innej części nadnerczy, a mianowicie ich rdzenia. Rdzeń nadnercza wytwarza i wydziela hormon walki i ucieczki, adrenalinę, która natychmiast pobudza układ krążenia i układ nerwowy.

Te same zjawiska, które organizm z największym prawdopodobieństwem interpretuje jako emocjonalnie stresujące, są również, co zrozumiałe, najsilniejszymi wyzwalaczami reakcji osi PPN: „Czynniki psychiczne takie, jak *niepewność, konflikt, brak kontroli i brak informacji* są uważane za najbardziej stresujące bodźce i silnie pobudzają oś PPN. Poczucie kontroli i działania konsumacyjne prowadzą do natychmiastowego stłumienia aktywności osi PPN”.

Zachowanie konsumacyjne – od łacińskiego słowa *consummare*, „dopełniać” – to zachowanie usuwające niebezpieczeństwo lub zmniejszające spowodowane nim napięcie. Pamiętamy, że bodźce powodujące stres to nie zawsze obiektywne zagrożenia zewnętrzne, jak obecność drapieżników czy potencjalne katastrofy fizyczne, ale również wewnętrzne odczucie, że brakuje nam czegoś, co uważamy za niezbędne. To dlatego brak kontroli, brak informacji i – jak się przekonamy – nie zaspokojone potrzeby uczuciowe (na przykład brak miłości) pobudzają oś PPN. Zaspokojenie takich potrzeb znosi odpowiedź stresową.

Uwzględniając biochemiczne i neurologiczne wzajemne oddziaływania wewnątrz systemu PNI, możemy łatwo zrozumieć, w jaki sposób uczucia mogą wchodzić w interakcje z hormonami, układem odpornościowym i systemem nerwowym. W powstawaniu nowotworu pewną rolę odgrywa zarówno zaburzona aktywność hormonalna, jak i niewystarczające działania obronne. Rak płuc jest tu najlepszym przykładem.

Mechanistyczny punkt widzenia zakłada, że nowotwór jest wynikiem uszkodzenia DNA komórki przez jakieś szkodliwe substancje – na przykład powstające podczas palenia tytoniu. Ta perspektywa jest bardzo wartościowa, ale nie wyjaśnia, dlaczego niektórzy palacze zapadają na raka, a inni – nie, nawet jeśli ilość i rodzaj tytoniu, jakiego używają, są dokładnie takie same. Brakuje odpowiedzi na pytanie, dlaczego komórki niektórych osób są bardziej podatne na uszkodzenia niż innych. Dlaczego u niektórych ludzi dochodzi do naprawy DNA, a u innych – nie? Dlaczego układ immunologiczny i inne mechanizmy obronne zapobiegają rozwojowi raka u jednych osób, a u innych – nie? Co powoduje olbrzymie rozbieżności w przebiegu leczenia i progresji choroby u osób, u których rozpoznano identyczny rodzaj raka w dokładnie tym samym stadium zaawansowania, nawet jeśli wszystkie inne czynniki – wiek, płeć, dochody, ogólny stan zdrowia – są takie same?

W przypadku niektórych nowotworów różnice te można wyjaśnić zmiennością genetyczną, chociaż, jak się przekonaliśmy na przykładzie raka piersi, u większości chorych dziedziczność nie odgrywa żadnej roli w powstaniu tego nowotworu. Szczególnie rak płuc nie jest chorobą przenoszoną genetycznie, również uszkodzenie genów występujące w tym nowotworze nie ma charakteru dziedzicznego.

W rozwoju każdego nowotworu złośliwego można wyróżnić kilka etapów, z których pierwszy, nazywany *inicjacją*, to proces, w którym normalna komórka ulega transformacji do komórki nieprawidłowej. Nowotwór można traktować jako chorobę replikacji komórek. Komórki, które powinny dać początek zdrowym komórkom potomnym, wymykają się spod kontroli i dzielą się na nieprawidłowe kopie, które mnożą się dalej bez względu na biologiczne potrzeby organizmu. Każdego dnia w naszym organizmie giną i powstają miliony komórek, zatem w sposób naturalny dochodzi do powstania dużej liczby spontanicznych, nieprawidłowych transformacji. „To fakt, że każdy z nas

w każdej chwili ma w organizmie pewną liczbę maleńkich guzków nowotworowych”, pisze Candace Pert.

Dym tytoniowy ma bezpośredni niszczący wpływ na materiał genetyczny komórek płuc. Oszacowano, że dla inicjacji nowotworu niezbędne jest, aby w komórkach płuc doszło do dziesięciu niezależnych lezji, czyli punktowych uszkodzeń DNA. A jednak, bez względu na to, o jaką część organizmu chodzi, takie uszkodzenia genetyczne „rzadko prowadzą do powstania guza. Wynika to przede wszystkim z faktu, że większość zmian pierwotnych ma charakter przemijający i jest szybko eliminowana wskutek naprawy DNA lub śmierci komórki”. Innymi słowy, DNA naprawia się lub komórka umiera, nie powielając dalej uszkodzonego materiału genetycznego – co, bez wątpienia, przyczynia się do tego, że większość palaczy nie choruje na jawnego klinicznie raka płuc. Jeśli dochodzi do powstania raka, musiała zawieść albo naprawa DNA, albo prawidłowy proces śmierci komórki. W 1999 roku, w artykule przeglądowym podsumowującym wpływ psychiki na raka płuc, badacze z College'u Medycznego Uniwersytetu Stanowego Ohio napisali: „Nieefektywna naprawa DNA wiąże się ze zwiększoną częstością występowania raka. Stres może zmieniać te mechanizmy naprawy DNA; na przykład w pewnym badaniu stwierdzono, że limfocyty, pochodzące od hospitalizowanych pacjentów psychiatrycznych z bardziej nasilonymi objawami depresyjnymi, wykazywały upośledzoną zdolność naprawy uszkodzeń DNA komórkowego, spowodowanych promieniami rentgenowskimi”. Upośledzenie naprawy DNA wykazano również w badaniach poddanych stresowi zwierząt laboratoryjnych.

Apoptoza to naukowy termin oznaczający regulowaną fizjologicznie śmierć komórki, niezbędną do zachowania zdrowia tkanek. Apoptoza zapewnia normalną wymianę komórek w tkance, usuwanie starszych komórek z osłabionym materiałem genetycznym, tworzenie miejsca dla ich zdrowego i żywotnego potomstwa. „Zaburzenie regulacji apoptozy przyczynia się do wielu patologii, między innymi powstawania nowotworów, chorób autoimmunologicznych i z niedoboru odporności oraz schorzeń neurodegeneracyjnych”.

Hormony steroidowe, uwalniane wskutek pobudzenia osi PPN, na wiele sposobów pomagają regulować apoptozę. Zwyczaj tłumienia uczuć stawia daną osobę w sytuacji chronicznego stresu, a przewlekły stres prowadzi do nienaturalnego stanu biochemicznego organi-

zmu. Długo utrzymujący się nieprawidłowy poziom hormonów steroidowych może zaburzać prawidłową programowaną śmierć komórek. W procesie śmierci komórek biorą również udział komórki typu „naturalni zabójcy” (NK). Depresja – stan psychiczny, w którym funkcjonowanie na poziomie emocjonalnym jest zdominowane przez wyparcie gniewu – współdziała z paleniem papierosów, obniżając aktywność komórek NK.

Krótko mówiąc, do powstania nowotworu nie jest wystarczające uszkodzenie DNA: muszą również zawieść mechanizmy naprawy DNA i/lub regulowanej śmierci komórki. Stres i tłumienie emocji wpływają negatywnie na oba te procesy. Wyniki uzyskane przez badaczy z Cwrenki i przez brytyjskiego chirurga Davida Kissena nabierają sensu, kiedy odniesiemy je do pierwszego etapu transformacji nowotworowej, czyli do inicjacji.

Dwuczęściowy artykuł, opublikowany w 1996 roku w „Canadian Medical Association Journal”, omawia rolę systemu PNI w utrzymaniu zdrowia lub w chorobie. „U zdrowych osób”, zauważają autorzy, „mechanizmy neuroimmunologiczne zapewniają ochronę gospodarza przed zakażeniami, urazami, nowotworami i kontrolują reakcje odpornościowe i zapalne, które zapobiegają chorobie”. Innymi słowy, choroba nie jest prostym wynikiem jakiegoś zewnętrznego ataku, lecz rozwija się u podatnego gospodarza, którego wewnętrzne środowisko zostało zaburzone.

Kolejne fazy przemiany nowotworowej to *promocja* i *progresja*. Nowo powstałe komórki nowotworowe, które umknęły prawidłowym mechanizmom regulacyjnym, jakie powinny uniemożliwić im przeżycie, dzielą się, co prowadzi do powstania guza. Na tym etapie wzrost guza może zostać zahamowany przez wewnętrzne środowisko organizmu. Znów do gry wchodzi system PNI. Działając przede wszystkim poprzez regulację hormonalną za pośrednictwem osi PPN, powoduje on taki stan tkanek organizmu, że są zdolne do przyjęcia komórek nowotworowych lub też niepodatne na ich wzrost i szerzenie się.

„Długotrwały stan psychiczny danej osoby może odgrywać ważną rolę, zarówno umożliwiając promocję nowotworu, jak też spowalniając ją czy też wzmacniając wpływ stresu środowiskowego”, napisał dr Marc E. Lippman, szef zespołu zajmującego się rakiem piersi w Dziale Medycznym Narodowego Instytutu Raka w Bethesda, w Maryland. „Ludzki układ hormonalny stanowi krytyczny środek in-

terakcji między psychiką i nowotworem... Wydaje się nieuniknione, że czynniki psychiczne, które mogą powodować zmiany hormonalne, będą wywierać wpływ na biologię nowotworu”.

Wpływ hormonów na wzrost i szerzenie się nowotworu jest dwustopniowy. Po pierwsze, wiele nowotworów jest bezpośrednio zależnych od poziomu hormonów lub też rosną w narządach bezpośrednio biorących udział w oddziaływaniach hormonalnych, takich jak jajniki czy jądra. Nowotwory hormonozależne mają na swojej powierzchni receptory dla różnych hormonów, zdolnych do pobudzania wzrostu komórki. Jednym z przykładów nowotworów hormonozależnych jest rak piersi. Powszechnie przyjmuje się, że wiele guzów piersi jest zależnych od estrogenów, co jest uzasadnieniem stosowania leku blokującego wpływ estrogenów, tamoksyfenu. Mniej znany jest fakt, że niektóre nowotwory piersi posiadają receptory dla szerokiego wachlarza innych „substancji informacyjnych”, w tym androgenów (męskie hormony płciowe), progestagenów, prolaktyny, insuliny, witaminy D i kilku innych – wszystkie te substancje są wydzielane przez oś PPN lub też podlegają regulacji za pośrednictwem tej osi.

Stres jest potężnym modulatorem funkcji hormonalnych, co wykazano zarówno u ludzi, jak i u zwierząt. W jednym z eksperymentów badacze manipulowali relacjami dominacji w grupie samic małp. Zburzono ustalony wzorzec dominacji. Niektóre z pierwotnie dominujących samic zmuszono do podległości, natomiast jednostkom wcześniej znajdującym się niżej w hierarchii stada umożliwiono osiągnięcie pozycji dominującej.

Spółeczne podporządkowanie zmieniało czynność hormonalną osi PPN i jajników. „Samice, które były aktualnie dominujące, wytwarzały mniej kortyzolu, niż samice stojące niżej w hierarchii”. Dominujące samice małp miały normalny cykl menstruacyjny i większe stężenie progesteronu przed owulacją. Podporządkowane samice rzadziej miały owulację i częściej występowały u nich zaburzenia cyklu menstruacyjnego.

Kiedy eksperymentalną sytuację zmieniono w ten sposób, że uprzednio dominujące samice stały się podporządkowane, ich funkcje reprodukcyjne zostały niemal natychmiast stłumione, a produkcja kortyzolu wzmożła się. Odwrotne zjawisko obserwowano u małp, które uprzednio były podporządkowane, a obecnie zdobyły pozycję dominującą.

Nowotwory żeńskich narządów płciowych, takich jak jajniki i macica, są również zależne od hormonów. Rak jajnika jest dopiero siódmym co do częstości występowania nowotworem u kobiet, ale zajmuje czwartą pozycję jako nowotworowa przyczyna zgonu. Spośród wszystkich nowotworów kobiecych narządów płciowych charakteryzuje się najgorszym współczynnikiem liczby zachorowań do liczby zgonów: oznacza to, że ma najgorsze rokowanie. W 1999 roku w Kanadzie raka jajnika rozpoznano u dwóch tysięcy sześciuset kobiet. W tym samym roku pięćset zmarło na tę chorobę. W USA rocznie rozpoznaje się ten nowotwór u dwudziestu tysięcy kobiet; około dwie trzecie z nich następnie umiera. Chociaż wczesne leczenie jest bardzo skuteczne, w większości przypadków przed rozpoznaniem nowotwór jest już zaawansowany w stopniu obecnie uniemożliwiającym wyleczenie.

Dotychczas nie ma skutecznych badań przesiewowych pozwalających rozpoznać wczesne stadia tej choroby. Badanie ultrasonograficzne i badanie krwi na obecność antygenu CA-125 są pożyteczne w monitorowaniu leczenia, ale nie nadają się do rozpoznawania nowotworu przed wystąpieniem objawów i przed rozprzestrzenieniem się choroby poza narząd pierwotny. U Darlene, brokerki ubezpieczeniowej, rozpoznano chorobę podczas poszukiwania przyczyny niepłodności. – Zrobiono laparoskopię, żeby obejrzeć moje jajniki – opowiada – i w ten sposób znaleziono raka. I tak zamiast dziecka, miałam operację usunięcia jajników.

Ponieważ niepłodność jest jednym ze znanych czynników ryzyka wystąpienia raka jajnika, czynniki hormonalne odgrywają niewątpliwie ważną rolę w jego powstaniu. Niestety, sytuacja nie jest jasna. Wczesna pierwsza miesiączka i późna menopauza zwiększają ryzyko powstania raka jajnika, natomiast cięższe i hormonalne środki antykoncepcyjne zmniejszają je. Ten wzorzec sugeruje, że czym więcej owulacji przechodzi kobieta, tym bardziej jest podatna na rozwój tej choroby. Z drugiej strony, niepłodność – kiedy w ogóle nie zachodzi owulacja – również zwiększa ryzyko. Jak z tego widać, oddziaływania hormonalne są tu bardzo subtelne i skomplikowane. Wiemy z pewnością, że żeńskie hormony płciowe są niezwykle wrażliwe na stan psychiczny kobiety i stres, jakiemu podlega. Poziom hormonów może być również zależny od niektórych cech charakteru, jak to wynika z pewnego badania, przeprowadzonego w 2001 roku na Uniwersytecie w Pittsburghu.

Badacze z Wydziału Lekarskiego w Pittsburgu porównali charakterystykę psychologiczną kobiet, które przewlekłe nie miesiączkowały – amenorrhea – z kobietami, które miesiączkowały prawidłowo. Szczególnie interesowali się grupą z czynnościowym brakiem miesiączki pochodzenia podwzgórzowego (*functional hypothalamic amenorrhea, FHA*), to jest grupą kobiet, u których nie znaleziono żadnych znanych chorób czy stanów powodujących brak prawidłowej owulacji. W badaniu stwierdzono, że „kobiety z FHA wykazywały więcej postaw dysfunkcyjnych, zwłaszcza związanych z potrzebą akceptacji. Były bardziej skłonne... do przyjmowania postaw występujących u osób podatnych na depresję, takich jak perfekcjonistyczne standardy czy troska o opinię innych osób”.

Ważnym wynikiem badania z Pittsburga było odkrycie, że zwyczaj dotyczący jedzenia u kobiet nie miesiączkujących są subtelnie, ale znacząco zaburzone. Nieprawidłowe wzorce przyjmowania pokarmu zawsze wiążą się z nie rozwiązanymi problemami z dzieciństwa, jak się przekonamy na przykładzie Gildy Radner, aktorki komediowej, która zmarła na raka jajnika. Te same stresy, które stwarzają problemy z odżywianiem się, predysponują również do kłopotów zdrowotnych. Autorzy badania z Pittsburga piszą, że „kobiety z FHA są bardziej zaprzątnięte sprawami odchudzania się i wagi, bardziej obawiają się przybrania na wadze i wykazują tendencje do napadowego objadania się”.

Wzorce przyjmowania pokarmu są bezpośrednio powiązane z kwestiami wywodzącymi się z dzieciństwa i z aktualnymi stresami. Wzorce tego, jak jemy lub nie jemy i ile jemy są silnie powiązane z poziomem stresu, jakiego doświadczamy, i sposobami radzenia sobie, do jakich sięgamy w obliczu życiowych zmian. Z kolei nawyki żywieniowe bezpośrednio wpływają na poziom hormonów, który oddziałuje na żeński układ rozrodczy. Anorektyczki, na przykład, często przestają miesiączkować.

Jerilynn Prior, endokrynolog z Vancouver, interesująca się szczególnie sprawami zdrowia kobiet, stwierdziła, że subtelne zaburzenia hormonalne mogą wystąpić nawet u pacjentek, które regularnie miesiączkują i nie zgłaszają żadnych objawów. W „Canadian Journal of Diagnosis” napisała: „W mniej więcej jednej trzeciej regularnych, bezobjawowych cykli menstruacyjnych u zdrowych kobiet występują zaburzenia owulacji, które, zgodnie z zasadami biologii, mogą prowadzić do poważnych zagrożeń zdrowotnych”.

Nowotwory hematologiczne (układu krwiotwórczego), takie jak białaczki i chłoniaki, również są zależne od hormonów, ponieważ w olbrzymim stopniu wpływa na nie kortyzol, wytwarzany przez nadnercza. Nadnerczowe hormony kortykoidowe hamują podział i szerzenie się komórek białaczek i chłoniaków. Jak z tego wynika, nowotwory układu krwiotwórczego mogą, częściowo, powstawać w sytuacji, kiedy komórki układu krwiotwórczego i komórki chłonne wymykają się spod prawidłowych procesów hamowania wskutek długotrwałego braku równowagi w systemie PPN. Dostępne badania wskazują na stres emocjonalny jako znaczący typ dynamiki w życiu dorosłych osób cierpiących na te schorzenia.

Opublikowane wyniki trwającego piętnaście lat badania chorych na chłoniaki i białaczki na Uniwersytecie Rochester wykazały, że nowotwory te „częściej występują w sytuacjach straty emocjonalnej lub separacji, które z kolei powodują uczucia lęku, smutku, gniewu lub beznadziejności”.

Syntetyczne analogi hormonu stresu, kortyzolu, są ważnym elementem leczenia białaczek i chłoniaków. Interesujący jest fakt, że do zablokowania replikacji komórek białaczkowych potrzebna jest ilość hormonów kortykoidowych jedynie w niewielkim stopniu przewyższająca stężenia, jakie normalnie powinny być obecne w organizmie. W przypadku białaczki epizody *ostrego* stresu, powodującego przejściowy wzrost stężenia kortyzolu, niekiedy wystarczają do spowodowania remisji. Uważa się, że to właśnie miało miejsce podczas choroby kompozytora Béli Bartóka.

Musimy przypomnieć sobie, że przejściowy wzrost stężenia kortyzolu, występujący podczas epizodu *ostrego* stresu, jest zdrowy i konieczny. Niezdrowe jest przewlekłe podwyższenie stężenia kortyzolu u osób chronicznie zestresowanych.

Bartók, przebywający na emigracji z rodzinnych Węgier i chory na białaczkę, został wynajęty przez dyrygenta Bostońskiej Orkiestry Symfonicznej, Serge’a Koussevitsky’ego, do napisania nowego utworu. Kompozytor wszedł w okres samoistnej remisji, która trwała aż do zakończenia pracy. Jest całkiem prawdopodobne, że do tej słynnej remisji przyczynił się kortyzol z osi PPN i kilka innych elementów układu PNI, co umożliwiło stworzenie *Koncertu na orkiestrę* Bartóka, klasycznego dzieła muzycznego dwudziestego wieku.

Niezależnie od bezpośredniego oddziaływania na nowotwory hor-

monozależne, substancje endokrynne, regulowane przez wrażliwą na stres oś PPN i obszar limbiczny mózgu, oddziałują na inne tkanki organizmu, wpływając na powstawanie w nich nowotworów. Główne miejsce wśród tych wrażliwych na hormony tkanek zajmuje układ immunologiczny.

Zazwyczaj myśli się o nowotworze jako o najeźdźcy, któremu organizm – tak jak kraj podlegający atakowi wroga – musi wydać wojnę. Takie spojrzenie, chociaż być może wygodne dzięki swojej prostocie, jest zniekształceniem rzeczywistości. Po pierwsze, nawet wtedy, gdy istnieje jakiś zewnętrzny karcynogen, jak tytoń, sam nowotwór jest częściowo wynikiem zaburzonych procesów wewnętrznych. I – rzecz jasna – w przypadku większości nowotworów nie ma takich rozpoznanych karcynogenów. Po drugie, to właśnie środowisko wewnętrzne, miejscowo i w całym organizmie, decyduje, czy nowotwór będzie się rozwijał, czy też zostanie wyeliminowany. Innymi słowy, transformacja nowotworowa zdrowych komórek jest procesem zdeterminowanym przez wiele czynników, które mają co najmniej tyle samo wspólnego ze stanem biopsychospołecznym organizmu, co z rodzajem samego nowotworu.

Kiedy guz osiąga stadium, w którym jego komórki wykazują na swojej powierzchni cząsteczki odbiegające od prawidłowych białek organizmu, powinien być zniszczony przez różnego rodzaju reakcje immunologiczne. Limfocyty T powinny zaatakować go niszczącymi związkami chemicznymi; powinny powstać przeciwciała skierowane przeciw nowotworowi; wyspecjalizowane komórki krwi powinny pożreć komórki nowotworowe. Pod wpływem przewlekłego stresu układ odpornościowy może być zbyt zaburzony, aby rozpoznać dojrzałe zmutowane klony komórkowe, które tworzą raka, lub też może być za mało wydolny, aby przypuścić na nie skuteczny atak.

We wzroście i rozwoju nowotworów bierze też udział wielka liczba miejscowo produkowanych związków chemicznych, przy czym niektóre z nich są wydzielane przez sam nowotwór. Do takich substancji należą czynniki wzrostu, substancje hamujące i cząsteczki przekazywane wielu rodzajów. Skomplikowana równowaga między nimi popycha cały proces albo w kierunku stłumienia guza, albo jego wzrostu. Wystarczy tu powiedzieć, że ta skomplikowana kaskada biochemiczna jest głęboko uzależniona od systemu PNI, co odbywa się za pośrednictwem hormonów i innych substancji informacyjnych.

I wreszcie stan emocjonalny ma potencjalnie ogromne znaczenie, hamując lub sprzyjając powstawaniu przerzutów nowotworowych, czyli wędrowce komórek nowotworowych z guza pierwotnego do innych obszarów ciała.

Zgodnie z popularnym mitem, nowotwór trzeba „wczesnie wyć”, zanim ma szansę się rozprzestrzenić. Biologiczna rzeczywistość jest zupełnie inna: zanim guz jest możliwy do wykrycia, w wielu przypadkach dochodzi już do rozsiewu. „W dużym odsetku wczesnych nowotworów doszło już do powstania mikroprzerzutów, zanim wykryto guz pierwotny”, wskazuje brytyjski onkolog, Basil Stoll. Jednakże większość komórek przerzutowych albo obumiera, albo pozostaje w uśpieniu przez długi okres.

Czas podwajania się – okres potrzebny do zdwojenia wymiarów guza – różni się między różnymi typami nowotworów, istnieją również znaczące różnice w obrębie tego samego rodzaju nowotworu. Aby guz można było wykryć klinicznie, nawet w tak łatwo dostępnych tkankach jak skóra czy sutek, musi osiągnąć około pół grama i składać się z około pięciuset milionów komórek. Pojedyncza komórka z mutacją nowotworową musi się podzielić około trzydziestu razy, aby stworzyć guz o takim rozmiarze. W przypadku raka piersi wyliczono, że czas podwajania się wynosi od kilku dni do roku czy półtora, średnio jest to kilka miesięcy. „Jeśli komórka nowotworowa rośnie stale z taką prędkością, potrzeba około ośmiu lat, aby guz ujawnił się klinicznie, a niektóre źródła sugerują nawet dłuższy czas podwajania się, przy którym mija około 15–20 lat, zanim powstanie jawny klinicznie guz”.

W prawdziwym życiu guza prawdopodobnie nie istnieje stałe tempo podwajania się. Raczej zachodzą tu duże fluktuacje szybkości wzrostu, w zależności od tego, co dzieje się w życiu gospodarza. Pamiętamy historię Michelle, u której guz piersi, chociaż obecny od siedmiu lat, zmienił się dramatycznie po okresie ostrego stresu.

Rak piersi zdobywa zdolność do przerzutowania, zanim guz osiągnie średnicę nieco ponad pół milimetra, zatem „jeśli guz ma utworzyć przerzuty, to zwykle stanie się to, zanim będzie rozpoznawalny klinicznie”. Wydaje się, że mikroskopowy rozsiew komórek nowotworowych ma miejsce w wielu przypadkach raka piersi i często nie powoduje problemów klinicznych. W innych przypadkach przerzuty pozostają uśpione w odległych tkankach przez całe lata, a potem

niespodziewanie ujawniają się, powodując objawy. Taka sama dynamika zachodzi w przypadku raka gruczołu krokowego i dlatego w 40% przypadków jest on już rozsiaany, zanim zostanie postawiona diagnoza. W rzeczywistości, z uderzającym podobieństwem do raka stercza, badania pośmiertne wykazują, że aż 25 do 30 procent wszystkich kobiet ma mikroskopijne ogniska nowotworowe w piersiach, „co znacznie przekracza liczbę faktycznie ujawniających się nowotworów”.

Chodzi zatem nie tylko o proste zapobieganie powstawaniu przerzutów, ale o to, dlaczego i w jakich warunkach u niektórych osób istniejące uśpione ogniska choroby zmieniają się w raka o znaczeniu klinicznym. Stan uśpienia nowotworu podlega wpływom wielu hormonów i czynników immunologicznych, a wszystkie są funkcjami systemu PNI i wszystkie są w znacznym stopniu uzależnione od życiowych stresów.

Istnieją dramatyczne różnice w szybkości wzrostu guza u różnych pacjentów. Zachodzą także znaczne rozbieżności w ujawnianiu się przerzutów i czasie przeżycia między pacjentami, u których klinicznie rozpoznaje się dokładnie ten sam typ nowotworu w identycznym stadium zaawansowania. Na przykład, jest „wiele przypadków, kiedy pomimo niecałkowitego wycięcia raka piersi nigdy nie dochodzi do wznowy lub kiedy wtórne ogniska pozostają w uśpieniu w tkankach gospodarza nawet przez 30 lat, zanim w końcu spowodują objawy”. Takie indywidualne różnice, jak się wydaje, nie są zależne od autonomicznego zachowania nowotworu, ale od czynników wewnętrznego środowiska organizmu, który hamuje wzrost raka lub, wręcz przeciwnie, ułatwia go. Ten stan wewnętrzny podlega olbrzymiemu wpływowi stresorów działających w życiu człowieka, jest również zależny od sposobu, w jaki dana jednostka radzi sobie ze stresem.

W licznych badaniach dotyczących raka, najczęściej rozpoznawanym wspólnym czynnikiem ryzyka jest niezdolność do wyrażania emocji, zwłaszcza uczuć związanych z gniewem. Stłumienie gniewu nie jest jakąś abstrakcyjną cechą emocjonalną, która w tajemniczy sposób prowadzi do choroby. Jest to poważny czynnik, ponieważ zwiększa fizjologiczny stres organizmu. Nie działa samodzielnie, ale w powiązaniu z innymi czynnikami ryzyka, które często mu towarzyszą, jak beznadziejność czy brak wsparcia społecznego. Osoba, która nie odczuwa lub nie wyraża „negatywnych” emocji, będzie wyizolo-

wana nawet w otoczeniu przyjaciół, ponieważ nie ujawnia swojej prawdziwej osobowości. Poczucie beznadziejności wynika właśnie z tej przewlekłej niezdolności do wyrażania na najgłębszym poziomie swojego prawdziwego ja. A beznadziejność prowadzi do bezsilności, ponieważ dana osoba odnosi wrażenie, że nic, co może zrobić, nie spowoduje żadnej różnicy.

Jedno z badań dotyczyło zdrowych kobiet, które nie miały żadnych objawów, a jedynie nieprawidłowy wynik rozmazu cytologicznego z szyjki macicy, pobranego podczas rutynowego badania lekarskiego. Nie znający wyników cytologii badacze mogli z dokładnością do 75% rozpoznać osoby, u których występowała wczesna postać raka, posługując się tylko kwestionariuszem do rozpoznawania różnych stanów emocjonalnych. Stwierdzili, że rak najczęściej występował u kobiet z „osobowością ze skłonnością do bezsilności” lub z pewnym poczuciem bezsilnej frustracji, która utrzymywała się przez poprzednie sześć miesięcy.

Naukowcy z Cvrenki również byli w stanie przewidzieć, którzy spośród niemal tysiąca czterystu badanych prawdopodobnie zachorują na raka i umrą z tego powodu, opierając się na takich cechach psychicznych, jak racjonalność/antyuczuciowość (stłumiony gniew) oraz długotrwałe poczucie bezsilności. Kiedy po dziesięciu latach sprawdzili akty zgonu, stwierdzili, że ich przewidywania sprawdziły się w 78%. „Uważamy”, skomentowali, „że w wielu badaniach nie docenia się roli czynników psychosomatycznych”.

Wpływ czynników psychologicznych przejmująco ilustruje historia Gildy Radner. Jej ciotka ze strony matki oraz dwie kuzynki zmarły na raka jajnika, a jej matka była z powodzeniem leczona na raka piersi. Gilda miała genetyczne czynniki ryzyka, ale czy była bezwzględnie skazana, by umrzeć na raka jajnika? Nie ma powodu, by tak przypuszczać.

U większości kobiet, u których rozwija się rak jajnika, dziedziczność nie jest poważnym czynnikiem ryzyka. Około 8% chorych na ten nowotwór to nosicielki jednej z mutacji genetycznych, które zwiększają ryzyko tej choroby. W istocie są to te same geny BRCA, które przyczyniają się do rozwoju raka jajnika. W zależności od tego, na której nici DNA występuje mutacja, osoby obciążone mutacją w jednym

genie mają 63-procentowe ryzyko zachorowania na raka przed siedemdziesiątym rokiem życia. Kobiety, u których mutacja dotyczy innego genu, mają ryzyko zachorowania na raka jajnika przed siedemdziesiątym piątym rokiem życia rzędu 27%. W przypadku kobiet bez takiej mutacji, ale których krewna pierwszego stopnia – matka, siostra lub córka – chorowała na raka jajnika, ryzyko takie wynosi około 5%. I znowu widzimy, że nie o wszystkim decydują same geny. Nawet w grupie wysokiego ryzyka nie wszystkie osoby są skazane na zachorowanie na raka.

Gilda Radner tryskała niemal maniakalną energią i entuzjazmem wobec nowych doświadczeń, ale była psychicznie obciążona bardzo stresującym życiem, pełnym negacji samej siebie. Zaburzenia odżywiania, na które cierpiała, prawdopodobnie wpływały na jej równowagę hormonalną. Była również niepłodna, prawdopodobnie z powodu tego rodzaju dysfunkcji podwzgórzowo-przysadkowej, jaką omówiliśmy we wcześniejszej części tego rozdziału.

Szczupłutka gwiazda *Saturday Night Live* cierpiała na bulimię. Według jej własnego opisu, była „nieszczęśliwym, grubym i przeciętnym” dzieckiem. Określa swoje dzieciństwo jako „koszmar”. „Mój brat i ja jedliśmy tyle, że zamieniliśmy się w balony”, napisała w swoich pamiętnikach. „Wyglądaliśmy jak potwory bez szyi. Rodzice wysyłali mnie co roku na letni obóz i co roku byłam kozłem ofiarnym... W zabawie w księżniczkę były dziewczęta sprawujące kontrolę i ładne dziewczęta. Dziewczęta sprawujące kontrolę robiły z pięknej dziewczyny księżniczkę, a same zostawały jej doradcami. Gruba dziewczyna była służącą czy czymś takim, i to właśnie byłam ja”.

Relacja Gildy z matką jawi się jako intensywnie negatywna i mocno naznaczona przez konkurowanie o uwagę ojca. Gilda utrzymywała, że ojciec był „miłością jej życia”. Jego śmierć na nowotwór mózgu, kiedy córka miała dwanaście lat, była stratą nie do wyrównania.

W swoim dorosłym życiu Gilda, z czystej desperacji, w sposób promiskuityczny poszukiwała męskiej miłości i akceptacji. „Moje życie było w znacznym stopniu kontrolowane przez mężczyzn, których kochałam”, napisała. Starła się zmienić w taką kobietę, jaką – jak przypuszczała – chcieli mieć mężczyźni obecni w jej życiu.

Gilda nie potrafiła mówić wprost o swojej prawdzie emocjonalnej ze swoją matką, Henriettą, ani też nie umiała się jej bezpośrednio sprzeciwić. Kiedy już była gwiazdą i potajemną bulimiczką, próbowa-

ła rozwiać niepokój matki o to, co je, zmyślając szczegóły nie istniejących posiłków. Henrietta za życia swojej córki nie dowiedziała się o jej bulimii.

Korzystając z komicznych środków wyrazu, Gilda mogła kontrolować swoje otoczenie. Komedia zaspokaja kluczowe potrzeby dzieciństwa. Był to sposób, w jaki mogła zjednać sobie ojca i jej osobisty sposób sięgnięcia do matki, „sposób na dotarcie do niej, kiedy nic innego nie działało”. Stała się „naturalną” aktorką komediową. Ceną było wyparcie jej własnych uczuć.

Gilda sama określała się jako pracoholiczka, która, jak pisała, „pozwoliła, aby moim cennym życiem rządził stres i napięcie”. Podczas młodzieńczej podróży do Paryża rzuciła się na ulicy pod przejeżdżające pojazdy w dramatycznym geście samobójczym, który mógł łatwo zakończyć się śmiercią. „Przynajmniej komuś na mnie zależy”, powiedziała do przyjaciela, który wyciągnął ją w bezpieczne miejsce.

Nawet kiedy objawy nowotworu jajnika zaczęły powodować fizyczne dolegliwości, takie jak niedrożność jelit, Radner była bardziej skupiona na tym, by zadowolić innych, niż na swoich własnych potrzebach. Poszukiwała i zasięgała porady w rozmaitych miejscach. Jej dylemat? „Nagle zaczęłam się zastanawiać, jak zaspokoić oczekiwania tylu osób. Czy przyjmuję cytrynian magnezu? A co z lewatywą z kawy? Czy stosuję jedno i drugie? Czy stosuję masaż brzucha lub jeli-ta? Czy mówię lekarzom o wszystkich innych specjalistach, do których chodzę? Wschód spotykał Zachód w organizmie Gildy: zachodnia medycyna szła z góry na dół, a wschodnia – z dołu do góry”.

Kiedy wydawało się, że jej leczenie się powiodło, Gilda została dziewczyną z plakatu leczenia raka jajnika, pojawiła się na okładce magazynu „Life”. Była inspiracją dla wielu, ale dobry stan trwał krótko. Będąc nadal przywiązaną do ról, które przyjęła jako dziecko, zarzucała sobie, że „zawiodła” innych, zapadając na terminalną chorobę. „Stałam się rzeczniczką prasową Społeczności Zdrowia i symbolem dobrego stanu. Byłam modelem chorego na raka, całkowicie aktywnego we własnym leczeniu. Teraz czuję się, jakbym była żywym przykładem, że to nie działa. *Jestem jednym wielkim oszustwem**, myślałam”.

* Wyróżnienie pochodzi od Gildy Radner.

Dopiero niedługo przed śmiercią Gilda nauczyła się, że nie może być matką całego świata. „Nie mogłam zrobić wszystkiego, co chciałam. Nie mogłam ciągle dzwonić do wszystkich chorych na raka, jakich znałam, i nie mogłam starać się pomagać w uleczeniu wszystkich kobiet z rakiem jajnika, nie mogłam czytać każdego listu, który dostawałam, bo rozdzierało mnie to na strzępy... Nie mogłam wylać tych wszystkich łez za każdą inną osobę, musiałam troszczyć się o siebie... To ważne, aby uświadomić sobie, że musisz troszczyć się o siebie, bo nie możesz zatroszczyć się o nikogo innego, dopóki tego nie zrobisz”.

Rozdział 8

Coś dobrego z tego wynika

Diaagnozę Eda postawiono po tym, jak jego lekarz rodzinny znalazł niewielki guzek podczas rutynowego badania przez odbył.

– Poszedłem na biopsję – opowiada – i pobrano sześć próbek z mojego gruczołu krokowego. W jednej z nich stwierdzono nieprawidłowość. Raka stercza. Od tego czasu zastanawiałem się nad wszystkimi opcjami i wszystkie polegały na krojeniu, spaleniu lub otruciu. Rozmawiałem z wieloma mężczyznami, którym usunięto prostatę i z kilkoma, którzy przeszli radioterapię. Większość z nich zniosła to dość marnie.

– Nie podjąłeś żadnego leczenia? – spytałem Eda.

– Byłem u naturopaty i poddaję się hipnoterapii, i bardzo dokładnie przyjrzałem się sobie i temu, jak żyłem.

Barwne określenie Eda, „krojenie, spalenie lub otrucie” odnosi się do trzech głównych rodzajów leczenia, proponowanych obecnie w przypadku raka gruczołu krokowego: leczenia chirurgicznego, radioterapii i chemioterapii*. Niektórzy pacjenci przechodzą takie leczenie bez szkody, jednak inni cierpią z powodu nieprzyjemnych efektów, takich jak nietrzymanie moczu lub impotencja. Ocena serii po-

* Chemioterapia ma niewielkie zastosowanie w raku gruczołu krokowego, natomiast zasadniczą rolę odgrywa leczenie hormonalne (przyp. tłum.).

nad stu tysięcy prostatektomii, opublikowana w 1999 r., doprowadziła do wniosku, że „powikłania i konieczność ponownej hospitalizacji po prostatektomii są znacznie częstsze, niż wcześniej uważano”.

Takie ryzyko można zaakceptować, jeśli dana metoda pozwala wyleczyć chorobę lub uratować życie, ale dowody na to są co najmniej niejednoznaczne. Bardzo nagłośniona kampania w mediach, zachęcająca mężczyzn do poddawania się badaniom przesiewowym, w postaci lekarskiego badania przez odbyt i oznaczenia stężenia PSA (*prostate specific antigen*, antygen specyficzny dla gruczołu krokowego) we krwi, nie ma dowiedzionych podstaw naukowych. „Uważam, że ludzie powinni wiedzieć, że kiedy już znajdziemy raka prostaty, nadal nie mamy dowodów, że leczenie działa”, powiedział Timothy Wilt, profesor medycyny z Centrum Medycznego Kombatantów w Minneapolis, w wywiadzie dla „The New York Times”. „I to jest właśnie kluczowa sprawa w całej tej kwestii badań przesiewowych: Jeżeli leczenie nie działa, dlaczego używamy PSA, żeby poszukiwać nowotworu?”.

Zwolenników agresywnego podejścia medycznego powinny zniechęcić dane statystyczne, zebrane przez dr Otis Brawleya, onkologa klinicznego i epidemiologa z amerykańskiego Narodowego Instytutu Raka. Tam, gdzie szeroko praktykuje się badania przesiewowe, częstość rozpoznawania raka stercza rośnie, podobnie jak liczba leczonych mężczyzn, jednak wskaźnik zgonów z powodu raka gruczołu krokowego nie zmienia się.* Wskaźniki śmiertelności są wręcz nieco wyższe w rejonach, w których prowadzone są intensywne badania przesiewowe. Równie zaskakujące są wyniki opublikowane w „The Journal of the National Cancer Institute”, wskazujące, że mężczyźni agresywnie leczeni z powodu raka gruczołu krokowego mają większe ryzyko zgonu z powodu innych nowotworów, niż mężczyźni, którzy nie zostali poddani żadnej interwencji medycznej.**

* Najnowsze badania wykazują, że w obszarach, gdzie konsekwentnie prowadzone są przez długi czas badania przesiewowe w kierunku raka gruczołu krokowego, następuje spadek umieralności na ten nowotwór (przyp. tłum.).

** Wystąpienie choroby nowotworowej jest znanym czynnikiem ryzyka zachorowania na kolejne nowotwory. W tych przypadkach, w których możliwe jest wyleczenie raka i pacjenci przeżywają wiele lat po terapii, zauważalna jest zatem większa skłonność do zapadania na kolejne nowotwory. Nie ujawnia się ona w tych przypadkach, kiedy leczenie nie jest skuteczne i chorzy umierają w ciągu kilku lat od rozpoznania pierwszego nowotworu (przyp. tłum.).

Chociaż niektóre przypadki raka gruczołu krokowego prawdopodobnie powinny być leczone, w chwili obecnej nie wiadomo kto dokładnie odniesie korzyść z interwencji medycznej. Rak stercza w większości przypadków rozwija się powoli, istnieje zatem duże prawdopodobieństwo, że dany mężczyzna umrze, zanim nowotwór wywoła jakiegokolwiek problemy zdrowotne, jeśli w ogóle miałyby one wystąpić. W innych przypadkach rak jest tak agresywny, że w chwili postawienia rozpoznania żadne leczenie nic już nie zmieni. Ponieważ nie ma żadnego wiarygodnego sposobu, aby rozpoznać, kiedy leczenie działa, to z czym właściwie poradziły sobie osoby, które „przetrzymały” nowotwór prostaty – ze swoim leczeniem czy ze swoją chorobą? W przypadku raka gruczołu krokowego medycyna taka, jaka jest powszechnie praktykowana, po prostu nie stosuje się do zwykłych standardów naukowych.

Powszechne przekonanie opiera się na zdroworozsądkowym założeniu, że czym wcześniej rozpozna się schorzenie, tym bardziej prawdopodobne jest, że lekarze będą mogli je uleczyć. Znane osoby, przekonane, że leczenie uratowało im życie, takie jak generał Norman Schwarzkopf, golfista Arnold Palmer czy kanadyjski minister gabinetu federalnego Allan Rock – u nich wszystkich rozpoznano raka stercza w wyniku badań przesiewowych – przekonująco zachęcają do wczesnego rozpoznawania. Jak jednak powiedział dr Otis Brawley dla „The Journal of the American Medical Association”, mężczyźni powinni pozwolić, aby decyzję o poddaniu się badaniom przesiewowym w kierunku raka prostaty pomogła im podjąć nauka, a nie pokazywane w mediach osoby publiczne nawołujące do badań PSA.

Pomimo naukowych niejasności, tendencja do preferowania leczenia jest potężna. Niewielu lekarzy pozwoli, aby natura zrobiła swoje w obliczu potencjalnie śmiertelnej choroby, nawet jeśli wartość interwencji jest dyskusyjna. A mężczyźni, nawet dobrze poinformowani, wolą raczej „zrobić coś”, niż tolerować lęk związany z bezczynnością. Jednak pacjent zawsze zasługuje na poinformowanie go, co wiadomo o raku gruczołu krokowego – oraz, co jest równie ważne, czego jeszcze nie wiemy.

Rak gruczołu krokowego był pierwszym nowotworem u ludzi, który powiązano ze stanem hormonalnym. Podobnie jak rak piersi może ulec regresji u kobiet, którym usunięto jajniki, kastracja prowadzi również do zmniejszenia się guzów stercza, a to wskutek obniżenia

stężenia androgenów, czyli męskich hormonów płciowych. Orchidektomia, czyli chirurgiczne usunięcie jąder, jest nadal częścią arsenału terapeutycznego, podobnie jak podawanie silnych leków, które blokują działanie męskich hormonów. Ta tak zwana „kastacja farmakologiczna” jest obecnie postępowaniem pierwszej linii, proponowanym chorym na raka stercza z przerzutami.

Kiedy weźmie się pod uwagę silne powiązania między poziomem hormonów i uczuciami, zdumiewający jest fakt, do jakiego stopnia badania naukowe i praktyka medyczna ignorują wpływ psychiki na powstanie raka prostaty i unikają bardziej holistycznego podejścia do leczenia. Nie było dosłownie żadnych badań na temat roli osobowości czy stresu w nowotworach gruczołu krokowego. Podręczniki ignorują to zagrożenie.

Takie pomijanie potencjalnych powiązań między stresem, uczuciami i rakiem stercza staje jeszcze mniej uzasadnione, kiedy weźmie się pod uwagę naszą obecną wiedzę. W wieku trzydziestu kilku lat wielu mężczyzn ma już w gruczole krokowym jakieś komórki nowotworowe, a wśród mężczyzn powyżej osiemdziesiątego roku życia można je znaleźć u większości. Przed ukończeniem 50 lat, 42% mężczyzn ma szansę na powstanie raka gruczołu krokowego. Jednocześnie u stosunkowo niewielu mężczyzn w dowolnym wieku choroba ta postępuje do stadium jawnego klinicznie. Innymi słowy, obecność komórek nowotworowych w prostatie nie jest niczym niezwykłym nawet u młodszych mężczyzn, a u starszych jest wręcz normą. Jedynie u mniejszości mężczyzn ulegają one progresji i tworzą guz, który powoduje zagrażające życiu objawy. Warto zastanowić się, w jaki sposób stres może promować rozwój choroby nowotworowej. Jakie wzorce osobowości czy też okoliczności życiowe mogą zaburzać mechanizmy obronne organizmu, pozwalając na proliferację istniejących wcześniej komórek nowotworowych?

Kiedy przyjechałem porozmawiać z Edem, muskularnym mężczyzną, którego ciało i twarz wydawały się trochę młodsze, niż na to wskazywał jego metrykalny wiek czterdziestu czterech lat, zwrócił się do swojej żony, Jean, która właśnie wychodziła na zakupy.

– To po prostu wrzód na tyłku – powiedział – ale muszę pójść z tym i-tym i pomóc mu przy ciężarówce. Nie zapala.

– Pozwól, że od razu cię o coś zapytam – zacząłem.

– Jasne.

– Mówisz, że zajmowanie się ciężarówką tego faceta to wrzód na tyłku. To interesująca przenośnia, pod względem anatomicznym, u kogoś, kto ma raka prostaty. Jak łatwo przychodzi ci w życiu odmawiać robienia rzeczy, które są raczej wrzodem na tyłku, a nie przynoszą ci żadnej korzyści?

– Naprawdę nie odmawiam. Staram się cały czas pomagać ludziom.

– Nawet jeśli to wrzód na tyłku?

– Taa. Nawet jeśli nie jest to dla mnie najlepszy moment albo powinienem robić coś ważniejszego dla mnie. Lubię pomagać ludziom.

– A co się dzieje, jeśli tego nie robisz?

– Źle się z tym czuję. Winny.

Ed, lider zespołu country, zażywał kokainę, meskalinę i marihuana, „dwa lub trzy jointy dziennie, przez całą młodość. Alkohol był moim problemem już od dzieciństwa”. Ed opowiedział mi o swoim pierwszym dorosłym związku, który trwał dziesięć lat. Mieszkał ze starszą od siebie kobietą, której dwójkę dzieci pomagał wychować i jednocześnie pił codziennie, żeby zagłuszyć to, jak czuł się nieszczęśliwy. Związek ten zakończył się, kiedy jego partnerka miała romans.

– Podałem się. Powiedziałem, że nie chcę tego znosić. Nigdy nie puszczałem się na boku, nawet kiedy miałem na to chętkę. Z dnia na dzień przestałem pić na półtora roku, zacząłem biegać i robić to, co chciałem. Czułem się wolny, jakby spadł mi z piersi ogromny ciężar. Mogłem robić wszystko, co chciałem i czułem się z tym dobrze.

– Ile teraz pijesz?

– Może cztery piwa dziennie. Codziennie.

– Co to dla ciebie znaczy?

– Jean i ja związaliśmy się i jej problemy stały się moimi, i było coraz trudniej i trudniej, a potem zacząłem znowu pić.

– W pewien sposób nie jesteś szczęśliwy w tym małżeństwie.

– Przypuszczam, że chodzi głównie o kontrolę. Pozwoliłem, żeby to Jean przejęła kontrolę nad naszym małżeństwem, z powodu jej stwardnienia rozsianego i dlatego, że jej poprzednie małżeństwo tak ją zmaltretowało.* Dyktowano jej, mówiono w jakie ubrania ma się

* Jean choruje na stwardnienie rozsiane. Jej historię opowiedziałem w rozdziale 18, „Potęgę negatywnego myślenia”.

ubierać i tego rodzaju rzeczy. To z kolei spowodowało, że ja trochę się skuliłem w tym małżeństwie.

– Zatem masz poczucie, że jesteś kontrolowany. Jak się z tym czujesz?

– Jestem rozżalony.

– I jak sobie z tym radzisz?

– Ukrywam to.

– Nie powiedziałeś żonie, że ci się to nie podoba?

– Nie, nie powiedziałem.

– Co ci to przypomina?

– Moje dzieciństwo? Dokładnie.

Chociaż Ed powiedział mi wcześniej, że został „wspaniale wychowany”, wkrótce okazało się, że czuł się kontrolowany przez swoich rodziców i miał poczucie winy, kiedy nie sprostął ich oczekiwaniom. Wspominał, że dostawał, jak to nazywał, „zasłużone lania”, co w dalszej rozmowie okazało się być biciem pasem, które zaczął dostawać od ojca już w wieku ośmiu lat. „Wierzył, że to był najlepszy sposób załatwiania sprawy”.

– A jak ty sądzisz?

– Cóż, teraz uważam, że to nie była najlepsza rzecz, jaką mógł robić, ale nie ma się zbyt dużego wyboru, kiedy jest się małym dzieckiem. Chciałem być dobry. Kiedy jako dziecko obserwujesz swojego ojca, nie wiesz jaki powinien być, bo chcesz, żeby twój tata był idealny i ty chcesz być idealnym dzieckiem.

Jedną z bardziej zaskakujących cech raka gruczołu krokowego jest fakt, że chociaż testosteron – hormon, któremu ludzie zwykli przypisywać odpowiedzialność za męską agresję – zdaje się promować wzrost tego nowotworu, to jednak choroba ta zwykle rozwija się u starszych mężczyzn. Natomiast wytwarzanie testosteronu w organizmie zmniejsza się z wiekiem. Nie wykazano również, żeby chorzy na raka prostaty mieli większy przeciętny poziom testosteronu. Podobnie jak w przypadku receptorów dla estrogeny w raku piersi, wydaje się, że zmieniona musi być wrażliwość komórek nowotworu na prawidłowe stężenia hormonu.

Podobnie jak wydzielanie hormonów przez nadnercza i jajniki, synteza testosteronu w jądrach również podlega złożonej kontroli za po-

mocą układu sprzężeń zwrotnych z systemem podwzgórzowo-przysadkowym mózgu. Ta sieć, reagująca żywo na stres i uczucia, wysyła do krążenia kaskadę substancji biologicznych. Czynniki emocjonalne mogą bezpośrednio zmieniać w ten lub inny sposób funkcjonowanie męskich hormonów płciowych – podobnie jak żeński hormon, estrogen, wydzielany w jajnikach, czy też adrenalina, kortyzol i inne hormony nadnerczy, podlegają wpływowi wydarzeń psychicznych. Badania przeprowadzone na małej serii pacjentów wykazały również, że chirurgiczne usunięcie przysadki mózgowej przyniosło pozytywne efekty w leczeniu raka gruczołu krokowego.

Testosteron ma złą reputację. Jeśli ktoś chce pochwalić pewność siebie czy asertywność jakiejś kobiety, mówi że „ona ma jaja”. Pewien kanadyjski felietonista napisał na pochwałę Margaret Thatcher, byłej premier Wielkiej Brytanii o nieugiętej woli – lub też bezlitosnej, w zależności od punktu widzenia – że miała „10 razy więcej testosteronu niż mężczyźni”. Jednocześnie za męskie zachowania destrukcyjne czy też agresywne często wini się właśnie testosteron. W rzeczywistości, wysokie stężenie tego hormonu może być bardziej skutkiem niż przyczyną.

Wykazano, że u pewnego gatunku afrykańskiej ryby z rodziny pielęgnicowatych, zwycięstwo lub przegrana zmieniają nie tylko równowagę hormonalną, ale również komórki w mózgu. „Po klęsce komórki podwzgórza ryby zmniejszają się, co w konsekwencji prowadzi do obniżenia stężenia hormonów płciowych i zmniejszenia jąder. „Jeśli manipuluje się sytuacją w ten sposób, aby przegrana ryba mogła stać się dominującą, następuje dramatyczny wzrost komórek podwzgórza, które produkują hormon uwalniający gonadotropinę (GRH), który pobudza przysadkę do wytwarzania hormonów wpływających na jądra. Jądra z kolei powiększają się, a jakość nasienia ryby poprawia się. „Najważniejsze, jak wykazało to badanie... *jest to, że zmiany behawioralne* (to znaczy stan podporządkowania lub dominacji) *prowadzą do zmian fizjologicznych*”.

Jako istoty stojące na wysokim szczeblu ewolucji być może wolelibyśmy myśleć, że nasze funkcje gonadalne nie poddają się tak łatwo wpływom życiowych gór i dołków, jak to jest w przypadku prymitywnej afrykańskiej ryby. W rzeczywistości u ludzi, podobnie jak u tej ryby, poziom hormonów jest raczej następstwem zmian w hierarchii społecznej, niż ich przyczyną. Profesor James Dabbs, psycholog spo-

Ieczny z Uniwersytetu Stanu Georgia z Atlanty, zajmował się interakcjami między testosteronem i zachowaniem. Zgodnie z raportem opublikowanym w „The New York Times”, po podsumowaniu niemal czterdziestu swoich badań doszedł do wniosku, że chociaż testosteron faktycznie podnosi libido, to jednak „nie ma dowodów, by powodował agresję”. Z drugiej strony, istnieją dowody na to, że stan emocjonalny może gwałtownie zmieniać wytwarzanie testosteronu: „Dr Dabbs badał kibiców przed i bezpośrednio po rozgrywkach Pucharu Świata w piłce nożnej w 1994 roku między Włochami i Brazylią. Poziom testosteronu podnosił się u zwycięskich Brazylijczyków i obniżał się u pokonanych Włochów, co dr Dabbs uważa za dowód na potwierdzenie zjawiska «grzania się w odbitym blasku sławy»”. Nic dziwnego zatem, że praca gonad zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn podlega wpływom stanów psychicznych. Stwierdzono, że u mężczyzn cierpiących na depresję wydzielanie testosteronu i innych hormonów związanych z funkcjami seksualnymi jest znacząco obniżone. Nowotwory hormonalne, takie jak rak gruczołu krokowego, mogą być bardzo podatne na oddziaływanie biochemiczne związane ze stresem i stanem uczuciowym.

Rak stercza jest drugim co do częstości występowania nowotworem złośliwym u mężczyzn. Tylko rak płuc występuje częściej. Szacunki mogą się różnić, ale oblicza się, że w Stanach Zjednoczonych w 1996 roku wystąpiło około 317 000 nowych zachorowań i około 41 000 zgonów. W Kanadzie co roku rozpoznaje się około 20 000 nowych przypadków.

Czynniki środowiskowe muszą tu odgrywać znaczącą rolę. Zaobserwowano, że Japończycy, migrujący na Hawaje lub do kontynentalnej części Stanów Zjednoczonych, chorują na ten nowotwór częściej niż ich rodacy, którzy pozostali w kraju: około dwa i pół raza częściej. Jednak badania pośmiertne mężczyzn bez klinicznie widocznej choroby pozwoliły rozpoznać występowanie nieaktywnych komórek nowotworowych z podobną częstością niezależnie od geografii. Pytanie zatem brzmi: dlaczego te nieaktywne komórki w jednym środowisku rozwijają się w objawowy guz nowotworowy, a w innym – nie? Istnieją bardzo przekonujące dane epidemiologiczne wskazujące, że stres ma kluczowy wpływ na to, kto zachoruje i umrze z powodu raka prostaty, a kto nie.

Występowanie tej choroby w rodzinie zwiększa ryzyko raka pro-

staty, jednak w większości przypadków rola tego czynnika nie jest istotna. Nie znaleziono żadnych rakotwórczych czynników środowiskowych, takich jak, powiedzmy, papierosy w przypadku raka płuc. Pewną rolę mogą odgrywać nasycone kwasy tłuszczowe. Jeśli uwzględnimy znaczącą zmienność geograficzną, pewną rolę mogą też odgrywać czynniki genetyczne. Choroba ta najczęściej występuje w krajach skandynawskich, najrzadziej – w Azji. Najbardziej zagrożoną grupą na świecie są Afroamerykanie, wśród których rak gruczołu krokowego występuje dwukrotnie częściej niż w białej populacji USA.

„Afroamerykańscy mężczyźni mają gorsze wskaźniki przeżycia niż biali we wszystkich stadiach zaawansowania raka stercza, jeśli został rozpoznany w młodszym wieku”. Ten wyższy wskaźnik zgonów można by przypisać ograniczonej dostępności do opieki medycznej, jaka ogólnie cechuje amerykański system opieki zdrowotnej w odniesieniu do niższej klasy średniej i klasy pracującej. Jednakże różnice rasowe w przebiegu raka stercza dotyczą wszystkich warstw społecznych. W każdym razie, dotychczas nie wykazano, aby lepszy dostęp do opieki medycznej miał jakiś pozytywny wpływ na przeżycie. Możemy próbować wyjaśnić te różnice w częstości zgonów, powołując się na czynniki genetyczne, tyle tylko, że Amerykanie rasy czarnej chorują na raka gruczołu krokowego sześciokrotnie częściej niż czarni mieszkańcy Nigerii. Natomiast częstość występowania „niemych klinicznie” przypadków raka prostaty jest w tych dwóch grupach podobna.

Jeśli za rozwój choroby odpowiedzialne są takie czynniki środowiskowe jak podaż kalorii w diecie, nie mogą one wyjaśnić różnic w częstości zgonów między białymi i czarnymi Amerykanami. Jak stwierdzono, jedynie około 10% różnic między białymi i czarnymi można powiązać ze spożyciem nasyconych kwasów tłuszczowych. Z drugiej strony, gdyby decydujące znaczenie miały czynniki genetyczne, częstość zachorowań wśród czarnych mieszkańców USA i Nigerii musiałaby być bardziej zbliżona, niż to faktycznie ma miejsce.

Historyczna, społeczna i ekonomiczna pozycja czarnych mieszkańców Stanów Zjednoczonych osłabiła spójność społeczności i rodzin czarnych i spowodowała, że Afroamerykanie podlegają większemu stresowi psychicznemu niż ich biali współobywatele czy też czarni mieszkańcy Afryki. Zachodzi tu podobieństwo częstszego wy-

stępowania podwyższonego ciśnienia krwi u czarnych Amerykanów. Nadciśnienie jest chorobą wyraźnie powiązaną ze stresem. Analogicznie, wielokrotność występowania jednej z chorób autoimmunologicznych, reumatoidalnego zapalenia stawów, u czarnych mieszkańców Południowej Afryki żyjących w warunkach apartheidu zwiększała się, kiedy przenosili się ze swoich rodzinnych wsi do miast, nawet jeśli pod względem czysto materialnym warunki ich życia poprawiały się. Wydaje się, że głównym czynnikiem była tu presja psychiczna związana z przebywaniem w środowisku, gdzie oficjalny rasizm bezpośrednio i otwarcie pozbawiał autonomii i godności ludzi wyrwanych z zapewniających wsparcie tradycyjnych rodzin i społeczności.

W zgodzie z tym, co powiedzieliśmy dotychczas na temat związku między chorobą i emocjonalną izolacją, pozostaje obserwacja, że u mężczyzn, którzy pozostają aktualnie w małżeństwie, rzadziej rozpoznaje się raka gruczołu krokowego niż u mężczyzn rozwiedzionych lub wdowców. W literaturze udało mi się znaleźć tylko jedno badanie odnoszące się do roli czynników psychologicznych w raku gruczołu krokowego, dotyczyło ono grupy mężczyzn, którzy mieli większą potrzebę zależności niż grupa kontrolna – to znaczy, mężczyźni ci byli mniej zdolni do doświadczania samych siebie jako wyodrębnionych, zależnych od samych siebie dorosłych. Badanie to doprowadziło do wniosku, że zależni mężczyźni są bardziej podatni na wiele chorób, między innymi nowotwory prostaty i innych narządów.

Jakie byłyby praktyczne implikacje, gdyby holistyczna perspektywa zyskała wsparcie większą liczbą badań i została włączona do medycznego spojrzenia na raka gruczołu krokowego? Po pierwsze, skończyłoby się promowanie stwarzających niepokój testów i badań, przynajmniej dopóki nie znalazłyby się niezaprzeczone dowody ich przydatności. W czerwcu 1999 roku poczta Stanów Zjednoczonych planowała wydanie znaczka, nawiązującego do „corocznych badań i testów” pod kątem raka prostaty. Fachowe czasopismo „The New England Journal of Medicine” ostrzegało przed tą głupotą, wskazując, że takie przesłanie „jest niezgodne z aktualnymi dowodami naukowymi i poglądami panującymi w społeczności medycznej”. Po drugie, nie narażalibyśmy dziesiątków tysięcy mężczyzn na inwazyjny i potencjalnie szkodliwy zabieg operacyjny czy równie słabo uzasadnione zabiegi terapeutyczne, nie informując ich w pełni o niejasnościach dotyczących leczenia raka gruczołu krokowego.

Podejście holistyczne, które stawia w centrum zainteresowania osobę, a nie testy krwi czy badanie histopatologiczne, bierze pod uwagę indywidualną historię danego człowieka. Zachęca ludzi do starannego przyjrzenia się każdemu stresowi, z jakim się zmagają, zarówno pochodzącemu z otoczenia, jak i generowanemu w ich wnętrzu. W takim scenariuszu rozpoznanie raka gruczołu krokowego byłoby raczej dzwonkiem alarmowym, a nie zagrożeniem. Niezależnie od wszelkich metod leczenia, na które pacjenci mogliby się zdecydować lub z których mogliby zrezygnować, mężczyźni zachęcani do świadomych reakcji, uwzględniających każdy aspekt ich życia, mogliby prawdopodobnie zwiększyć swoje szanse na przeżycie.

Wydaje się, że pewna przemiana zaszła w Rudy’u Giuliani, u którego rozpoznano raka gruczołu krokowego w kwietniu 2000 roku, kiedy toczył pojedynek z Hilary Clinton o miejsce w senacie. Byłego burmistrza Nowego Jorku opisywano jako „robo-burmistrza, odpornego na zmęczenie, strach czy wątpliwość”, który „żył i oddychał etyką pracy”. Całkowicie identyfikował się ze swoją rolą, spał tylko cztery godziny dziennie i pracował przez większość pozostałych dwudziestu. Powiadano o nim, że nie mógł wytrzymać, jeśli nie był w centrum akcji. Musiał mieć udział we wszystkim, musiał sprawować kontrolę, „wyszczekując rozkazy jak generał”. Nie potrafił okazać współczucia cierpiącym jednostkom ani grupom i okazywał skrajną sztywność uczuciową. Po rozpoznaniu choroby zrobił zaskakujące na uwagę publiczne wyznanie. Nawiązując do swojego raka, powiedział:

To pozwala zrozumieć, kim naprawdę jesteś i co jest dla ciebie naprawdę ważne, co powinno być ważne – co stanowi oś twojej prawdziwej egzystencji. Przypuszczam, że ponieważ przez tak długi czas byłem obecny w życiu publicznym i polityce, myślałem, że właśnie polityka jest osią mojego życia... Nie jest.

Z tego wszystkiego wynika jedna dobra rzecz. Wiele dobrych rzeczy z tego wynika. Myślę, że dużo lepiej rozumiałem samego siebie. Myślę, że lepiej rozumiem, co jest dla mnie ważne. Być może ten proces jeszcze się nie skończył. Byłbym głupi, gdybym uważał, że wszystko dokonało się w ciągu kilku miesięcy. Ale uważam, że zdążyłem w tym właśnie kierunku.

W przeciwieństwie do raka gruczołu krokowego, inny nowotwór męskich narządów płciowych związany z układem hormonalnym – nowotwór jąder – jest przykładem sukcesu onkologii klinicznej i chirurgii onkologicznej. Kiedyś ta rzadka choroba znajdowała się na trzeciej pozycji wśród najczęstszych przyczyn zgonów nowotworowych u młodych mężczyzn, teraz jednak nie znajduje się nawet w pierwszej piątce. Przy wczesnym rozpoznaniu wskaźnik wyleczeń sięga obecnie ponad 90%. Jak pokazuje dramatyczna historia czterokrotnego zwycięzcy Tour de France, Lance’a Armstronga, nawet pacjenci z zaawansowaną chorobą z przerzutami mogą mieć nadzieję na pełne wyleczenie dzięki zastosowaniu starannie dobranej kombinacji chirurgii, radioterapii i chemioterapii – i dzięki determinacji.

Kiedy pracowałem w oddziale opieki paliatywnej, pewien onkolog z Instytutu Nowotworowego Kolumbii Brytyjskiej (*British Columbia Cancer Agency*) poprosił mnie, żebym porozmawiał z Francisem, trzydziestosześcioletnim mężczyzną chorym na raka jądra – nie dlatego, że wymagał on leczenia paliatywnego, lecz z wręcz odwrotnej przyczyny. Chociaż zanim rozpoznano chorobę, zdążyła się ona rozprzestrzenić do jamy brzusznej, to jednak przy odpowiednim leczeniu Francis miał nadal ponad 50% szans na pełne wyleczenie. Problem polegał na tym, że odmawiał jakiegokolwiek terapii. Onkolog miał nadzieję, że dzięki moim umiejętnościom nawiązywania kontaktu z pacjentem będę umiał pomóc zmienić jego negatywną postawę.

Francis nie był zainteresowany statystyką medyczną, obiecującą wyleczenie – czy też, co najmniej, wydłużenie życia. Opierał swoją odmowę na podstawach religijnych, argumentując, że skoro Bóg zesłał na niego tę chorobę, bezbożnością z jego strony byłoby stawianie jej czoła. Powiedział, że nie obawia się leczenia – po prostu uważał, że nie jest właściwe nawet się nad nim zastanawiać. Próbowałem podejść do jego uporczywego odrzucenia życia z każdego punktu widzenia, jaki tylko przyszedł mi do głowy. Czy było to jakieś poczucie winy z dzieciństwa, wskutek którego uważał, że zasługuje na karę? Łatwo było spostrzec, że Francis był w swoim życiu osamotniony, nie miał rodziny ani bliskich. Czy był w depresji? Czy była to forma medycznego samobójstwa?

Spytałem, z pozycji osoby niewierzącej, którą jestem, czy przypadkiem nie jest to z jego strony bluźnierstwo twierdzić, że zna wolę Boga. Jeśli Bóg naprawdę zesłał na niego chorobę nowotworową, to czy

nie mogło być jego zamiarem, aby stała się ona dla Francis wyzwaniami, któremu ma stawiać czoła i z którego ma czerpać naukę? Co więcej, jeśli Bóg był źródłem jego choroby, to czy nie był On również ostatecznym źródłem wiedzy medycznej, która czyniła wyleczenie tak prawdopodobnym?

Zadałem wszystkie te pytania, ale przede wszystkim słuchałem Francis’a. Usłyszałem głos bardzo zagubionego i samotnego człowieka, który stanowczo odmawiał ratowania życia. Trwał uparcie przy tym, co uważał za niezłomne zasady religii, pomimo wyraźnego sprzeciwu, jaki wyrazili dla tej idei starsi jego kościoła. Powiedzieli mu, że jego interpretacja ich nauczania jest samowolna i nieuzasadniona. Proponowali mu wsparcie podczas leczenia i rekonwalescencji, wszystko na nic.

Francis jest jednym z trzech czy czterech chorych na raka jądra, jakich kiedykolwiek spotkałem. Chociaż częstość występowania tej choroby zwiększa się, to jednak w Stanach Zjednoczonych notuje się zaledwie około sześciu tysięcy nowych przypadków rocznie, w Kanadzie – mniej więcej dziesięć razy mniej. Nie prowadzono badań historii emocjonalnej czy osobistej mężczyzn zapadających na ten nowotwór, oceniano jedynie jej psychologiczne następstwa. Istnieją znaczące podobieństwa między tą niewielką ilością informacji, jakie zebrałem na temat życia Francis’a, a opublikowaną autobiografią Lance’a Armstronga i doświadczeniami Roya, młodego mężczyzny, którego dobrze poznałem i z którym rozmawiałem, zbierając materiał do tego rozdziału.

Armstrong po raz pierwszy zauważył nieznaczne powiększenie jądra zimą 1996 roku i następnej wiosny zaczął odczuwać mało charakterystyczny brak oddechu. Jego brodawki sutkowe stały się wrażliwe i musiał zrezygnować z udziału w Tour de France w 1997 roku z powodu kaszlu i bólu dolnej części pleców. „Lekkoatleci, a szczególnie kolarze, zawodowo zajmują się zaprzeczaniem emocjom”, pisze Lance Armstrong. Dopiero we wrześniu, kiedy zaczął odkrztuszać krew, a jądro powiększyło się boleśnie, w końcu zgłosił się do lekarza. Do tego czasu nowotwór rozprzestrzenił się do płuc i mózgu.

Jeśli chodzi o nowotwory jąder, to w tej grupie chorobowej nie tylko kolarze zajmują się zaprzeczaniem emocjom. Trzydziestoletni Roy po raz pierwszy zauważył powiększenie lewego jądra w połowie 2000 roku, ale przez kolejne osiem miesięcy opóźnił zgłoszenie się do

swojego lekarza rodzinnego. W tym czasie nikomu o tym nie powiedział. – Trochę się krępowałem, a poza tym obawiałem się złych wieści – wspomina. Jak wynika z pewnego brytyjskiego badania, taka niechęć do szukania pomocy nie jest niczym niezwykłym w tej chorobie: „Opóźnienie rozpoznania jest powszechne, ale częściej wynika z opóźnienia w zgłoszeniu się do lekarza niż z opóźnienia w postawieniu przez niego prawidłowego rozpoznania... Najdłuższy okres opóźnienia między wystąpieniem objawów a usunięciem jądra wynosił trzy lata, natomiast... przeciętnie trwał 3,9 miesiąca”.

Być może młodzi mężczyźni po prostu niechętnie przyznają się, że coś jest z nimi nie w porządku, zwłaszcza z ich narządami płciowymi. Jednak logika wskazywałaby na coś przeciwnego: jeśli chodziłoby o męskość, młodzi mężczyźni powinni być skłonni do szukania pomocy, kiedy tylko zauważą, że coś złego dzieje się z ich jądrami – tak jak robią, na przykład, kiedy zauważą, że ich włosy rzedną wskutek rodzinnej tendencji do łysienia. Z całą pewnością, kiedy przyjrzymy się życiu Roya i autobiografii Lance’a Armstronga, zauważymy głębsze motywy zaprzeczania chorobie.

Znałem Roya i jego rodzinę odkąd miał osiem lat. Byłem ich lekarzem przez dwadzieścia lat, dopóki w 2000 roku nie zrezygnowałem z mojej praktyki. Odkryłem, że Roy jest leczony z powodu nowotworu jądra, kiedy kilka miesięcy temu wpadłem z krótką wizytą do mojego dawnego gabinetu. Przez przypadek było to tego samego popołudnia, kiedy Roy zgłosił się na badanie kontrolne. Czytałem już wcześniej książkę Lance’a Armstronga *It's Not about the Bike: My Journey Back to Life*. Podobieństwo między życiem Roya i Lance’a było zdumiewające. Być może podobieństwo ich reakcji na chorobę było czymś więcej, niż tylko przypadkiem.

Na długo przed wystąpieniem nowotworu Armstrong rozwinął wzorzec zaprzeczenia emocjonalnego. Jeden z bliskich przyjaciół opisywał go jako „coś w rodzaju góry lodowej. Widać wierzchołek, ale dużo więcej kryje się pod powierzchnią”.

Armstrong nigdy nie znał swojego biologicznego ojca, którego pogardliwe nazywa „dawcą DNA”. Jego matka, Linda Mooneyham, córka rozwiedzionych rodziców, miała siedemnaście lat i została porzucana, kiedy urodziła Lance’a, swojego pierwszego syna. Ojciec Lindy, uzależniony od alkoholu weteran wojny w Wietnamie, zerwał z piciem w dniu, kiedy urodził się jego wnuk.

Linda była pełną wigoru i niezależnie myślącą młodą kobietą, jednak w tych okolicznościach znajdowała się w wielkiej potrzebie i trudną ją uznać za osobę dorosłą. Jak napisał Lance, „w pewnym sensie dorastaliśmy razem”. Kiedy Lance miał trzy lata, Linda ponownie wyszła za mąż. Lance opisuje swojego ojczyma, Terry’ego Armstronga, jako „małego człowieka z wielkim wąsem, który udawał, że odnosił większe sukcesy, niż to było w rzeczywistości”. Wyznawał chrześcijaństwo, ale pomimo tego regularnie bił Lance’a: „Jego ulubionym narzędziem utrzymania dyscypliny była rakietka tenisowa. Jeśli późno wróciłem do domu, pojawiała się rakietka. Łup. Jeśli się mądrzyłem, obrywałem rakietką. Łup. To bolało nie tylko fizycznie, ale też emocjonalnie. Dlatego nie lubiłem Terry’ego Armstronga. Uważałem, że to wściekły, naładowany testosteronem głupek i w efekcie moje wczesne przekonanie o zorganizowanej religii było takie, że to coś dla hipokrytów”.

Jako nastolatek Lance miał się dowiedzieć, że jego ojczym miał również romanse pozamałżeńskie. „Mogłem sobie poradzić z rakietką Terry’ego Armstronga. Ale to było coś, z czym nie umiałem dojść do ładu”, pisze Lance, nawiązując do niewierności swojego ojczyma. Małżeństwo rozpadło się.

Roy jest również pierworodnym dzieckiem gwałtownego mężczyzny o przykrym usposobieniu, który bił swoją żonę i syna. „Pamiętam, co kiedyś zrobił tata. Związał mi ręce w nadgarstkach i nogi w kostkach i wyrzucił mnie na podwórko. Nie pamiętam, na jak długo mnie tam zostawił, ale naprawdę dokuczało mi to, że facet, który mieszkał na piętrze, wyglądał przez okno i śmiał się ze mnie. Jak, do cholery, można zrobić coś takiego dziecku? Do tej pory nie daje mi to spokoju”.

– Czy twoja mama była gdzieś w pobliżu?

– Przypuszczam, że mama była w pracy. Roy widział w matce swojego sojusznika. Bardzo wcześnie wziął na siebie obowiązek chronienia jej przed brutalnością męża.

Matka Lance’a Armstronga również nie potrafiła obronić syna przed biciem. Nieuniknione jest, że w takiej sytuacji dziecko czuło się głęboko zranione tą porażką – czuło złość nie tylko w stosunku do maltretującego go ojca, ale również do matki, która nie umiała zapewnić mu bezpieczeństwa. Lance wydaje się nie uświadamiać sobie takich uczuć – i to jest właśnie, moim zdaniem, źródło jego skłonno-

ści do zaprzeczenia i ignorowania bólu. „Jeśli były to zawody w wytrzymałości na ból”, pisze Lance o swojej fascynacji sportami wytrzymałościowymi w wieku kilkunastu lat, „byłem w tym dobry”.

Jak to wynika z wcześniej przytoczonego fragmentu, większą trudność sprawiało mu zniesienie faktu, że jego matka była zdradzana przez męża, niż znoszenie własnego złego traktowania.

Dziecko nieszczęśliwej matki będzie próbowało zatroszczyć się o nią, tłumiąc własny ból, aby nie obciążać jej bardziej. Przyjmuje rolę samowystarczalnego i nie „potrzebującego” – co przypomina, jak sam ukrywałem utykanie po drobnej operacji kolana. Kiedy u dwudziestopięcioletniego Lance’a rozpoznano nowotwór, zupełnie nie potrafił powiedzieć o tym wprost matce. „Nie miałem wystarczająco dużo siły, żeby powiedzieć mojej matce, że jestem chory”, pisze. Przyjął propozycję bliskiego przyjaciela, który zaoferował, że poinformuje ją o tym w jego imieniu.

Linda przyjęła to wyzwanie z wielką siłą, miłością i odwagą, wspierając Lance’a przez cały koszmarny czas, kiedy jego rokowanie pozostawało niepewne, podczas zmagania z podjęciem decyzji o właściwym leczeniu i w trudach związanych z operacją mózgu i chemioterapią. Automatyczna reakcja syna, by ją chronić, nie była osadzona w ich dorosłej rzeczywistości, ale sięgała doświadczeń dzieciństwa, które zaprogramowało taki styl radzenia sobie z życiem.

W wyniku relacji, jakie miał w dzieciństwie ze swoimi rodzicami, Roy w przeszłości zawsze przedkładał szczęście innych ludzi nad własne. – Miałem bardzo kiepskie mniemanie o sobie, dlatego uważałem, że jeśli sprawię, by inni byli szczęśliwi, zaakceptują mnie. Starałem się ich zadowolić, robiąc to, co, jak wiedziałem, chcieli, żebym robił.

– Jak to robiłeś?

– Nie byłem uczciwy wobec samego siebie ani wobec innych. Zawsze robiłem to, co chcieli, albo nie byłem wobec nich szczerzy, kiedy mówili coś, co mnie raniło. Zostawiałem to w spokoju.

Kilka lat temu prowadziłem firmę z dwoma wspólnikami. Jeśli chodzi o mnie, wszyscy byliśmy równi, ale oni stwarzali wrażenie, że firma należy tylko do nich. To oni zarządzili. Moje zdanie nie liczyło się. Takie rzeczy boją, ale ja to tłumilem i nie powiedziałem ani słowa. Nie wiedziałem, jak sobie z tym poradzić.

Uważam, że kluczowa różnica między Lance’em Armstrongiem

i Royem z jednej strony a Francisem z drugiej polega na tym, że dwaj pierwsi dostali w swoim życiu wystarczająco dużo miłości, by mogli trzymać się tej części siebie, która pozwoliła im rozwinąć ducha walki. W przeciwieństwie do Francis’a, obaj otrzymali dużo troski i wsparcia od rodziny i przyjaciół, kiedy rozpoznano u nich chorobę.

Podejrzewam, że wyparcie odgrywa pewną rolę w wystąpieniu nowotworów jąder. Byłoby bardzo cenne, gdyby ktoś przeprowadził badanie tego, w jaki sposób mężczyźni z tą chorobą odbierają swoje życie emocjonalne. Jednym z aspektów zasługujących na uwagę byłby stopień bliskości pacjenta i jego identyfikacji z matką. Istnieje – wierzę, że nie przypadkowe – zdumiewające podobieństwo wyglądu między matką Lance’a i jego żoną, Kik. Na fotografii tych trojga, zamieszczonej w poruszających pamiętnikach Armstronga, trudno jest odróżnić te dwie kobiety.

Jedną z lekcji, jakie Roy samodzielnie wyciągnął z doświadczenia swojej choroby, było to, że odmówił dalszego kierowania się w swoim zachowaniu zadowoleniem innych, bez uwzględnienia kosztów, jakie sam ponosił. – Cokolwiek teraz robię, z pewnością nie ma to na celu zadowolenia kogokolwiek innego – mówi. – Co sprawi, że będę szczęśliwy? Czy to jest to, co chcę robić? Próbowałem w przeszłości żyć inaczej i nie sprawdziło się.

Francis został w końcu przyjęty do oddziału opieki paliatywnej. Nowotwór zajął wątrobę, powodując bolesne powiększenie tego narządu. Chory wkrótce zmarł, szybciej, niż my, lekarze, przypuszczaliśmy.

Czy istnieje „osobowość nowotworowa”?

Jimmy i Linda pobrali się późną jesienią 1990 roku. Ślub odbył się w kaplicy oddziału paliatywnego, w szpitalu w Vancouver, na pięć dni przed tym, jak Jimmy zmarł na nowotwór skóry, który zaatakował jego kręgosłup. Panna młoda była w ósmym miesiącu ciąży. Wszyscy członkowie jego rodziny, za wyjątkiem ojca, zebrali się na tej uroczystości i towarzyszyli mu podczas ostatnich tygodni życia. Miesiąc i jeden dzień po śmierci Jimmiego uczestniczyłem w porodzie ich córki, Estelle, podobnie jak pomagałem przy narodzinach dwójki starszych dzieci Lindy z jej pierwszego małżeństwa.

Jimmy nie przepadał za lekarzami. Chociaż Linda i Jimmy byli ze sobą od pięciu lat, spotkałem go dopiero tego lata, kiedy zgłosił się do gabinetu z powodu uporczywego bólu kręgosłupa. Okazało się, że był to objaw przerzutów do kręgosłupa nowotworu skóry, który kilka lat wcześniej usunięto z jego nogi. Pierwotny nowotwór, czerniak złośliwy, to zagrażający życiu guz rozwijający się z melanocytów, czyli komórek barwnikowych skóry. Ta śmiertelnie niebezpieczna choroba, z tendencją do szybkiego tworzenia przerzutów w innych narządach, często atakuje ludzi w kwiecie wieku.

Nie znałem Jimmy'ego zbyt dobrze, ale już od naszego pierwszego spotkania zrobił na mnie wrażenie nadzwyczaj sympatycznej osoby. Miał trzydzieści jeden lat, był uprzejmy i przyjazny, z jasnobrązowy-

mi włosami o piaskowym zabarwieniu i niebieskimi oczami, z karnacją skropioną piegami i z pełną twarzą Irlandczyka.

Wystawianie ciała przez osoby o jasnej karnacji na działanie promieniowania ultrafioletowego to podstawowa fizyczna przyczyna czerniaka złośliwego. Osoby pochodzenia celtyckiego wydają się być szczególnie narażone na tę chorobę, w szczególności gdy, tak jak Jimmy, mają jasne włosy, piegi i niebieskie bądź szare oczy. Grupy etniczne z ciemną karnacją są mniej podatne na raka skóry – na Hawajach nowotwór skóry występuje czterdzieści pięć razy częściej u osób rasy kaukaskiej niż u pozostałych. Miejscowi dermatolodzy w ramach usług publicznych przeprowadzają w okresie letnim na plażach w Vancouver „patrole słoneczne”, ostrzegając plażowiczów przed niebezpieczeństwem, na które się narażają. Szkoda, że tłumieniu emocji nie jest tak łatwo zapobiec, jak niewystarczającej ochronie przed słońcem. Czerniak skóry był przedmiotem wielu badań, z których w sposób najbardziej przekonujący wynika istnienie silnej zależności między wyparciem uczuć a rozwojem raka.

Stan Jimmy'ego pogorszył się bardzo szybko, a chemioterapia i radioterapia sprawiły, że poczuł się gorzej. – Mam tego dosyć – powiedział w końcu. – To szaleństwo. Umieram i nie muszę przy tym tak wymiotować. Krótco potem nastąpił paraliż nóg i to zmusiło go do skorzystania z opieki paliatywnej. Zmarł kilka tygodni później. Do momentu, kiedy przestałem prowadzić swoją praktykę, Linda i jej dzieci byli moimi pacjentami. Zadzwoiłem do niej ostatnio i wyraziła zgodę na udzielenie wywiadu do tej książki, podobnie jak starsza siostra Jimmy'ego, Donna.

Poprosiłem Lindę, by opisała osobowość swojego zmarłego męża. „Jimmy był opanowany, na luzie i zrelaksowany. Uwielbiał przebywać z ludźmi. Musiałam się dobrze zastanowić, gdy zapytałeś mnie, jakim stresom podlegał w swoim życiu. Nie był typem osoby bardzo zestresowanej. Ale był alkoholikiem. Pił codziennie sporo. To dlatego nie chciałam wyjść za niego przez tyle lat, z powodu alkoholu. Pił piwo codziennie – przynajmniej cztery albo więcej”.

– Czy to go zmieniało?

– Tylko wtedy, gdy wypijał dużo więcej... Wtedy stawał się takim dużym, kochanym misiem, który chciał wszystkim mówić, jak bardzo ich kocha. Kiedy był pijany, chciał wszystkich przytulać. Nawet mężyczyn, jakby byli jego starszymi braćmi. Mówił do jakiegoś faceta, „Jesteś moim kumplem” i zaczynał płakać.

Nie był gwałtowny ani zły czy sfrustrowany. Był smutny. Było w nim dużo smutku i nie wiem, dlaczego.

Jest tylko jedna przyczyna, która przychodzi mi do głowy, jakiś sekret dotyczący jego ojca, którego nie chciał mi zdradzić. Nie potrafił o tym rozmawiać. Nie rozmawiał o swoich emocjach. Tak naprawdę niczym się nie dzielił.

– A jakie miał dzieciństwo?

– Dorastał w Halifax. Zawsze powtarzał, że był szczęśliwym dzieckiem. Jego rodzice byli razem. Oboje byli alkoholikami – ojciec, z tego co zrozumiałam, pił dużo przez długi czas. Myślę, że matka zaczęła, kiedy Jimmy był nastolatkiem.

Jak się dowiedziałem później od starszej o dwa lata siostry Jimmy'ego, Donny, ich ojciec był alkoholikiem przez całe ich dzieciństwo. Rozmawiałem z Donną dwa razy. – Mam dobre wspomnienia z dzieciństwa – tak powiedziała pierwszy raz. – Moje młodsze rodzeństwo ma inne spojrzenie... ale wierzę, że otrzymaliśmy bardzo dobre wychowanie. Mieliliśmy bardzo szczęśliwy dom...

Jimmy był prawdziwym małym chłopczykiem, szczęśliwym dzieckiem. Cały czas spędzaliśmy na zabawie. Wychodziliśmy do ogródka i bawiliśmy się w wojnę wodną – no wiesz, takie małe pistolety na wodę. Pamiętam go jako chłopca z naprawdę szczęśliwą twarzą.

– A jak wspominasz rodziców?

– Mój ojciec był najsympatyczniejszym i najbardziej przyjaznym człowiekiem w okolicy. Był bardzo zabawny. Zawsze z nami żartował, mocował się z nami i łaskotał nas. Miał w zwyczaju naśladować i mówić jak Kaczor Donald. Ludzie zaglądali do nas i mówili, „Zróbcie, żeby tato mówił jak kaczka”.

Był komiczny, ale zawsze trzeba było go słuchać. Żartowaliśmy z nim, ale kiedy mówił, trzęsła się ziemia.... Kiedy był zdenerwowany lub zły, to był koniec żartów. Jeżeli kazał coś zrobić, to się to robiło.

– Dlaczego?

– Bo w przeciwnym wypadku była kara i krzyk.

Donna wyszła za mąż i przeprowadziła się do innego miasta w wieku dziewiętnastu lat. Jimmy mieszkał z rodzicami do czasu dwudziestu dwóch lat. Powiedział, że udaje się na krótką wycieczkę do Vancouver, rzekomo aby odwiedzić przyjaciela, ale zadzwonił do rodziców, by im powiedzieć, że nie wróci. I nie wrócił, za wyjątkiem krótkich odwiedzin.

– Po prostu zadzwonił i powiedział, że nie wróci do domu. Zostawił list w górnej szufladzie, wyjaśniając w nim powody.

– Uciekł.

– Tak. Pamiętam jak mówił rodzicom, dlaczego: „Nie mogłem wam powiedzieć, bo nie chciałem was zranić...”.

– Więc Jimmy czuł, że jego niezależność może zranić rodziców.

– Wszyscy mieliśmy takie uczucie. Dla mojej matki dzieci były całym jej światem. Były dla niej wszystkim. Starła się ze wszystkich sił, ale była do nas bardzo przywiązana – nawet ze szkoda dla mnie, ale przede wszystkim dla Jimmy’ego. Z perspektywy czasu zrozumiałam, że byliśmy za bardzo do siebie przywiązani, to było niezdrowe. Uważam, że w pewnym momencie należy pozwolić dzieciom odejść. Myślę, że pod względem emocjonalnym ona na to nie pozwoliła. Czułam się zobowiązana i wiele razy czuł się też tak Jimmy. Zazwyczaj rodzice starają się zrozumieć i zaakceptować niezależność dziecka w miarę jego dorastania.

– Fizyczna ucieczka Jimmy’ego na zachodnie wybrzeże nie oznacza, że uwolnił się wewnętrznie.

– Oczywiście, że nie. Czuł się okropnie. Czuł się bardzo, bardzo źle. Uczynił to, ale musiał żyć z tymi uczuciami.

Donna twierdzi, że Jimmy nawet u schyłku swojego życia nie mógł znieść, że zadał rodzicom emocjonalny ból. – Na krótko przed Świętem Pracy mój brat zatelefonował do mnie. Opowiedział mi o przebiegu czerniaka i powiedział: „Wiesz, Donna, nie potrafię zadzwonić do rodziców, nie mogę zapanować nad moimi emocjami. Mogłabyś to zrobić za mnie?”. Powiedziałam, że oczywiście, zadzwonię do rodziców. A on odpowiedział, „Tylko upewnij się, że nie zadzwonią do mnie zdenerwowani, płaczący i tak dalej, bo nie zniosę tego”.

Zasugerowałam Donnie, że ten zapamiętany z dzieciństwa uśmiech brata mógł być nieprawdziwy. Może częściowo chciał w ten sposób poradzić sobie ze zdenerwowaniem i złością rodziców. Dzięki temu unikał wpływu ich negatywnych emocji. Tłumił swoje uczucia i przez to łagodził uczucia rodziców.

Donna zadzwoniła do mnie kilka dni później. Nasza rozmowa wywołała u niej wiele wspomnień. Chciała porozmawiać.

– Po naszej rozmowie wróciłam do swoich codziennych obowiązków. Położyłam się spać. Przebudziłam się około czwartej nad ranem. Niesamowite, jak wiele myśli powracało i przewijało się przez moją głowę.

Wspominałaś, że Linda mówiła, że Jimmy był bardzo smutny, może to miało jakiś związek z tatą. Znałam Jimmy’ego naprawdę bardzo dobrze i rzeczywiście był smutny. Mogę wrócić do początku i przypomnieć sobie czasy, kiedy był mały. Jedyny raz, kiedy przypominam sobie ojca zajmującego się moim bratem, to było ich mocowanie się na dywanie w salonie. I mam przed oczyma mnóstwo uśmiechów i radości. Ale oprócz tego, nie uczestniczył w życiu Jimmy’ego. Nigdy nie przychodził na mecze hokejowe. Nigdy się z nim nie bawił.

Niezrozumiałe jest to, że ojciec zawsze powtarzał, że nas kocha, a potrafił tak nas ranić. Mam brata, który jest otyły i ojciec często wyśmiewał się z niego w obecności innych. Mówił mu okropne rzeczy, a także Jimmy’emu.

Nigdy nie złościłam się na ojca – zawsze go osłaniałam, może świadomie, a może nie. Tamtej nocy nagle zdenerwowałam się na niego. Zaczęłam myśleć o Jimmy’u i o wszystkich rzeczach, które go spotkały w okresie jego dorastania i w jego życiu. Nie mogłam przestać myśleć o wszystkich sytuacjach, kiedy mój ojciec podnosił głos. Kiedy próbował coś naprawić i nie miał odpowiednich narzędzi albo śrubokręty upadły na podłogę, albo coś się działo nie tak, jak on by sobie tego życzył, to wpadał w szal, a my byliśmy przerażeni. Po prostu uciekaliśmy. Nagle przypominałam sobie ton jego głosu, kiedy krzyczał, i pomyślałam, że nie tak powinniśmy żyć. Nie powinniśmy byli tego doświadczyć.

Nawet na samym końcu... Mój ojciec zamierzał odwiedzić Jimmy’ego – jechali z Halifax. Właściwie moja siostra z mężem na zmianę prowadzili samochód; a mój ojciec pił przez całą drogę. Przyjechali na kilka tygodni przed tym, jak Jimmy trafił do hospicjum. Ojciec wszedł do mieszkania i siedział, sącząc piwo, i nie chciał nawet wejść do sypialni, żeby zobaczyć syna, zobaczyć Jimmy’ego.

Staraliśmy się ukryć przed Jimmy’em ten fakt. Nie chcieliśmy, aby zdał sobie sprawę z tego, że jego ojciec nie mógł zdobyć się na spotkanie z synem – obawiał się jego widoku. W końcu zebrał się na odwagę, wszedł do pokoju i zapytał: „Jimmy, czy mogę ci coś przynieść? Czy jest coś, czego potrzebujesz?”.

Ojciec wyszedł, otworzył lodówkę i nagle powiedział, „Jak to możliwe, że nie ma już soku jabłkowego? Nie mogę w to uwierzyć!”. Zaczął się wściekać i krzyczeć na nas. Byliśmy oszołomieni. Założył płaszcz i ciężkim krokiem udał się do sklepu, i wrócił z sokiem jabłkowym dla Jimmy’ego.

Potem ojciec wrócił do domu i to było wszystko. Nigdy nie odwiedził Jimmy'ego w szpitalu. Wrócił do Halifax i nigdy go już nie zobaczył. I dziwne jest, no.... wiesz, Linda była w ciąży z Estelle, a oni po-
brali się na pięć dni przed śmiercią Jimmy'ego.

– Tego dnia był prawie w śpiączce?

– Tak, był senny. Musieliśmy bardzo szybko zwiększyć dawkę środków przeciwbólowych.

– Nie mogę zapomnieć jednej rzeczy... Po ślubie był słaby, ale podniósł rękę i powiedział, „Popatrz, *taka jak obrączka taty*”. I rzeczywiście, jego obrączka była identyczna jak obrączka ojca. To dziwne, że on właśnie wypowiedział takie słowa. *Taka jak obrączka taty*.

Sposób, w jaki Jimmy radził sobie z emocjami, został bardzo dokładnie udokumentowany wśród pacjentów z czerniakiem. W badaniu przeprowadzonym w 1984 roku obserwowano reakcje psychiczne na stresujące bodźce u pacjentów w trzech grupach: chorych z czerniakiem, osób z chorobami serca i w kontrolnej grupie osób zdrowych. Każdy badany był podłączony do dermografu, urządzenia mierzącego reakcje elektryczne ciała na skórze, w momencie, kiedy badani patrzyli na serię slajdów, które miały u nich wywołać nieprzyjemne uczucia. Slajdy te zawierały obrażające, niemiłe i przygnębiające zdania, takie jak „Jesteś brzydki” albo „Możesz winić tylko samego siebie”. Podczas rejestrowania reakcji fizjologicznych uczestnicy zostali poproszeni o zanotowanie ich własnej, subiektywnej oceny tego, jak są spokojni lub zaniepokojeni podczas czytania każdego zdania. Badający uzyskali wydruk rzeczywistego poziomu niepokoju, odbieranego przez system nerwowy każdego pacjenta i równocześnie otrzymali raport o subiektywnym i świadomym postrzeganiu stresu emocjonalnego przez badanych.

Reakcje fizjologiczne tych trzech grup były identyczne, ale okazało się, że pacjenci z czerniakiem najczęściej zaprzeczali, że zdania na slajdach wywoływały u nich uczucie lęku czy złości. „Ten eksperyment pokazał, że chorzy na czerniaka złośliwego wykazują reakcje i tendencje, które można określić jako charakterystyczne dla stłumienia. Reakcje te różniły się znacząco od pacjentów z chorobami serca, o których można powiedzieć, że reprezentowali zupełnie odwrotny wzorzec radzenia sobie z sytuacją”.

Grupa pacjentów z czerniakiem najbardziej z tych trzech grup tłumiła swoje uczucia; pacjenci z chorobami serca mieli najmniej zaha-

mowań. (Nie oznacza to jednak, że reakcje pacjentów z chorobami serca są zdrowe. Zdrowy obszar leży między zaprzeczeniem i nadmiernym reagowaniem). Eksperyment ten pokazał, że ludzie mogą doświadczać pewnego stresu emocjonalnego, objawiającego się wymiernymi zmianami fizycznymi występującymi w ich organizmie – jednocześnie wypychając te uczucia do jakiegoś miejsca znajdującego się całkowicie poza świadomością.

W związku z czerniakiem zaproponowano po raz pierwszy pojęcie osobowości „typu C”, jest to kombinacja cech charakteru, które występują częściej u osób chorujących na raka, niż u pozostałych. Osoby typu A są postrzegane jako „gniewne, spięte, szybkie, agresywne, kontrolujące” – i bardziej podatne na choroby serca. Do typu B należą osoby zrównoważone, umiarkowane, które nie tracą kontroli nad swoimi uczuciami. Osobowość typu C można opisać jako „nadzwyczajną gotowość do współpracy, cierpliwość, bierność, brak asertywności i akceptację.... Osoba typu C może przypominać osobę typu B, ponieważ obie wydają się być spokojne i miłe, jednak... podczas gdy osoba typu B z łatwością wyraża gniew, strach, smutek i inne uczucia, osoba typu C, naszym zdaniem, tłumi «negatywne» uczucia, w szczególności złość, usilnie starając się zachować pozór osoby silnej i szczęśliwej”.

Czy jest to możliwe, że choroba zmienia osobowość człowieka, wpływając na jego sposób reakcji, który nie występował przed rozpoczęciem choroby? Historia Jimmy'ego, opowiedziana przez jego żonę i siostrę, pokazuje, że zaprzeczenie, miły sposób bycia i brak agresji towarzyszyły mu przez całe życie, od wczesnego dzieciństwa. Naukowcy zajmujący się reakcjami psychicznymi na stres u pacjentów z czerniakiem zauważyli, że „w momencie diagnozy – czy to w przypadku raka, czy chorób serca – ludzie nie zmieniają szybko swojego postępowania w obliczu stresu, czy też nie zaczynają zachowywać się zupełnie inaczej... Pod wpływem stresu człowiek zazwyczaj mobilizuje środki obrony, którymi już wcześniej dysponował”.

Jaki związek ma stres psychiczny ze złośliwymi zmianami na skórze? Prawdopodobnie czynniki hormonalne są odpowiedzialne za to, że coraz więcej przypadków czerniaka pojawia się w częściach ciała nie wystawianych na słońce. Badacze sugerowali, że hormony mogą nadmiernie stymulować produkcję komórek wytwarzających barwnik.

Cechy osobowości typu C przypisywane osobom z czerniakiem zostały stwierdzone również w badaniach dotyczących wielu innych nowotworów. W 1991 roku naukowcy z Melbourne, w Australii, badali czy osoby o określonych cechach charakteru były bardziej podatne na raka okrężnicy lub odbytu. Porównano grupę ponad 600 chorych z niedawno postawionym rozpoznaniem z odpowiednio dobraną grupą kontrolną. U pacjentów chorych na raka statystycznie częściej występowały następujące cechy: „elementy zaprzeczenia i tłumienia złości i innych negatywnych emocji... wygląd «miłej» lub «dobrej» osoby, tłumienie reakcji, które mogłyby urazić inne osoby i unikanie konfliktu... Ryzyko raka odbytu w związku z tym wzorem było niezależne od wykrytych wcześniej czynników ryzyka: diety, spożycia piwa i obciążeń rodzinnych”. Pacjenci z nowotworami jelita grubego również częściej sami zgłaszali, że mieli nieszczęśliwe dzieciństwo lub dorosłe życie. Zaobserwowaliśmy już podobne cechy u chorych z rakiem piersi, czerniakiem, rakiem gruczołu krokowego, białaczkami, chłoniakami i rakiem płuc.

W 1946 roku naukowcy z Uniwersytetu Johna Hopkinsa rozpoczęli długoterminowe badanie, mające na celu ustalenie czy psychiczno-biologiczne cechy młodych ludzi mogłyby okazać się pomocne przy przewidywaniu stopnia podatności tych osób na przyszłe choroby. W ciągu kolejnych osiemnastu lat poddano testom psychologicznym 1130 białych studentów płci męskiej, przyjętych do uczelni medycznej. Zadawano im pytania dotyczące sposobu ich postępowania emocjonalnego i relacji z rodzicami w dzieciństwie. Badano także dane biologiczne – tętno, puls, waga i poziom cholesterolu – podobnie jak ich przyzwyczajenia, takie jak: palenie, picie kawy i spożycie alkoholu. Na koniec badania niemal wszyscy jego uczestnicy ukończyli studia i większość była lekarzami, a ich wiek wahał się od trzydziestu do ponad sześćdziesięciu lat. W tym momencie sprawdzono stan ich zdrowia; w większości byli zdrowi, ale niektórzy w równych proporcjach zachorowali na serce, nadciśnienie, choroby psychiczne, nowotwory albo popełnili samobójstwo.

Planując ten projekt naukowcy nie przypuszczali, że rak może mieć jakiś związek z wcześniej występującymi czynnikami psychicznymi. Jednakże ich dane wskazały na taką zależność. Między grupą mężczyzn z rozpoznaniem raka i grupą tych, którzy popełnili samobójstwo, można było dostrzec uderzające podobieństwa: „Nasze wy-

niki zgadzają się z wnioskami, że osoby chore na raka zazwyczaj zaprzeczają i tłumią potencjalnie konfliktowe impulsy i emocje w większym stopniu niż inne osoby”.

Badacze wykryli, że zdrowa większość badanych i grupy z poszczególnymi typami dolegliwościami odznaczały się odmiennymi zespołami cech psychologicznych. Najmniejsze nasilenie depresji, niepokoju i złości zarejestrowano pierwotnie u tych studentów medycyny, którzy później zachorowali na raka. Przyznali oni również, że ich stosunki z rodzicami były chłodne. Ze wszystkich trzech grup to właśnie osobom chorym na raka wyrażanie swoich emocji sprawiało najwięcej trudności. Czy to oznacza, że istnieje „osobowość nowotworowa”? Odpowiedzią nie jest ani proste tak, ani nie.

Czerniak jest przykładem na to, jak powierzchowne są pewne uproszczenia zjawisk do pojedynczych przyczyn. Jasna karnacja nie może sama prowadzić do nowotworu, ponieważ nie wszyscy o jasnej karnacji chorują na czerniaka. Podobnie jest w przypadku uszkodzenia skóry przez ultrafiolet, ponieważ tylko niewielu ludzi o jasnej karnacji, którzy cierpieli oparzenia skóry, zapada później na nowotwory skóry. Tłumienie w sobie emocji również nie dotyczy wszystkich przypadków czerniaka skóry, ponieważ nie u wszystkich osób, które tłumią w sobie emocje, rozwinię się czerniak lub inny rodzaj nowotworu. Jednakże kombinacja tych trzech warunków jest potencjalnie śmiertelna.

Podczas gdy nie możemy stwierdzić, że jakikolwiek typ osobowości wywołuje raka, pewne cechy osobowości definitywnie podwyższają ryzyko wystąpienia nowotworu, ponieważ w sposób o wiele bardziej prawdopodobny generują stres fizjologiczny. Tłumienie w sobie emocji, niemożność powiedzenia nie oraz brak świadomości swojego gniewu, zwiększają prawdopodobieństwo, że dana osoba znajdzie się w sytuacji, w której emocje nie będą wyrażone, jej potrzeby zostaną zignorowane, a jej łagodność – wykorzystana. Opisane sytuacje powodują powstawanie stresu, bez względu na to, czy dana osoba jest świadoma czy też nie, że znajduje się pod jego wpływem. Mnożące się i powtarzające przez lata wspomniane sytuacje uszkadzają homeostazę i układ immunologiczny. To właśnie stres, a nie osobowość sama przez się, zaburza równowagę fizjologiczną i immunologiczną naszego organizmu, ułatwiając rozwój choroby lub zmniejszając naszą odporność.

Stres fizjologiczny jest zatem ogniwem między cechami osobowości i chorobą. Pewne cechy – znane inaczej jako sposoby radzenia sobie ze stresem – w olbrzymim stopniu zwiększają ryzyko zachorowania poprzez wzrost prawdopodobieństwa wystąpienia przewlekłego stresu. Wspólną cechą dla nich wszystkich jest zmniejszenie zdolności porozumiewania emocjonalnego. Jeśli jednostkom ludzkim uniemożliwi się nauczenie, jak skutecznie wyrażać swoje uczucia, doświadczenia emocjonalne przekładają się na potencjalnie szkodliwe biologicznie zdarzenia. Umiejętność tę nabywa się – lub też nie – w dzieciństwie.

Sposób dorastania kształtuje relacje ludzi z ich własnym ciałem i psychiką. Kontekst emocjonalny naszego dzieciństwa wchodzi w interakcje z wrodzonym temperamentem, tworząc cechy osobowe. Dużo z tego, co nazywamy osobowością, to nie trwałe cechy, a jedynie mechanizmy radzenia sobie ze stresem, nabyte w okresie dzieciństwa. Istnieje ważna różnica między wrodzonym *charakterem*, zakorzenionym w danej osobie bez względu na otoczenie, a *odpowiedzią na środowisko*, wzorem zachowań powstałych, aby zapewnić przeżycie.

To, co postrzegamy jako nie dające się zmienić cechy, może być niczym więcej, jak nawykowymi technikami obronnymi, nieświadomie przez nas przyswojonymi. Ludzie często identyfikują się z tymi nabytymi wzorcami, wierząc, że są niezbywalną częścią ich samych. Może to nawet dotyczyć pewnych cech wywołujących niechęć danej osoby, jak na przykład wtedy, kiedy opisuje ona samą siebie jako „mania-ka kontroli”. W rzeczywistości, nie istnieje wrodzona ludzka inklinacja do sprawowania kontroli. U podstaw „kontrolującej osobowości” leży głęboki lęk. U niemowlęcia i dziecka, które widzi, że jego potrzeby nie są zaspokajane, może rozwinąć się obsesyjny styl reagowania, niepokój o każdy szczegół. Kiedy taka osoba boi się, że jest niezdolna do kontrolowania zdarzeń, odczuwa ogromny stres. Nieświadomie wierzy, że tylko poprzez kontrolę każdego aspektu swojego życia i środowiska będzie w stanie zagwarantować sobie zaspokojenie swoich potrzeb. W miarę, jak osoba ta dorasta, inni zaczynają mieć do niej pretensje i wreszcie ona sama zaczyna czuć do siebie niechęć za to, co początkowo było rozpaczliwą odpowiedzią na opuszczenie emocjonalne. Pogoń za kontrolą nie jest *cechą wrodzoną*, ale *sposobem radzenia sobie ze stresem*.

Tłumienie w sobie emocji jest także raczej sposobem reagowania niż niezmienną cechą osobowości. Ani jedna z wielu dorosłych osób, z którymi rozmawiałem na potrzeby tej książki, nie mogła odpowiedzieć twierdząco na następujące pytanie: Czy kiedy byłeś/aś dzieckiem i czułeś/aś się smutny/a, zdenerwowany/a lub zły/a, był przy tobie ktokolwiek z kim mogłeś/aś porozmawiać – nawet kiedy on lub ona była tą jedyną osobą, która mogła wywołać twoje negatywne emocje? W ciągu 25 lat mojej praktyki klinicznej, wliczając w to 10 lat leczenia paliatywnego, nigdy nie słyszałem o pacjencie chorym na raka lub jakąkolwiek chorobę przewlekłą, który odpowiedział twierdząco na wspomniane pytanie. Wiele dzieci jest uwarunkowanych w ten sposób i to nie z powodu jakiegokolwiek zamierzonej krzywdy czy znęcania się, ale dlatego, że sami rodzice są zbyt zagrożeni obawą, gniewem czy smutkiem, który wyczuwają w swoich dzieciach – lub są po prostu zbyt zajęci czy zbyt znękani, ażeby sami mogli zwrócić na to uwagę. „Moja matka lub ojciec potrzebowali mnie, aby być szczęśliwym” to prosty przepis, według którego wielu dzieciom – później zestresowanym i przygnębnym lub fizycznie chorym dorosłym – zaaszczepiono na całe życie wzorce tłumienia emocji.

Jill, producentka filmów z Chicago, u której wykryto zaawansowanego raka jajnika, przyznaje, że jest perfekcjonistką. Jej przyjaciółka powiedziała mi, że sama martwiła się rok przed rozpoznaniem choroby Jill, kiedy widziała, jak znajduje się ona pod wpływem dużego stresu. – Czułam, że to, co ona przeżywała w tym czasie, będzie nie tylko psychicznie niszczące – powiedziała jej przyjaciółka.

„Okolo trzy lata temu Jill rozpoczęła współpracę z inną firmą, oferującą usługi video. Firma ta nie wykonała dobrze zleconej pracy. Stało się to dla Jill straszliwym koszmarem, ponieważ mimo wszystko czuła, że musi dokończyć rozpoczęty projekt. Jeśli Jill podejmowała się zrobienia czegoś, to musiało to być zrobione na wysokim poziomie. Poświęcała trzy czy pięć razy więcej czasu i energii od otrzymywanego wynagrodzenia. Wierzę, że to właśnie spowodowało, że organizm Jill powiedział – ja tego nie wytrzymam”.

Mój wywiad z Jill był pouczający ze względu na połączenie rozbijającej uczciwości i psychologicznego zaprzeczenia. Jill opowiedziała wiele wnoszących historii o stresie, jaki występował w jej stosunkach

z rodzicami i małżonkiem, nie przyjmując do wiadomości, że być może przyczyniły się one do powstania jej choroby. Jill jest pięćdziesięcioletnią kobietą, bardzo elokwentną, z tendencją do zagłębiania się w drobne szczegóły każdej sprawy. Wyczuwałam, że to był jej sposób na trzymanie lęku na dystans. Podczas naszej rozmowy Jill czuła się niezręcznie nawet w krótkich momentach ciszy. W czasie naszego pierwszego spotkania Jill, z powodu utraty włosów na skutek chemioterapii, nosiła perukę.

W swoim małżeństwie przyswoiła sobie rolę osoby matkującej. Kiedy jej mąż, Chris, chorował na ostrą, bardzo upośledzającą sprawność chorobę, Jill opiekowała się nim z macierzyńską troską i oddaniem, wzywając lekarzy, pielęgnując go nocami, zapewniając mu dobrą opiekę, kiedy ona była w pracy. Przez cały ten czas przygotowywała prezentację, którą miała przedstawić na krajowej konferencji i prowadziła grupę na studiach wieczorowych dla początkujących producentów filmowych. Prowadziła taką grupę jeszcze wieczorem przed wylotem na konferencję, pakując się o drugiej w nocy i łapiąc lot wcześniej rano.

Krótko po okresie opieki nad mężem odczuła pierwsze objawy raka jajnika. Kontrast w opiece ze strony męża i żony był dramatyczny. Chris przez szereg miesięcy nie interesował się jej stanem zdrowia, pozornie nieświadomy jej bólu i utraty wagi, pomimo faktu, że Jill „żyła na tabletkach przeciwbólowych”. – Obce osoby pytały się mnie w windzie, czy czuję się dobrze – mówi Jill. Tak jak się to często zdarza w przypadku raka jajnika, postawienie właściwego rozpoznania zajęło lekarzom kilka miesięcy.

Pierwszą rzeczą, jaką Jill powiedziała, kiedy poinformowano ją, że ma raka jajnika było: „Mój biedny mąż i moja biedna matka. Jestem ich podporą. Bardzo ich żałuję, ponieważ tracą to wsparcie”.

Onkolog wytłumaczył im obojgu, że szansa na przeżycie pięciu lat jest znikoma, biorąc pod uwagę rozpoznane stadium zaawansowania raka jajnika Jill. Chris zaprzeczał. „Wydawało się, że on tego nie słyszał”, mówi Jill. „Czułam potrzebę porozmawiania o tym, co właśnie usłyszałam, ale w samochodzie podczas drogi powrotnej do domu Chris cały czas mówił, jak będziemy walczyć i pokonamy chorobę. Naprawdę nie pamiętał, co specjalista powiedział o moim rokowaniu, nawet później. Puścił to kompletnie mimo uszu”.

Przed operacją Jill musiała pogodzić się z decyzją swojej matki, by

z nią pozostać. Nie zamierzała przyjechać. Zwykła być w centrum uwagi i nie lubiła latać. Ale każdy mówił jej: „Twoja córka idzie do szpitala, a ty nie zamierzasz być przy niej?”. I w odpowiedzi na to ona musiała pokazać, że jest matką i rzeczywiście przyjechać.

– Chodzi o to, jak to postrzegałaś, co czułaś w związku z jej przyjazdem?

– Na początku byłam szczęśliwa, że nie przyjedzie. Nie chciałam jej przy sobie. Wiedziałam, że mnie wykorzystuje, ażeby pokazać, jaką jest dobrą matką, ale to zawsze ja się nią opiekowałam, odkąd umarł mój ojciec – on mnie o to prosił.

– Domyślam się, że opiekowałaś się swoją matką od chwili, kiedy się urodziłaś.

– To prawda, odkąd się urodziłam. Mój tata zwykł mówić, pozwól jej żyć. Był bardzo opiekuńczy, często doprowadzany do rozpacz przez moją matkę, ale on ją naprawdę kochał w dziwny sposób. Rozumiał dobrze jej ograniczenia i kosztem siebie przystosował się do niej.

Pewnego razu ojciec odebrał mnie z lotniska, kiedy wróciłam z ważnego wyjazdu służbowego z południowo-wschodniej Azji. Byłam wykończona. Moja matka była nauczycielką, a tata chciał podrzucić mnie do jej szkoły. „Żebyś mogła przywitać się ze swoją mamą – ona czeka na tam ciebie ze swoimi uczniami”, powiedział. Odpowiedziałam, „Nie, tato, nie chcę tam jechać. Jestem bardzo zmęczona. Miałam bardzo wyczerpującą podróż. Chcę po prostu pojechać do domu i być sama”. „Zrób to dla swojej mamy. Ona naprawdę na to czeka”. Zawiózł mnie tam i mama faktycznie czekała na mnie ze swoimi uczniami, tata zmusił mnie do założenia kapelusza ze słomy ryżowej, który kupiłam i musiałam ich zabawiać. Matka całe życie miała na tym punkcie bzika – i ojciec wiedział, że chciała być w ten sposób uhonorowana. Mogła pokazać dzieciom swoją córkę, która była daleko, a teraz wróciła tutaj, aby ją zobaczyć. Grałam tę rolę, aby uszczęśliwić mojego tatę, i tak się działo przez cały czas.

– Czy nie zachęcałabyś swoich dzieci, aby wyrażały własne stanowisko, zamiast dać się tak wciągać w opiekę nad kimś? Jill, jesteś poważnie chora, niedługo masz mieć ważną operację i twoja matka nie tylko przyjeżdża, ale także zostaje z tobą przez cały miesiąc.

– I jest bardzo wymagająca. Przez cały miesiąc gotowałam dla niej. Wiesz, to prawda, jestem bardzo obowiązkowa, jestem naprawdę

dę bardzo obowiązkowa. Opiekuję się nią. Przeszłam przez to wszystko i rozmawiałam o tym z moimi przyjaciółmi, wielu z nich mówiło mi, żebym nie pozwoliła jej przyjechać.

To przeszło mi przez myśl wiele razy, jeśli jedno z moich dzieci miałoby operację i nie chciałoby, ażebym przyjechała, to zaakceptowałabym to. Jednakże, mam nadzieję, że czułyby się dobrze, gdybym tam była. Jeśli chodzi o moją matkę, jeśli miałabym się czuć winna i nieszczęśliwa, ponieważ nie zapewniłam jej tego, na czym jej zależało, to byłby to dla mnie jeszcze większy stres.

Jill z okresu dzieciństwa nie pamięta, żeby była dzieckiem uległym, lecz raczej buntowniczym. „Nie byłam tak dobrym dzieckiem jako nastolatka. Ojciec mówił, że nie życzy mi, żebym miała takie dziecko jak ja. Byłam niesforna. Jako nastolatka byłam uważana za bardzo trudną. Na uniwersytecie szło mi całkiem dobrze, ale nie lubiłam szkoły. Potem wyszłam za męża. Wyszło to na dobre dla moich rodziców”.

Matka Jill umarła w roku poprzedzającym naszą rozmowę. Jej córka czuła potrzebę opieki nad nią nawet w chwili śmierci. Nekrolog, który napisała, wychwalał jej matkę za przebycie długiej drogi, ażeby być z nią i opiekować się nią po operacji z powodu raka jajnika.

Rozdział 10

Rozwiązanie dla 55 procent

Czternaście lat temu, kiedy miała trzydzieści dziewięć lat, Martha wyjechała z Phoenix w Arizonie do Kliniki Mayo w Rochester, w Minnesocie, w celu uzyskania drugiej opinii na temat swojej choroby. Gastrolog zalecił jej usunięcie całego jelita grubego jako jedyny sposób leczenia choroby Crohna. – Gdyby mi powiedziano, że operacja jest konieczna, to byłam gotowa się jej poddać – mówi Martha – ale nie kwapiłam się do leczenia chirurgicznego.

Od ponad piętnastu lat Martha cierpiała na okresowe krwawienie z przewodu pokarmowego, anemię, osłabienie, gorączkę i bóle brzucha. Objawy te pojawiły się po raz pierwszy krótko po urodzeniu trzeciego dziecka. – Był to bardzo gorący okres mojego życia, pełen problemów. Mój mąż, Jerry, był wtedy na ostatnim roku stomatologii w Montanie. Miałam wtedy dwadzieścia trzy lata i trójkę dzieciaków. Dzieci były w wieku czterech i dwóch lat, a najmłodsze miało zaledwie pięć miesięcy. Rodzina nie miała żadnych dochodów, więc Martha pracowała jako opiekunka do dzieci i podejmowała każdą pracę, jaką tylko mogła dostać. Po ukończeniu studiów przez Jerry'ego rodzina przeniosła się do Phoenix, gdzie Jerry otworzył praktykę stomatologiczną.

– Po prostu nie czułam się dobrze. Trzecie dziecko, ogromne zmęczenie i wyczerpanie emocjonalne. Czułam się zupełnie samotna w Phoenix. Przede wszystkim, nigdy nie chciałam tam jechać. Chcia-

łam mieszkać w Montanie. Prawda jest taka, że pewnej nocy mój mąż miał romans – to już było za wiele jak dla mnie. Wtedy zaczęłam mieć bóle brzucha.

Kilka miesięcy później małżeństwo wróciło do Montany na ceremonię rozdania dyplomów na uczelni Jerry'ego. – Wtedy miałam już krwawienia z jelita grubego. Natychmiast zostałam przyjęta do szpitala dzięki mojej teściowej, która pracowała w klinice i zauważyła, że nie czuję się dobrze. To wtedy rozpoznano u mnie chorobę Crohna.

Choroba Crohna jest jedną z dwóch postaci zapalenia jelit. Drugą postacią jest wrzodziejące zapalenie jelita grubego. Oba schorzenia charakteryzują się zapaleniem jelita grubego, ale w różnej formie. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego występuje częściej, a proces zapalny rozpoczyna się w odbytnicy i rozprzestrzenia się wstępująco. Może objąć całe jelito. Proces zapalny jest ciągły, ale ogranicza się do błony śluzowej, czyli powierzchniowej warstwy wyściełającej jelita.

W przypadku choroby Crohna proces zapalny dotyczy całej ściany jelita. Najczęściej zaatakowane jest jelito kręte, będące trzecią i ostatnią częścią jelita cienkiego, oraz okrężnica, aczkolwiek choroba Crohna może dotyczyć każdej części przewodu pokarmowego, od przełyku do jelita grubego. W odróżnieniu od wrzodziejącego zapalenia jelit, choroba Crohna nie atakuje przewodu pokarmowego w sposób ciągły – fragmenty tkanki zdrowej naprzemiennie sąsiadują z tkanką chorą. Zapaleniu jelita może towarzyszyć zapalenie stawów, oczu i skóry.

Objawy zapalenia jelit zależą od lokalizacji. Biegunka i bóle brzucha występują często w przypadku obu chorób. Pacjenci mogą oddawać stolec kilka razy dziennie, mogą też mieć problemy z trzymaniem stolca. W przypadku zajęcia okrężnicy pacjenci mogą mieć krwiste stolce, a nawet czasem, tak jak w przypadku Marthy, prawdziwe krwawienie. Gorączka i utrata wagi występują szczególnie często w chorobie Crohna. Mogą wystąpić także inne powikłania, takie jak powstanie przetoki (połączenie jelita z innymi organami, np. skórą czy pochwą) wskutek zapalenia.

Zapalenie jelit zwykle dotyczy ludzi młodych, chociaż może pojawić się w każdym wieku. Najczęściej zaczyna się między piętnastym a trzydziestym piątym rokiem życia.

Objawy Marthy szybko się uspokoiły po zastosowaniu sterydów. Wkrótce po wypisaniu jej ze szpitala krwawienie wróciło i musiała zo-

stać ponownie przyjęta na oddział. – Przetoczono mi krew i kiedy miałam zostać wypisana, ponownie zaczęłam krwawić. Doznałam wstrząsu i przebywałam na oddziale intensywnej terapii. Po wyjściu ze szpitala próbowałam wrócić do normalnego życia.

Zdałam sobie sprawę, że prawdopodobnie nie chcę wrócić do małżeńskiego życia i domu. Nie mogłam zrozumieć, z jakiego innego powodu zawsze, kiedy miałam wyjść do domu, zaczynałam na nowo krwawić. Dlaczego po prostu nie zostawiłam mojego męża? Myślę, że musiałam być bardzo młoda. Prawdą jest, że kiedy wróciłam do domu, mąż zakończył kolejny romans. Powiedziałam: „Odchodzę. To wszystko”. Powinnam była wtedy odejść, ale zostałam.

Przez następne trzy lub cztery lata byłam jak chory szczeniak. Byłam bardzo zmęczona. Moje starsze dziecko, które miało wtedy pięć lat, musiało mi pomagać przy pozostałej dwójce, ponieważ przez większość czasu po prostu chciałam spać.

– Co Twój mąż robił przez cały ten czas? Jak wyglądały wasze wzajemne stosunki?

– Zawsze mnie tłamsił. Jest człowiekiem skłonny do gniewu, więc czułam się zastraszona. Byłam zastraszona fizycznie. On nigdy mnie nie uderzył, ale wydierał się na mnie i groził mi i był w stosunku do mnie bardzo agresywny. Również dużo pił. Pewnego razu naprawdę upokorzył mnie w obecności dzieci, co wcale nie było dobre. Stał przede mną i krzyczał na mnie.

Cierpiałam, nie mówiąc o tym nikomu – on jest niewiarygodnym manipulatorem. Zawsze wszystko obracało się przeciw mnie. Zawsze czułam się niepewnie. Czasami nie mogłam uwierzyć, jak potrafił przekreślić wszystko, nagle to ja byłam winna.

– Czy ktokolwiek sugerował ci, że może istnieć jakikolwiek związek między stresem i twoją chorobą?

– Nie. Nikt z personelu medycznego nigdy nie sugerował mi tego. Ale w Klinice Mayo mieli interesującą ankietę. Zapytano się mnie: „Czy cokolwiek ważnego zdarzyło się lub dzieje się w ostatnim roku?”. Pamiętam, kiedy to czytałam i myślałam, o Boże, właściwie po raz pierwszy ktoś zainteresował się, co dzieje się w moim życiu. To było dla mnie ważne.

Medycyna uważa zapalenie jelit za chorobę „idiopatyczną”, o nieznanym przyczynie. Dziedziczność odgrywa pewną rolę, ale nie najważniejszą. Około 10–15% pacjentów posiada rodzinną historię zapa-

lenia jelit. Ryzyko jest szacowane na 2–10%, jeżeli schorzenie to zostało wykryte u krewnego pierwszego stopnia. Pacjenci często intuicyjnie wyczuwają związek między zapaleniem jelit i stresem, tak jak Martha czuła ten związek z występowaniem u siebie krwawienia. Faktycznie, badania pokazują, że „większość ludzi z zapaleniem jelit uważa stres za główną przyczynę swojej choroby”.

Dla Marthy bezpośrednim czynnikiem stresogennym w roku poprzedzającym jej wizytę w Klinice Mayo było odejście jej dwóch nastoletnich córek, które obie opuściły dom, żeby rozpocząć studia na uniwersytetach w Kalifornii. Stanowiły one dla niej podporę psychiczną. Mąż znęcał się nad nią psychicznie i do tego czasu zamienił picie na hazard. Po wyprowadzeniu się córek operacja stała się nieunikniona. Później, podczas psychoterapii, Martha zdała sobie sprawę, jak bardzo była niedojrzała emocjonalnie i zależna.

Pięćdziesięciodwuletni Tim, chory na wrzodziejące zapalenie jelita grubego, przyznaje się do swojej obsesyjnej potrzeby podobania się. „Spędzałem wiele czasu, próbując zaspokoić oczekiwania innych i za imponować im, zamiast wejrzeć w głąb siebie”. Tim ma dwóch starszych braci. Żaden nie zrobił wielkiej kariery. Jeden z nich ożenił się dopiero niedawno, po pięćdziesiątce. Matka była nastawiona krytycznie w stosunku do jego braci, zaś Tim starał się uniknąć takiej krytycznej oceny.

„Czuje, że jestem idealnym synem, ożeniłem się, mam dom z drewnianym płotem i trójkę dzieci. Być może w jakiś sposób próbowałem zadowolić moją matkę, nie zdając sobie z tego sprawy”. Badanie chorych na wrzodziejące zapalenie jelita grubego, przeprowadzone w 1955 roku, wykazało, że „matki pacjentów cierpiących na tę chorobę kontrolowały życie swoich dzieci i miały skłonność do odgrywania roli męczennic”. Nikt świadomie nie podejmuje decyzji, że poświęci się dla swoich dzieci czy będzie je kontrolować. W mniej osądzający sposób można powiedzieć, że dziecko postrzega siebie jako odpowiedzialne za emocjonalne cierpienia swojej matki.

Tim jest bardzo drobiazgowy. – On jest zbyt zorganizowany – mówi jego żona, Nancy. – Zawsze doprowadza mnie do szału, pytając, „Kiedy jest ostateczny termin na zrobienie tego? Nie zapomnij tego zrobić”. Na podstawie badania z 1955 roku, które objęło ponad siedemset

osób chorych na wrzodziejące zapalenie jelita grubego, wyciągnięto wnioski, że wysoki odsetek tych pacjentów „miał obsesyjno-kompulsywne cechy charakteru, takie jak: schludność, punktualność i sumienność. Wraz z tymi cechami charakteru występowało wystrzeganie się uczuciowości (wyrażania emocji), przeintelektualizowanie, sztywne poglądy w stosunku do moralności i reguł zachowania się... Podobne cechy osobowości wymieniono również do opisu pacjentów z chorobą Crohna”.

Tim mówi, że jest bardzo krytyczny w stosunku do innych i siebie samego – jeszcze jedna cecha, z powodu której koniec końców ocenia samego siebie. – Jestem perfekcjonistą, więc nie sądzę, żebym posiadał naturalną ludzką zdolność współczucia. Jestem oziębły. Przez piętnaście lat nigdy nie opuściłem pracy, nawet wtedy, kiedy z powodu krwawienia biegłem do toalety dwanaście czy piętnaście razy w ciągu dnia. Jeden z pracowników wziął wczoraj dzień wolny – poprzedniej nocy zdechł jego pies. Powiedziałem coś w rodzaju „Co ty mówisz – nie ma go w pracy, bo zdechł mu pies? To był tylko pies. Dlaczego nie mógł przyjść do pracy?”. Niektórzy pracownicy pytali, „Czy miałeś kiedykolwiek psa? Jesteś bez serca, czy co?”. Po prostu nie mogłem znaleźć wspólnego języka.

Doktor Douglas Drossman jest międzynarodowej sławy gastroenterologiem i profesorem nauk medycznych i psychiatrii na Uniwersytecie Północnej Karoliny w Chapel Hill. Jest również zastępcą redaktora naczelnego „Gastroenterology”, oficjalnego czasopisma Amerykańskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego. Doktor Drossman jest jednym z głównych zwolenników idei postrzegania chorób jelit jako wyrazu nie tylko zaburzeń fizjologicznych, ale również stresującego życia. W 1998 roku napisał ważny artykuł na ten temat. „Na podstawie badań klinicznych, oceny dostępnej literatury naukowej i doświadczeń klinicznych, wierzę, że istnieje przynajmniej pośredni dowód, że czynniki psychospołeczne mają wpływ na podatność na tego typu choroby i ich przebieg. Najbardziej prawdopodobnym mechanizmem wystąpienia tego zjawiska byłby szlak psychoimmunologiczny”.

Proces zapalny jelit powstaje w wyniku zaburzeń aktywności immunologicznej w jelitach. Poza funkcjami wchłaniania i trawienia, jelita są również jedną z najważniejszych barier w ludzkim organizmie,

chroniących nas przed inwazją. Cokolwiek znajduje się w naszych jelitach, po prostu przechodzi przez nie, wciąż należąc do świata zewnętrznego. Dopiero po przeniknięciu nabłonka wyściełającego jelito, substancje i drobnoustroje naprawdę dostają się do naszego organizmu. Ponieważ funkcja ochronna jelita ma krytyczne znaczenie dla naszego zdrowia, są one obficie zaopatrzone przez miejscowy układ odpornościowy, współpracujący z systemem odpornościowym całego organizmu.

Zapalenie jest genialnym procesem, wywoływanym przez nasz organizm w celu oddzielenia i zniszczenia wrogich mikroorganizmów lub toksycznych cząsteczek. To wywołuje obrzęk tkanek i napływ komórek odpornościowych i przeciwciał. Aby ułatwić działania obronne, wyściółka, czyli błona śluzowa jelit, znajduje się „w stanie nieustannie kontrolowanego lub inicjowanego zapalenia”. Jest to normalny stan u zdrowych ludzi.

Potężne siły destrukcyjne naszego układu immunologicznego muszą być ściśle regulowane i utrzymywane w takiej równowadze, aby były zdolne do dalszego wypełniania ich policyjnych obowiązków, bez uszkodzenia delikatnych tkanek ciała, których mają bronić. Niektóre substancje przyczyniają się do wywołania zapalenia; inne je hamują. Jeśli równowaga ta zostanie zaburzona, może pojawić się choroba. Obniżona zdolność jelit do odpowiedzi zapalnej ułatwiłaby wystąpienie zagrażających życiu infekcji. Z drugiej jednak strony niemożność ograniczenia zapalenia zwiększa ryzyko samouszkodzenia jelit. Główna nieprawidłowość podczas zapalenia jelit byłaby zatem brakiem równowagi tego, co w jednym z fachowych artykułów nazwano „prozapalnymi i przeciwzapalnymi” cząsteczkami w wyściółce jelit. Emocje, działające poprzez drogi nerwowe i immunologiczne supersystemu PNI, mogą przechylać równowagę na korzyść zapalenia. Tak jak wskazali kanadyjscy uczeni: „wiele, jeśli nie wszystkie, aspekty fizjologii jelit mogą być regulowane przez czynniki neuroimmunologiczne”.

System nerwowy znajduje się pod dużym wpływem emocji. Sam, z kolei, bierze udział w regulowaniu odpowiedzi immunologicznej i procesów zapalnych. Neuropeptydy, cząsteczki białkowe wydzielane przez komórki nerwowe, przyczyniają się do powstawania procesu zapalnego lub jego zahamowania. Cząsteczki takie znajdują się w dużych stężeniach w jelitach, w miejscach najbardziej podatnych na choroby zapalne. Mają one wpływ zarówno na regulowanie miejscowego

wego stanu zapalnego, jak i na stresową reakcję organizmu. Na przykład, neuropeptyd nazywany *substancją P* jest potężnym stymulatorem stanów zapalnych, ponieważ pobudza pewne komórki naszego układu immunologicznego do uwolnienia chemicznych mediatorów zapalenia, między innymi histaminy i prostaglandyn. W jelitach komórki układu immunologicznego są ściśle powiązane z komórkami nerwowymi. Długotrwałe, stresogenne wzorce emocjonalne mogą wywoływać choroby zapalne jelit poprzez powiązania supersystemu PNI i aktywację cząstek prozapalnych.

Jelita, czy też przewód pokarmowy, to coś więcej niż tylko narząd służący do trawienia. Jest to aparat czuciowy, posiadający swój własny układ nerwowy, powiązany ściśle z ośrodkami emocji zlokalizowanymi w mózgu. Każdy z nas intuicyjnie rozumie znaczenie wyrażenia „ściśnięcie w dołku” jako opis emocjonalnie denerwujących wydarzeń. Wielu z nas przypomina sobie zapewne bóle brzucha, które – będąc dziećmi – odczuwali przy zdenerwowaniu. Odczucia ze strony jelit, przyjemne lub nieprzyjemne, są częścią normalnej reakcji organizmu na otaczający nas świat – pomagają nam zrozumieć, co się dzieje wokół nas i informują, czy jesteśmy bezpieczni, czy też coś nam zagraża. Nudności i bóle lub ciepłe, przyjemne uczucie w brzuchu to wrażenia, które pozwalają nam zorientować się w znaczeniu różnych wydarzeń.

Jelita wydzielają własne neuroprzekaźniki i znajdują się pod kontrolą głównego układu hormonalnego organizmu. Przewód pokarmowy stanowi również ważną część bariery ludzkiego ustroju, chroniącej przed trującymi substancjami oraz odgrywa istotną rolę w odpowiedzi immunologicznej organizmu. Jego funkcjonowanie jest nierozzerwalnie związane z procesami psychicznymi, które w każdym momencie oceniają bodźce płynące z otaczającego nas środowiska i reagują na nie. Zdolność jelit do utrzymywania ich integralności znajduje się pod bardzo silnym wpływem czynników psychicznych, ich odporność na stany zapalne czy nawet zmiany nowotworowe jest także uzależniona od stresu emocjonalnego. U długouszek – pewnego gatunku małp z Nowego Świata, rozwija się wrzodziejące zapalenie jelita grubego lub rak jelita, jeśli zostaną złapane i zamknięte w klatce. Włoskie badanie z 1999 roku pokazało, że w przypadku wrzodziejącego zapalenia jelita „długo działający stres zwiększa ryzyko zaostrzenia choroby przez okres od miesięcy do lat”.

Dr Noel Hershfield, gastroenterolog z Calgary, którego list do redaktora naczelnego, nadesłany w tak odpowiednim momencie, kilka lat wcześniej rozbudził moje zainteresowanie psychoneuroimmunologią, w 1997 roku opublikował artykuł w „Canadian Journal of Gastroenterology”. Wskazał on na fakt, że w badaniach klinicznych leków na choroby zapalne jelit obserwowano odpowiedzi na placebo u około 60% badanych, zaś w innych testach, porównujących narkotyki z placebo w łagodzeniu bólu, efekt placebo wystąpił u 55% pacjentów. Podobnie w badaniach leków przeciwdepresyjnych pojawiła się wartość 55%. Zostało to nazwane „regułą 55 procent”.

Większość ludzi uważa efekt placebo za prosty efekt wyobraźni, przykład kontroli „rozumu nad materią”. Chociaż wywołany przez myśli lub emocje, efekt placebo jest całkowicie fizjologiczny. Jest to aktywacja w naszym organizmie procesów neurologicznych i chemicznych, które służą zmniejszeniu objawów lub przyczyniają się do wyleczenia.

Dr Hershfield sugeruje, że przydatne może być zbadanie, czym właściwie różnią się ludzie, których stan uległ poprawie po placebo. „Jacy to są ludzie? W jakim środowisku żyją? Czy istnieje w ich przeszłości coś, co powoduje, że reagują na placebo? Jaki rodzaj życia prowadzą? Czy są zadowoleni ze swojej egzystencji, wychowania, małżeństwa i relacji społecznych?”. Są to pytania, które niewielu lekarzy kiedykolwiek zadaje swoim pacjentom, zarówno tym, którzy wyzdrowieli, jak i tym, u których leczenie idzie kiepsko. Kiedy stawia się takie pytania, odpowiedzi nieodmiennie ukazują coś ważnego. Dr Hershfield w swoim artykule wysuwa rozsądną sugestię, chociaż może się ona dzisiejszej medycynie wydawać nieco radykalna: „Być może powinniśmy zacząć edukować naszych kolegów na temat psychospołecznych aspektów chorób, psychodynamiki zdrowienia i biochemii wyleczenia i uczyć ich, że nie można wszystkich chorób ludzkości rozwiązać przez jeszcze jeden zabieg endoskopii, kolejną biopsję i następny wysokospecjalistyczny zabieg, który tylko potwierdza, ale nie leczy”.

Mój przyjaciel Tibor doświadczył epizodu wrzodziejącego zapalenia jelita grubego – pierwszego i jedyne go znaczącego epizodu – w okresie, kiedy doświadczał „niesamowitego uczucia beznadziejności, strachu i obaw”. Kiedy miał około dwudziestu lat, krótko po śmierci ojca, nieoczekiwanie stanął przed koniecznością wzięcia na

siebie odpowiedzialności za utrzymanie matki i opiekę nad młodszą siostrą. Jego matka, będąca słabego zdrowia, została zwolniona z pracy, mając znikome szanse na znalezienie innej posady. „Nie wiedziałem, jak mógłbym kiedykolwiek mieć własne życie”, przypomina sobie Tibor. Szybko trafił do szpitala z wysoką gorączką i krwawieniem z jelita okrężnicy.

„Podano mi sterydy. Przebywałem w szpitalu trzy tygodnie, ale kiedy tylko rozpoczęto leczenie poczułem się lepiej i zacząłem podrywać pielęgniarki. Działo się to zanim szpitale zaczęły obcinać koszty, kiedy pielęgniarki miały jeszcze czas dla pacjentów. Lekarze przedstawili mi wszystkie możliwe okropne rzeczy, które mogły mnie spotkać w dłuższym okresie – choroby, rak i cała reszta. Powiedziałem: „Cóż, nie mam zamiaru pozwolić, by mnie to spotkało”. Poczytałem na ten temat i przekonałem się, że istnieją sugestie, że wrzodziejące zapalenie jelit ma podłoże psychologiczne i jest uzależnione od stresu. Dostałem książkę na temat technik relaksacyjnych. Kładłem się i postępowalem według instrukcji – wiesz, po prostu rozluźnij palce u stóp, następnie rozluźnij nogi i całe swoje ciało.

Nie przyjmowałem leków długo, tylko w czasie mojego pobytu w szpitalu. Powiedziano mi, że mam stosować odpowiednią dietę. Pomyślałem, że nie mam zamiaru przeżyć swojego życia w taki sposób. Cokolwiek to było warte, zdecydowałem się przejąć kontrolę nad sytuacją. Postanowiłem również, że nie pozwolę, aby oddziaływał na mnie zewnętrzny stres i świadomie zrobiłem to, co mogłem, aby zminimalizować stres w moim życiu. Od trzydziestu lat miałem szczęście i zdarzały mi się tylko niewielkie epizody biegunki lub krwawienia. Żaden z nich nie wymagał leków ani opieki medycznej”.

Nie chcę przez to sugerować, że sposobem na wyleczenie chorób zapalnych jelit jest leżenie i rozluźnianie palców stóp. To, co było ważne w przypadku mojego przyjaciela, to jego natychmiastowa decyzja działania.

Zgodnie z tym, co sugeruje dr Hershfield, nie najnowsza technika lub cudowny lek, ale pobudzanie zdolności pacjenta do wyleczenia może być ostateczną odpowiedzią na zapalne choroby jelit. Rozwiązaniem dla 55 procent.

To wszystko jest w jej głowie

Patricia wygląda na bardzo zdenerwowaną. „Jestem wściekła na lekarzy. Zostałam poniżona i potraktowana w sposób protekcyjny. Powiedziano mi prosto w oczy, że udaję. Powiedziano mi również, że muszę przestać chodzić w celu uzyskania opinii innych specjalistów. Powiedziano mi, że nie odczuwam bólu”.

W 1991 roku, w wieku dwudziestu ośmiu lat, usunięto jej pęcherzyk żółciowy, ale mimo to nadal odczuwała bóle brzucha. – Nazywałam to fantomowymi atakami pęcherzyka żółciowego. Czułam się, jakbym była napompowana powietrzem. Ból zwiększał się, następnie wymiotowałam, a później czułam się troszeczkę lepiej. Zgłosiłam się na pogotowie. Zignorowano mnie, mówiąc, że „ponieważ nie mam pęcherzyka żółciowego, to nie może on mnie boleć”. Później zaczęła się u mnie rozwijać wrażliwość na pewne pokarmy i o wiele częściej miałam biegunkę.

Po wielu wizytach u różnych lekarzy i wielu badaniach, u Patricii rozpoznano zespół nadwrażliwego jelita. W terminologii medycznej zespół nadwrażliwego jelita nazywa się zaburzeniem *funkcyjnym*. Słowo *funkcjonalne* odnosi się do stanu, w którym objawów nie tłumaczą żadne anatomiczne, histologiczne czy biochemiczne nieprawidłowości ani infekcje. Lekarze przewracają oczami, kiedy mają do czynienia z pacjentem z objawami funkcjonalnymi, ponieważ *funk-*

cyjonalny jest medycznym odpowiednikiem stwierdzenia „to wszystko dzieje się w jego głowie”. Jest w tym dużo prawdy. To, czego doświadczają pacjenci, po części pochodzi z jego mózgu – ale, jak zobaczymy, nie w sensie pejoratywnym i lekceważącym, co sugeruje stwierdzenie „to wszystko dzieje się w jego głowie”.

Medyczna historia Fiony i jej doświadczenia z pobytu na oddziale intensywnej terapii są niezwykle podobne do doświadczeń Patricii. W 1998 roku, kiedy miała dwadzieścia kilka lat, Fiona również przeszła operację usunięcia pęcherzyka żółciowego, co nie uwolniło jej od bólów brzucha, na które cierpiała.

– Potem nadal miałam te bóle. Był to właściwie skurcz, tak ostry, że nie mieściło się to w głowie. Zrobiono mi każde możliwe badanie, ale bez żadnego rezultatu. Rozpoznano więc zespół nadwrażliwego jelita. Nie było żadnego problemu z biegunką i zaparciem, był po prostu ból. Ból ten promieniuje do góry.

– To nie jest zespół nadwrażliwego jelita, prawdę mówiąc – zauważam.

– To właśnie mówiłam od samego początku. Rozpoznanie zostało postawione wcześniej, kiedy nazywano to jelitem spastycznym, a później zespołem nadwrażliwego jelita. Diagnostykę prowadził pewien lekarz w Toronto. Miałam gastroskopię, prześwietlenie z zastosowaniem barytu, podano mi również wszystkie niezbędne leki. Próbowano na mnie trzy lub cztery różne leki. Wszystkie te tabletki w ogóle mi nie pomagały.

Miesiącami nie miałam tych ataków, a później przychodziły dni, kiedy je miałam. Czasami trwały dwie minuty, innym razem utrzymywały się całymi godzinami i były bardzo wyczerpujące. Bóle były ostre, skurczowe. Zapierały mi dech – to naprawdę okropny ból. Ostatnio jest bardzo źle. Mogę mieć atak, który trwa godzinę, ale odczuwam go tak, jakby trwał rok.

Kiedy byłam w Toronto, nie wiadomo co się dzieje ze mną. Zawieziono mnie do szpitala i podłączono pompę demerolu, więc za każdym razem, kiedy miałam atak, mogłam sama podać sobie lekarstwo. Pielęgniarki powiedziały mi, że przychodzę tam tylko po to, żeby zwrócić na siebie uwagę i żebym mogła dostać więcej leków narkotycznych – że jestem od nich uzależniona. Moja odpowiedź była następująca: „W takim razie przestańcie mi to dawać. Jestem tylko śpiąca i tylko w ten sposób pomaga mi to na ból”. Nienawidzę tego wszystkiego.

Chociaż ból brzucha jest ważną cechą zespołu jelita nadwrażliwego, według aktualnej definicji tego zaburzenia sam ból nie jest wystarczający do postawienia diagnozy. Uważa się, że do rozpoznania zespołu nadwrażliwego jelita, jeśli pacjent nie posiada innej patologii, niezbędne jest występowanie bólów brzucha wraz z zaburzeniami jelitowymi, takimi jak biegunka i zaparcia. Objawy mogą się różnić u różnych osób, lub nawet u tej samej osoby. Na przykład zaburzenia w funkcjonowaniu jelit w przypadku Patricii nie tworzyły żadnego wzorca.

– Była to biegunka albo zatwardzenie, nic poza tym. Były dni, kiedy nie chodziłam do toalety, a kiedy już poszłam, to miałam biegunkę. Czasami miało to miejsce kilka razy dziennie, a czasami spędzałam w łazience nawet całe trzy godziny. Jedyną spójną rzeczą było to, że nie było żadnej spójności. Czasami zdarzało się to w sposób nagły, czasami nie.

Chociaż nie są niezbędne dla postawienia diagnozy, to istnieją inne, powszechnie zauważalne objawy. Chorzy na zespół nadwrażliwego jelita często opisują kał jako grudkowaty lub mały i ziarnisty, lub z drugiej strony rzadki i wodnisty. Pomimo wysiłków, czasami mogą mieć odczucie niekompletnego opróżnienia jelit. Często opisują pojawienie się śluzu wraz z kałem. Równie powszechne są wzdęcia brzucha.

Zespół jelita nadwrażliwego dotyczy prawie 17% populacji ludności przemysłowego świata i jest to najczęściej występujący powód skierowań do gastroenterologa. Interesującą rzeczą jest fakt, że większość ludzi z objawami, które kwalifikowałyby ich do postawienia diagnozy zespołu nadwrażliwego jelita, nie konsultuje się z lekarzem.

Odruchowy dyskomfort i niepewność przedstawicieli medycznych ogromnie komplikują życie takich pacjentów jak Patrycja i Fiona. Spodziewamy się, że u ludzi będziemy leczyć takie choroby, które dokładnie pasują do pewnych kategorii objawów i wiążą się z jednoznacznymi patologiami. Jak zwraca uwagę gastroenterolog Douglas Drossman, „Czterdzieści lat temu, Renee Fox, socjolog medyczny, zauważył, że jedną z najtrudniejszych zmian dla studentów medycyny jest zaakceptowanie niepewności, nierozzerwalnie związanej z praktyką medyczną. Ale model biomedyczny pozostawia nas w niepewności co do tych powszechnych dolegliwości, których nie da się wytłumaczyć żadną chorobą”. Wspomniana niepewność wynika z naszej wro-

dzonej podejrzliwości wobec relacji pacjentów, kiedy nie możemy dopasować ich do wyników obiektywnych badań, takich jak badanie fizykalne, tomografia komputerowa, prześwietlenie rtg, badania krwi, endoskopie, biopsje lub inne badania elektrodiagnostyczne. W tego typu przypadkach cierpiące osoby spotykają się z lekceważeniem ze strony lekarzy. Gorzej, mogą być oskarżeni o lekomanię, zachowania neurotyczne czy manipulacyjne, chęć zwrócenia na siebie uwagi. Zarówno pacjenci cierpiący na zespół nadwrażliwego jelita, jak i ludzie z syndromem przewlekłego zmęczenia i fibromialgią, często znajdują się w takiej sytuacji.

Magda, będąc sama lekarką, wiedziała, że lepiej nie zgłaszać się na ostry dyżur ze swoimi wycieńczającymi bólami brzucha. Także i jej postawiono rozpoznanie zespołu jelita nadwrażliwego. „Cierpiałam przeważnie na bóle i wzdęcia. Nikt nie był w stanie odkryć, co złego się ze mną dzieje, a więc nazwaliśmy to zespołem nadwrażliwego jelita. Zrobiono mi kolonoskopię i wszystko inne. Nic nie znaleziono. Myślę, że można nazwać to diagnozą poprzez wykluczenie”.

Rzadko kiedy zdarzał się dzień bez kolki jelitowej. Czasami leżałam na podłodze w moim gabinecie, obłożona poduszkami elektrycznymi, zastanawiając się, jak przeżyję popołudnie i jak dotrę do domu. Bóle te były nadzwyczaj ostre i częste. Odczuwałam ból brzucha przez 80–90% czasu. Od lat nie było dnia, w którym do południa nie miałabym bólów brzucha. Jestem pewna, że byłabym na pogotowiu wiele razy z powodu moich ostrych bólów – ale trzymam się z daleka od takich miejsc, ponieważ wiem, co się tam dzieje. Nie sądzę, żeby mi tam pomogli. Nie zgłosiłam się na pogotowie, mimo bardzo ostrych bólów brzucha”.

Ból towarzyszący zespołowi nadwrażliwego jelita – i w ogóle nie zdiagnozowany ból brzucha – kiedy nie jest postrzegany jako wytwór neurotycznej wyobraźni pacjenta – był do niedawna uważany za wynik nieskoordynowanych skurczów jelit. W związku z tym powstało określenie *jelita spastycznego*. Obecnie zostało potwierdzone, że zaburzenia w tej chorobie nie powstają tylko w samych jelitach. Kluczowym problemem jest sposób, w jaki układ nerwowy czuje, ocenia i interpretuje ból.

Kilka obserwacji doprowadziło do tego nowego zrozumienia problemów bólów brzucha. Ze szczególnym zainteresowaniem spotykają się nowe odkrycia dotyczące elektrycznych i tomograficznych ba-

dań mózgu. Kiedy części jelita są sztucznie rozdęte, wzorzec odpowiedzi w mózgu ludzi z funkcjonalnym bólem brzucha różni się od aktywności mózgu osób, które nie skarżą się na ból.

Ból spowodowany rozdęciem jelita grubego lub innych części przewodu pokarmowego można również badać, wprowadzając endoskop do jelita i następnie nadmuchując balonik przymocowany do końcówki endoskopu. W takich badaniach wielokrotnie stwierdzano, że grupy pacjentów z zaburzeniami funkcjonalnymi wykazują nadwrażliwość na rozciągnięcie. Pacjenci relacjonują, że ból pojawiający się podczas takiego badania jest podobny do bólu, który zwykle odczuwają. Pewne badanie porównało skutki napompowania balonika u pacjentów cierpiących na zespół nadwrażliwego jelita i u osób z grupy kontrolnej. „Napompowanie balonika do objętości 60 ml wywołało ból u 6% badanych w grupie kontrolnej i u 55% pacjentów z zespołem nadwrażliwego jelita... Szacowane napięcie ścianek jelita przy różnych objętościach było podobne w obu grupach. *Jednakże częstotliwość występowania bólu związanego z naprężeniem ścianek jelita była dziesięciokrotnie większa w grupie badanych z zespołem nadwrażliwego jelita*”.

Zbliżone obserwacje poczyniono również w innych częściach przewodu pokarmowego, od przełyku do jelita cienkiego. Ból brzucha pojawia się wówczas, gdy zaburzony jest sposób przesyłania sygnałów fizjologicznych z jelit poprzez układ nerwowy i sposób ich odbioru przez mózg. „Istnieje nowy obszar badań dla pacjentów z tymi zaburzeniami”, pisze dr Drossman. Po dziesiątkach lat poszukiwań odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób chorzy z zespołem nadwrażliwego jelita różnią się od osób zdrowych, jeśli chodzi o fizjologię przewodu pokarmowego, zaczynamy dostrzegać różnicę w fizjologii mózgu”.

Pewien rodzaj tomografii komputerowej, zwany emisijną tomografią pozytronową lub PET, mierzy aktywność różnych regionów mózgu, rejestrując zmiany w przepływie krwi. Kiedy badani odczuwają rozszerzenie odbytnicy, obraz uzyskiwany z PET wskazuje, która część w mózgu rejestruje odpowiedź. Wraz z rozszerzeniem odbytnicy lub nawet przewidywaniem rozszerzenia odbytnicy, u pacjentów z zespołem nadwrażliwego jelita następuje pobudzenie kory przedczołowej, obszaru, który w normalnych warunkach nie ulega pobudzeniu w takiej sytuacji.

Kora przedczołowa to miejsce, gdzie mózg magazynuje wspomnie-

nia emocjonalne. Interpretuje ona obecne bodźce zarówno psychiczne, jak i fizyczne w świetle przeszłych doświadczeń, które mogą datować się nawet z naszego wczesnego dzieciństwa. Pobudzenie w tej części mózgu znaczy, że pojawiają się niektóre znaczące – w sensie emocjonalnym – wydarzenia. U osób, które doświadczają przewlekłego stresu, kora przedczołowa i powiązane z nią struktury pozostają w stanie nadmiernej czujności w oczekiwaniu na niebezpieczeństwo. Pobudzenie regionów przedczołowych nie jest świadomą decyzją podjętą przez człowieka, a raczej rezultatem automatycznego pobudzenia drogi nerwowej zaprogramowanej dawno temu.

W innym badaniu elektryczne amplitudy fal mózgowych, wywołanych przez bodźce dźwiękowe, były większe w przypadku pacjentów chorych na zespół nadwrażliwego jelita niż w grupie kontrolnej, znów wskazując na fizjologiczny stan nadmiernej czujności.

Co odpowiada za te zmienione reakcje układu nerwowego? Odpowiedź pojawia się, kiedy patrzymy nie tylko na organy człowieka, ale na jego życie. W przeszłości pacjentów cierpiących na choroby jelit, a zwłaszcza na zespół nadwrażliwego jelita i inne zaburzenia funkcjonalne, często występują przypadki znęcania się.

Badania z 1990 roku przeprowadzone na grupie kobiet przez Klinikę Gastroenterologii Akademii Medycznej w Północnej Karolinie, wykazały, że 44% badanych kobiet zgłosiło jakiś rodzaj seksualnego i/lub fizycznego maltretowania. „Te z badanych, które przeżyły jakiś rodzaj maltretowania, były narażone na cztery razy większe ryzyko pojawienia się bólu w obszarze miednicy i dwa lub trzy razy większe ryzyko wystąpienia innych rodzajów bólów (np. bólów głowy, pleców, syndromu łatwego przemęczania się), jak również częstszych operacji”. W większości ostatnich badań przeprowadzonych w tym samym centrum, dokładnie dwie trzecie badanych kobiet doświadczyło w przeszłości maltretowania natury fizycznej lub seksualnej, lub obu. I znów, pacjentki, które były kiedyś maltretowane, były o wiele bardziej narażone na ryzyko przejścia różnych operacji, takich jak: usunięcia pęcherzyka żółciowego, usunięcia macicy lub laparotomii. Stwierdzono u nich również „więcej dolegliwości bólowych, somatyczne objawy spoza przewodu pokarmowego, dni, kiedy z powodu złego samopoczucia pozostawały w łóżku, cierpienie psychiczne i zaburzenia funkcjonalne, w porównaniu z grupą kobiet, które nie były maltretowane seksualnie”.

Jest rzeczą oczywistą, że bezpośredni fizyczny uraz – poważne uszkodzenie mózgu lub przecięcie lub też uszkodzenie nerwu – może fizjologicznie zaburzyć działanie układu nerwowego. Ale w jaki sposób uraz psychiczny wywołuje percepcje bólu?

Układ nerwowy jelit zawiera około jednego miliona komórek nerwowych – tylko w jelicie cienkim mamy ich tyle, ile w całym naszym rdzeniu kręgowym! Nerwy te robią więcej, aniżeli koordynowanie trawienia i wchłaniania pożywienia oraz eliminowanie odpadów – one również tworzą część naszego układu czuciowego. Jelita odpowiadają na bodźce emocjonalne skurczem mięśni, zmienia się przepływ krwi i wydzielanie różnorodnych, biologicznie aktywnych substancji. Taka mózgowo-jelitowa integracja jest niezbędna do przeżycia. Duże objętości krwi mogą w jednym momencie potrzebować zmiany kierunku przepływu, na przykład z jelit do serca i mięśni kończyn.

Po kolei, jelita są obficie zaopatrywane w nerwy czuciowe, które przekazują informacje do mózgu. W przeciwieństwie do tego, w co wierzone aż do niedawna, włókna nerwowe przewodzące impulsy z jelit do mózgu, w znacznym stopniu przewyższają liczbą te, które idą z mózgu do jelit.

Mózg przekazuje do jelit informacje z narządów czuciowych, takich jak: oczy, skóra lub uszy – lub ujmując to w sposób bardziej prawidłowy, do jelit jest przekazywana *interpretacja* takiej informacji, przetworzona przez ośrodki emocjonalne mieszczące się w mózgu. Zmiany, zachodzące w jelitach w następstwie tego pobudzenia, wzmacniają tę emocjonalną interpretację. Wysłane z powrotem do mózgu sygnały dostarczają nam odczuć z obszaru jelit, które możemy świadomie odbierać. Jeśli utracimy kontakt z wrażeniami płynącymi z jelit, świat stanie się mniej bezpieczny.

Oczywiście życie byłoby nie do zniesienia, jeśli odczuwalibyśmy każdy, nawet najmniejszy wypadek, jaki miałby miejsce w naszym organizmie. Trawienie, oddychanie, przepływ krwi do organów lub kończyn i wiele innych funkcji musi się odbywać bez włączania naszej świadomości. Musi istnieć próg, poniżej którego mózg nie rejestruje odczuć, poniżej których bodźce są akceptowane jako zwykłe, ale powyżej których mózg będzie zaalarmowany o potencjalnym niebezpieczeństwie ze środka lub z zewnątrz. Innymi słowy, musi istnieć dobrze wyregulowany termostat dla bólu i innych odczuć.

Kiedy istnieje zbyt wiele „jelitowych, bolesnych” przeżyć, system

neurologiczny może stać się nadwrażliwy. W ten sposób uraz psychiczny wpływa na regulację rdzenia kręgowego, przewodzącego ból z jelit do mózgu. Zaangażowane nerwy są uruchamiane przez słabszy bodziec. Im większy uraz, tym niższy staje się próg pobudzenia. Prawidłowa ilość gazu w świetle jelita i prawidłowy poziom napięcia ściany jelita wywoła ból u osoby uwrażliwionej na takie odczucia.

W tym samym czasie przedczołowe obszary kory będą w podwyższonym stanie czuwania, odpowiadając dyskomfortem na normalne fizjologiczne procesy. Wraz z podwyższonym bólem, pacjenci z zespołem nadwrażliwego jelita, w przeciwieństwie do osób zdrowych, zgłaszają wyższy poziom lęku, pobudzenia i zmęczenia podczas rozciągania odbytnicy. Podczas stresu emocjonalnego, pobudzenie regionów kory wzmacnia odczuwanie cierpienia.

Doktor Lin Chang jest asystentem na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Kalifornijskiego współkierującym programem, który nazywa się Neuroenteric Disease Program (Program Chorób Neurologiczno-jelitowych). Podsumował on obecne pojęcie zespołu jelita nadwrażliwego w następujący sposób: „zarówno zewnętrzne, jak i wewnętrzne czynniki powodujące stres, przyczyniają się do rozwoju zespołu nadwrażliwego jelita. Stresory zewnętrzne, wliczając znęcanie się w czasie dzieciństwa i inny patologiczny rodzaj stresu, zmieniają reagowanie na stres i czynią daną, predysponowaną osobę bardziej podatną na rozwój zespołu nadwrażliwego jelita. W późniejszym życiu infekcje, operacje, antybiotyki i psychospołeczne czynniki wywołujące stres, wszystkie one mogą przyczyniać się do początku zespołu nadwrażliwego jelita i zaostrzenia przebiegu tej choroby”.

Stres z pewnością może wywoływać skurcze jelit. Kobiety, które były seksualnie wykorzystywane, mają na przykład skłonność do zaparc, ponieważ mięśnie dna miednicy są przewlekłe napięte i nie potrafią się odprężyć w czasie defekacji. Ludzie, którzy przeżyli ogromny strach, doświadczyli, że stres może wyzwolić niekontrolowane skurcze jelit. Ilustruje to przykład studenta medycyny, który bezwiednie stał się królikiem doświadczalnym w następującym eksperymencie: „Badacze zrobili kawał studentowi medycyny z czwartego roku, który dobrowolnie poddał się kolonoskopii, sugerując mu, że wykryli raka. Doprowadziło to do zwiększonej kurczliwości, czyli «spazmu» jelita, który utrzymywał się do chwili, aż wspomniany żart został wy-

tłumaczony. Tego typu badania potwierdzają fakt, że stres wpływa na funkcję jelit zarówno u osób zdrowych, jak i chorych”.

To, co zostało odkryte na temat zespołu nadwrażliwego jelita, stosuje się w przypadku innych chorób jelit. Patricia, oprócz zespołu nadwrażliwego jelita, cierpiała także na zgagę, która wydawała się być niewytłumaczalna z medycznego punktu widzenia. Mówi o tym z goryczą. „Mam ten tajemniczy problem, który nigdy nie został zdiagnozowany. Czuję kwaśny posmak w ustach po zjedzeniu pokarmów, które są kompletnie mdłe. Musiałam usunąć z mojej diety potrawy z jakiegokolwiek przyprawą.

Ciągle poddawano mnie różnym testom i ciągle mówiono mi, że wszystko jest ze mną w porządku... lub, powinnam powiedzieć, że jeden test pokazał, że jestem troszeczkę zdenerwowana, ale powiedziano mi, że jest to zupełnie niewspółmierne do tego, co właściwie czuję. W celu zmierzenia ilości kwasu, włożono mi sondę poprzez nos do przełyku. Powiedziano mi, że mam niewielką nadkwasotę, ale nie na tyle aby spowodowała ona tak olbrzymi ból, z jakim walczyłam.

Przez okres około trzech lub czterech lat podawano mi Pantoloc. Miało to całkowicie zneutralizować kwas i tak jak mi powiedziano, miałam zażywać ten lek tylko przez sześć tygodni. Zażywałam także codziennie Diovol lub Gaviscon. Ciągle jednak miałam objawy nadkwasoty, a lekarze wciąż nie mogli wykryć przyczyny”.

Medyczna nazwa na przewlekłe bóle żołądka, wywołane cofaniem się kwasu żołądkowego do przełyku, to choroba refluksu żołądkowo-przełykowego (GERD od angielskiej nazwy *gastroesophageal reflux*). W 1992 roku naukowcy badali związek między objawami refluksu a stresem u osób cierpiących na GERD. Uczucie zgagi wywoływanej przez refluks u pacjentów z GERD było zdecydowanie większe na skutek działania bodźców wywołujących stres, a poziom kwasu pozostawał nie zmieniony bez względu na działające bodźce. Innymi słowy, stres obniżał próg bólu.

Gastroenterolog nie zajmujący się neurofizjologią i psychologią bólu, który u Patricii przeprowadził endoskopię, mógł z czystym sumieniem powiedzieć jej, że zaobserwowany refluks kwasu był nieadekwatny do tak olbrzymiego bólu, z którym walczyła. A Patricia, również pełna dobrej woli, mogła być rozwścieczona tym, co uważała za bezduszne lekceważenie objawu, który jest w jej życiu źródłem intensywnego, codziennego dyskomfortu.

Nie można powiedzieć, że u osób cierpiących na GERD refluks nie występuje o wiele częściej niż u innych. Prawdopodobnie tak jest i co więcej, jest to problem występujący na poziomie mózg-jelita. Naukowcy, porównując grupę kontrolną z pacjentami z refluksem, odkryli, że ciśnienie spoczynkowe zwieracza przełyku było o wiele częściej niższe u osób cierpiących na GERD. Zmniejszona sprawność mięśni zwieraczy pozwalała na częstsze przypadki występowania refluku.

Jak umysł i mózg są w stanie przyczyniać się do refluku? Jest to możliwe dzięki nerwowi błędnemu, który jest odpowiedzialny za sygnał z mięśni niższego zwieracza przełyku. Z kolei działanie nerwu błędnego jest inicjowane przez podwzgórze. Jak widzieliśmy, podwzgórze otrzymuje dane z ośrodków emocjonalnych zlokalizowanych w korze, które są podatne na stres. Tak więc, w przypadku GERD, niższy próg bólu jest połączony z nadmiernym rozluźnieniem zwieracza – oba zjawiska mogą być powiązane ze stresem.

Trzy kobiety, z którymi rozmawiałam, zbierając materiał do tego rozdziału, opisały podobny rodzaj bólu, mimo że tylko w przypadku Patricii, jej objawy całkowicie pokrywały się z kryteriami diagnostycznymi, określającymi zespół nadwrażliwego jelita. W odróżnieniu od większości pacjentów, którzy zostali poddani badaniom w Północnej Karolinie, żadna z tych kobiet nie była w przeszłości wykorzystywana seksualnie czy fizycznie ani jako dziecko, ani jako osoba dorosła. Jak zatem możemy wytłumaczyć ich niższy próg bólu?

Do zbyt niskiego ustawienia tego „termostatu” bólowego układu nerwowego nie jest potrzebne molestowanie, już przewlekły stres emocjonalny wystarczy, aby obniżyć próg bólu i wywołać stan nadmiernej czujności w mózgu. Chociaż znęcanie się jest poważnym źródłem takiego stresu, istnieją też inne potencjalne stresy, na które narażone jest rozwijające się dziecko, bardziej subtelne, mniej widoczne, ale pomimo to szkodliwe. Takie napięcie istnieje w wielu rodzinach, gdzie rodzice kochają swoje dzieci i byliby przerażeni jakkolwiek myślą o ich zranieniu. Przeżycia, które wpływają na fizjologię odczuwania bólu i funkcjonowania jelit, mogą przydarzyć się dzieciom, które nie były wykorzystywane w jakimkolwiek tego słowa znaczeniu i które nawet czuły się kochane oraz ochraniane.

Bezpośrednie czynniki, które wywoływały u Magdy silne bóle brzucha, były związane z jej pracą, w tym czasie, kiedy pracowała w szpi-

talu w Nowym Jorku. Dyrektor jej laboratorium ostatnio złożył rezygnację i Magda nie była w dobrych stosunkach z jego następcą. „Nowa szefowa od początku miała coś do mnie. Patrząc na to z perspektywy czasu, myślę, że szukała tylko okazji, żeby się mnie pozbyć, od dnia, kiedy przyszła do nas. Była to niezmiernie nieprzyjemna, napięta sytuacja, kochałam moją pracę, ale nienawidziłam środowiska.

„Pracowałam niewiarygodną liczbę godzin. Rozpoczywałam pracę o siódmej rano. W zasadzie wychodziłam z pracy o godzinie czwartej, o ile nie było żadnego spotkania, co zdarzało się całkiem często. Nigdy nie pozwalałam sobie na lunch. Nigdy nie robiłam sobie przerwy. Zabierałam pracę do domu; pracowałam w weekendy. Nigdy tego nie doliczyłam, ale olbrzymia liczba godzin pracy non-stop z ogromną presją, brudna polityka i niesamowity strach – nie było pracy w mojej dziedzinie, która była umiarkowaną specjalnością. Nigdy nie chciałam prowadzić ogólnej praktyki i nie chciałam z powrotem wrócić do kolejnego stażu.

Nawet z całym tym bólem, pojawiałam się w pracy w poniedziałek o godzinie siódmej rano i nigdy nie popełniłam żadnego błędu. Nigdy nie byłam chora. Nie zamierzałam dać im żadnego pretekstu, ażeby mnie zwolnili. Nie wiedziałam, co zamierzam zrobić z moim życiem. Desperacko chciałam odejść, ale nie wiedziałam, co zamierzam zrobić”.

Magda urodziła się po wojnie, w obozie dla uchodźców z Europy Wschodniej. Jako córka tych, co przeżyli holocaust w Polsce, doznała urazu psychicznego, spowodowanego przeżyciami jej rodziców. Zawsze nosiła w sobie olbrzymi ciężar winy i odpowiedzialności za cierpienia jej rodziców i za trudności, jakie napotykali w swoim życiu. Jej decyzja podjęcia studiów medycznych nie powstała z jej własnych inklinacji, ale była umotywowana jej odczuciami potrzeb i oczekiwań ze strony rodziców i jej troską, aby złagodzić ich lęk o jej przyszłe bezpieczeństwo.

„Jeśli przyjrzyysz się moim wrodzonym zdolnościom, mam talenty lingwistyczne i jestem dobra w tłumaczeniu niektórych problemów. Nie poszłabym nigdy na medycynę, jeśli miałabym wolny wybór. Faktycznie nienawidziłam medycyny, ale musiałam zaprzeczyć temu sama przed sobą.

Nienawidziłam przedmiotów, które studiowałam. O mały włos nie oblałam anatomii. Był to dla mnie absolutny koszmar. Nie byłam

w stanie nauczyć się rachunku różniczkowego. Nie mogłam pojąć fizyki. Nie miałam uzdolnień w tych kierunkach. Nigdy nie byłam dobra w przedmiotach klinicznych. Nie wiem, czy kiedykolwiek w moim życiu usłyszałam jakieś szmery rozkurczowe! Po prostu nie mam tego rodzaju zdolności. Nie sądzę, abym kiedykolwiek czuła śledzionę – właściwie udawałam. Do tego wszystkiego nie miałam po prostu zdolności ani żadnych skłonności.

Myślałam, że bycie lekarzem to jest to, czego chcę. Moi rodzice nigdy nie mówili mi, że powinnam zrobić to lub nie powinnam zrobić tego. Oni po prostu wystarczającą ilość razy wspomnieli, że byłoby tak dobrze być w stanie pomagać innym ludziom i że nawet naziści potrzebowali lekarzy”.

„Tak, zwykle słyszałam to również. I że bezpiecznie jest, kiedy swoją wiedzę zawszenosisz ze sobą w torbie”.

„To jest racja i nikt nie może ci tego zabrać. Nie ma znaczenia, w jakich czasach, nie ma znaczenia, co się dzieje, lekarze zawsze są potrzebni. Możesz być sam dla siebie szefem i jest to bardzo miłe. Moi rodzice zrobili mi pranie mózgu w bardzo młodym wieku.

Kiedy zaczęłam pracować w laboratorium jako naukowiec, przestałam jednocześnie, według wyobrażenia moich rodziców, być lekarzem. Moja matka tak naprawdę nigdy nie zrozumiała, co robię i nie była tym usatysfakcjonowana. To, co robię, jest jakby drugą kategorią. Nie badam pacjentów stetoskopem, nie przepisuję recept i nie robię tego wszystkiego, co robi prawdziwy lekarz. Po prostu patrzę na próbki i wycinki. Matka nigdy nie mówi mi tego prosto w twarz, ale w pewnym stopniu jest rozczarowana”.

W momencie gdy Magda zdała sobie sprawę z faktu, że typowe postępowanie medyczne nie pomoże jej, zaczęła stosować terapię. Tłumiony od dzieciństwa, głęboki gniew przeciw jej rodzicom, zaczął się ujawniać. „Bóle brzucha były trzewnym wyrazem mojej złości – na ojca, ponieważ krzyczał i wrzeszczał, i tak bardzo mnie przerażał, kiedy byłam dzieckiem.

Zdecydowanie większym problemem były moje stosunki z matką. Myślałam, że jest wspaniale i że jesteśmy najlepszymi kumplami – ona była moją przyjaciółką i podporą, sojusznikiem i jedyną osobą, która słuchała mnie godzinami, kiedy wracałam do domu ze szkoły, a także jedyną osobą, która była tak blisko mnie i przez którą byłam rozumiana. Zajęło mi wiele czasu, aby zrozumieć, że tak naprawdę to

mam słaby kontakt z moją matką. Pomimo to, że tak bardzo mnie chroniła, kopała pode mną dołki. Zostawiła mnie wyalienowaną ze społeczeństwa i nie pomogła mi dorastać i stać się samodzielną jednostką. Mając dobre intencje, trzymała mnie przy sobie jako jednostkę bardzo niedojrzałą.

Inne rzeczy to opowiadanie przez nią historii o holocauście. Innym dzieciom opowiadano bajki, a mnie historie o holocauście... wiele niewłaściwych rzeczy”.

– Czy czujesz, że to było dla ciebie niewłaściwe, że dowiedziałaś się tego wszystkiego?

– Było rzeczą niewłaściwą, że zaczęła mi o tym opowiadać, kiedy miałam trzy lub cztery lata. Nie wiem, ile miałam lat, ale nie mogę sobie przypomnieć czasu, kiedy nie słyszałabym relacji na temat tego, jak niewiele brakowało, by cała rodzina została zabita z mojego powodu, kiedy przekraczaliśmy granicę, żeby uciec z Polski – i o tym jak płakałam u każdego poza moją matką, ale byłam ciężka i ona potknęła się, upadła i upuściła mnie do rzeki i jak oni wszyscy zostaliby zastrzeleni, ponieważ aby mnie ratować, zaczęli wołać o pomoc. Wtedy matka zwichnęła sobie ramię i od tego czasu nigdy nie było w porządku.

Moi rodzice nigdy nie powiedzieli, że życie byłoby łatwiejsze bez dziecka. Chcieli mieć dziecko i kochali mnie. Ale wciąż odbierałam to w taki sposób, że jestem dla nich problemem.

Biorąc pod uwagę urazy, jakim podlegali jej rodzice i okoliczności, w jakich się wychowywała, wybór Magdy, aby ignorować jej własne inklinacje, był prawie nieunikniony. Taki wybór pozostawił ją niebezpiecznie narażoną na stres. Fakt, że czuła się schwytana w pułapkę w pracy, gdzie czuła się odrzucona przez nową przełożoną, był naturalnym zapalnikiem wywołującym straszliwe bóle brzucha, które przez cały czas odczuwała. W tej sytuacji Magda nie potrafiła wyrazić swoich potrzeb bardziej, niż robiła to będąc dzieckiem w swoim domu rodzinnym. Pochodzenie jej bólu, jak zdała sobie z tego sprawę, było związane z nieświadomym tłumieniem złości.

Wskazaliśmy, że odczucia ze strony jelit są ważną częścią aparatu czuciowego naszego organizmu, pomagając nam oceniać środowisko i określić, czy sytuacja jest bezpieczna. Odczucia jelitowe zwiększają percepcję, które ośrodki emocjonalne w mózgu odbierają jako ważne i przekazują do podwzgórza.

Ból w jelitach jest jedynym sygnałem, którego organizm używa do

wysłania wiadomości, które są trudne przez nas do zignorowania. Dlatego też, *ból jest także formą percepcji*. Fizjologicznie, drogi bólowe przekazują informacje, od których się odcięliśmy, uniemożliwiając im dotarcie w bardziej bezpośredni sposób. Ból jest potężną drugorzędną formą percepcji w celu zaalarmowania naszego organizmu, w przypadku, kiedy podstawowe formy percepcji zostały wyłączone. Zapewnia nam to dane, które ignorujemy podczas niebezpieczeństwa.

Fiona (której ból brzucha najpierw był uważany za ból spastyczny jelita, a ostatecznie zdiagnozowany jako zespół nadwrażliwego jelita), miała mniej dramatyczne dzieciństwo niż Magda. Jednakże istnieje silne emocjonalne podobieństwo w zakresie przewlekłego strachu, że nie jest przyjmowana taka, jaka jest.

– Szczerze wierzę teraz, kiedy jestem dorosła i znam mojego ojca jako osobę dojrzałą, że nigdy umyślnie nie oskarżał mnie za to co zrobiłam, ale zawsze mnie krytykował i oceniał. Kiedy miałam siedemnaście lat, będąc w Calgary powiedziałam mojej koleżance, że nigdy jeszcze nie miałam prawdziwej pracy i już czuję się tak, jakby mój życiorys nie dorównywał życiorysom mojej siostry i brata. Z ojcem zawsze czujesz się tak, jakbyś budował swój życiorys, zamiast po prostu robić to co lubisz.

– Czy będąc dzieckiem kiedykolwiek powiedziałas swoim rodzicom, kiedy czułaś się źle? – pytam.

– Fizycznie tak, nigdy pod względem uczuciowym. Nigdy nie potrafiłam o tym mówić. Nie wiem, dlaczego. Sądzę, że to zbyt osobiste i prywatne. Teraz jest z tym już lepiej. Pięć lat temu nigdy bym z tobą o tym nie rozmawiała.

W czasie naszej rozmowy okazało się, że bezpośredni stres w życiu Fiony ma swoje źródło w jej małżeństwie. Jej związek trwał osiem lat i jego owocem była dwójka dzieci. – Mój mąż cierpi na depresję i miewa ataki paniki. Przeżywa te naprawdę niepokojące momenty – jest tak, odkąd go znam. Jest wspaniałym facetem i szczerze go kocham. Ma dobre serce, ale opiekowanie się nim jest tak bardzo wyczerpujące. Byłam jego matką. Mam trójkę dzieci – trzydziestodwuletnie, sześciolatnie i dwuletnie.

– To są te problemy, których powinnaś być świadoma. Czy jest możliwe, że ból, który poczujesz odzwierciedla coś innego, na co do tej pory nie zwróciłaś uwagi? Zamiast postrzegać ból jako problem, może faktycznie jelita próbują ci coś powiedzieć. Kiedy nie zwracamy

uwagi na te sygnały emocjonalne, twoje ciało mówi, „dobrze, oto kilka fizycznych sygnałów dla ciebie”. Jeśli i na nie również nie zwracasz uwagi, to naprawdę jesteś w poważnych kłopotach.

Tydzień po tej rozmowie Fiona zadzwoniła do mnie. Jej mąż, jak wyjawiała, był uzależniony od narkotyków, co Fiona ignorowała przez długi czas. Tłumiła swój lęk i złość, a jednocześnie z dziecięcą naiwnością chciała wierzyć, że jej mąż przestanie brać narkotyki. Konsekwencją naszego wywiadu było to, że zaczęła zastanawiać się nad swoją sytuacją.

Patricia, która cierpiała na refluks przełykowy i zespół jelita nadwrażliwego, miała najtrudniejsze emocjonalnie dzieciństwo spośród trzech kobiet, które zostały przedstawione w tym rozdziale. Wyrastała w poczuciu, że jest niepotrzebna i niechciana.

– Wiem, że byłam niechciana. Nie jestem pewna, kiedy po raz pierwszy zdałam sobie z tego sprawę, czy kiedy byłam nastolatką, czy osobą dorosłą. Myślałam o tych wszystkich rzeczach, które powiedziała mi moja mama i uświadomiłam sobie, że pewne oznaki tego miałam już w dzieciństwie. Jako dziecko nie zdawałam sobie z tego sprawy. Czułam się tylko niezręcznie. Zawsze mi mówiła: „Myślę, że ty nie należysz do naszej rodziny. Musieli nam podmienić dziecko w szpitalu”. Moja matka mówiła to z uśmiechem na ustach. Ludzie czasami mówią coś niby żartem, kiedy tak naprawdę mówią to poważnie.

U pacjentów z zespołem jelita nadwrażliwego znacznie częściej pojawiają się objawy jakichkolwiek innych dolegliwości niż u innych ludzi. Podatność na ból – na przykład migreny – jest problemem wielu chorych na zespół nadwrażliwego jelita, mają oni skłonność do dolegliwości bólowych, a fakt ten możemy łatwo zrozumieć, jeśli zrozumiemy pojęcie uwrażliwienia układu nerwowego na skutek stresu. Podwyższona percepcja bólu może być uogólniana, tak jak ilustruje to medyczna historia Patricii. W dodatku, poza zespołem nadwrażliwego jelita i refluksiem przełykowym, Patricia cierpiała również na inne choroby, wliczając śródmiażdżowe zapalenie pęcherza i fibromialgię.

W badaniu przeprowadzonym w Północnej Karolinie, w którym stwierdzono, że większość kobiet cierpiących na zespół nadwrażliwego jelita była maltretowana, wykazano również, że tylko w 17% przypadków znechęcania się nad kobietami, ich lekarz był tego świadom. Wy-

kluczenie historii życia pacjentów z medycznego podejścia do choroby pozbawia lekarzy uzdrawiających instrumentów. Naraża ich również na chwytanie się najnowszych „farmakologicznych cudów”. Znały jest smutny przykład ostatniego „cudownego leku” na zespół jelita wrażliwego.

W numerze z 24 października 2000 roku czasopisma „The Medical Post”, tygodnika czytanego przez wielu kanadyjskich lekarzy, znalazł się entuzjastyczny nagłówek: „Nowy lek uśmierza objawy zespołu nadwrażliwego jelita u kobiet”. Artykuł podawał, że nowy lek – alosetron, „został właśnie sprawdzony w testach klinicznych i jest lekiem bezpiecznym, dobrze tolerowanym oraz bardzo szybko i znacznie uśmierzającym ból oraz poprawiającym pracę jelit u chorych z zespołem nadwrażliwego jelita, szczególnie u kobiet z postacią choroby, w której dominuje biegunka”. Wiodący kanadyjski autorytet, który został zacytowany, poparł lek, mając nadzieję, że wkrótce pojawią się kolejne podobne: „Lekarze będą mieć potencjalne metody leczenia zespołu nadwrażliwego jelita, które będą skuteczne... Pacjenci chorzy na zespół nadwrażliwego jelita mają poczucie frustracji, że naprawdę nie rozumiemy, co powoduje ich objawy. Niektórzy z pacjentów nie odczuli dużej ulgi”.

Kolejny ekspert, rektor wydziału lekarskiego na jednym z kanadyjskich uniwersytetów, powtórzył pozytywną ocenę świeżo dostępnego leku: „Jest to bardzo pasjonujące dokonanie... Nie ma nic innego dla nich poza nim. Żaden z innych leków nie jest skuteczny. To wszystko”.

Cztery miesiące wcześniej „The Medical Letter”, szanowany tygodnik poświęcony lekom, doniósł, że nie ma dowodów na to, że stosowanie alosetronu przynosi jakkolwiek korzyść, wychodzącą poza standardowe leczenie. Dla tych pacjentów, którzy odczuli poprawę stanu po kuracji tym lekiem, korzyści zanikły po tygodniu od chwili zaprzestania podawania leku. „The Medical Letter” odnotował również, że u niektórych kobiet zażywających ten lek rozwinęło się niedokrwienie jelit, potencjalnie katastrofalny stan, w którym tkanki jelit są uszkodzone przez brak tlenu, spowodowany ograniczeniem zaopatrzenia w krew.

Także w USA alosetron został powitany z wielkimi fanfarami. Został zatwierdzony przez Urząd do Spraw Żywności i Leków w lutym 2000 roku. W końcu listopada, tylko miesiąc po opublikowaniu entuzjastycznego artykułu w „The Medical Post”, Urząd do Spraw Żywno-

ści i Leków zmusił producentów do wycofania leku. Więcej kobiet zostało hospitalizowanych z niedokrwieniem jelit, a kilka z nich wymagało leczenia operacyjnego. Co najmniej w jednym przypadku konieczne było usunięcie całej okrężnicy. Były także doniesienia o śmierci.

Jeśli leki są przepisane w przypadku schorzeń przewlekłych, takich jak zespół nadwrażliwego jelita, muszą być zwykle podawane przez okres miesięcy lub lat. Zawsze jest rzeczą ryzykowną przepisanie nowego leku, którego długoterminowe bezpieczeństwo nie mogło być jeszcze sprawdzone, zanim po raz pierwszy pojawił się na półkach w aptece. Lekarze i pacjenci nie muszą sięgać do urzędowego opisu leków, kiedy wpływ czynników psychologicznych na chorobę jest tak dobrze przedstawiony. Istnieją zachęcające wyniki badań, pokazujące, że nawet minimalna psychologiczna interwencja może przynieść korzyść: „W jednym kontrolowanym badaniu, poświęconym terapii poznawczej pacjentów z zespołem jelita nadwrażliwego, stwierdzono, że osiem dwugodzinnych grupowych sesji terapeutycznych w okresie 3 miesięcy doprowadziło do wzrostu liczby skutecznych strategii poznawczych i strategii zachowania równoczesnego zmniejszenia dolegliwości brzusznych. Co więcej, podczas badań kontrolnych po upływie dwóch lat stwierdzono, że poprawa ta utrzymuje się nadal”.

Magda, lekarz z Nowego Jorku, uporała się ze swoim silnym bólem brzucha dzięki opanowaniu tłumienia swojej wściekłości poprzez psychoterapię.

Również wybrała zawód bardziej odpowiadający jej skłonnościom i osobowości.

„Odczuwanie bólu przez 80% czasu znikło już dawno temu”, wspomina Magda. „W ostatnich dwóch lub trzech miesiącach miała nawet miejsce dalsza poprawa. Ostatnio oczyściłam lodówkę w moim biurze, gdzie miałam butelkę Bentylołu (lek uśmierzający skurcze jelit). Uczciwie mówiąc, nie pamiętam, kiedy wzięłam je po raz ostatni. Było to kilka miesięcy temu”.

Fiona postanowiła wziąć sobie do serca ostrzeżenie, jakie dawał jej ból brzucha. Opuściła swojego męża, kiedy stało się jasne, że nie był w stanie zwalczyć nałogu. Z dwójką dzieci przeniosła się do nowego miasta i wystąpiła o rozwód. Nie odczuwa już bólu.

Umrę najpierw od góry

Choroba Alzheimera staje się koszmarem pokolenia powojennego wyżu demograficznego. Wysoka stopa życiowa i postęp w medycynie sprawia, że grupa ludzi obecnie wkraczających w dojrzały wiek średni będzie żyła dłużej niż inne porównywalne grupy w historii i jednocześnie więcej jej członków będzie zapadało na otępienie, niż w poprzednich pokoleniach. Przewiduje się, że w pierwszej połowie tego stulecia liczba Kanadyjczyków w podeszłym wieku wzrośnie o 50%. W Stanach Zjednoczonych rocznie umiera na chorobę Alzheimera około 100 000 ludzi, podczas gdy w 1999 roku liczba osób z chorobą Alzheimera na całym świecie wynosiła cztery miliony. Uważa się, że jeżeli nadal utrzyma się taka tendencja, to w 2050 roku około 15 milionów ludzi będzie cierpiało na tę chorobę.

Wystąpienie stanu otępienia czy „postradania zmysłów” jest bardziej prawdopodobne u osób starszych. Trzy procent osób w sześćdziesiątym roku życia cierpi na chorobę Alzheimera lub na inne rodzaje otępienia, a w wieku siedemdziesięciu siedmiu lat liczba wzrasta do 13%. Koszty leczenia tego schorzenia są ogromne, podobnie jak obciążenie zarówno fizyczne, jak i emocjonalne, osób opiekujących się chorymi. Jak ludzie w pełni świadomi umysłowo mogą pojąć cierpienie kogoś, kto bezradnie doświadcza procesu, podczas którego jego pamięć, intelekt i świadomość przemieniają się w dziecinny cha-

os? Przy normalnym przebiegu choroby, stopniowo traci się kontrolę nad emocjami, mową i całym ciałem, aż do momentu, kiedy chory nie może już chodzić i umiera.

„To najgorsza rzecz, jaka może spotkać osobę myślącą”, powiedział jeden z pacjentów dotkniętych tą chorobą. „Czujesz jak ty sam, wszystko wewnątrz i na zewnątrz ciebie przestaje istnieć”. Pacjent ten rozmawiał z Davidem Shenkiem, autorem pouczającej książki *The Forgetting* o historii choroby Alzheimera.

Shenk wspominał także o Johnatanie Swifcie. Ten żyjący w siedemnastym wieku pisarz z Irlandii, satyryk i humorysta, był intelektualnym gigantem, który u schyłku życia przemienił się w umysłowego Liliputa, którego pamięć zawiodła, a myśli były bez ładu. „Nie mogłem czytać, pisać, zapamiętywać i rozmawiać”, tak skarżył się Swift w swoim liście napisanym podczas początkowej fazy demencji. W innym napisał, że: „Rzadko udaje mi się napisać 10 wersów bezbłędnie, możesz sam zobaczyć ile przekreśleń i kleksów jest w moim liście. Nie został mi już nawet mały skrawek mojej pamięci”.

Pierwszą strukturą w chorobie Alzheimera, w której zachodzą zmiany, jest hipokamp, ośrodek substancji szarej w płacie skroniowym w mózgu, położony po obu stronach uszu. Hipokamp odgrywa aktywną rolę w powstawaniu pamięci, jak również w regulacji stresu. Powszechnie wiadomo, że przewlekły wysoki poziomu hormonu stresu – kortyzolu, może powodować zmniejszenie hipokampu.

Czy doświadczenia z dzieciństwa, tłumienie uczuć i stres w życiu mają jakiś wpływ na późniejsze ryzyko zachorowania na chorobę Alzheimera? Badania naukowe oraz dokładniejsze spojrzenie na życie zwykłych oraz znanych osób z chorobą Alzheimera (na przykład Swifta czy też byłego prezydenta USA, Ronalda Reagana) wskazują na takie powiązania. Ciekawe wskazówki na to, że stosunki z dzieciństwa mogą odgrywać kluczową rolę w późniejszym rozwoju otępienia, wywodzą się z eksperymentów na zwierzętach. Szczury, które w okresie niemowlęcym otaczane są dobrą opieką, w zaawansowanym wieku nie tracą prawie w ogóle komórek hipokampu. Ich zdolność zapamiętywania jest taka sama. Dla porównania, szczury, którymi się zupełnie nie zajmowano, są bardziej podatne na zmniejszenie hipokampu, a co więcej, częściej występują u nich zaburzenia pamięci.

W przypadku ludzi badania przeprowadzone na zakonnicach wykazały, że mniejsze zdolności językowe we wczesnym dzieciństwie ma-

ją wpływ na otępienie i przedwczesną śmierć w późniejszym życiu. W pewnym badaniu retrospektywnym analizowano pamiętniki młodych postulantek, kandydatek na zakonnice, napisane podczas ich pierwszego roku w klasztorze. Średni wiek kobiet w momencie pisania wynosił dwadzieścia trzy. Ponad sześć dekad później naukowcy obejrzeni notatki autobiograficzne każdej z nich i dodatkowo zbadali stan zdrowia i sprawność umysłową zakonnice już w podeszłym wieku. W ramach eksperymentu każda zakonnica wyraziła zgodę na przeprowadzenie sekcji zwłok po jej śmierci. Okazało się, że u tych kobiet, których pamiętniki charakteryzowało ubóstwo idei i mniej żywy język, występuje w podeszłym wieku większe prawdopodobieństwo rozwoju choroby Alzheimera z patologicznymi zmianami w mózgu.

Elokwencja językowa, czy też jej brak, zależy od wielu czynników, ale centralną rolę odgrywają stosunki emocjonalne we wczesnym okresie życia człowieka. Autor „Przygód Guliwera” nie był raczej pozbawiony zdolności językowych. Przyglądając się temu dokładniej stwierdzimy jednak, że zarówno życie Jonathana Swifta, jak i jego twórczość charakteryzował niedostatek doświadczeń emocjonalnych i bezpośredniego wyrażania emocji. Jego niebywałe zdolności w dużej mierze ograniczały się do pomysłów intelektualnych i inteligentnych dowcipów, które miały w sobie tyle ironii, że często umykały uwadze mniej błyskotliwych czytelników. Jak widzieliśmy w przypadku Gildy Radner, dowcip może być sposobem zachowania, który blokuje świadomy ból emocjonalny, ukrywa złość i zapewnia akceptację przez innych.

Możemy dostrzec bardzo negatywne emocje u Swifta, przede wszystkim jego złość w stosunku do kobiet, widoczną w bierno-agresywnym stylu jego lekceważącej satyry, czy też w równie okrutnych fragmentach jego opowiadań. Swift wymyśla jedno z najbardziej traumatycznych doświadczeń, jakie spotykają Guliwera, kiedy ten napotyka na pierś kobiety w Brodbingnag, krainie olbrzymów. W scenie tej Guliwer obserwuje mamkę karmiącą niemowlę. „Muszę przyznać, że żaden widok nie wywołał u mnie większego obrzydzenia niż ta olbrzymia pierś, której nie potrafię z niczym porównać... Stała dumnie, mierzyła sześć stóp i nie mogła mieć mniej niż szesnaście w obwodzie. Brodawka miała wielkość połowy mojej głowy i barwa zarówno jej, jak i całego wymienia była bardzo urozmaicona, pełna plamek, piegów i zmarszczek, tak że nie mogło być nic bardziej przyprawiającego o mdłości”.

Zrozumiemy tę poruszającą relację bardziej dogłębnie, jeżeli rozważymy fakt, że Swift przeżył poważny szok emocjonalny w okresie wczesnego dzieciństwa, za który później winił swoją opiekunkę. Ojciec Swifta, również Jonathan, umarł na siedem miesięcy przed urodzinami swojego pierwszego i jedyne syna. Kiedy Jonathan miał tylko roczek, został odseparowany od swojej matki, Abigaile. Miał jej nie ujrzeć przez kilka kolejnych lat. We fragmencie swojej autobiografii Swift twierdzi, że został porwany przez opiekunkę, ale według niektórych jego biografów brzmi to jak „pocieszająca bajka”. Bardziej prawdopodobnym jest hipoteza, że Swift został porzucony, ponieważ matka wróciła do niego na krótki okres i wkrótce znów go zostawiła.

Zetknięcie się Guliwera z olbrzymią piersią bez wątpienia pokazuje niezwykłą pamięć emocji. Mamy tutaj do czynienia z rozpaczą Jonathana w wieku niemowlęcym i złością spowodowaną nagłą nieobecnością matki, która w rozumieniu dziecka nie potrafiącego jeszcze mówić, została z niewiadomych przyczyn zastąpiona przez wstrętą mamkę i jej odrażające wymię.

Jonathan miał dwadzieścia lat, kiedy ponownie zobaczył swoją matkę; spotkanie to zostało celowo przez niego zorganizowane. W sposób charakterystyczny dla osób tłumiących emocje idealizował matkę pomimo ograniczonych do minimum kontaktów z nią. W panegyryku, który napisał dla niej, powiedział: „Jeżeli droga do nieba prowadzi przez pobożność, prawdę i sprawiedliwość, to ona już tam jest”.

Długo tłumiona złość Swifta wobec jego matki objawiła się później nie tylko w jego szowinistycznych tekstach, ale także w jego związkach z innymi kobietami. Często okazywał wobec nich „obojętną, stłumioną złość” albo nawet przemoc fizyczną. Tłumił także swoje emocje seksualne. Victoria Glendinning, autorka najnowszej biografii Swifta, pisze: „Trzymał chłodny dystans nawet w stosunku do kobiet, z którymi był blisko. Jakikolwiek rozluźnienie było niedopuszczalne. Nikt nie mógł mieć większej siły od niego – siły, która zniszczyłaby jego samokontrolę, siły, która mogłaby ranić... Wyrażał swoje uczucia na niewiele sposobów, a związki ze słabszymi i uległymi kobietami zapewniły mu pewną sytuację”.

Traktowanie przez Swifta bliskości z drugą osobą jako czegoś odrażającego, obawa przed kontaktem emocjonalnym czy też obawa

przed okazaniem wrażliwości, to sposoby jego obrony jako dziecka, które wzrastało w świecie pozbawionym uczuć i które szybko musiało radzić sobie samo. „Wydaje się, że nie było nikogo wśród dorosłych, komu tak naprawdę zależałoby na Jonathanie, albo kogoś, na kim jemu by zależało”.

U niektórych, nad wyraz uwrażliwionych osób, występuje niesamowita zdolność przewidywania procesów postępujących głęboko w ciele bądź w umyśle. Zaobserwowaliśmy to już wcześniej w przypadku wiolonczelistki Jacqueline du Pré i tancerki Joanne, które zmarły na stwardnienie zanikowe boczne. Trzydzieści lat przed swoją śmiercią, kiedy cieszył się jeszcze dobrym zdrowiem, Swift przewidział już swoje otępienie. Napisał on w *Strofach o śmierci Dr Swifta*:

*Biedny gentelmen, szybko opada z sił,
Wyraźnie znajdujesz to na jego twarzy:
Że stare zawroty głowy,
Nigdy go nie opuszczą, aż do jego śmierci:
Poza tym, jego pamięć się psuje,
Nie przypomina sobie, co mówi;
Nie potrafi zawołać swoich przyjaciół, aby sobie przypomnieć;
Zapomina miejsce gdzie zjadł ostatni obiad...*

Z takiego przeczucia zwierzył się podczas spaceru swojemu przyjacielowi na widok umierającego drzewa: „Będę jak to drzewo; umrę najpierw od góry”.

Swift zmarł w wieku sześćdziesięciu siedmiu lat, w jego czasach był to wiek całkiem zaawansowany. Przez ostatnie lata postępowało u niego otępienie. Nawet pod sam koniec był w stanie wypowiedzieć coś błyskotliwego, chociaż tylko nieświadomie, na pamięć. Glendinning pisze: „Któregoś dnia podczas tych smutnych miesięcy – była to niedziela, 17 marca 1744 roku – siedząc w swoim fotelu wyciągnął rękę, by wziąć nóż leżący na stole. Anne Ridgeway odsunęła go z jego zasięgu. Wzruszył ramionami i kołysał się, nagle powiedział, «Jestem, czym jestem». Powtórzył te same słowa, «Jestem, czym jestem», «Jestem, czym jestem»”.

Średnia spodziewana długość życia pacjenta z chorobą Alzheimera, od rozpoznania do śmierci, wynosi osiem lat, bez względu na to, w jakim jest wieku, kiedy rozpoczyna się choroba. W rzadkich przy-

padkach następuje to w szóstej dekadzie życia. Tak było w przypadku Auguste D., pięćdziesięciodziesięcioletniej kobiety, przyjętej do szpitala psychiatrycznego we Frankfurcie w 1901 roku, z historią niewyjaśnionych dziwactw, emocjonalnych wybuchów i zanikami pamięci. Jej nieodwracalne zniedołężnienie umysłowe i fizyczne zakończyło się śmiercią cztery lata później. Nie postawiono wtedy żadnej diagnozy, ale pośmiertnie stan Pani D. nazwano imieniem jej psychiatry, genialnego Aloisa Alzheimera.

Chociaż pogorszenie stanu zdrowia Pani D. wyglądało na starcze otępienie, a w tamtych czasach taki objaw uważany był za normalną konsekwencję procesu starzenia się, młody wiek pacjentki zasugerował doktorowi Alzheimerowi, że objawów takiej choroby wcześniej nigdy jeszcze nie zaobserwowano. Nowe techniki laboratoryjne tamtych czasów umożliwiły pośmiertne zbadanie mózgu pacjentki i wykazały to, co teraz uważa się za charakterystyczne objawy choroby, a mianowicie patologiczne zmiany w tkance mózgowej. Normalne włókna nerwowe zanikają, zastąpione płatą dzwinych włókien, nazwanych *włókienkami*, i płytkami, które David Shenak opisał jako „kruche brązowe guzki... mieszanina ziarenek i krótkich, krętych nitek, jakby były lepkiem magnesem dla mikroskopijnych odpadków”.

Dzięki odkrywczym pracom doktora Alzheimera wiemy, że otępienie nie jest nieuchronnym skutkiem starzenia się człowieka, ale oznacza chorobę. Pojawiło się wiele teorii próbujących wyjaśnić przyczynę tej choroby, ale jak do tej pory żadna z nich nie była przekonująca. Przed kilkoma laty odkrycie, że mózg zaatakowany przez chorobę Alzheimera zawiera większy poziom aluminium, skłoniło ludzi do pozbycia się urządzeń z aluminium z nadzieją zapobiegnięcia chorobie. Dopiero później rozpoznano, że obecność tego metalu w mózgu to konsekwencja postępującego już procesu, a nie jego przyczyna. Fakt, że tę płatą dzwinych włókien i płytek znaleziono w mózgach tych ludzi, u których nie występowały objawy choroby Alzheimera, jest jeszcze bardziej intrygujący. (Należy tutaj wspomnieć o analogicznym przypadku, kiedy u kobiety, która nie miała objawów nowotworu złośliwego, wykryto komórki rakowe, podobnie jak u mężczyzn z rakiem gruczołu krokowego, którzy umarli w zaawansowanym wieku). Najlepiej pokazuje to przykład z niedawno zakończonego badania zwią-

zanego z zakonnicami i chorobą Alzheimera. „Siostra Mary, idealny standard do badań nad zakonnicami, była niesamowitą kobietą, która osiągała wysokie wyniki w testach poznawczych, zanim umarła w wieku 101 lat. Co jest jeszcze bardziej niesamowite, to fakt, że była w tak wspaniałej formie, mimo że miała ogromną płatą dzwinych włókienek nerwowych i płytek starczych, zmian typowych dla choroby Alzheimera”.

Według zgodnej opinii wielu naukowców na całym świecie choroba Alzheimera zaliczana jest do chorób autoimmunologicznych, razem ze stwardnieniem rozsianym, reumatoidalnym zapaleniem stawów, wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego, astmą i wieloma innymi. Wszystkie one zaliczane są do chorób, w których układ odpornościowy człowieka działa przeciw własnemu organizmowi. W chorobach autoimmunologicznych zaciera się różnica między własną i obcą tkanką, którą należy atakować.

Rosyjscy naukowcy określili niedawno proces patologiczny, rozwijający się w chorobie Alzheimera, jako „agresję autoimmunologiczną”. Lekarze kanadyjscy zaobserwowali większą częstotliwość występowania innych chorób u rodzin pacjentów z chorobą Alzheimera, sugerując pewne predyspozycje. Zapalenie tkanki mózgowej w chorobie Alzheimera, określone przez włoskich badaczy jako *zapalenie będące skutkiem starzenia się*, zostało skutecznie zahamowane za pomocą tych samych leków przeciwzapalnych, które stosuje się w wypadku leczenia zapalenia stawów. Hiszpańscy naukowcy w tkance mózgowej chorych pacjentów znaleźli składniki układu odpornościowego, do których należały specjalne komórki odpornościowe i substancje chemiczne. Naukowcy zidentyfikowali również niespotykane przeciwciała, produkowane przez zdeorientowany układ odpornościowy. Austriaccy specjaliści twierdzą: „To bardzo prawdopodobne, że system odpornościowy odgrywa rolę w procesie neurodegeneracji w chorobie Alzheimera”.

Choroby o podłożu autoimmunologicznym powodują brak równowagi w fizjologicznym systemie regulującym reakcje stresowe, a szczególnie w kaskadzie hormonalnej uruchamianej przez podwzgórze. Nagły wzrost stężenia hormonów następuje zwłaszcza podczas wydzielania przez nadnercza kortyzolu i adrenaliny. Wiele badań pokazało, że w chorobie Alzheimera jest rozregulowana fizjologiczna

reakcja stresowa, włączając w to nieprawidłowe wydzielanie hormonów przez podwzgórze, przysadkę mózgową i nieprawidłowe wydzielanie kortyzolu.

U ludzi z chorobą Alzheimera i zwierząt z otępieniem mamy do czynienia z nadmierną produkcją kortyzolu, co jest odpowiednie do stopnia uszkodzenia hipokampu.

Doktor Cai Song jest międzynarodowej sławy naukowcem z Uniwersytetu Kolumbii Brytyjskiej i współautorem podręcznika *Fundamentals of Psychoneuroimmunology* („Podstawy psychoneuroimmunologii”). „Jestem przekonany, że choroba Alzheimera ma podłoże autoimmunologiczne”, mówi dr Song. „Prawdopodobnie wywołwana jest przewlekłym stresem działającym na starzejący się układ immunologiczny”.

Jak zauważyliśmy, ośrodki emocjonalne w mózgu głęboko wpływają na neurologiczne i hormonalne procesy zachodzące podczas reakcji stresowej. Tłumienie negatywnych emocji – np. podświadome zmartwienia, złość i obrzydzenie, jakiego doświadczył Jonathan Swift w wyniku wczesnej deprywacji – jest przewlekłym i znaczącym źródłem niszczącego stresu. Naukowcy z Uniwersytetu w Ohio zasugerowali, że w przypadku choroby Alzheimera i innych chorób o podłożu autoimmunologicznym negatywne emocje stanowią główny czynnik ryzyka ewentualnego zapoczątkowania i rozwoju choroby.

Ronald Reagan jest najbardziej znaną osobą na całym świecie, która cierpi na chorobę Alzheimera. Kiedy postawiono mu po raz pierwszy diagnozę, miał wówczas osiemdziesiąt trzy lata, było to sześć lat po zakończeniu drugiej kadencji jego prezydentury. Napisał we wzruszający sposób w swoim pożegnaniu z narodem: „Teraz rozpocząłem podróż, która doprowadzi mnie do zachodu mojego życia”. Był to długi i smutny okres.

Podobnie jak Swift, Reagan doświadczył urazu we wczesnym okresie swojego życia. Jego ojciec, Jack, był alkoholikiem. „Kiedy Reagan miał cztery lata, ciężko mu było pojąć, że jego ojciec został aresztowany za picie alkoholu w miejscach publicznych”, napisał Edmund Morris w niekonwencjonalnej biografii, *Dutch: A Memoir of Ronald Reagan* („Dutch: Pamięci Ronalda Reagana”). „Dutch, marzycielski, wrażliwy chłopak, był nieświadomy olbrzymiej ceny alkoholizmu. Nie rozumiał, dlaczego wraz z bratem Neilem, wyposażeni w worki wypełnione dopiero co zrobionym pop-cornem, byli wysyłani w popołudnia, podczas któ-

rych odbywały się rozgrywki baseballa, z poleceniem: «Idźcie i sprzedajcie wszystko w parku»”.

Morris, spostrzegawczy biograf, myli się w tym wypadku, a co najwyżej ma rację tylko po części. Wprawdzie istnieje możliwość, że małe dziecko nie jest świadome złej opinii o swojej rodzinie, jednakże emocjonalnie pochłania wszystkie negatywne vibracje panujące w jego najbliższym otoczeniu. Zamknięcie się w sobie, ucieczka od rzeczywistości, to najczęstsze sposoby obrony systemu nerwowego. W rezultacie ten wspaniały mówca mógł posługiwać się językiem sentymentu, ale nie prawdziwych uczuć. „Naprawdę brakuje słów” – to zdanie stało się typową wypowiedzią Reagana, „jego częstą reakcją na prośbę o opisanie swoich emocji”, pisze Morris.

Jeżeli człowiek tłumii swoje emocje od wczesnego dzieciństwa, kiedy zachodzą ważne fazy w rozwoju mózgu, zdolność rozpoznawania rzeczywistości może zostać trwale uszkodzona. Reagan przez całe życie miał problemy z odróżnianiem faktów od fikcji. „Nie potrafił oddzielić rzeczywistości od marzeń”, wspomina jego była narzeczona – wskazuje to, że w umyśle dziecka i w późniejszym życiu marzenie zastąpiło bolesną rzeczywistość. „Pamięć Reagana była wybiórcza” pisze Michael Korda, wydawca i redaktor, w swojej autobiografii, *Another Life* („Inne życie”), opublikowanej w 1999 roku:

Był znany z tego, że mieszał fikcję z rzeczywistością. Znana jest anegdota, którą prezydent opowiedział podczas ceremonii wręczenia odznak honorowych. Dotyczyła ona pilota bombowca Ósmych Sił Powietrznych, który w momencie skutecznego trafienia w prowadzonego przez niego B-17 przez artylerię przeciwlotniczą rozkazał swojej załodze wyskoczyć ze spadochronami. Tuż przed skokiem z płonącego samolotu zauważył rannego strzelca, który był uwięziony w swojej wieżyczce, nie był w stanie wyjść przez okienko ponad nim i był przerażony na myśl o samotnej śmierci. Pilot zdjął swój spadochron... położył się na podłodze, aby dosięgnąć ręką do wieżyczki i móc trzymać rękę umierającego chłopca. „Nie obawiaj się synu” powiedział „polecimy w dół razem”, kiedy samolot spadał.

W trakcie opowiadania Reagan i odznaczani żołnierze mieli łzy w oczach. Jedynym problemem było to, co wkrótce odkryła prasa, że takie wydarzenie nie miało miejsca. Była to scena z filmu, którą prezydent bezwiednie wprowadził w życie.

Można przytoczyć mnóstwo podobnych anegdot o Reaganie, podobnie jak i historii o jego słabej pamięci do twarzy. „Tato, to ja. Twój syn, Mike”, tak zareagował pierwotny syn Reagana, kiedy ten nie rozpoznał go w grupie studentów.

Wtedy jeszcze przyszły prezydent Stanów Zjednoczonych określił siebie jako „spokojny środek huraganu”. Morris pisze, że Reagan zawsze był „bardzo zamknięty w sobie...”, jako dziecko był nadzwyczaj spokojny... z paraliżem wrażliwości”. Przyczyna tego obronnego i wymuszonego przez niego samego paraliżu jest wiadoma. Inna dziewczyna, która nie chciała wiązać się z Reaganem, powiedziała: „Zawsze miałam świadomość, że nie można zranić Dutcha”.

Dutch – wczesne przezwisko Reagana z czasów, kiedy pracował jeszcze jako spiker radiowy – *może* być zraniony. Tłumił głęboko w sobie uczucia bólu i złości. Jest to bardzo widoczne na przykładzie incydentu opowiedzianego przez niego samego. Któregoś dnia wrócił do domu i zobaczył swojego ojca leżącego na zewnątrz, był pijany. „To był Jack, leżał na śniegu z rozpostartymi ramionami, na nic nie zwracając uwagi. Był pijany, nie istniał dla świata. Stałem tak nad nim przez minutę lub dwie... Czułem, że jest mi go żal. Kiedy patrzyłem na jego rozpostarte ramiona jakby został ukrzyżowany – a rzeczywiście tak było – z włosami mokrymi od topniejącego śniegu, chrapiący, nie mogłem czuć do niego urazy”.

Nie mogłem czuć do niego urazy – to zdanie ukazuje złość młodego człowieka w stosunku do jego ojca. W psychoterapii takie zjawisko funkcjonuje jako „potwierdzenie przez zaprzeczenie”: mówca najczęściej spontanicznie zaprzecza, że odczuwał coś szczególnego – zazwyczaj złość – o co w ogóle nie zapytano. Nawet nie zdaje sobie sprawy, że to samookreślenie ma takie znaczenie. Tymczasem zgadza się, że nie mógł odczuwać urazy, a to dlatego, że jego zdolność odczuwania emocji została już dawno uszkodzona. Tak naprawdę to bezwiednie komunikuje, że jest nieświadomy swojego uczucia wściekłości. Stwierdzenie – „Nie mogłem czuć do niego urazy” wskazywało na konflikt między złością a siłami, które próbowały ją stłumić.

Matka Reagana najwyraźniej była zbyt zajęta sobą i za bardzo przytłoczona stresem wynikającym z tego, że jej mąż był alkoholiczkiem i flirciarzem. Była niedostępna dla swoich dzieci i taki był też

Reagan w stosunku do własnych dzieci w późniejszym życiu. Często dziecko reaguje na swoją złość spowodowaną ignorowaniem go przez matkę, idealizując ją – i tak prawdopodobnie postępował też Reagan. Taka zależność uwiaryściła się, kiedy druga żona Reagana, bardzo mu oddana, zastępująca mu matkę i będąca jego opiekunką, zachorowała na raka piersi. Ich lekarz, John Hutton, był zobowiązany poinformować o tym prezydenta. Notatki Edmunda Morrisa z października 1987 roku:

NR ma raka piersi.

John Hutton zdecydował, że poinformuje prezydenta po spotkaniu rządu 5 października... „Panie Prezydencie, obawiam się, że mam złe wieści, jeżeli chodzi o mamografię Pierwszej Damy”. Hutton twierdzi, że dopiero w tym momencie zdał sobie sprawę, w jakim stopniu Dutch tłumi swoje uczucia. Siedząc za biurkiem, z piórem w ręku, po chwili powiedział łagodnie, ale z obojętnością: „To wy jesteście lekarzami i jestem pewny, że się tym zajmiecie”. Koniec wywiadu.

Zmieszany John udaje się do rezydencji: „Pani Reagan, Prezydent jest zbyt oszołomiony, aby cokolwiek powiedzieć”. Zostaje z nią, aż RR nadchodzi, niosąc papiery. Niezręczne powitanie; żadnej wzmianki o wieściach. Hutton wychodzi, jeszcze bardziej zakłopotany.

Takie przykłady nie wskazują, że dana osoba jest pozbawiona jakichkolwiek emocji. Ktoś, kto zupełnie nie jest przywiązany do drugiej osoby, powinien przynajmniej udawać, że ma jakieś ludzkie uczucia. Wręcz przeciwnie, *emocje mogą być zbyt gwałtowne, by je odczuwać świadomie*, ale są one fizjologicznie bardziej aktywne. Jeszcze raz możemy stwierdzić, że unikanie wyrażania swoich uczuć równoznaczne jest z dłuższym i większym stresem fizjologicznym. Ponieważ osoby te są mniej świadome tego, co dzieje się w ich wnętrzu, gorzej sobie radzą z konsekwencjami stresu. Co więcej, zdrowe wyrażanie uczuć redukuje stres. Wywołane przez przewlekły stres zmiany hormonalne i zmiany w systemie odpornościowym mogą przyczynić się do rozwoju takich schorzeń jak choroba Alzheimera.

Język, jakim Reagan pisał swoje pamiętniki w latach studenckich, jest sentymentalny, ale obojętny, co dramatycznie kontrastuje z ży-

wiołowym stylem pisanie sióstr zakonnych, które dożyły sędziwego wieku, nie cierpiąc na chorobę Alzheimera. Związek między relacjami uczuciowymi, zapisanymi przez młode siostry zakonne i ich późniejszym dobrym stanem zdrowia bez otępienia jest nadzwyczajny. Siostry, których prace były pozbawione emocji, podobnie jak u Reagana, zachorowały na Alzheimera.

Tłumienie uczuć było motywem pojawiającym się we wszystkich historiach życiowych pacjentów cierpiących na chorobę Alzheimera, którymi opiekowałem się, pracując jako lekarz rodzinny. Rozmawiałem z kilkoma osobami, które obecnie opiekują się starszymi rodzicami cierpiącymi na chorobę Alzheimera. Każdy z nich wspominał o wczesnej stracie kogoś bliskiego lub o braku uczuć w życiu ich rodziców. Jedna z nich powiedziała: „Ojciec mojej matki zmarł, kiedy ona była bardzo młoda. Chyba miała około dziesięciu albo jedenastu lat. Mieszkali w Vancouver, ale tamtego lata rodzina wysłała ją do Gibson, aby pomagała przy gospodarstwie. To było w latach trzydziestych.

Moja matka pracowała w Gibson, kiedy zmarł jej ojciec. Jej starsza siostra przyjechała i zabrała ją z powrotem do Vancouver. Kiedy przyjechały do domu, jej matka powiedziała do siostry: „Po co ją przywiozłaś? Przy mojej mamie. To było okrutne”.

„Kiedy dorastałem, w naszym domu panowała napięta atmosfera”, wspomina mężczyzna, którego matka cierpiała na chorobę Alzheimera. „Wszystko toczyło się pod powierzchnią. Wszystko, co mama mówiła było w porządku, ale jej ciało mówiło «odejdz». Niczego nie ujawniała. Dorastając zawsze miałem uczucie, że nie wiem, co się dzieje”.

Inni ludzie potrafią zaobserwować to, co zamknięta w sobie osoba ukrywa przed innymi. Znaną aktorkę z Hollywood, która знаła „wschodzącą gwiazdę filmu Ronalda Reagana”, ale która nie uległa jego urokowi, pomimo to „dotknęła rozpacz, która kryła się za tymi nieustającymi, nerwowymi dowcipami”, twierdzi Morris.

Morris zapytał kiedyś prezydenta, czego mu naprawdę brakowało, kiedy był młody. „Zapadała głucha cisza, kiedy próbował uniknąć odpowiedzi”, pisze autor. W końcu Reagan odpowiedział, że nie brakowało mu kochającej go osoby, ale raczej tęsknił za osobą, którą on mógłby pokochać. Morris napisał: „Zapisałem te słowa i je zakresliłem, jest to bardzo użyteczna czynność dla biografa, oznacza: *Czuje dokładnie coś odwrotnego, niż mówi*”.

Rozdział 13

Swoje czy obce: zagubiony system odpornościowy

W pierwszym wydaniu swojego klasycznego podręcznika *Principles and Practice of Medicine* z 1892 roku William Osler sugerował, że reumatoidalne zapalenie stawów ma „wedle wszelkiego prawdopodobieństwa pochodzenie nerwowe”. We współczesnym języku powiedzielibyśmy, że Osler mówił o stresie psychoemocjonalnym. Zauważył „związek tej choroby ze wstrząsem, niepokojem i żalem”.

William Osler nie był twardogłowym teoretykiem, lecz najbardziej znanym lekarzem w angielskojęzycznym świecie. Zdaniem Sherwina B. Nulanda, który sam był lekarzem i pisarzem, Osler „być może był największym nauczycielem praktyki klinicznej wszech czasów i wszystkich krajów”. Wykładał na Uniwersytecie McGill w Montrealu, w Szkole Medycznej Uniwersytetu Johna Hopkinsa w Baltimore i w Oksfordzie. W Anglii nadano mu tytuł szlachecki za wkład w sztukę uzdrawiania. Jego szeroko wykorzystywany podręcznik doczekał się szesnastu wydań – ostatnie ukazało się w 1947 roku, dwadzieścia osiem lat po śmierci autora.

W 1957 roku C.E.G. Robinson, specjalista chorób wewnętrznych z Vancouver, przytoczył słowa Oslera w krótkim artykule w „Canadian Medical Association Journal”. „Ja również pozostaję pod wrażeniem”, pisał, „częstości, z jaką przewlekły lub długotrwały stres może poprzedzać rozwój reumatoidalnego zapalenia stawów... Uważam,

że u wielu chorych na reumatoidalne zapalenie stawów największą rolę odgrywa aspekt uczuciowy i psychologiczny”.

Wykształcenie medyczne dr Robinsona było nadal przepojone typowym dla Oslera duchem humanistycznego i holistycznego podejścia. Teraz, u progu dwudziestego pierwszego wieku, można bezskutecznie szukać w głównym nurcie publikacji medycznych jakiegokolwiek wzmianki o stresie w odniesieniu do reumatoidalnego zapalenia stawów lub pokrewnych mu chorób autoimmunologicznych, które wszystkie cechuje swego rodzaju rebelia układu odpornościowego przeciw własnemu organizmowi. To przemilczenie, jakże tragiczne dla milionów ludzi cierpiących na tę lub inną formę reumatoidalnego zapalenia stawów, jest tym mniej uzasadnione, że badania od dawna dowodzą istnienia powiązań między stresem i chorobami autoimmunologicznymi i umożliwiają zrozumienie wielu potencjalnych szlaków fizjologicznych takich korelacji.

Szeroki wachlarz częściowo zachodzących na siebie jednostek chorobowych, zwanych chorobami reumatoidalnymi, obejmuje reumatoidalne zapalenie stawów, twardzinę układową, zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa oraz toczeń trzewny układowy (SLE, od angielskiej nazwy *systemic lupus erythematosus*). W chorobach tych, podobnie jak w wielu innych, zaburzony układ odpornościowy zwraca się przeciw tkankom własnego organizmu, zwłaszcza przeciw tkance łącznej, jak chrząstka, pochewki ścięgna czy wyściółka stawów lub naczyń krwionośnych. W chorobach tych występują różnego typu stany zapalne, obejmujące stawy kończyn lub kręgosłupa czy też tkanki powierzchowne, jak skóra lub spojówki oka, albo narządy wewnętrzne, jak serce lub płuca, a nawet – jak w przypadku SLE – mózg.

Charakterystyczną cechą wielu pacjentów z chorobami reumatoidalnymi jest stoicyzm posunięty do skrajności, głęboko zakorzeniona powściągliwość w szukaniu pomocy. Ludzie ci często znoszą w milczeniu okropny dyskomfort albo nie wyrażają swoich skarg wystarczająco głośno, by ktoś je usłyszał, lub też odrzucają pomysł przyjęcia leków łagodzących objawy.

Trzydziestolenia Celia przeżyła epizod uogólnionego zapalenia tętnic, które jest jeszcze jednym z szeregu procesów autoimmunologicznych. Cierpiała silny ból. – Przez dwa dni bolało mnie tak bardzo, że

wymiotowałam z powodu olbrzymich ilości Tylenolu i Ibuprofenu, jakie łykałam. Moja przyjaciółka spytała, „Czy już się poddajesz?”, i zabrała mnie na ostry dyżur.

– „Czy już się poddajesz” – co to znaczy? – spytałam.

– Jestem uparta. Kiedy jestem chora, zawsze boję się, że nie będą mi wierzyć albo będę uważana za hipochondryczkę.

– To znaczy, że nie mogłaś się ruszać z powodu okropnego bólu i martwiłaś się, że inni ludzie będą cię uważać za hipochondryczkę. Pozwól, że na chwilę odwrócimy tę sytuację. Wyobraź sobie, że to twój przyjaciel albo mąż, albo twoje dziecko doświadcza takiego bólu. Czy nie zaczęłabyś działać znacznie szybciej?

– Tak.

– Skąd się biorą te podwójne standardy?

– Nie wiem. To chyba sięga daleko w przeszłość. Aż do okresu, kiedy dorastałam.

Powstrzymywanie się od skarg i stoicyzm, charakterystyczne dla osób cierpiących na choroby reumatoidalne, to postawa wyuczona we wczesnym okresie życia. Przedmiotem troski Celi zawsze byli inni ludzie. Chociaż sama była maltretowana jako dziecko, starała się chronić swoją matkę przed kolejnymi maltretującymi ją partnerami. Bała się, że rodzina nie będzie miała wystarczająco dużo pieniędzy albo że otoczenie dowie się o przemocy w rodzinie.

– Przede wszystkim obawiałam się, że mój brat zostanie młodocianym przestępcą albo stanie się z nim coś okropnego.

– A co z tobą?

– Zawsze czułam, że jakoś sobie z tym dam radę. Nie chciałam przyjąć do wiadomości, jak bardzo trudne było dla mnie to wszystko. Racjonalizowałam to aż do momentu, w którym mogłam tę sytuację zaakceptować i poradzić sobie z nią. Minimalizowałam problem.

Intensywne badanie medyczno-psychiatryczne osób z reumatoidalnym zapaleniem stawów, przeprowadzone w 1969 roku w mieszczącym się w Maryland oddziale Fundacji Zapalenia Stawów i Reumatyzmu, doprowadziło do wniosku, że „pomimo niejednorodności tej grupy, psychologiczna charakterystyka pacjentów, ich podatność i konflikty życiowe były znacząco zbliżone”. Jedną ze wspólnych cech była pseudoniezależność, opisana przez autorów jako *kompen-*

sacyjna hiperniezależność. Sztywne przekonanie Celi, że może sama dać sobie radę ze wszystkim, było mechanizmem radzenia sobie ze stresem, kompensacją potrzeb uczuciowych, ignorowanych w jej dzieciństwie. Dziecko w takiej sytuacji może przetrwać dzięki temu, że udaje przed sobą i przed całym światem, że nie ma żadnych potrzeb, których samo nie mogłoby zaspokoić. Jednym z celów takiego udawania jest zmniejszenie postrzeganego stresu uczuciowego do rozmiarów przystających do możliwości dziecka i zwyczaj ten może utrzymywać się potem przez całe życie.

Kompensacyjna nadmierna niezależność, biorąca początek we wczesnym odwróceniu ról między rodzicem i dzieckiem, wyjaśnia również, dlaczego Celia, zaciskając zęby znosiła fizyczny ból do momentu, kiedy przyjaciółka musiała ją zaciągnąć na ostry dyżur ze słowami „Czy już się poddałaś?”.

W 1969 roku brytyjski badacz z dziedziny psychiatrii, John Bowlby, opublikował książkę *Attachment*, pierwszy tom jego klasycznej trylogii, badającej wpływ relacji między rodzicem i dzieckiem na rozwój osobowości. „Odwrócenie ról między dzieckiem lub nastolatkiem i rodzicem, o ile nie trwa bardzo krótko, niemal zawsze jest oznaką nie tylko patologii istniejącej w rodzicu”, napisał, „ale również przyczyną patologii rozwijającej się w dziecku”. Zamiana ról z rodzicem wypacza relacje dziecka z całym światem. Jest potężnym źródłem przyszłych chorób psychicznych i fizycznych, ponieważ predysponuje do stresu.

Wśród innych cech, rozpoznanych w badaniach psychologicznych u osób cierpiących na schorzenia reumatoidalne, znajduje się perfekcjonizm, obawa przed własnymi impulsami gniewu, zaprzeczenie wrogości i silne uczucie niedopasowania. Jak się przekonaliśmy, podobne cechy powiązano z „osobowością nowotworową” czy też z osobowościami zwiększającymi ryzyko stwardnienia rozsianego, stwardnienia zanikowego bocznego lub innych chorób przewlekłych. Żadna z tych cech nie jest wrodzona dla danej osoby ani nie wbudowuje się nieodwołalnie w jej osobowość.

„W historii dzieciństwa tych pacjentów uderzała obecność wczesnej funkcjonalnej utraty jednego lub obu rodziców”, jak wynika z badania z Maryland. Czytelnik zauważy z pewnością, jak często w przytoczonych tu historiach występuje wczesne rozdzielenie rodziców, porzucenie lub nawet śmierć matki lub ojca. Jeszcze bardziej uniwer-

salna jest *depriwacja emocjonalna*, inny wątek często powtarzający się w literaturze naukowej. Autorzy australijskiego badania z 1967 roku, dotyczącego osób chorych na toczeń układowy, piszą że: „Wśród chorych częściej niż w grupie kontrolnej badane osoby zgłaszały emocjonalną depriwację w dzieciństwie, związaną z zaburzoną relacją dziecko–rodzic w «pełnej» rodzinie”.

Tak samo jak kompensacyjna nadmierna niezależność, tłumienie gniewu jest formą *dysocjacji*, czyli procesu psychicznego, zapoczątkowanego w dzieciństwie. Młoda istota ludzka nieświadomie wypycha ze świadomości uczucia lub informacje, które – gdyby doświadczała ich świadomie – stworzyłyby problemy nie do rozwiązania. Bowlby nazywa to zjawisko „obronnym wykluczeniem”. Obronnemu wykluczeniu podlegają tego rodzaju informacje, które, gdyby zostały przetworzone w przeszłości, stałyby się dla danej osoby źródłem mniej lub bardziej dotkliwego cierpienia.

Innymi słowy, złościąc się, dziecko wpadło w kłopoty i doświadczyło odrzucenia. Gniew i odrzucenie musiały zostać przeniesione w jego wnętrzu przeciw samemu sobie, aby chronić związek uczuciowy z rodzicem. To z kolei prowadziło do „silnego poczucia nieprzystosowania i do słabego wyobrażenia własnej osoby”, co badacze zaobserwowali u pacjentów z chorobami reumatycznymi. „Nierzadko gniew zostaje przeniesiony z bliskiej osoby, która go wzbudziła, na samego siebie”, wyjaśnia Bowlby. „Prowadzi to do nieuzasadnionego samokrytycyzmu”.

W chorobie autoimmunologicznej siły obronne zwracają się przeciw własnemu organizmowi. W życiu społeczności – w ciele politycznym – takie zachowanie zostałoby określone jako zdrada. W organizmie danego człowieka zagubienie układu immunologicznego prowadzi do fizycznego buntu, który dokładnie odzwierciedla nieświadome zagubienie psychiczne między tym co własne i co obce. Wskutek tego zatarcia granic komórki immunologiczne atakują organizm, jakby był obcą substancją, tak samo jak psychika jest atakowana przez skierowane wobec siebie uczucia wstydu i gniewu.

To podwójne zagubienie odzwierciedla przerwanie powiązań między mechanizmami ciała/umysłu w obrębie supersystemu emocjonalno-nerwowo-immunologiczno-hormonalnego, który nazwaliśmy układem PNI.

Emocje są doskonale zbieżne i komplementarne wobec innych ele-

mentów sieci PNI: podobnie jak układ immunologiczny i nerwowy, uczucia chronią organizm przed zewnętrznym zagrożeniem; podobnie jak układ nerwowy i hormony, zapewniają zaspokojenie podstawowych apetytów i potrzeb; i wreszcie, podobnie jak wszystkie te systemy działające wspólnie, pomagają utrzymać i naprawić środowisko wewnętrzne.

Emocje – strach, gniew, miłość – są tak samo niezbędne do przeżycia organizmu, jak impulsy nerwowe, komórki immunologiczne czy aktywność hormonalna. Wcześniej w procesie ewolucji prymitywne reakcje w postaci przyciągania lub niechęci stały się niezbędne do życia i rozmnażania istot żywych. Uczucia, jak również fizyczne struktury, komórki i tkanki, które umożliwiają ich pojawianie się, ewoluowały jako nieodłączna część aparatu przeżycia. Nic dziwnego zatem, że podstawowe elementy, które łączą wszystkie układy zachowania homeostazy i obrony organizmu, biorą również udział w reakcjach uczuciowych. Substancje przekąźnikowe, w tym endorfiny, można znaleźć u olbrzymiej większości prymitywnych istot, którym brak nawet śladowego układu nerwowego. To nie jest tak, że narządy odpowiedzialne za emocje *wchodzą w interakcje* z systemem PNI – one są nieodłączną częścią tego systemu.

W rozdziale 7 stwierdziliśmy, że cytokiny, czyli substancje przekąźnikowe wytwarzane przez komórki odpornościowe, mogą łączyć się z receptorami komórek mózgu, powodując zmiany stanu organizmu, nastroju i zachowania. To, że uczucia indukują zmiany w aktywności układu odpornościowego, jest tylko drugą stroną tej samej monety. Dla zilustrowania równoległej i uzupełniającej się funkcji obronnej układu emocji i aparatu immunologicznego, możemy porównać rolę komórek odpornościowych z rolą uczucia, takiego jak, powiedzmy, gniew.

Dlaczego odczuwamy gniew? W świecie zwierząt gniew nie jest „negatywną” emocją. Zwierzę doświadcza gniewu, kiedy jakaś jego podstawowa potrzeba jest albo zagrożona, albo pozostaje nie zaspokojona. Chociaż zwierzęta nie dysponują świadomą wiedzą o zjawiskach uczuciowych, to jednak odczuwają i doświadcniają zmian fizjologicznych, odpowiadających Emocji I. I – rzecz jasna – manifestują behawioralne oznaki, określane jako Emocja II. Szczególnym celem zmian biologicznych Emocji I jest przygotowanie danego stworzenia do reakcji walki lub ucieczki. Ponieważ jednak zarówno ucieczka, jak

i walka wymagają olbrzymiego wydatku energii i stwarzają niebezpieczeństwo zranienia lub śmierci, objawy Emocji II pełnią kluczową funkcję: często umożliwiają zakończenie konfliktu bez fizycznej szkody dla żadnej z jego stron.

Zwierzę bez możliwości ucieczki odwraca się, aby stawić czoło swojemu prześladowcy z wściekłym wyrazem gniewu. Gniew może uratować życie albo zniechęcając myśliwego, albo umożliwiając ofierze skuteczny opór. Gniew budzi się również w zwierzęciu, kiedy obcy przedstawiciel tego samego gatunku, pochodzący spoza rodziny, watahy czy stada, narusza jego terytorium. Gdyby dwa osobniki natychmiast angażowały się w fizyczne starcie o sporne terytorium, prawdopodobnie jeden z nich lub oba odniosłyby rany. Natura rozwiązuje ten problem, skłaniając oba osobniki, by najpierw ujawniły oznaki swojego gniewu: odsłonięte zęby, groźące ruchy ciała, groźne dźwięki. Bardziej przekonujący spektakl często zapewnia wygraną, pozwalając uniknąć zranienia któregokolwiek z przeciwników.

Aby robić właściwy użytek z gniewu, organizm musi odróżniać między zagrożeniem i jego brakiem. Fundamentalne rozróżnienie musi dotyczyć tego, co własne i co obce, ja i nie-ja. Jeśli nie wiem, gdzie zaczyna się i kończy moje terytorium, nie wiem, kiedy ktoś potencjalnie niebezpieczny je narusza. Niezbędne do życia odróżnienie tego, co znane, od tego, co obce, tego, co bezpieczne, od tego, co potencjalnie groźne, wymaga właściwego rozwinięcia zdolności rozróżniania między tym, co własne i tym, co obce. Gniew reprezentuje zarówno *rozpoznanie* obcego i niebezpiecznego, jak i *reakcję* na takie zjawisko.

Pierwszym i podstawowym zadaniem układu odpornościowego jest również odróżnienie między „własnym” i „obcym”. Odporność również zaczyna się od *rozpoznania*. Rozpoznanie to funkcja czuciowa, którą pełnią w układzie nerwowym zakończenia czuciowe. Możemy poprawnie powiedzieć, że układ odpornościowy jest także narządem czuciowym. Każda sytuacja, kiedy układ immunologiczny nie spełnia funkcji rozpoznawania, naraża nas na równie wielkie niebezpieczeństwo jak to, które zagrażałoby nam, gdyby upośledzona została nasza zdolność widzenia, słyszenia, czucia, dotyku lub smaku. Kolejną funkcją układu nerwowego jest pamięć. Układ odpornościowy również musi dysponować pamięcią: musi przypominać sobie, co w zewnętrznym świecie jest niegroźne lub ma wartość odżywczą, co jest neutralne, a co potencjalnie toksyczne.

Pod czujnym okiem rodziców niemowlę i małe dziecko odkrywa otoczenie, uczy się, co jest jadalne, a co nie, co jest wygodne, a co stanowi źródło bólu, co jest groźne, a co bezpieczne. Zdobywane informacje przechowuje w bankach pamięci rozwijającego się mózgu. Odporność jest również kwestią uczenia się. Układ immunologiczny przechowuje swoje wspomnienia w komórkach zaprogramowanych w ten sposób, by natychmiast mogły sobie przypomnieć każde wcześniej napotkane zagrożenie. I tak samo jak układ nerwowy musi przez całe życie zachować swoją zdolność uczenia się, tak samo układ immunologiczny ma zdolność tworzenia nowych „wspomnień” dzięki powstawaniu klonów komórek odpornościowych, przystosowanych specyficznie do rozpoznawania nowego zagrożenia.

Dzięki obecności komórek odpornościowych w krążeniu i we wszystkich tkankach i przestrzeniach organizmu, możemy uważać układ immunologiczny za „płynny mózg”, wyposażony w zdolność rozpoznawania tego, co obce. Aparatem czuciowym – oczami, uszami i kubkami smakowymi – tego „płynnego mózgu” są receptory na powierzchni komórek immunologicznych, przystosowane do odróżniania tego, co bezpieczne od tego, co szkodliwe. To, co własne, jest rozpoznawane dzięki tak zwanym *antygenom zgodności tkankowej*, występującym na błonach komórkowych prawidłowych komórek organizmu, czyli cząsteczkom, które są nieomylnie rozpoznawane przez receptory immunologiczne. Antygeny zgodności tkankowej to białka znajdujące się na każdej komórce, bez względu na jej rodzaj. Obce organizmy i substancje nie posiadają takich markerów, wskutek czego stają się obiektem ataku układu immunologicznego. Właśnie zaczynamy odkrywać różnorodność tych antygenów. „Jest szansa, że w przyszłości znajdziemy znacznie więcej antygenów zgodności tkankowej”, jak napisano w artykule w „Science”.

Limfocyty, których zadaniem jest „zapamiętywanie” obcych antygenów, to limfocyty T dojrzewające w grasicy. W ludzkim organizmie jest ich nawet bilion. Komórki te i ich receptory „muszą nauczyć się tolerowania każdej tkanki, każdej komórki, każdego białka w organizmie. Muszą być zdolne do odróżnienia hemoglobiny znajdującej się w krwi od insuliny wydzielanej przez trzustkę i od ciała szklatego zawartego w oku, i od wszystkiego innego. Muszą dawać sobie radę z odpieraniem ataku niezliczonych rodzajów intruzów, a jednocześnie nie atakować własnego organizmu”.

Ramy tej książki nie pozwalają na omówienie mechanizmów, dzięki którym różne komórki odpornościowe rozpoznają wrogie mikroorganizmy i szkodliwe substancje oraz tego, jak szwadrony komórek immunologicznych zostają zaprogramowane do eliminowania takich intruzów. Jeszcze więcej czeka na odkrycie, a to, co już rozumiemy, obejmuje niezwykle skomplikowane sekwencje biochemicznych wydarzeń, interakcji i skutków. Kluczową kwestią do zapamiętania jest tylko to, że układ odpornościowy i emocje mają pewne wspólne zadania: po pierwsze, „świadomość” siebie, której towarzyszy świadomość tego, co obce; po drugie, rozpoznawanie korzystnych wpływów i dostrzeganie zagrożeń; wreszcie, akceptowanie sprzyjających życiu wydarzeń przy umiejętności ograniczania lub eliminowania niebezpieczeństw.

Kiedy nasza psychiczna zdolność odróżniania tego, co swoje od tego, co obce, zostanie upośledzona, ten brak musi rozciągać się również na sferę fizjologii. Stłumiony gniew prowadzi do zaburzeń odporności. U osób zapadających na choroby przewlekłe często spotyka się takie wzorce reagowania, jak niemożność skutecznego przetwarzania i wyrażania uczuć oraz tendencja do zaspokajania potrzeb innych przed rozważeniem własnych. Te style postępowania reprezentują zatarcie granic, pomieszanie – na poziomie psychologicznym – tego, co własne i tego, co obce. Do takiego samego zamieszania dojdzie w efekcie na poziomie komórek, tkanek i narządów. Układ odpornościowy będzie wtedy zbyt zagubiony, aby odróżnić siebie od innych, i zbyt słaby, aby bronić się przed niebezpieczeństwem.

Zazwyczaj komórki odpornościowe, które reagują przeciw własnym substancjom, są natychmiast zabijane lub dezaktywowane. Jeśli komórki immunologiczne, które zwracają się przeciw własnego organizmowi, nie zostaną zniszczone ani unieszkodliwione, będą atakować tkanki organizmu, który miały bronić. Mogą się wówczas pojawić reakcje alergiczne lub choroby autoimmunologiczne. Z drugiej strony, jeśli zdrowe komórki odpornościowe zostaną zniszczone przez promieniowanie, leki lub, powiedzmy, wirus HIV, organizm zostanie pozbawiony obrony przed infekcjami lub nie kontrolowanym wzrostem guzów. Taki sam efekt może mieć stłumienie układu immunologicznego wskutek przewlekłego stresu emocjonalnego.

Korelację między stłumieniem poczucia własnej osoby i buntem układu odpornościowego ilustruje badanie z 1965 roku, przeprowa-

dzione na *zdrowych* krewnych kobiet cierpiących na reumatoidalne zapalenie stawów. W normalnych warunkach przeciwciała powstają wyłącznie w odpowiedzi na inwazję mikroorganizmów lub potencjalnie szkodliwych obcych substancji. Jedną z laboratoryjnych oznak reumatoidalnego zapalenia stawów jest stwierdzenie obecności pewnego przeciwciała, wytwarzanego przez zagubiony układ immunologiczny przeciw własnemu organizmowi. Nazywa się je czynnikiem reumatoidalnym, RF (od ang. *rheumatoid factor*). Obecność tego czynnika stwierdza się u ponad 70% chorych na reumatoidalne zapalenie stawów, RF może być również obecny u osób wolnych od tej choroby. Celem omawianego protokołu badawczego było stwierdzenie, czy pewne cechy osobowości wiążą się z występowaniem tego przeciwciała, nawet jeśli nie rozwinęła się choroba.

Do badania włączono trzydzieści sześć kobiet dorosłych lub w wieku dojrzewania, z których żadna nie miała choroby reumatycznej. U czternastu znaleziono przeciwciała RF. W porównaniu z kobietami bez przeciwciała, grupa z obecnością RF uzyskała w testach psychologicznych znacznie wyższą punktację, odzwierciedlającą takie cechy, jak „uległość, nieśmiałość, sumienność, religijność czy moralizm”.

Obecność przeciwciała u badanych kobiet sugeruje, że tłumienie uczuć już zainicjowało reakcję immunologiczną przeciw własnemu organizmowi, jednak jeszcze nie do stadium jawnej klinicznie choroby. Można się spodziewać, że jeśli w życiu tych kobiet wystąpią dodatkowe stresujące wydarzenia, mogą one jeszcze bardziej podsyćć rebelię immunologiczną, wywołać aktywne zapalenie i wyzwolić prawdziwą chorobę. „Zaburzenia emocjonalne w połączeniu z czynnikiem reumatoidalnym mogą prowadzić do choroby reumatycznej”, wnioskuje autorzy. Możliwy jest również rozwój reumatoidalnego zapalenia stawów bez obecności autoprzeciwciała RF. Jak się można spodziewać, w takich przypadkach nasilenie stresu może być jeszcze większe – dokładnie tak, jak to stwierdzono w innym badaniu.

Artykuł przeglądowy z 1987 roku kończy się stwierdzeniem, że „ważne dowody płynące z różnych badań silnie sugerują rolę stresu psychologicznego w indukowaniu, zaostrzeniu i ostatecznym przebiegu reumatoidalnego zapalenia stawów”.

* * *

Specyficzny wpływ stresu, który może prowokować chorobę autoimmunologiczną, ilustruje historia Rachel, młodej Żydówki. Jej pierwszy epizod reumatoidalnego zapalenia stawów wystąpił w odpowiedzi na wydarzenie, które było powtórzeniem emocjonalnego urazu z wczesnego dzieciństwa.

Rachel dorastała w konflikcie ze swoim starszym bratem, którego uważała za faworyzowanego. Jej rodzice rozstali się i Rachel czuła się szczególnie odrzucona przez ojca. – Zawsze byłam obywatelką drugiej kategorii – mówi. – To mój brat był tym upragnionym. Pamiętam jeszcze, jak szłam ulicą sama, pół przecznicy za nimi, a ojciec obejmował ramieniem mojego brata. Pamiętam, że zawsze musiałam jeździć na tylnym siedzeniu. Dopiero kilka lat temu matka powiedziała mi, że pojechałam do Chicago wraz z bratem odwiedzić ojca tylko dlatego, że ona powiedziała: „Bierzesz oba dzieciaki albo nie bierzesz żadnego”. Nigdy mnie nie chciał.

Rachel opowiada, że jako dziecko była jeszcze jedną „grzeczną małą dziewczynką, która nigdy nie sprawiała kłopotów” i ten styl postępowania kontynuowała w dorosłym życiu. Dwa lata temu podczas Rosz Haszana, żydowskiego święta Nowego Roku, była u matki i przygotowywała obiad dla rodziny. Spieszyła się, bo musiała wyjść na czas, żeby nie spotkać się ze swoim bratem, który postanowił w ostatniej chwili dołączyć do reszty rodziny.

– Nie chciał przyjechać tam razem ze mną, więc umówiliśmy się, że wcześniej pojadę do matki i pomogę jej w gotowaniu. O czwartej miałam wyjść, żeby on i moja bratowa, i bratanek mogli spędzić resztę Rosz Haszana z moją matką.

– Czy dobrze to rozumiem? – wtrąciłem. – Mówisz, że miałaś pojechać tam, gotować i zrobić całą pracę, a potem wyjść, żeby inni mogli mieć miłe święto i zjeść razem posiłek? Dlaczego zgodziłaś się na taki układ?

– Bo to było święto Rosz Haszana i uważałam, że rodzina powinna być razem.

– Co się wydarzyło?

– Kiedy byłam u matki, zaczęło mnie niewiarygodnie boleć. Trafiłam do szpitala. Zapalenie stawów dotknęło nogi i w ogóle nie mogłam ich używać. Zwykle nie krzyczę z bólu. Jestem jednak pewna, że tym razem słyszała mnie cała izba przyjęć. Już następnego dnia byłam znowu w szpitalu, bo ból objął całe ciało. Nie mogłam się ruszać.

Nawet kiedy byłam wieszona w fotelu na kółkach, i tak wrzeszczałam z bólu.

Od stresu uzależnione jest nie tylko wystąpienie lub zaostrzenie choroby reumatycznej, ale również jej nasilenie. W badaniu rozpoczętym w 1967 roku obserwowano przez pięć lat piętnastu młodych dorosłych pacjentów ze świeżo rozpoznany reumatoidalnym zapaleniem stawów. Na początku oceniono czynniki stresu psychologicznego, poprzedzające wystąpienie objawów. Wszystkich chorych badano dwa razy w roku i corocznie wykonywano zdjęcie rentgenowskie ich nadgarstków i rąk, czyli tych miejsc, w których choroba jest najczęściej aktywna. Na zakończenie badania pacjentów podzielono w zależności od stopnia uszkodzenia tkanek: w grupie pierwszej podczas badania lekarskiego nie stwierdzano obrzęku, a na zdjęciu rentgenowskim nie było objawów niszczenia kości, zwanych nadżerkami; w grupie drugiej stwierdzano obrzęk tkanek miękkich, ale bez nadżerek kości; w grupie trzeciej występowały nadżerki w kościach nadgarstków i rąk. Wyniki badania opublikowano w „The American Journal of Medicine”. Autorzy stwierdzili, że u pacjentów, którzy ostatecznie znaleźli się w grupie trzeciej, podczas początkowej oceny stwierdzono „znaczaco większą częstotliwość występowania czynników stresu psychicznego, związanych z ujawnieniem się choroby” w porównaniu z osobami, które w momencie zakończenia badania kwalifikowały się do pozostałych dwóch kategorii.

Większość rozmów, które przeprowadziłam, zbierając materiał do tej książki, odbyła się w domach moich rozmówców. Gila, pięćdziesięcioletnia kobieta z reumatoidalnym zapaleniem stawów, nalegała na spotkanie w pobliskim lokalu McDonalda. Mogłaby służyć za prototyp „pełnej samopoświęcenia, podporządkowanej, skrepowanej, nieśmiałej, zahamowanej i perfekcjonistycznej” pacjentki z chorobą reumatyczną, opisaną w literaturze.

Chorobę Gil rozpoznano w 1976 roku, podczas epizodu zapalenia wielomięśniowego, czyli uogólnionego stanu zapalnego mięśni. Zanim zgłosiła się do lekarza straciła znaczną część masy mięśni barków i bioder. Jej mięśnie oddechowe były tak osłabione, że oddychała płytko. Nie mogła podnieść rąk ani nóg, ani przełknąć nic suchego. Kiedy zgłosiła się do specjalisty, została natychmiast przyjęta do szpi-

tala w celu zastosowania dożylnego leczenia kortykosteroidami. „Powiedział, że jestem żywym trupem. Nie powinnam być w ogóle chodzić. Podczas testów wydolności płuc, kiedy dmuchałam w maszynę, igła w ogóle się nie poruszała. Nawet odrobinę. Ale jakoś to kompensowałam. Wiesz... Nie uświadamiałam sobie. Kiedy chodziłam, nie zauważałam, że ciągnę nogi, zamiast je podnosić”.

– Jak myślisz, dlaczego tego nie dostrzegałaś?
 – Byłam zajęta, jak przypuszczam. Byłam zmęczona. Miałam dwoje dzieci, małych dzieci, i byłam bardzo zabiegana.
 – Jestem ciekaw, dlaczego chciałaś, żebyśmy spotkali się w McDonald's.

– W domu jestem zawsze skrepowana tym, jak wygląda moje mieszkanie. Powinno być czyste i posprzątane. Jeśli ktoś przychodzi do mnie i widzi, że jest kurz tu i tam, potem...

– Nie mówisz o czystości, tylko o perfekcji. Nie można uwolnić się od kurzu, prawda? Kurz jest częścią życia. A jeśli nie możesz tego zaakceptować, to znaczy, że wszystko musi być perfekcyjne. Czy tak jest ze wszystkim?

– No, tak. Zanim zachorowałam na reumatoidalne zapalenie stawów, byłam jeszcze bardziej... Moje ciotki nazwały mnie superkobietą. Mój mąż wyjeżdżał z miasta. Podczas praktyki musiał pracować w tartaku. Byłam sama z dwójką dzieci. Pracowałam – i to w nadgodzinach – bo właśnie kupiliśmy dom. Czasami pracowałam siedem dni w tygodniu, po dziesięć godzin dziennie.

– Co robiłaś?
 – Pracowałam na poczcie. Mimo wszystko lubiłam tę pracę.
 – Lubiłaś pracować siedem dni w tygodniu, po dziesięć godzin dziennie?

– Wyjście do pracy to prawie jak wyjazd na wakacje. Lubiłam tych ludzi. Byłam zaprzyjaźniona z szefem, nikt nie robił mi kłopotów. Wszyscy wokół zdawali się być znudzeni pracą na poczcie, a ja po prostu nie mogłam zrozumieć, dlaczego się nudzą i narzekają. Ja czułam się tam dobrze. Uważam, że to także była jedna z przyczyn, dla których w ogóle zachorowałam na reumatoidalne zapalenie stawów. Myślę, że źle traktowałam samą siebie. Nie miałam wystarczająco dużo odpoczynku. Ani wystarczająco dużo snu.

Poza pracą zawodową i obowiązkami domowymi Gila czuła się jeszcze zobowiązana do utrzymania nieskazitelnego ogrodu i po-

dwórka. Jej dom znajdował się między domami dwóch par emerytów, którzy dbali o swoje podwórka do perfekcji, a ona bała się, że jeśli za-
puści swój ogród, wartość ich domów spadnie. „Tak, były nienaganne.
Kosili trawę co tydzień. Więc ja też musiałam kosić trawnik co ty-
dzień, żeby nie odstawać”. Troszczyła się także, żeby jej dzieci miały
możliwości, których ona sama była pozbawiona. Podczas weekendów
woziła je na lekcje fortepianu, lekcje śpiewu, lekcje baletu, tańca lu-
dowego, zawody sportowe.

Gila robiła to wszystko bez żadnej pomocy ze strony męża i jedno-
cześnie pracowała na poczcie na popołudniowej zmianie, od 4.30 po
południu do 1. w nocy. Całe lata sypiała po cztery godziny. – Kiedy za-
chorowałam na zapalenie stawów, fizjoterapeuta powiedział mi: „Kie-
dy cię boli, masz przestać. Musisz odpocząć, bo to oznacza, że twoje
ciało mówi ci, żebyś się zatrzymała”. I tak zrobiłam. Ale cała rzecz
w tym, że mój dom nie wygląda tak jak kiedyś. Poprzednio odkurza-
łam co drugi dzień, a nawet dwa razy dziennie. Teraz to mój mąż od-
kurza, bo ja już nie mogę tego robić. I nie jestem zadowolona z tego,
jak to robi. Więc czasami poprawiam po nim, chociaż nie pozwalam,
by się o tym dowiedział. Po prostu robię małe wykończenie. Mój dom
nie jest tak czysty, porządkowy ani schludny, jak kiedyś.

Gila wychowała się na Filipinach w warunkach, których czytelnik
mógł się już domyśleć. Była najstarszym z ośmiorga dzieci i opieko-
wała się nimi wszystkimi. Rodzice krytykowali ją bezlitośnie. Kiedy
coś było nie tak, dostawała lanie.

– Miałam astmę. I za każdym razem, kiedy dostawałam lanie, mia-
łam atak astmy. A za każdym razem, kiedy miałam atak, mama mó-
wiła: „Oho, to jest kara boska za to, że byłaś niedobra. Bo nie zrobiłaś
tego, co do ciebie należy, bo pyskowałaś”. Staralam się więc robić
wszystko. Nie byłam celowo niedobra. Staralam się, jak mogłam,
a i tak byłam karana, kiedy o czymś zapominałam. A czasami po pro-
stu nie umiałam zrobić tego tak, jak chciała. Ona także była perfek-
cjonistką.

Mąż Gili bił ją w pierwszych latach małżeństwa. Potem przemoc
przekształciła się w obojętność uczuciową, ale nadal był śmiertelnie
zazdrosny i kontrolujący.

Niektórzy z fizjoterapeutów, pracujących z Gila, poruszali kwestie
stresu, jednak żaden z lekarzy leczących ją z powodu reumatoidalne-
go zapalenia stawów nigdy nie zapytał o jej życie osobiste lub uczu-

ciowe. Mądrość Sir Williama Oslera zaginęła w tym wielkim trójkącie
bermudzkim współczesnej praktyki medycznej.

Po wystąpieniu choroby Gila uświadomiła sobie, że musi wykonać
pewną pracę psychologiczną. Rozumiała, że jej choroba, chociaż nie-
chciana, miała ją jednak czegoś nauczyć. Zorganizowana medycyna
nie była w stanie pomóc. Na własne żądanie Gila została skierowana
do psychiatry. „Powiedział mi, że nie powinnam być tak wzburzona,
że powinnam traktować męża jakby był moim najstarszym synem.
Nie wróciłam do tego lekarza. Nie chciałam mieć trzeciego dziecka.
Chciałam męża”.

U kobiet chorych na reumatoidalne zapalenie stawów układ od-
pornościowy wykazywał nasilenie zaburzeń podczas okresów stre-
su, jednak te kobiety, które miały lepsze relacje w małżeństwie, rza-
dziej doświadczały nasilenia aktywności choroby w postaci stanu
zapalnego i bólu. W innym badaniu stwierdzono, że zwiększenie
stresu w związkach międzyludzkich powoduje zaostrzenie zapale-
nia stawów.

Wyniki takie jak te nie są zaskakujące. Proszę pamiętać, że stres
jest reakcją na postrzegane zagrożenie. Badania laboratoryjne wyka-
zały, że liczne narządy i tkanki organizmu stają się bardziej wrażliwe
na stan zapalny i uszkodzenie w trakcie wydarzeń odbieranych jako
zagrożające lub po takich okresach. Bodźce interpretowane jako po-
tencjalnie niebezpieczne mogą natychmiast spowodować rozszerze-
nie naczyń krwionośnych, obrzęk, krwawienie, zwiększenie wrażli-
wości tkanek na uszkodzenie i obniżenie progu bólu. U podatnych
osób można spowodować gwałtowne wystąpienie takich zmian, sto-
sując wyłącznie techniki przeprowadzania rozmowy, które nasilają
odbiór zagrożenia.

Istnieje kilka potencjalnych mechanizmów, za pośrednictwem któ-
rych przemożne napięcie psychiczne może objawiać się jako zapalenie
stawów, tkanki łącznej czy różnych narządów. Już Galen, wpływowy le-
karz rzymski żyjący w drugim wieku naszej ery, uczył, że dowolna
część organizmu może wpływać na każdą inną część za pośrednic-
twem połączeń nerwowych. Do gwałtownych zmian w organizmie
w odpowiedzi na stres dochodzi wskutek natychmiastowej aktywno-
ści układu nerwowego. Wyładowania zapoczątkowane w mózgu mo-
gą pobudzać odległe zakończenia nerwowe do wydzielania silnych
związków prozapalnych, zdolnych do wywołania uszkodzenia stawów

wskutek nadmiernej aktywności komórek odpornościowych. Niektóre związki pochodzenia nerwowego są również silnymi mediatorami bólu. W chorobach autoimmunologicznych stwierdza się wzrost stężenia niektórych z tych substancji zarówno w płynie stawowym chorých stawów, jak i w krążeniu. Ten dramatycznie szybki mechanizm był prawdopodobnie odpowiedzialny za ostre wystąpienie objawów zapalenia stawów u Rachel, przygotowującej kolację na Rosz Haszana, w której nie miała uczestniczyć. Nasilenie objawów podczas pierwszego ataku wskazuje na poważny stopień tłumienia emocjonalnej reakcji na sytuację z jej bratem.

Chroniczny charakter choroby autoimmunologicznej obejmuje cały supersystem PNI, a zwłaszcza połączenia między mózgiem, hormonami i układem immunologicznym. Hipoteza, że spowodowane stresem zaburzenia równowagi PNI są fizjologicznie odpowiedzialne za wystąpienie i zaostrzenia schorzeń autoimmunologicznych, opiera się na poważnych dowodach naukowych.

Dokładne omówienie wielu potencjalnych mechanizmów, za których pośrednictwem stres poprzez system PNI wywołuje choroby autoimmunologiczne, wymagałoby przytoczenia zbyt wielu naukowych detali, jak na nasze potrzeby. Wystarczy powiedzieć, że równowaga aparatu stresu w organizmie, a szczególnie wytwarzanie kluczowego hormonu stresu, kortyzolu, zostają zaburzone wskutek długotrwałego nadmiernego pobudzenia. Przypomnijmy, że prawidłowe wydzielanie kortyzolu przez nadnercza reguluje działanie układu immunologicznego i tłumi reakcje zapalne, wywołane przez produkty komórek odpornościowych. W reumatoidalnym zapaleniu stawów odpowiedź kortyzolu na stres jest jednak mniejsza od prawidłowej: widzimy zatem, skąd biorą się zaburzenia aktywności immunologicznej i nadmiernie nasilony proces zapalny. Z jednej strony, układ immunologiczny wymyka się spod prawidłowej kontroli i atakuje organizm, powodując zapalenie, z drugiej zaś strony konieczna odpowiedź przeciwpalna jest osłabiona i nieskuteczna.

To na pewno nie przypadek, że jedynym lekarstwem, niezmiennie stosowanym do leczenia wszystkich chorób autoimmunologicznych, jest kortykosteroid wytwarzany przez nadnercza, czyli kortyzol – lub też, dokładniej, jego syntetyczne analogi. Kortyzol znajduje się w samym centrum reakcji stresowej i – jak wykazały badania – to właśnie jego regulacja jest najbardziej zaburzona. Autoimmunologiczne cho-

roby tkanki łącznej, od tocznia rumieniowego trzewnego (SLEL) i reumatoidalnego zapalenia stawów do sklerodermy i zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa, są odbiciem wyczerpania i przerwania prawidłowych mechanizmów w organizmie, kontrolujących stres.

Słowo *wyczerpanie* przyszło mi na myśl, kiedy jeden z moich byłych pacjentów z zeszywniającym zapaleniem stawów kręgosłupa opisywał swoje życie przed wystąpieniem choroby, a nawet później.

Robert jest wpływowym przywódcą związkowym w Kolumbii Brytyjskiej. Rozmawiałem z nim w jego biurze. Robert, potężny i przyjacielski mężczyzna przed pięćdziesiątką, mówił donośnym głosem i ze szczerym humorem. Kiedy musiał obrócić głowę, aby odebrać telefon lub spojrzeć na rozmówcę pod trochę innym kątem, przekręcał cały tułów. Jego kręgosłup jest absolutnie nieruchomy. – Wszystko od szyi do tyłka jest zamrożone – powiada.

W wieku dwudziestu pięciu lat Robert zaczął odczuwać ból pięt, potem nastąpiło dwanaście lat nieustającego bólu stawów ramion i obojczyków. Kilka razy poszedł do lekarzy, ale szybko dał sobie z tym spokój. „Mówią ciągle, że to jest to czy tamto, albo że to nie jest to czy tamto. Nie dają nic, co przynosiłoby ulgę. Co innego miałbym zrobić?”. W końcu zgłosił się do reumatologa, po pięciu latach bólu bioder i nóg.

„Preferowałem moją lewą nogę do tego stopnia, że pewnego wieczoru, kiedy leżałem w łóżku, moja partnerka zauważyła, że mam jedną nogę szczuplejszą od drugiej – mięśnie zmniejszyły się, bo ich nie używałem. Oczywiście, wpadła w histerię i zmusiła mnie, żebym poszedł do lekarza”.

Podczas dwunastu lat, które minęły od wystąpienia objawów do postawienia rozpoznania, Robert nigdy nie opuszczał pracy. Pod wieloma względami jego historia jest typowa. Każdy działacz związkowy, jakiego leczyłem podczas mojej praktyki, był ciężko przepracowany. Wymagania czasowe dotyczące ich pracy są bardzo duże, nie mówiąc już o stresie nieodłącznie związanym z tą pracą, z ciągłym konfliktem i polityką, długimi, niemożliwymi do zaplanowania godzinami pracy, spotkaniami, nigdy nie kończącymi się obowiązkami. – Plan emerytalne w naszym ruchu związkowym są bardzo, bardzo dobre – mówi Robert. – Powód, dla którego mamy tak dobre plany emerytalne, jest

taki, że nikt nie dożywa sześćdziesięciu pięciu lat, żeby korzystać z emerytury... a przynajmniej niewielu! To dlatego plan ubezpieczeniowy dla osób pracujących w ruchu związkowym jest taki mocny. Nikt nigdy nie idzie na emeryturę.

Kiedy zaczęła się jego choroba reumatyczna, Robert podróżował samolotami około 100 000 mil rocznie po całej Ameryce Północnej. W 1976 roku, który nazywa swoim najgorszym, był w drodze przez cztery i pół miesiąca z rzędu. – Przez cały ten czas nie widziałem domu. Pracowałem nad strajkiem w południowej części USA, ponieważ byłem w międzynarodowym związku zawodowym, który nie dysponował nikim innym o potrzebnych umiejętnościach. Byłem w Arkansas, Oklahomie i Georgii, pracowałem po dwanaście do czternastu godzin dziennie, sześć dni w tygodniu. Spał podczas „całego czasu, który pozostawał”.

– Co się działo w twoim życiu osobistym?

– Żona, dwójka dzieci. Praca w związkach zawodowych zawsze zabija małżeństwa. Nie znam żadnego z moich przyjaciół, który byłby ciągle w związku ze swoją pierwszą żoną. Ci faceci, z którymi zaczynałem w 1973 r. – niektórzy nie żyją, ale niektórzy byli żonaci dwa lub trzy razy, a jeden nawet pięć razy! Ta praca wyciska z nich wszystkie soki.

Nigdy nie ma cię na miejscu i nie bierzesz w niczym udziału. Źle się z tym czuję. W tamtym czasie byłem zbyt głupi, żeby czuć się z tym źle. Nie doceniałem tego, co miałem. Mam teraz bliskie relacje z moimi dziećmi – są dorosłe. Niezbyt dobrze pamiętam mojego syna, kiedy był nastolatkiem i małym dzieckiem; jasne, mam fotografie. Nie wiedziałem nawet, że mam córkę, dopóki nie skończyła dwunastu lat.

Nie sądzę, żebym to wtedy kwestionował, bo nikt inny tego nie robił. To była po prostu część tej kultury. Rozbite małżeństwa i chłanie były powszechne. Przestałem pić jako pierwszy z moich rówieśników.

Robert mówi, że ma osobowość skłonną do uzależnień. – Nie tylko od pracy. Gorzala, narkotyki, kobiety, hazard – wszystko. Nie piłem alkoholu od 2 września 1980, od 7.40 wieczorem. Wtedy ostatni raz napiłem się piwa. Zmęczyło mnie budzenie się na podłodze z językiem przyklejonym do dywanu i uczuciem, że jestem kupą gówna. Rzucałem też palenie 132 razy. Problem w tym, że zaczynałem palić 133 razy. To jedyne uzależnienie, z którym nie potrafiłem zerwać.

Do organizacji związkowych przyciągnęła Roberta – i nadal go tam

trzyma – możliwość poprawienia życia ludzi i pracy na rzecz bardziej uczciwego, bardziej równego społeczeństwa. – To dlatego nigdy się nie odmawia. Zawsze jest jeszcze tyle do zrobienia. Lista niesprawiedliwości nigdy się nie skraca. Czuję się bardzo szczęśliwy, że mogłem przyczynić się, żeby ten świat był lepszy.

Robert rozwinął teraz umiejętność sprzeciwienia się nadmiernym wymaganiom. Interesujący – i być może nieprzypadkowy – jest fakt, że stwierdził również, że jego zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa, z całkowitym unieruchomieniem żeber i kręgosłupa, przyniosło mu niespodziewaną korzyść w zakresie wyrażania uczuć.

– Mam przewagę nad innymi jeśli chodzi o wyrażanie gniewu. Panuję nad swoim językiem, nigdy na nikogo nie krzyczę. Nie muszę krzyczeć, bo mogę przewiercić cię słowami, po prostu kontrolując oddech. Jedną z dobrych rzeczy w zesztywniającym zapaleniu stawów kręgosłupa jest to, że zamraża żebra, tak że są unieruchomione z przodu i z tyłu. – Robert wyjaśnia, że kiedy ludzie denerwują się i tracą kontrolę nad swoimi gniewnymi reakcjami, oddychają bardzo płytko, używając mięśni międzyżebrowych do zwiększenia objętości klatki piersiowej i napełnienia płuc. Z powodu swojego zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa on nie jest do tego zdolny.

– Żeby mieć silniejszy głos i lepiej kontrolować sposób mówienia, trzeba oddychać przeponą. Ty nie oddychasz w ten sposób – oddychasz płytko i twoje żebra poruszają się na zewnątrz i do środka. Mój brzuch porusza się w górę i w dół, bo muszę oddychać przeponą. Ma się dużo lepszą kontrolę nad mięśniami przepony, niż tymi na szczycie żeber.

Pozwala to również na lepszą kontrolę emocjonalną i zapewnia lepsze zaopatrzenie w tlen myślących części mózgu.

– Wcześniej musiałem nad tym pracować. Teraz, kiedy moje żebra są nieruchome, nie mam żadnego wyboru.

– To niezwykle interesujące. Nauczyciele jogi zawsze każą oddychać przeponą. Zdrowo jest tak robić. Twoje zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa zmusza cię do tego.

– To daje mi jasność widzenia. Można poznać, kiedy większość ludzi jest zła, bo krzyczą na ciebie. W ten sposób mogą, werbalnie, wyrazić swój gniew. Przy moim oddychaniu muszę mówić krótszymi zdaniami i mogę raczej połykać słowa i zmieniać projekcję głosu, niż

krzyczeć. Kontrolowanie oddechu pozwala kontrolować zły nastrój i gniew – a przez kontrolę rozumem używanie tych uczuć, żeby dotrzeć tam, gdzie się chce.

Kiedy Robert mówił, uderzyła mnie niesamowita zdolność natury do uczenia nas w dorosłym wieku tego, czego w lepszym świecie nauczylibyśmy się w dzieciństwie i zdrowiu.

Jedno z badań wskazało na intrygującą możliwość, że nawet bolesny stan zapalny w reumatoidalnym zapaleniu stawów może pełnić funkcję ochronną: bolesność stawów była w istotny sposób powiązana ze *zmniejszeniem* nasilenia stresujących wydarzeń tydzień później. „Wyniki te mają ważne implikacje kliniczne”, konkludują badacze. „Dynamiczne oddziaływanie między sytuacjami konfliktów społecznych i bólem stawów opisują układ homeostatyczny, w którym negatywne interakcje społeczne są regulowane przez pogorszenie choroby”.

Innymi słowy, zaostrenie choroby zmusza pacjentów do unikania stresujących interakcji. Ciało mówi nie.

Rozdział 14

Delikatna równowaga: biologia związków

Jedna z moich pacjentek, siedmioletnia dziewczynka, miała zostać przyjęta na operację serca do Szpitala Dziecięcego Kolumbii Brytyjskiej. Miała już wcześniej dwie operacje z powodu wrodzonej wady serca. Jej rodzice dobrze znali rutynowe postępowanie w takich operacjach i chcieli, żeby zmieniono jedną z zasad obowiązujących na sali operacyjnej. Poprzednio ich córka była zdenerwowana i walczyła, kiedy stwierdziła, że jest przypięta do łóżka operacyjnego, otoczona przez obcych noszących maski, a jej ramię trzyma się siłą, żeby założyć cewnik do żyły. Tym razem rodzice chcieli zostać z nią, dopóki nie zadziała narkoza i nie będzie w pełni uśpiona. Personel szpitalny uważał, że w obecności rodziców dziecko będzie się ich mocno trzymało i będzie jeszcze bardziej oporne, ale ugiął się. Narkoza odbyła się bez trudności.

Tradycyjna praktyka szpitalna wykluczania rodziców ignoruje wagę utrzymywania kontaktu jako regulatora uczuć dziecka, jego zachowania i fizjologii. Stan biologiczny dziecka był zupełnie inny w obecności rodziców niż pod ich nieobecność. Wyrzut neuroprzekaźników, aktywność elektryczna ośrodków uczuć w mózgu, czynność serca, ciśnienie krwi i stężenie w surowicy różnych hormonów związanych ze stresem, wszystkie te elementy były odmienne.

Życie jest możliwe tylko w pewnych dobrze określonych granicach, wewnętrznych i zewnętrznych. Nie możemy przeżyć w sytuacji wyso-

kiego stężenia cukru we krwi tak samo, jak nie możemy wytrzymać dużego poziomu promieniowania po wybuchu jądrowym. Rolę samoregulacji, czy to emocjonalnej, czy fizycznej, można porównać z termostatem, zapewniającym stałą temperaturę w mieszkaniu pomimo skrajnych warunków pogodowych na zewnątrz. Kiedy środowisko staje się zbyt chłodne, włącza się system ogrzewania. Jeśli powietrze robi się przegrzane, zaczyna pracować klimatyzacja. W świecie zwierząt samoregulację można pokazać na przykładzie zdolności istoty ciepłokrwistej (stałocieplnej) do funkcjonowania w szerokim zakresie środowisk. Może przeżyć bez przegrzania i wychłodzenia w wyższych i niższych temperaturach niż gatunki zimnokrwiste (zmiennocieplne). Zwierzęta zmiennocieplne są ograniczone do znacznie węższego zakresu siedlisk, ponieważ nie mają zdolności samoregulacji swojego środowiska wewnętrznego.

Dzieci i bardzo młode zwierzęta nie mają praktycznie żadnej zdolności samoregulacji. Ich stan wewnętrzny – czynność serca, stężenie hormonów, aktywność układu nerwowego – są całkowicie uzależnione od relacji ze sprawującymi nad nimi opiekę dorosłymi osobnikami. Uczucia takie jak miłość, strach czy gniew służą chronieniu jednostki przez podtrzymanie niezbędnych relacji z rodzicami lub innymi opiekunami. Źródłem stresu psychicznego staje się wszystko, cokolwiek w odbiorze danej jednostki zagraża jej bezpiecznym relacjom z dorosłymi, ponieważ każde zaburzenie tych relacji spowoduje zamieszanie w środowisku wewnętrznym.

Związki uczuciowe i społeczne pozostają ważnymi czynnikami biologicznymi również po okresie dzieciństwa. „Niezależna samoregulacja może nie istnieć nawet u dorosłego”, napisał w 1974 roku dr Myron Hofer, wówczas pracujący na Wydziale Psychiatrii i Nauk Neurologicznych w Albert Einstein College of Medicine w Nowym Jorku. „Interakcje społeczne mogą przez całe życie dalej odgrywać ważną rolę w codziennej regulacji wewnętrznych układów biologicznych”. Kontekst i układ relacji łączących nas z innymi istotami ludzkimi w zasadniczym stopniu wpływają na nasze reakcje biologiczne na zmiany zachodzące w środowisku. Jak bardzo trafnie wyraził to pewien znany naukowiec, „Adaptacja nie zachodzi wyłącznie we wnętrzu jednostki”.

Ludzie jako gatunek nie wyewoluowali jako samotne istoty, lecz jako zwierzęta społeczne, których przetrwanie było uzależnione od silnych związków uczuciowych z rodziną i plemieniem. Więzy społecz-

ne i uczuciowe są integralną częścią naszej struktury neurologicznej i chemicznej. Wszyscy znamy to z codziennego doświadczenia dramatycznych wahań fizjologicznych, jakie zachodzą w naszych organizmach podczas interakcji z innymi. Uwaga „Znowu spaliłaś tost”, wywołuje znacząco różne reakcje w naszym organizmie w zależności od tego, czy została wykrzyczana w gniewie, czy wypowiedziana z uśmiechem. Kiedy rozważy się naszą historię ewolucyjną i oczywiste dowody naukowe, absurdalne jest wyobrażanie sobie, że zdrowie i chorobę można w ogóle zrozumieć w oderwaniu od naszych sieci psychoemocjonalnych. „Podstawowa przesłanka jest taka, że podobnie jak w przypadku innych zwierząt społecznych, ludzka homeostaza fizjologiczna i ostateczny stan zdrowia podlegają wpływom nie tylko środowiska fizycznego, ale również społecznego”.

Z takiej *biologiczno-społecznej* perspektywy, biologia danej jednostki, jej funkcjonowanie psychiczne i interpersonalne oraz więzy społeczne działają razem, wpływając na siebie wzajemnie.

Czterdziestoczteroletnia Joyce jest profesorem lingwistyki stosowanej. Zauważyła, że stres, jaki sama u siebie wywołała, jest głównym czynnikiem powodującym wystąpienie u niej objawów astmatycznych. „Myślę, że za każdym razem, kiedy zdarzał mi się atak, było to wtedy, kiedy wzięłam na siebie więcej, niż mogłam udźwignąć. Nawet jeśli myślałam, że mogę sobie z tym poradzić, w jakiś sposób mój organizm mówił, że jednak nie mogę.

Jestem członkiem wydziału na uniwersytecie od dziesięciu lat. Przez kilka lat byłam jedyną kobietą. Teraz sytuacja się zmieniła, czuję, że moje wysiłki opłaciły się. Obecnie są tu cztery kobiety, co jest dobre, ale zawsze czułam, że muszę brać na siebie mnóstwo spraw. Muszę się sprawdzać. Na moim wydziale nigdy wcześniej nie dano stałej posady kobiecie. Panowała atmosfera nie sprzyjająca kobiecym pomysłom ani kobietom-profesorom.

Wbudowałam do swojego wnętrza mnóstwo «muszę». To było bardzo trudne. Nie byłam w stanie powiedzieć nie. Odmowa oznaczała dla mnie niewiarygodną pustkę, która mnie przerażała. Robiłam masę rzeczy tylko po to, żeby wypełnić tę pustkę”.

Ubiegłej jesieni i zimy astma sprawiała Joyce szczególnie dużo kłopotów. Musiała przyjmować większe niż zwykle dawki leków

wziwnych, żeby rozszerzyć oskrzela i przeciwdziałać stanowi zapalnemu w płucach. „Widzę, że moja choroba każe mi powiedzieć nie. W ramach wymiany miałam jechać do Baltimore i powiedziałam: Nie, nie mogę jechać. To zdarzyło się jeszcze przy innych okazjach. Odwoływałam różne sprawy, mówiąc: – Mam atak astmy, więc nie mogę tego zrobić. – Nadal chowam się za czymś. Nie chcę powiedzieć po prostu: – Nie zrobię tego”.

W astmie, której nazwa pochodzi od greckich słów oznaczających „oddychać ciężko”, następuje odwracalne zwężenie oskrzelików, czyli najmniejszych odcinków dróg oddechowych, ponieważ zaczynają się kurczyć okrężne mięśnie w oskrzelikach. Jednocześnie rozwija się obrzęk i stan zapalny ich nabłonka. W astmie biorą udział wszystkie elementy układu PNI: uczucia, nerwy, komórki odpornościowe i hormony. Impulsy nerwowe mogą spowodować zwężenie dróg oddechowych w odpowiedzi na wiele bodźców, w tym emocje. Układ odpornościowy jest odpowiedzialny za stan zapalny nabłonka oskrzelików, czyli inną cechę charakterystyczną astmy. Ostatecznym wynikiem jest obrzęk nabłonka dróg oddechowych i nagromadzenie produktów stanu zapalnego w oskrzelikach.

W astmie zwężenie oskrzeli utrudnia nie wdech, lecz wydech powietrza. Chorzy mają trudności z usunięciem powietrza z płuc i czują, że ich klatka piersiowa zaczyna się kurczyć. Płuca starają się oczyścić zablokowane drogi oddechowe, aktywując odruch kaszlu. Podczas ostrych ataków nasilony wydech powoduje dobrze znany świszczący dźwięk, pochodzący ze zwężonych oskrzelików, jak również z ust ściśniętych jak do gwizdu. W łagodniejszych przypadkach jedynym objawem może być drażniący kaszel. U niektórych osób astma ma charakter przewlekły, u innych natomiast ujawnia się jedynie okresowo.

W zależności od indywidualnych predyspozycji ataki astmy może wywołać wszystko, alergen, wysiłek fizyczny, niskie temperatury, leki takie jak aspiryna, płacz lub śmiech, wirusowe infekcje dróg oddechowych i wzburzenie emocjonalne. Astma jest jedną z nielicznych chorób, w których główny nurt medycyny uznaje znaczącą rolę komponentu umysłu/ciała.

Uczucia mogą w istotny sposób przyczyniać się do wytworzenia podatności danej osoby, bez względu na to, jaki jest bezpośredni czynnik wyzwalający – aspiryna, zimne powietrze czy niepokój. Przewle-

kły stres emocjonalny uwrażliwia układ odpornościowy, który zaczyna nadmiernie reagować na wiele różnych czynników.

Stan zapalny w astmie jest również aktywowany za pośrednictwem szlaku hormonalnego. Glikokortykoidy – hormony przeciwzapalne, przede wszystkim kortyzol – są wydzielane przez nadnercza w odpowiedzi na sygnały z układu podwzgórzowo-przysadkowego w mózgu. Zmniejszony wyrzut kortyzolu wskutek upośledzenia funkcji osi PPN sprzyja występowaniu stanu zapalnego. W badaniu przeprowadzonym na Uniwersytecie w Trier, w Niemczech, stwierdzono, że dzieci chore na atopowe zapalenie skóry (egzema, swędząca wysypka alergiczna) lub astmę wydzielają mniej kortyzolu w odpowiedzi na stres. „Kiedy poproszono je o opowiedzenie jakiejś historii albo o wykonanie w pamięci działania matematycznego, dzieci te wykazywały mniejszy wzrost stężenia glikokortykoidu w ślinie, niż ich zdrowi rówieśnicy”. W istocie sztucznie syntezowane hormony o typie kortyzolu są w astmie kluczowym lekiem.

Wiele badań dzieci i dorosłych chorych na astmę wykazało zdecydowany związek między nasileniem choroby i stanem emocjonalnym, uzależnionym od relacji międzyludzkich. Naukowcy zajmujący się interakcjami między rodzicami i dziećmi chorymi na astmę zidentyfikowali charakterystyczny wzorec związków nie zapewniających bezpieczeństwa. U dzieci chorych na astmę obserwowano lęk separacyjny o większym nasileniu, niż w zdrowej grupie kontrolnej, jak również w porównywalnej grupie dzieci chorych na mukowiscydozę, czyli wrodzoną chorobę płuc o dużo poważniejszym przebiegu. Innymi słowy, to nie ciężki przebieg choroby był przyczyną lęku.

W warunkach eksperymentalnych oceniono wzorec oddychania u dzieci chorych na astmę w wieku od 2 do 13 lat w porównaniu ze zdrową grupą kontrolną. Każde dziecko słuchało nagranego głosu swojej matki i obcej osoby. „Bez względu na ton głosu, dzieci chore na astmę wykazywały więcej zaburzeń wzorca oddychania, kiedy słuchały głosu matki, niż obcej kobiety. Ten interesujący wynik sugeruje specyficzny wpływ uczuciowy na oddychanie, który pozostaje w sprzeczności z tym, czego można by się było spodziewać przy założeniu, że kiedy dziecko widzi matkę, zwiększa się jego poczucie bezpieczeństwa”.

W badaniach niemieckich stwierdzono, że dzieci chore na astmę są bardziej od swoich rówieśników skłonne do angażowania się w dłu-

gie, nasilające się, obustronnie negatywne interakcje zarówno z matką, jak i z ojcem. Ich rodzice mieli tendencje do bardziej krytycznego zachowania w stosunku do swojego potomstwa, niż rodzice innych dzieci. Obiektywne pomiary wykazały, że kiedy dzieci chore na astmę czują się sfrustrowane lub krytykowane, przepływ powietrza z płuc zmniejsza się, co wskazuje na zwężenie dróg oddechowych. Zmniejszenie przepływu powietrza obserwowano również u dzieci chorych na astmę, które poproszono o przypomnienie sobie incydentów silnego gniewu lub strachu.

Ani rodzice, ani inni członkowie rodziny nie muszą zawsze rozpoznawać stresów, które mogą wywołać astmę u dziecka. Dr Salvador Minuchin z Kliniki Poradnictwa Dziecięcego w Filadelfii zajmował się astmą i innymi chorobami dziecięcymi. Jego zdaniem bardzo wrażliwe dzieci podświadomie odbierają wskazówki od swojego otoczenia, zwłaszcza dotyczące stanu uczuciowego rodziców. Stwierdził, że w tych rodzinach, w których u dzieci pojawia się choroba, występują cztery wspólne cechy: uwikłanie, nadmierna opiekuńczość (kontrolowanie), sztywność i brak rozwiązywania konfliktów. „Patologicznie uwikłany układ rodzinny charakteryzuje się wysokim stopniem reagowania i zaangażowania. Może to być postrzegane jako wzajemna zależność relacji, przekraczanie osobistych granic drugiej osoby, słabo rozwinięte rozgraniczanie siebie od innych członków rodziny i słabe... granice”.

Jedno z ostatnich zaostrzeń astmy Joyce, które trwało jeszcze kilka miesięcy po początkowym incydencie, rozpoczęło się po spotkaniu rodzinnym. Epizod ten, podczas którego poczuła się zaatakowana przez swojego starszego brata, przywołał z dzieciństwa uczucia przeżenienia i stłumionego gniewu.

„W młodości obawiałam się okazywanego gniewu. Nigdy nikt mnie nie uderzył, ale w mojej rodzinie było mnóstwo gniewu – ze strony ojca i moich braci. Moja matka też miała w tym swój udział. Nie broniła mnie przed tym gniewem. Gniew nie musiał być koniecznie skierowany przeciw mnie, ale był wszędzie wokół. Czułam się wobec tego wszystkiego bezsilna. Moja niezdolność do sprzeciwiania się jest w jakiejś części lękiem przed wywołaniem niezadowolenia, przed znalezieniem się w trudnej sytuacji. Nawet teraz trudno mi radzić sobie z problemowymi sytuacjami.

Przez cały czas występowała jakaś złość o niewielkim nasileniu.

Mój ojciec był tym sprawiedliwym. To manifestowało się w wyrazie jego twarzy, tonie głosu. Zawsze było to takie irracjonalne, jak reakcja dziecka na świat. To nie było dorosłe.

Nie mogłam tego przyjąć – byłam przerażona. Nigdy nie czułam się bezpiecznie. Mój ojciec ma teraz osiemdziesiąt dwa lata. Nie naskakuje już tak na innych, bo jest już za stary. Mój brat jest osobą pełną złości; naskakuje na innych przez cały czas i to może być niszczące.

Żeby opowiedzieć, co się wydarzyło tej jesieni... Pod koniec listopada są urodziny mojego syna – ma sześć lat i to jest wielkie wydarzenie. Moi rodzice przyjechali z Seattle, dołączył do nas mój brat. Zjedliśmy razem obiad. Mój brat po prostu przesadził – krytyczny, gniewny, pouczał mnie. To działo się w piątek. W sobotę były urodziny mojego syna i byłam zupełnie roztrzęsiona. Obudziłam się w poniedziałek rano i nie mogłam mówić, nie mogłam chodzić, nie mogłam nic robić”.

Niedawne badanie australijskie wskazało na wagę pozytywnych relacji społecznych w modulowaniu stresu. Przeprowadzono rozmowę z grupą 514 kobiet, u których konieczne było wykonanie biopsji piersi. U nieco mniej niż połowy rozpoznano raka, pozostałe miały łagodne guzy. Wyniki „ujawniły znaczącą interakcję między bardzo zagrażającymi stresorami życiowymi i wsparciem społecznym. *Kobiety, które doświadczały stresorów obiektywnie określanych jako bardzo zagrażające i które były pozbawione bliskiego wsparcia emocjonalnego miały dziewięciokrotnie większe ryzyko zachorowania na raka piersi*”.

Sami badacze byli zdumieni. Napisali: „Nasze wyniki, wskazujące na interakcję między poważnymi wydarzeniami zagrażającymi życiu i brakiem wsparcia społecznego, były *raczej niespodziewane*, jeśli weźmie się pod uwagę brak niezależnego efektu”.

Wyniki te nie są jednak bardziej zdumiewające od stwierdzenia, że osoby nie umiejące pływać bez kamizelki ratunkowej, nie są zagrożone utonięciem – przynajmniej, dopóki nie wrzuci się ich do głębokiej wody. Czytelnik pamięta z rozdziału pierwszego, że u studentów medycyny stres egzaminacyjny powodował obniżenie aktywności układu odpornościowego, a najbardziej na nie podatne były te osoby, które były zarazem najbardziej samotne. Fizjologicznego funkcjonowania

jednostek ludzkich nie można oddzielić – nawet teoretycznie, a co dopiero w praktyce – od związków uczuciowych i społecznych, które pomagają nam utrzymać się przy życiu.

Badanie mieszkańców hrabstwa Alameda w Kalifornii, z siedemnastoletnim czasem obserwacji, miało na celu przyjrzenie się ewentualnym powiązaniom między więziami społecznymi ludzi lub ich poczuciem izolacji i wystąpieniem nowotworu. W tym badaniu perspektywnym żadna z dorosłych osób biorących w nim udział nie chorowała wcześniej na raka. „Czynnikiem ryzyka u kobiet, budzącym największe zainteresowanie, wydaje się być izolacja społeczna, nie tylko w sensie bycia wyobcowanym, ale również *poczucia* izolacji... Biorąc pod uwagę wpływ uczuć na regulację hormonalną, jest całkiem prawdopodobne, że izolacja ta może mieć bezpośredni wpływ promujący rozwój tego rodzaju nowotworów”. Badacze zgrupowali u kobiet nowotwór piersi, nowotwór jajnika i macicy jako hormonozależne.

Różnimy się naszymi reakcjami fizjologicznymi na stresory związane z relacjami społecznymi czy interpersonalnymi i inne rodzaje zewnętrznej presji. Co, poza wrodzonym charakterem, wpływa na te różnice między poszczególnymi osobami?

Kluczowym czynnikiem jest rozwój emocjonalny. Gdyby dziewczynka z przytoczonego wyżej przykładu miała kolejną operację w wieku 25 lat, nie potrzebowałaby już, by matka i ojciec trzymali ją za rękę podczas podawania znieczulenia. Jej zdolność samoregulacji byłaby wystarczająca, aby zapobiec utracie równowagi aktywności neuroprzekazników czy hormonów stresowych bez bezpośredniej bliskości rodziców. Nie można jednak zakładać, że wraz z metrykalną dorosłością automatycznie zdobywamy niezależność emocjonalną. W każdym wieku nasze reakcje na potencjalne stresory podlegają silnym wpływom w takim stopniu, w jakim nasze funkcjonowanie uczuciowe jest nadal zdominowane przez potrzeby bliskości, lęki i niepokoję.

Zgodnie z teorią systemów rodzinnych, opracowaną przez nieżyjącego już amerykańskiego psychiatrę, dr Murraya Bowena, choroba nie jest prostym wydarzeniem biologicznym u wyizolowanej jednostki. Spojrzenie z perspektywy systemów rodzinnych docenia obecne w każdym momencie uzależnienie fizjologicznego funkcjonowania jednostek od ich wzajemnych relacji. Współzależność fizjologiczna, oczywista w relacji matki i płodu, nie kończy się wraz z narodzinami

ani nawet z momentem fizycznej dojrzałości. Jak się przekonałszy, związki międzyludzkie przez całe życie pozostają ważnym regulatorem biologicznym.

Fundamentalną koncepcją w teorii systemów rodzinnych jest *różnicowanie*, definiowane jako „zdolność do pozostawania w kontakcie uczuciowym z innymi przy jednoczesnej autonomii funkcjonowania emocjonalnego”. Słabo wyróżnicowanej osobie „brak emocjonalnych granic między sobą i innymi i brak «granic», które uniemożliwiają zdominowanie procesów myślenia przez proces odczuwania emocji. Osoba taka automatycznie przejmuje niepokój od innych osób i w samej sobie wytwarza znaczący lęk”.

Osoba dobrze wyróżnicowana może reagować z pozycji otwartej akceptacji własnych uczuć, których nie kształtuje ani potrzeba dopasowania się do oczekiwań innych, ani przeciwstawienia się im. Osoba taka ani nie tłumii swoich emocji, ani nie działa impulsywnie pod ich wpływem. Dr Michael Kerr, były kolega Murraya Browna, jest obecnie dyrektorem Ośrodka Rodziny w Uniwersytecie Georgetown, D.C. Dr Kerr wyróżnia dwa typy różnicowania: *różnicowanie funkcjonalne* i *różnicowanie podstawowe*. Te dwa rodzaje mogą z pozoru wydawać się identyczne, ale z perspektywy zdrowia i stresu dzielą je całe lata świetlne.

Różnicowanie funkcjonalne odnosi się do zdolności danej osoby do funkcjonowania *na podstawie swoich relacji z innymi osobami*. Na przykład, może to oznaczać sytuację, gdy mogę wykonywać moją pracę tylko wtedy, kiedy inni ludzie – moi pracownicy, współmałżonek, dzieci – mogą wchłonąć moje nie rozwiązane lęki, znieść mój zły nastrój, niesolidne zachowania, brak zaangażowania emocjonalnego czy nawet molestowanie. Kiedy odrzucają rolę, jakie im przypisałem, mogę się rozpaść na kawałki. Jest to przykład wyróżnicowania funkcjonalnego. Z drugiej strony, jeśli moja zdolność działania jest niezależna od tego, czy inne osoby wykonają za mnie pracę emocjonalną – to znaczy, jeśli mogę być związany z innymi, pozostając jednocześnie otwarty uczuciowo na nich i na siebie samego – wtedy można powiedzieć, że osiągnąłem wyróżnicowanie podstawowe. Czym mniejszy jest stopień podstawowego różnicowania danej osoby, tym bardziej jest ona podatna na stres uczuciowy i fizyczne choroby.

W pewnym badaniu dotyczącym stresu, adaptacji i odporności, 1400 kadetów z uczelni wojskowej West Point obserwowano przez

cztery lata. Przeszli oni testy psychologiczne i podlegali regularnym badaniom krwi, oceniającym ich odporność na zarażenie wirusem Epstein-Barr, czyli drobnoustrojem wywołującym mononukleozę. Osoby najbardziej podatne na zakażenie wirusem lub rozwój klinicznie jawnej choroby miały pewne cechy wspólne: byli to mężczyźni z dużymi ambicjami; starali się o jak najlepsze osiągnięcia akademickie; ich ojcowie odnieśli sukces. Możemy tu zobaczyć związek między stresem i odczuwaną potrzebą dorównania oczekiwaniom rodziców – czyli między wewnętrzną równowagą biologiczną i ciągłą dziecięcą potrzebą uzyskania akceptacji.

W innym badaniu zajmowano się grupą mężatek i dobraną grupą kobiet rozwiedzionych lub pozostających w separacji. W grupie mężatek za pomocą samodzielnie wypełnianych kwestionariuszy oceniono jakość związku małżeńskiego i stopień satysfakcji z małżeństwa. Od każdej uczestniczki badania pobrano próbki krwi w celu oceny aktywności układu odpornościowego. Gorsza jakość związku małżeńskiego wykazywała „silną i wprost proporcjonalną” korelację z gorszą odpowiedzią immunologiczną. W grupie kobiet rozwiedzionych lub pozostających w separacji dwa czynniki psychologiczne były najbardziej związane z upośledzoną czynnością układu odpornościowego. Był to czas od rozpadu związku (im mniej czasu minęło od rozstania, tym bardziej stłumiony był układ immunologiczny) oraz stopień przywiązania danej kobiety do byłego partnera (czym silniejsza więź uczuciowa, tym gorsza odporność). Kobiety, które w większym stopniu posiadały umiejętność samoregulacji i były mniej zależne uczuciowo od związku, na którym się zawiodły, miały silniejszy układ odpornościowy. Lepsze różnicowanie oznacza lepsze zdrowie.

Słabszy partner w każdym związku wchłania nieproporcjonalnie dużą część wspólnego lęku – to właśnie dlatego znacznie więcej kobiet niż mężczyzn leczy się z powodu lęków czy depresji. (Nie chodzi tu o siłę, tylko o władzę: kto zaspokaja czyje potrzeby?). Nie znaczy to, że te kobiety są gorzej zrównoważone psychicznie od swoich mężów, nawet jeśli to mężowie mogą sprawiać wrażenie, że funkcjonują na lepszym poziomie. To samemu związkowi brakuje równowagi, tak że kobiety wchłaniają stresy i niepokoje swoich mężów, musząc jednocześnie pomieścić własne.

Pamiętamy, że Nancy, żona pacjenta z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego, była doprowadzona do rozpacz przez stres spowodowany

wany obsesyjnymi i ściśle kontrolującymi zachowaniami męża.* Choroba Tima jest od lat dość dobrze kontrolowana. Nancy skutecznie wchłania znaczną część jego lęku, ale swoim kosztem. Nancy obecnie leczy się z powodu depresji i lęku i twierdzi, że jest już u kresu. „Mam wrażenie, że mam jeszcze jedno dziecko – mówi – bo on wymaga ciągłej obsługi. Teraz rozumiem, że mam czworo dzieci, za które jestem odpowiedzialna. Wypełniam obowiązki rodzicielskie za nas oboje. Tłumiłam moje potrzeby emocjonalne przez wiele lat, nawet tego sobie nie uświadamiając. Przeraża mnie myśl, że nawet nie zdawałam sobie z tego sprawy, dopóki nie przesłam małego załamania. Jeśli Nancy zrezygnuje ze swojej jednostronnej roli opiekunki w tym związku, Tim może doświadczyć zaostrzenia zapalenia jelita grubego – o ile nie nauczy się przyjmować większej emocjonalnej odpowiedzialności za siebie.

Partner, który musi dla dobra związku bardziej tłumić własne potrzeby, jest również bardziej podatny na rozwój fizycznego schorzenia – stąd częstsze występowanie u kobiet np. chorób autoimmunologicznych i nowotworów nie związanych z paleniem. „Istnienie związku między umysłem i ciałem oraz związku między dwiema osobami oznacza, że możliwa jest sytuacja, w której lęk jednej osoby ujawnia się jako fizyczne objawy drugiej osoby”, pisze dr Kerr. „W przypadku zaburzeń w emocjonalnym funkcjonowaniu związku bardziej podatny na rozwój objawów chorobowych jest ten ze współmałżonków, który w większym stopniu dopasowuje się, aby zachować harmonię w danym układzie”.

Ostatecznym celem natury jest wspieranie rozwoju osobnika od absolutnej zależności do niezależności – czy też, dokładniej, do wzajemnej zależności dojrzałych osobników dorosłych, żyjących we wspólnocie. Rozwój jest procesem przechodzenia od całkowicie zewnętrznej regulacji do samoregulacji, na ile pozwala na to nasze genetyczne zaprogramowanie. Osoby o dużej zdolności samoregulacji są w największym stopniu zdolne do tworzenia owocnych interakcji z innymi członkami wspólnoty i do wychowania dzieci, które również wyrosną na dorosłych posiadających umiejętność samoregulacji. Wszystko, co zaburza ten naturalny porządek, zmniejsza szanse organizmu na długotrwałe przeżycie. Niemal od początku życia widzi-

* Patrz rozdział 10.

my napięcie między dopełniającymi się potrzebami bezpieczeństwa i autonomii. Rozwój wymaga stopniowego i dostosowanego do wieku przesunięcia akcentu z potrzeb bezpieczeństwa w kierunku dążenia do autonomii, od przywiązania do indywidualizmu. Żaden z tych aspektów nie znika całkowicie i żaden nie powinien dominować kosztem drugiego.

Powiększającej się zdolności do samoregulacji w dorosłym życiu towarzyszy rosnąca potrzeba autonomii – wolności dokonywania prawdziwych wyborów. Wszystko, co ogranicza tę autonomię, będzie odbierane jako źródło stresu. Stres potęguje się za każdym razem, kiedy brakuje możliwości skutecznego reagowania na wymagania otoczenia fizycznego lub społecznego, lub kiedy badane zwierzę czy istota ludzka czują się bezsilne, pozbawione możliwości dokonywania istotnych wyborów – innymi słowy, kiedy ich autonomia jest zagrożona.

Autonomia musi być jednak realizowana w taki sposób, który nie zrywa więzi społecznych, od których również uzależnione jest nasze przeżycie, bez względu na to, czy dotyczy to naszych bliskich, czy innych ważnych dla nas osób – pracodawców, współpracowników, osób o dużym autorytecie społecznym. Czym słabiej w okresie niemowlęcym i dziecięcym rozwinię się zdolność do samoregulacji, tym bardziej zachowanie homeostazy dorosłego będzie uzależnione od jego relacji z innymi osobami. Im większa zależność, tym większe zagrożenie, kiedy traci się związki lub przestają one zapewniać poczucie bezpieczeństwa. *Zatem, podatność na subiektywny i fizjologiczny stres będzie proporcjonalna do stopnia uczuciowej zależności.*

Aby zminimalizować stres wynikający z zagrożenia związków, dana osoba może zrezygnować z jakiejś części swojej autonomii. Nie jest to jednak recepta na zdrowie, ponieważ utrata autonomii sama jest przyczyną stresu. Oddanie własnej autonomii podnosi poziom stresu, nawet jeśli pozornie wydaje się to niezbędne dla „bezpieczeństwa” w danym związku i nawet jeśli subiektywnie odczuwamy ulgę, kiedy w ten sposób zdobywamy to „bezpieczeństwo”. Jeśli przewlekłe tłumi się własne potrzeby emocjonalne, aby zapewnić sobie „akceptację” ze strony innych osób, to zwiększa się w ten sposób ryzyko, że trzeba będzie za to zapłacić cenę w postaci choroby.

Innym sposobem ochrony przed stresem wynikającym z zagrożonych związków jest uczuciowe zamknięcie się. Aby czuć się bezpiecz-

nie, podatna osoba wycofuje się z kontaktów z innymi i zamyka się przed bliskością. W ten sposób można uniknąć lęku i zablokować subiektywne odczucie stresu, ale nie jego mechanizmy fizjologiczne. Bliskość uczuciowa jest niezbędna pod względem psychicznym i biologicznym. Osoba, która buduje mur oddzielający ją od bliskości, nie posiada wcale umiejętności samoregulacji, lecz jest po prostu emocjonalnie zamrożona. Poziom jej stresu, wynikający z niezaspokojenia potrzeb, będzie wysoki.

Wsparcie społeczne pomaga zmniejszyć stres fizjologiczny. Bliskie związki między zdrowiem i środowiskiem społecznym zostały dowiedzione w wystarczającym stopniu. W badaniu z Hrabstwa Alameda wykazano, że osoby pozostające w większej izolacji społecznej były bardziej podatne na różnego rodzaju choroby. W trzech niezależnych badaniach osób w podeszłym wieku ryzyko zgonu w okresie pięciu lat wiązało się bezpośrednio z integracją społeczną: czym silniejsze były więzi społeczne danej osoby, tym niższe było jej ryzyko zgonu. „Więzi społeczne i wsparcie – konkludują autorzy badania – pozostają potężnymi czynnikami predykcyjnymi chorobowości i śmiertelności, niezależnymi od jakichkolwiek innych czynników”.

Zatem u osoby dorosłej regulacja stresu biologicznego jest uzależniona od delikatnej równowagi między bezpieczeństwem społecznym i w związkach międzyludzkich z jednej strony, a prawdziwą autonomią z drugiej strony. Wszystko, co zaburza tę równowagę, bez względu na to, czy dana jednostka jest tego świadoma, czy też nie, staje się źródłem stresu.

Biologia straty

Rachel, u której reumatoidalne zapalenie stawów pojawiło się pierwszy raz w przeddzień Rosz Haszana, jest delikatną kobietą o wzroście zaledwie pięciu stóp. Kiedy siedzi na sofie w swoim salonie wydaje się jeszcze mniejsza w sąsiedztwie gigantycznego pluszowego misia, wspartego na poduszkach obok niej. W jej wyglądzie jest coś głodnego, co przypomina niedożywione i emocjonalnie opuszczone dziecko, jakim była.

„Podczas porodu zachłysnęłam się płynem owodniowym, który wypełnił płuca. Pierwsze cztery tygodnie życia spędziłam w inkubatorze, przypominającym toster. Wtedy, w roku 1961, nie wiedziano jeszcze, że noworodki w inkubatorze również potrzebują dotyku. W pierwszym miesiącu życia byłam tylko kluta igłami, szturchana i przekładana. Matka nie odwiedzała mnie, bo musiała opiekować się moim bratem. Czy przychodził mój ojciec... nic o tym nie wiem”.

Skutki uczuciowej i dotykowej deprywacji w pierwszym miesiącu życia można było przezwyciężyć, gdyby potem Rachel były wychowywana w dobrych relacjach z rodzicami, tak jednak nie było. Niemal od urodzenia nie udawało jej się spełniać wyznaczonych jej celów. Matka, która miała nadzieję, że ciąża pomoże utrzymać jej małżeństwo, została opuszczona przez męża jeszcze zanim Rachel się urodziła. Można sobie wyobrazić stan ducha matki, która pozostała sama i mu-

siała opiekować się zarówno niemowlakiem – bratem Rachel – jak i noworodkiem.

W takich okolicznościach konieczność uzasadnienia własnej egzystencji stała się drugą naturą Rachel – dla nikogo nie jest to *pierwsza* natura. Istnieje w niej fundamentalne oczekiwanie, że zostanie opuszczona. – Uważam, że jeśli ktoś mnie pozna, z pewnością mnie porzuci – opowiada. Była zdumiona, kiedy podczas ostatnich wakacji otrzymała kilka zaproszeń do odwiedzenia różnych ludzi. Wręcz nie może zrozumieć, jak to jest, że ktoś może chcieć ją widzieć, nic w zamian od niej nie oczekując.

Od czasu rozpoznania reumatoidalnego zapalenia stawów Rachel rozpoczęła terapię. W efekcie obecnie dużo lepiej, niż kiedyś, potrafi powiedzieć, co w danym momencie czuje. Nadal największe trudności sprawia jej rozpoznanie gniewu. Zwykle uczucie to pojawia się, kiedy czuje się wykluczona lub poniżona, na przykład kiedy niedawno matka skrytykowała jej wybór terapeuty. „Nie mogła zrozumieć, dlaczego wydaję część mojego zasiłku na terapię, zamiast pójść do psychiatry, za którego zapłaci moje ubezpieczenie zdrowotne. Nareszcie znalazłam kogoś, z kim mogę się porozumieć, a moja matka widzi w tym tylko kwestię pieniędzy”. Zamiast jednak spokojnie oświadczyć, że sama podejmuje swoje decyzje, Rachel klóciła się i błagała o zrozumienie ze strony matki. Ta gniewna wymiana zdań spowodowała tydzień anoreksji, która jest sposobem Rachel na wyrażenie wściekłości skierowanej przeciw sobie.

Kiedy trzeba domagać się własnych praw, Rachel połyka gniew i stara się usprawiedliwić, załagodzić sytuację, lub angażuje się w jakieś działania, które mają przekonać inne osoby do przyjęcia jej zdania. Takie wysiłki są automatyczną reakcją wrażliwego dziecka, które intensywnie stara się, aby rodzice zaspokajali jego potrzeby. Niepokój i strach przed opuszczeniem skłaniają ją do tłumienia wszelkich uczuć, które mogą spowodować jej odrzucenie.

Domowe zwierzątko Rachel, królik, jest niezwykle wrażliwe na stany emocjonalne właścicielki. Kiedy Rachel się gniewa, królik po prostu nie pozwala, by go podniosła. „Kiedy wiem, że jestem zła, zostawiam zwierzątko w spokoju. Jeśli jestem zła, ale o tym nie wiem, królik nie pozwala mi się dotknąć – daje mi o tym znać i ja sprawdzam w swoim wnętrzu, i okazuje się, że na pewno jestem na coś zła”. Choć niektórym ludziom może się to wydać dziwne, to jednak wyja-

śnienie jest bardzo proste. Ludzie i ich zwierzęta domowe mają wspólne te struktury mózgu, które pojawiły się w rozwoju ewolucyjnym wcześniej niż ludzka kora czołowa, umożliwiająca rozwój języka i racjonalne myślenie. Zwierzęta i ludzie porozumiewają się na poziomie swoich układów limbicznych, czyli emocjonalnych części mózgu. W przeciwieństwie do ludzi, zwierzęta są bardzo wrażliwe na sygnały płynące z limbicznej części mózgu – zarówno ich własnego, jak i ich właścicieli. Nieuświadomiony gniew Rachel jej królik odbiera jako zagrożenie.

Jak do tego doszło, że człowiek potrzebuje królika do uświadomienia sobie uczucia zdenerwowania? Odpowiedzią jest warunkowanie w dzieciństwie. Żadne niemowlę nie rodzi się ze skłonnością do powstrzymywania się od wyrażania emocji – wręcz przeciwnie. Każdy, kto kiedykolwiek próbował zmusić małe dziecko do przełknięcia jedzenia, którego ono nie lubi, albo tylko usiłował nakłonić szkraba do otwarcia ust, kiedy ten nie chce jeść, może zaświadczyć, że młode istoty ludzkie mają wrodzoną zdolność do sprzeciwiania się przymusowi i wyrażania niezadowolenia. Dlaczego więc zaczynamy połykać jedzenie, którego nie chcemy, i uczucia, których nie chcą nasi rodzice? Nie z powodu jakichś naturalnych tendencji, ale po to, by przeżyć.

Tylko niektóre aspekty doświadczeń dzieciństwa są dostępne świadomemu przypomnieniu. Rachel, na przykład, *przypomina* sobie uczucie odrzucenia i upokorzenia, jakie czuła, idąc w pewnej odległości za ojcem i bratem, którzy szli przed nią objęci. Jest również świadoma historii swoich narodzin, chociaż nie może przypomnieć sobie tego wprost. Jednak nawet bez tych informacji dysponujemy niezawodnym świadectwem doświadczeń jej wczesnego dzieciństwa: jest to jej poczucie braku nadziei na bliskość; ciągłe staranie o zrozumienie ze strony matki, pomimo niemal czterdziestu lat doświadczeń bezowocności takich wysiłków; fakt, że to królik musi wskazywać jej, kiedy czuje złość. Takie zachowania reprezentują bardzo dokładny system wspomnień, wdrukowanych w jej mózg na wczesnym etapie rozwoju. Te wspomnienia rządziły jej zachowaniem przez całe życie i w końcu przygotowały pole do pojawienia się choroby autoimmunologicznej.

Biologiczne podstawy potencjalnej choroby biorą początek we wczesnym okresie życia. Mechanizmy reagowania mózgu na stres są programowane przez doświadczenia rozpoczynające się już w nie-

możliwość, podobnie jak ukryte, nieświadome wspomnienia, które rządzą naszymi postawami i zachowaniami wobec siebie, innych osób i świata. Rak, stwardnienie rozsiane, reumatoidalne zapalenie stawów i inne choroby, którymi się tu zajmujemy, nie pojawiają się nagle w dorosłości, lecz są kulminacją procesów trwających całe życie. Interakcje z ludźmi i biologiczne warunkowanie, które ukształtowały te procesy, biorą początek w okresie życia, z którego możemy nie mieć żadnych świadomych wspomnień.

Motyw emocjonalnie nie zadowolających relacji między dzieckiem i rodzicem przewijał się stale w około stu szczegółowych rozmowach, które przeprowadziłem, zbierając materiał do tej książki. Pacjenci ci cierpią na bardzo szeroki zakres schorzeń, ale wszystkie ich historie łączy wspólny wątek wczesnej utraty lub wczesnych relacji, które nie zaspokajały ich potrzeb emocjonalnych. Deprywacja uczuciowa we wczesnym dzieciństwie osób, które w dorosłym życiu zapadają na poważne choroby, została potwierdzona w wielu badaniach, opublikowanych w literaturze medycznej i psychologicznej.

W pewnym włoskim badaniu stwierdzono, że kobiety cierpiące na nowotwory narządu rodowego opisywały swoje relacje z rodzicami jako mniej bliskie, niż to miało miejsce w zdrowej grupie kontrolnej. W mniejszym stopniu także okazywały swoje uczucia.

W dużym badaniu europejskim porównano 375 chorych na raka z grupą kontrolną liczącą 330 osób. Kobiety chore na raka rzadziej niż osoby z grupy kontrolnej wspominały swój dom rodzinny z pozytywnymi uczuciami. Aż 40% pacjentów chorych na raka przed ukończeniem siedemnastu lat przeżyło śmierć rodzica – to dwa i pół razy częściej, niż zdarzenie takie miało miejsce w grupie kontrolnej.

Wcześniej już cytowałem wyniki trzydziestoletniej obserwacji studentów medycyny z Uniwersytetu Johna Hopkinsa. Szczególnie zagrożeni byli ci absolwenci, których wstępny wywiad podczas studiów wykazał niższy od przeciętnego stopień bliskości z rodzicami. W połowie życia bardziej prawdopodobne było, że popełnią samobójstwo albo zachorują na chorobę psychiczną czy też nadciśnienie, chorobę wieńcową lub raka. W podobnym badaniu studentów Harvardu pytano o ich sposób postrzegania opieki rodzicielskiej. Trzydzieści pięć lat później sprawdzono stan zdrowia badanych. W wieku średnim na jakiegokolwiek choroby cierpiała zaledwie jedna czwarta spośród tych studentów, którzy bardzo dobrze oceniali opiekę, jaką otaczali ich ro-

dzice. W porównaniu z tym, niemal 90% z tych, którzy negatywnie oceniali emocjonalną stronę swojego wychowania, cierpiało na jakieś choroby. *Prosta i nieskomplikowana ocena uczucia bycia kochanym wiąże się znacząco ze stanem zdrowia*, stwierdzają autorzy badania.

Kontakt dotykowy jest najwcześniejszym doświadczeniem noworodka na tym świecie. To w ten sposób na początku otrzymujemy miłość. U ssaków matki zawsze zapewniają swojemu potomstwu bodźce dotykowe, na przykład szczury liżą swoje małe, małpy naczelnice – głaszczą je. Ashley Montague w swojej wspaniałej książce *Touching: The Human Significance of the Skin*, pisze „Różne formy, w jakich otrzymują to noworodki i młode osobniki, mają podstawowe znaczenie dla ich zdrowego rozwoju fizycznego i behawioralnego. Wydaje się prawdopodobne, że dla istot ludzkich bodźce dotykowe mają fundamentalne znaczenie w rozwoju zdrowych relacji uczuciowych i emocjonalnych, że «lizanie» – w znaczeniu dosłownym i przenośnym – i miłość są blisko związane; krótko mówiąc, że uczymy się kochać nie dzięki odbieranym instrukcjom, ale dzięki temu, że jesteśmy kochani”.

Z eksperymentów na zwierzętach wiadomo, że fizyczny dotyk pobudza wytwarzanie hormonu wzrostu, sprzyjając lepszemu przybieraniu na wadze i rozwojowi. Te odkrycia odnoszą się również do ludzi. W pewnym badaniu wcześniaki przebywające w inkubatorach podzielono na dwie grupy. Odżywianie i wszelkie inne warunki w obu grupach były identyczne z wyjątkiem jednej zmiennej: w jednej grupie prowadzono stymulację dotykową przez piętnaście minut trzy razy dziennie przez dwa tygodnie. „Dostarczenie noworodkom tego rodzaju pobudzenia doprowadziło do znaczącego przyspieszenia wzrostu wagi, obwodu głowy i poprawy wskaźników behawioralnych” w porównaniu z grupą kontrolną. Pozbawienie dotyku, którego doświadczyła Rachel, utrudniło jej rozwój fizyczny i jednocześnie było dla niej pierwszą wskazówką, że nie jest chciana ani kochana. Późniejsze wydarzenia wzmocniły to pierwsze wrażenie.

Interakcje ze światem programują nasz rozwój fizyczny i psychiczny. Kontakt uczuciowy jest nie mniej ważny niż kontakt fizyczny. Te dwa rodzaje kontaktu są analogiczne, co znajduje odzwierciedlenie w tym, jak mówimy o doświadczeniu emocjonalnym bycia *poruszo- nym*. Za pośrednictwem narządów zmysłów i mózgu związki między-

ludzkie kształtują nasz rozwój od niemowlęstwa do dorosłości. Interakcje społeczno-emocjonalne decydują o rozwoju ludzkiego mózgu. Od momentu narodzin regulują one napięcie, aktywność i rozwój supersystemu psycho-neuro-immuno-endokrynnego (PNI). Charakterystyczne dla każdego człowieka wzorce radzenia sobie ze stresem psychicznym i fizycznym kształtują się w najwcześniejszych latach życia.

Naukowcy zajmujący się układem nerwowym na Uniwersytecie Harvarda badali poziom kortyzolu u sierot wychowywanych w domach opieki, które zaniedbywały je w przerażającym stopniu, w Rumunii za rządów Causescu. W tych instytucjach stosunek liczby opiekunów do liczby dzieci wynosił jeden do dwudziestu. Z wyjątkiem śladowej opieki, dzieci były rzadko podnoszone lub dotykane. Wykonywały ruchy imitujące przytulanie samego siebie, a ich zachowanie było stłumione, co jest charakterystyczne dla porzuconych młodych istot zarówno ludzkich, jak i małych naczelnych. Za pomocą badań śliny stwierdzono, że ich poziom kortyzolu jest nieprawidłowy, co wskazuje na upośledzenie funkcjonowania osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej. Jak się wcześniej przekonaliśmy, zaburzenia osi PPN stwierdzono w przypadku chorób autoimmunologicznych, raka i innych schorzeń.

Intuicyjnie łatwo zrozumieć, dlaczego maltretowanie, uraz lub skrajne zaniedbanie w dzieciństwie powodują negatywne konsekwencje. Ale dlaczego wiele osób zapada na choroby związane ze stresem, chociaż *nie byli* maltretowani ani nie podlegali żadnym urazom? Osoby te cierpią nie dlatego, że zdarzyło im się coś negatywnego, ale dlatego, że były pozbawione czegoś pozytywnego. Jak napisał w 1996 roku dr Myron Hofer, dyrektor Wydziału Rozwoju Psychobiologicznego na Uniwersytecie Columbia, w specjalnym wydaniu czasopisma „Psychosomatic Medicine”, „Pozostaje nadal paradoksem, w jaki sposób *nieobecność* czegoś lub kogoś powoduje takie zaburzenia... *Musi to być jakaś strata biologiczna i powinniśmy ją odkryć*”.

Łatwiej nam będzie zrozumieć, w jaki sposób nieobecność czegoś lub kogoś powoduje zaburzenia fizjologii, jeśli przypomnimy sobie naszą dyskusję na temat stresu. Wszystkie stresory reprezentują brak, potencjalny lub faktyczny, zasadniczych elementów środowiska, które organizm odbiera jako niezbędne dla swojego przeżycia. W książce *What is Stress* S. Levine i H. Ursin piszą, że „Bodziec stresowy...

wskazuje, że czegoś brak lub może to zaraz zniknąć, a jest to coś bardzo ważnego i pożądanego dla organizmu”.

Dla każdej młodej stałocieplnej istoty życie jest niemożliwe bez opieki rodziców. Młode istoty ludzkie są uzależnione od dorosłych przez czas znacznie dłuższy, niż w przypadku jakiegokolwiek innego gatunku, z przyczyn wykraczających daleko poza bezpośrednie potrzeby fizyczne. Opieka ze strony rodziców obejmuje znacznie więcej, niż tylko zapewnienie pożywienia, schronienia, informacji o umiejętnościach niezbędnych do przeżycia i ochronę przed drapieżnikami. Jak pokazuje smutny przykład rumuńskich sierot, rodzice pełnią również funkcję regulatorów niedojrzałych układów fizjologicznych i emocjonalnych dziecka. Miłość rodzicielska nie jest tylko ciepłym i przyjemnym doświadczeniem emocjonalnym, jest warunkiem biologicznie niezbędnym do zdrowego rozwoju fizycznego i psychicznego. Miłość i uwaga ze strony rodziców zapewniają optymalne dojrzewanie mózgu, układu PNI i osi PPN.

Mózg ludzkiego noworodka w stosunku do mózgu dojrzałego osobnika jest mniejszy i mniej dojrzały niż u innych ssaków. Dla porównania, koń może biegać w pierwszym dniu życia – my natomiast nie dysponujemy niezbędnymi obwodami nerwowymi ani umiejętnościami postrzegania przestrzeni czy też koordynacją mięśniową przez następne półtora roku lub więcej. Prosty, anatomiczny powodem, dla którego przychodzimy na świat tak niedojrzali pod względem neurologicznym, jest wielkość głowy. Podczas porodu głowa ludzkiego dziecka jest częścią ciała o największej średnicy. To właśnie ona może utknąć w kanale rodym. Podczas gdy głowa człowieka powiększa się, dostosowując się do coraz bardziej złożonych umiejętności intelektualnych i kontroli manualnej mózgu, miednica człowieka uległa zwężeniu, co umożliwia bardziej zrównoważony chód na dwóch kończynach. Nie można chodzić na dwóch nogach, posiadając miednicę konia. Zatem w procesie ewolucji powiększeniu rozmiaru głowy towarzyszyło zwężenie miednicy; gdyby nasze mózgi były wyraźnie większe na zakończenie ciąży, nie mogłyby się odbyć żaden poród.

Trzy czwarte wzrostu mózgu i niemal 90% jego rozwoju odbywa się po narodzinach, przede wszystkim w pierwszych trzech latach życia. Bezpośrednio po urodzeniu mózg człowieka – co jest wyjątkiem wśród wszystkich ssaków – nadal rośnie poza macicą w tym samym

tempie, jak przed narodzinami. W pierwszych miesiącach i jeszcze później odbywa się zdumiewająco gwałtowny i skomplikowany rozwój połączeń nerwowych, czyli synaps. W pewnym okresie wytwarzamy miliony nowych synaps na sekundę.

Przebieg jakiegokolwiek procesu rozwojowego jest uzależniony nie tylko od wrodzonego potencjału genetycznego, ale również od warunków środowiska. Nawet najlepsze i najbardziej odporne ziarna pszenicy nie wykiełkują w jałowej i suchej glebie. Lata badań neurologicznych pokazały, że nieodzownym warunkiem rozwoju ludzkiego mózgu są opiekuńcze relacje uczuciowe z rodzicem. Oddziaływania emocjonalne pobudzają lub hamują wzrost komórek i połączeń nerwowych za pośrednictwem złożonych procesów, które obejmują uwalnianie naturalnych związków chemicznych. Oto nieco uproszczony przykład: kiedy niemowlę doświadcza „szczęśliwych” zdarzeń, uwalniają się endorfiny – „związki nagrody” – naturalne opioidy mózgu. Endorfiny pobudzają wzrost i łączenie się komórek nerwowych. I odwrotnie – w badaniach na zwierzętach wykazano, że przewlekłe wysoki poziom hormonów stresu, takich jak kortyzol, powoduje zmniejszenie się ważnych ośrodków mózgowych.

Obwody nerwowe i neurochemia mózgu rozwijają się w odpowiedzi na sygnały płynące ze środowiska. Noworodek, który rodzi się z idealnie zdrowymi oczami, będzie nieodwracalnie ślepy, jeśli przez pięć lat będzie przebywał wyłącznie w ciemnym pomieszczeniu, ponieważ obwody nerwowe decydujące o widzeniu potrzebują do swojego rozwoju pobudzenia falami świetlnymi. „Darwinowskie” współzawodnictwo decyduje o przetrwaniu neuronów i synaps: te, które są używane, przeżywają i rosną. Te, które są pozbawione odpowiednich bodźców ze środowiska, ulegają zanikowi lub obumierają, albo nie mogą się optymalnie rozwinąć.

Fundamentalnym celem rozwoju osobnika ludzkiego jest powstanie samodzielnie utrzymującej się przy życiu i samodzielnie się regulującej jednostki, która może żyć w zgodzie z innymi jednostkami ludzkimi w otoczeniu społecznym. Witalną rolę dla zdrowego rozwoju neurobiologicznych procesów samoregulacji dziecka odgrywają stosunki z rodzicami, w których rodzice widzą i rozumieją uczucia dziecka i mogą reagować z wyczuloną empatią na płynące od niego sygnały emocjonalne. Uczucia to stany fizjologicznego pobudzenia, pozytywnego – „chcę tego więcej” – albo negatywnego – „chcę tego

mniej”. Niemowleta i małe dzieci nie posiadają zdolności samodzielnego regulowania swoich stanów uczuciowych i dlatego zagraża im fizyczne wyczerpanie, a nawet śmierć, jeśli nie podlegają odpowiedniej regulacji dzięki interakcjom z rodzicem. Bliski kontakt z rodzicem służy zatem zachowaniu biologicznej regulacji niemowlęcia.

Samoregulacja wymaga skoordynowanych działań anatomicznie oddzielonych obszarów mózgu, jak również łagodnej dominacji wyższych, młodszych ewolucyjnie regionów mózgu nad niższymi. Najstarszą częścią mózgu – i najbardziej nieodzowną do życia – jest *pień mózgu*, gdzie powstają niezbędne do przeżycia prymitywne impulsy „mózgu płazów” i gdzie odbywa się kontrola podstawowych funkcji autonomicznych, między innymi głodu, pragnienia, funkcjonowania układu krążenia, oddychania i utrzymania temperatury ciała. Najnowsza część mózgu to *neocortex* w przedniej części mózgu. Słowo *cortex* oznacza korę, podobnie jak kora drzewa, i odnosi się do cienkiej warstwy szarej materii, otaczającej białą materię mózgu. Kora mózgowa, utworzona w olbrzymiej części przez ciała komórek nerwowych, czyli neuronów, wykonuje najbardziej zaawansowane ewolucyjnie procesy ludzkiego mózgu. *Kora przedczołowa* moduluje nasze reakcje na świat nie w postaci prostych popędów, ale w aspekcie wyuczonych informacji o tym, co jest przyjazne, neutralne lub wrogie i co jest społecznie użyteczne, a co nie. Do jej funkcji należy kontrola impulsów, inteligencja społeczno-emocjonalna i motywacja. Znaczna część regulacyjnej pracy kory mózgowej polega nie na pobudzaniu jakichś działań, ale na *hamowaniu* impulsów powstających w niższych ośrodkach mózgowych.

Rolę pośrednika między regulacyjnymi procesami zachodzącymi w korze mózgowej i podstawowymi funkcjami życiowymi pnia mózgu pełni emocjonalny aparat *limbiczny*. Układ limbiczny obejmuje struktury położone między korą mózgową i pniem mózgu, ale również niektóre obszary kory. Układ ten jest niezbędny do przeżycia. Bez niego funkcje regulacyjne i zdolności myślenia kory mózgowej działałyby jak mózg genialnego idioty: wiedza intelektualna byłaby oddzielona od prawdziwej wiedzy o świecie.

Emocje interpretują dla nas otaczający świat. Spełniają funkcję sygnałów, informując nas o naszych stanach wewnętrznych, pozostających pod wpływem bodźców z otoczenia. Emocje są reakcjami na aktualne bodźce, przefiltrowanymi przez wspomnienia doświad-

czeń z przeszłości, przewidują również przyszłość na podstawie przeszłości.

Struktury mózgu odpowiedzialne za doświadczanie i modulowanie uczuć zarówno położone w korze mózgowej, jak i śródmózgowiu, rozwijają się w odpowiedzi na bodźce ze strony rodzica, tak jak obwody widzenia rozwijają się w odpowiedzi na światło. Układ limbiczny dojrzewa, „odczytując” i przyjmując za swoje przekazy emocjonalne płynące od rodzica. Ośrodki pamięci świadomej, jak i nieświadomej, są zależne od interakcji z rodzicami zarówno pod względem swojej konsolidacji, jak i przyszłej interpretacji świata. Obwody odpowiedzialne za wydzielanie ważnych neuroprzekazników, takich jak serotonina, norepinefryna i dopamina, niezbędnych do utrzymania stabilnego nastroju, pobudzenia, motywacji i uwagi, są stymulowane i uzyskują koordynację w kontekście relacji dziecka z opiekunami. W mózgu młodych małp już po kilku dniach oddzielenia od matek stwierdza się poważne zaburzenia równowagi różnorodnych neuroprzekazników.

Podczas interakcji dziecka z rodzicem ustala się sposób, w jaki dziecko postrzega świat: czy jest to świat miłości i akceptacji, świat lekceważącej obojętności, w którym trzeba z całych sił zabiegać o zaspokojenie swoich potrzeb, czy też, co gorsze, świat wrogi, w którym trzeba zawsze utrzymywać się w stanie lękliwej czujności. Przyszłe związki będą się kształtować na podstawie wzorca obwodów nerwowych, wytworzonych pod wpływem związków z najwcześniejszymi opiekunami. Będziemy rozumieć samych siebie, jeśli czuliśmy się zrozumiani, będziemy kochać siebie, jeśli czuliśmy, że byliśmy kochani na najgłębszym, nieświadomym poziomie, będziemy dbać o siebie w takim stopniu, w jakim w naszej najbardziej pierwotnej istocie czuliśmy się zadbanymi jako małe dzieci.

Przerwanie więzi z opiekunem w niemowlęctwie i dzieciństwie ma odległe konsekwencje dla „aparatu mózgu”, odpowiedzialnego za reakcje na stres i dla układu immunologicznego. Wiele eksperymentów na zwierzętach wykazało silne powiązanie między wczesnym zaburzeniem więzi a zaburzeniami zdolności reagowania na stres w dorosłym życiu. Zasadniczym wynikiem tych badań jest stwierdzenie, że zaburzenie więzi w niemowlęctwie prowadzi do wzmożonej reakcji na stres fizjologiczny w dorosłym życiu. I odwrotnie, dobra więź z opiekunami w niemowlęctwie zapewnia w dorosłym życiu lepszą regulację biologicznych reakcji na stres.

Do zaspokojenia potrzeby więzi, właściwych dla istoty ludzkiej, potrzeba czegoś więcej, niż tylko fizycznej bliskości i dotyku. Równie ważne są opiekuńcze relacje uczuciowe, zwłaszcza stopień *dostrojenia*. Dostrojenie to subtelny proces, w jakim rodzic dopasowuje się do potrzeb emocjonalnych dziecka. Jest to proces głęboko instynktowny, ale łatwo ulega zaburzeniu, kiedy rodzic jest zestresowany lub ma kłopoty emocjonalne, finansowe lub jakiegokolwiek inne. Brak dostrojenia może również wynikać z faktu, że rodzic nigdy sam go nie doświadczył w swoim dzieciństwie. W wielu relacjach rodzica i dziecka istnieje silne przywiązanie i miłość, ale bez dostrojenia. Dzieci pozostające w takich związkach mogą się czuć kochane, ale na głębszym poziomie nie mają poczucia, że są rozumiane takimi, jakimi naprawdę są. Uczą się prezentować rodzicowi jedynie „akceptowalną” stronę swojej osoby, tłumiąc te reakcje uczuciowe, które rodzic odrzuca i ucząc się odrzucać samych siebie już za to, że reagują w ten właśnie sposób.

Niemowlęta, których opiekunowie byli z jakiegokolwiek powodu zbyt zestresowani, aby zapewnić im w pełni dostrojony kontakt, dorastają z trwałą skłonnością do czucia się osamotnionymi ze swoimi emocjami, do poczucia – słusznego lub nie – że nikt nie może dzielić ich uczuć, że nikt nie może ich „zrozumieć”. Nie mówimy tu o braku rodzicielskiej miłości ani o fizycznym oddzieleniu rodzica i dziecka, ale o tym, że dziecko nie miało poczucia, że jest postrzegane, rozumiane, traktowane z empatią i „odebrane” na poziomie emocjonalnym. Zjawisko fizycznej bliskości przy separacji emocjonalnej nazywa się *separacją w zakresie bliskości*. Ma ona miejsce wtedy, gdy brak jest dostrojonego kontaktu między rodzicem i dzieckiem lub kontakt ten jest zaburzony z powodu stresu rodzica, który odciąga jego uwagę od relacji z dzieckiem.

Przykładem takiego przerwania dostrojenia jest sytuacja, kiedy rodzic jako pierwszy odwraca wzrok podczas jednej z licznych, przyjemnych zabaw polegających na patrzeniu sobie w oczy. Inny brak dostrojenia występuje wtedy, kiedy rodzic nalega na pobudzanie odpoczywającego dziecka, ponieważ to rodzic pragnie wzajemnego kontaktu, nawet jeśli dziecko potrzebuje chwilowego wycofania z intensywnych interakcji.

„Eksperymenty na małpach pokazują, że niemowlęta mogą podlegać silnym reakcjom separacyjnym nawet wtedy, kiedy ich matki są wizualnie, ale nie psychicznie, dostępne”, pisze psycholog z Uniwer-

sytetu Kalifornijskiego, teoretyk i badacz, Allan Schore. „Uważam, że separacja w zakresie bliskości jest częstym i potężnym czynnikiem we wczesnym rozwoju osobowości”.

W sytuacjach separacji w zakresie bliskości rodzice są obecni fizycznie, ale nie emocjonalnie. Taki rodzaj interakcji między rodzicem i dzieckiem coraz częściej staje się normą w naszym nadmiernie zestresowanym społeczeństwie. Poziom stresu fizjologicznego, jakiego doświadcza dziecko podczas separacji w zakresie bliskości, jest podobny do tego, jakiego doświadcza podczas fizycznego rozstania. Separacja ta wpływa na małe dziecko raczej na podświadomym poziomie fizjologicznym niż na poziomie świadomego myślenia i odczuwania. Nie można jej sobie później przypomnieć, kiedy dorośli wspomina wydarzenia dzieciństwa, pozostaje jednak głęboko zakorzeniona jako biologiczna strata.

Doświadczenie separacji w zakresie bliskości staje się częścią psychicznego zaprogramowania danej osoby: ludzie „wytrenowani” w ten sposób w dzieciństwie często w dorosłym życiu wybierają takie związki, które powtarzają kolejny raz dynamikę tej separacji. Mogą np. wybierać partnerów, którzy ich nie rozumieją, nie akceptują lub nie doceniają. W takiej sytuacji fizjologiczny stres spowodowany separacją w zakresie bliskości będzie cały czas powtarzany w dorosłym życiu – nadal bez udziału świadomości.

Rozdział 16

Taniec pokoleń

Kiedy weźmiemy pod uwagę informacje przedstawione w poprzednich rozdziałach, może się wydawać, że należy winić rodziców za późniejszy rozwój choroby u ich potomstwa. Taki wniosek jest absolutnie sprzeczny z moimi intencjami i całkowicie nie uwzględnia dowodów naukowych. Sposoby opieki rodzicielskiej nie odzwierciedlają większego lub mniejszego stopnia miłości w sercu matki i ojca; grają tu rolę inne, bardziej przyziemne czynniki. Miłość rodzicielska jest ogromna i wynika to z bardzo praktycznego powodu: bezinteresowne wychowanie młodzieży jest zakorzenione w aparacie zarządzającym więziami w mózgu ssaków.

Jeśli odczucie rodzicielskiej miłości jest ograniczone, to tylko dlatego, że matka lub ojciec sami zostali kiedyś głęboko zranieni. Podczas mojej pracy z narkomanami w Downtown Eastside w Vancouver, leczyłem wielu uzależnionych mężczyzn i kobiet. Są twardzi – ze swoją kryminalną przeszłością, ciągłym poszukiwaniem narkotyków, zakażeniem HIV i znękanym, zepchniętym na margines społeczny, życiem – a jednak najgłębszy ból, jaki odczuwają, dotyczy dzieci, które porzucili albo które zostały im odebrane. Wszyscy, bez wyjątku, byli maltretowani lub porzuceni w dzieciństwie.

Tam, gdzie wychowanie rodzicielskie nie zdoła przekazać dziecku bezwarunkowej akceptacji, wynika to z faktu, że dziecko otrzymuje

miłość rodzicielską *nie tak, jak życzyłby sobie rodzic, ale tak, jak pozwala ją uzewnętrznić osobowość rodzica*. Jeśli rodzic jest zestresowany, żywi nie rozwiązany lęk lub kierują nim nie zaspokojone potrzeby emocjonalne, dziecko prawdopodobnie znajduje się w sytuacji *porzucenia w zakresie bliskości bez względu na intencje rodzica*.

Na dolę lub niedolę, wiele postaw i reakcji odziedziczonych po naszych rodzicach styka się z naszymi własnymi przeżyciami z okresu dzieciństwa. To, że formy rodzicielstwa odzwierciedlają okres wczesnego dzieciństwa naszych rodziców, wynika jasno zarówno z obserwacji zwierząt, jak i z wyrafinowanych badań psychologicznych nad ludźmi.

Mały z gatunku rezusów są wśród naczelných ulubionym obiektem badań psychologicznych z racji ich stosunkowo małych rozmiarów i łatwości sprawowania nad nimi opieki. W stadzie tych małp około 20% to „osobniki silnie reagujące”, w przypadku których zachodzi o wiele większe prawdopodobieństwo okazania zachowań depresyjnych podczas separacji z matką, czemu towarzyszy silniejsze i dłuższe pobudzenie osi PPN, nadmierne pobudzenie współczulnego układu nerwowego i głębsze tłumienie aktywności immunologicznej. W kategoriach ludzkich, możemy nazwać „osobniki silnie reagujące” jednostkami o nadwrażliwym temperamencie. Podobnie jak ich ludzkie odpowiedniki, mają skłonność do lokowania się na dole hierarchii społecznej. Ich potomstwo jest podobne do nich pod względem zachowania, reaktywności i statusu społecznego.

Badanie ujawniło, że „przeznaczenie osobnika silnie reagującego z przyczyn konstytucjonalnych można zmienić, modyfikując jego otoczenie”. Pozytywne zmiany zostają przekazane przyszłym pokoleniom: „Jeśli zostały wychowane przez szczególnie opiekuńcze matki, zwierzęta takie nie ujawniały oznak zwykłych zaburzeń. Ich zachowanie było natomiast nad wiek rozwinięte i jako dorosłe jednostki osobniki te osiągały szczyty hierarchii społecznej. *Osobniki żeńskie adoptowały macierzyński styl, typowy dla ich szczególnie opiekuńczych matek*”.

Ściśle mówiąc, obserwacje te nie dotyczą zachowań wyuczonych. Na ogół podobieństwa między rodzicem i dzieckiem w podejściu do wychowania nie odzwierciedlają świadomego uczenia się ani u zwierząt, ani u ludzi. Międzypokoleniowe przenoszenie stylu wychowania rodzicielskiego w dużej mierze jest sprawą rozwoju fizjologicznego, tego jak układ limbiczny mózgu zostanie zaprogramowany w okresie

dzieciństwa i jak zostaną ustanowione połączenia w obrębie super-systemu PNI. Jak to omówiliśmy w poprzednim rozdziale, mózg emocjonalny dziecka rozwija się pod wpływem mózgu emocjonalnego rodzica. Dziecko nie uczy się stylów wychowania rodzicielskiego swojej matki i ojca poprzez naśladowanie – lub dzieje się tak tylko częściowo. Największy wpływ na przyszły styl wychowania rodzicielskiego dziecka ma rozwój jego aparatu emocjonalnego i zarządzającego więziami w kontekście relacji z rodzicami. To samo dotyczy rozwoju aparatu reakcji stresowej u dziecka.

Jeden dramatyczny eksperyment na zwierzętach wystarczy do zobrazowania tej zasady. Leki uspokajające, takie jak Valium czy Ativan* należą do klasy leków nazywanych benzodiazepinami. Tak jak wszystkie czynniki farmakologiczne, które wpływają na funkcje umysłowe, benzodiazepiny działają dlatego, że pewne obszary w mózgu posiadają receptory dla podobnych, naturalnych substancji uspokajających, produkowanych przez sam mózg.

Jądro migdałowe, struktura w kształcie migdała, położona w płacie skroniowym mózgu, jest jednym z głównych regulatorów reakcji strachu i lęku. Jest ono wyposażone w naturalne receptory benzodiazepinowe, których pobudzenie wycisza reakcje lękowe. W porównaniu dorosłych szczurów, które otrzymały gorszą opiekę w dzieciństwie ze szczurami dorosłymi, którym matki poświęcały więcej uwagi, *jądro migdałowe zawierało o wiele więcej receptorów benzodiazepinowych*. Opieka macierzyńska w okresie wczesnego dzieciństwa wpływała na psychologiczną regulację lęku w mózgu dorosłych. Tych różnic nie tłumaczą czynniki genetyczne.

Chociaż rozwój psychologiczny ludzi jest o wiele bardziej skomplikowany niż zwierząt, międzypokoleniowe przenoszenie zachowania rodzicielskiego i stresu jest także ogólną zasadą. Tak jak napisała grupa naukowców kanadyjskich: „Opieka macierzyńska podczas wczesnego dzieciństwa służy «programowaniu» zachowań ujawniających się w odpowiedzi na stres u potomstwa przez *zmienianie rozwoju systemu nerwowego, który pośredniczy w odczuwaniu strachu*”. W skrócie, jest rzeczą wysoce prawdopodobną, że bojaźliwe matki wychowują bojaźliwe potomstwo i będzie się to powtarzało przez następne pokolenia.

* Na polskim rynku odpowiednio: – Relanium i Lorazepam (przyp. tłum.).

Naukowcy opracowali system oceny jakości więzi między rodzicem a dzieckiem. Punktacja więzi rodzicielskich została określona w trzech pokoleniach: między dorosłymi matkami i ich matkami oraz między tymi samymi dorosłymi matkami i ich własnymi córkami. Ocena więzi między matkami była zgodna w badanych pokoleniach.

U dorosłych dzieci osób, które przeżyły holocaust i u których wystąpił zespół stresu pourazowego (PTSD, od ang. *post-traumatic stress disorder*), zostały wykryte zaburzenia osi PPN i wydzielania kortyzolu. Czym poważniejsze było PTSD u rodziców, tym większe były zaburzenia mechanizmu wydzielania kortyzolu u ich dzieci.

Mary Ainsworth, najpierw współpracowniczka Johna Bowlby, później profesor psychologii rozwojowej na Uniwersytecie Virginia w Charlottesville, opracowała metodę oceny wzorca i jakości więzi rodzic-dziecko. Podczas pierwszego roku życia dziecka naukowcy obserwowali w domu wzajemne interakcje matki i niemowlęcia, notując swoje spostrzeżenia. W wieku jednego roku każda para niemowlę-matka została zaproszona do laboratorium w celu przeprowadzenia krótkiego eksperymentu, zwanego „obcą sytuacją”. „W różnych momentach trwającego 20 minut eksperymentu niemowlę zostawało z matką, z matką i obcą osobą, tylko z obcą osobą i samo do 3 minut. Założeniem było (i wciąż jest), że odseparowanie jednorocznego dziecka od osoby, do której się przywiązało, w obcym dla niego środowisku, powinno uruchomić system odpowiedzialny za tworzenie więzi u niemowlęcia. Powinno to zatem pozwolić na przestudiowanie reakcji niemowlęcia na separację i powtórne zetknięcie się z matką. Najbardziej użyteczna ocena miała miejsce podczas ponownego zetknięcia z matką”.

Okazało się, że reakcja dziecka na powrót matki była zaprogramowana przez to, jak wyglądały interakcje matki z dzieckiem podczas jego pierwszego roku życia. Te niemowlęta, którym ich matki poświęcały w domu więcej czasu i uwagi, podczas separacji pokazywały oznaki tęsknoty za nimi. Niemowlęta te witały swoje powracające matki, inicjując fizyczny kontakt. Dawały się łatwo uspokoić i szybko wracały do spontanicznej zabawy. Ten wzorzec został nazwany *przywiązaniem z poczuciem bezpieczeństwa*. Istniała również pewna liczba wzorców przywiązania bez poczucia bezpieczeństwa, które podzielono na trzy typy: *unikający*, *ambiwalentny* lub *zdezorganizowany w zakresie przywiązania*. Unikające niemowlęta nie

manifestowały stresu podczas separacji z matką i unikały lub ignorowały matkę w czasie ponownego spotkania z nią. Takie zachowanie nie oznaczało prawdziwej niezależności, ale pseudoautonomię, którą obserwowaliśmy, np. u pacjentów z chorobami reumatoidalnymi. Niemowlęta te żywiły przekonanie, że muszą polegać tylko na sobie, ponieważ próby uzyskania pomocy od rodziców okazały się bezowocne. Wewnętrznie te unikające niemowlęta były jednak w stanie fizjologicznego stresu, kiedy wracały ich matki, co manifestowało się zmianą rytmu pracy serca. Niemowlęta zaliczone do grupy z przywiązaniem bez poczucia bezpieczeństwa były narażone na brak dostrojenia podczas opieki rodzicielskiej w domu. Odbierały ukryte przekazy o emocjonalnej nieobecności matki lub sprzeczne sygnały o kontakcie zmieniającym się wraz z odległością.

Już roczne niemowlęta wykazywały reakcje na związki z ludźmi, które będą charakteryzowały ich osobowość i zachowanie w przyszłości. Eksperyment Obca Sytuacja powtarzano setki razy i w różnych krajach. Obserwacje w pierwszym roku życia są dokładnymi wskaźnikami zachowania w wieku dojrzałym, wliczając w to takie cechy, jak: dojrzałość emocjonalna, związki z rówieśnikami i osiągnięcia akademickie. Pod względem wszystkich tych parametrów dzieci, które były bezpiecznie przywiązane do matek, konsekwentnie osiągały lepsze wyniki niż dzieci, których więzi z matkami nie układały się według bezpiecznego wzorca.

Jednakże, jak tłumaczy Daniel Siegel w swojej książce *The Developing Mind*, najbardziej kluczowymi wynikami badań dotyczącymi międzypokoleniowego przekazywania wzorców opieki rodzicielskiej było to, że *zachowanie niemowląt w Obcej Sytuacji, można było ściśle przewidzieć jeszcze przed urodzeniem dziecka*.

Profesor Mary Main, z Uniwersytetu Kalifornia w Berkeley, dawniej studentka doktor Ainsworth, odkryła dokładne znaczenie oceny wzorców związków przywiązania dorosłych z okresu dzieciństwa z ich rodzicami. Jej technika bierze pod uwagę przede wszystkim nie to, co dana osoba powiedziała w odpowiedzi na pytania, ale *jak* to powiedziała. Sposób mówienia i kluczowe słowa, których „przypadkiem” używa dana osoba, są bardziej znaczące dla opisu dzieciństwa niż to, co dany człowiek świadomie komunikuje. Zamierzone znaczenie słów odzwierciedla tylko świadome przekonania mówcy, z których często wykluczone są bolesne wspomnienia. Prawdziwą opowieść

przedstawia sposób zdawania relacji – płynny lub zacinający się, szczegółowy lub charakteryzujący się niedoborem słów, spójny lub sprzeczny, razem z freudowskimi pomyłkami, wiele ujawniającymi uwagami na boku i pozornymi stwierdzeniami bez związku z tematem.

Test opracowany przez Mary Main nazywa się Wywiadem o Przywiązaniu Dorosłych (*Adult Attachment Interview* – AAI). Podobnie jak reakcje niemowląt w Obcych Sytuacjach, relacje dorosłych także można sklasyfikować zgodnie z tym, jak odzwierciedlają stopień bezpieczeństwa, jaki odczuwali oni w czasie swoich wczesnych interakcji z rodzicami.

Okazało się, że AAI jest najlepszym sposobem przewidywania, jak niemowlęta przywiążą się do swoich rodziców. Innymi słowy, to co osoba dorosła nieświadomie ujawnia o własnym dzieciństwie podczas badania, pozwala przewidzieć jej wzorce przywiązania w odniesieniu do własnych dzieci. Zatem badania typu AAI, przeprowadzone z matką/ojcem przed narodzeniem się niemowlęcia, pozwalały dokładnie przewidzieć, jak roczne niemowlę zachowywałoby się w Obcej Sytuacji. Co więcej, kiedy dwie dekady później obserwuje się dzieci, to ich wyniki w Obcej Sytuacji pozwalają precyzyjnie przewidzieć ich sposób udzielania odpowiedzi w badaniu AAI.

Zatem narracja (sposób i treść wypowiedzi) osób dorosłych w badaniu AAI o ich własnym dzieciństwie często pozwala przewidzieć, jak osoby te wychowają własne dzieci i jak ich dzieci zachowują się w Obcej Sytuacji w pierwszym roku życia. Zachowanie dziecka w Obcej Sytuacji będzie odpowiadało sposobowi opowiadania, jaki zastosuje dorosłe dziecko, opowiadając o swoim dzieciństwie dwadzieścia lat później!

Krótko mówiąc, wychowanie jest tańcem pokoleń. Cokolwiek dotyka jedno pokolenie, ale nie zostanie do końca rozwiązane, będzie przechodziło na następne. Lance Morrow, dziennikarz i pisarz, w książce zatytułowanej *Heart* („Serce”), poruszającej i pięknej opowieści o jego zetknięciu z własną śmiertelnością, jakiego doświadczył wskutek poważnej choroby serca, przedstawił zwięźle międzypokoleniowy charakter stresu: „Pokolenia są pudełkami w pudełkach: W przemocy mojej matki znajdziesz następne pudełko, które zawiera przemoc mojego dziadka i w środku tego pudełka (podejrzuwam, ale nie wiem), znalazłbyś następne pudełko z taką czarną, tajemniczą energią – opowiadania w opowiadaniach, cofnięte w czasie”.

Wina staje się pojęciem bez znaczenia, jeśli ktoś rozumie, jak rodzinna historia ciągnie się wstecz przez pokolenia. „Rozpoznanie tego szybko rozwiewa jakiejkolwiek skłonności, aby widzieć matkę/ojca jako czarny charakter”, napisał John Bowlby, brytyjski psychiatra, którego praca rzuciła naukowe światło na decydujące znaczenie przywiązania w okresie niemowlęcym i dzieciństwa. Kogo oskarżamy?

Jeśli rozumiemy, że stres jest przekazywany międzypokoleniowo, możemy zrozumieć, dlaczego w tej książce natknęliśmy się na tak dużo opowiadań mówiących o rodzinach z chorobami przekazywanymi z pokolenia na pokolenie lub członków tego samego pokolenia, dotkniętych różnymi i nie powiązаныmi chorobami. Poniżej kilka losowo wybranych przykładów:

- Natalia: stwardnienie rozsiane. Jej brat był alkoholikiem, który zmarł na raka krtani. Jej młodsza siostra jest chora na schizofrenię. Jej ciotka i wujek byli alkoholikami. Jej dziadek również był alkoholikiem. Jej mąż, Bill, zmarł na raka jelita. Jej syn ma zaburzenia koncentracji (nadpobudliwość) i walczy z uzależnieniem od narkotyków.
- Weronika: stwardnienie rozsiane. Wierzy, że została poczęta na skutek kazirodczego gwałtu. W jej przybranej rodzinie dziadek był alkoholikiem, a jej babcia w wieku lat sześćdziesięciu zapadła na chorobę Alzheimera. Wśród innych problemów medycznych jej ojciec ma nadciśnienie tętnicze w początkowym stadium.
- Sue Rodriguez: stwardnienie zanikowe boczne. Jej ojciec zmarł na alkoholową marskość wątroby; jedna z jej ciotek zmarła na tętniaka mózgu, inna zginęła w czasie pożaru w domu.
- Anna: rak piersi. Zarówno jej matka, jak i babcia zmarły na raka piersi – ale żadna z nich nie odziedziczyła tej choroby genetycznie. Anna odziedziczyła gen raka piersi ze strony ojca. Miała dwie siostry: jedna z nich żyje z alkoholikiem, a druga jest chora umysłowo.
- Gabriela: skleroderma, z cechami reumatoidalnego zapalenia stawów. Jej rodzice byli alkoholikami. Jej brat miał usunięte jelito grube z powodu raka, a u siostry niedawno wykryto raka piersi.
- Jacqueline du Pré: stwardnienie rozsiane. Jej babcia miała uraz spowodowany śmiercią swoich dzieci, które przyszły na świat przed jej matką. Matka Jacqueline umarła wcześniej na raka, a jej ojciec miał chorobę Parkinsona.

- Ronald Reagan: rak jelita grubego, choroba Alzheimera. Jego ojciec i brat byli alkoholikami, jego druga żona miała raka piersi. Jego córka zmarła z powodu czerniaka złośliwego.

Czytelnik może przypomnieć sobie z rozdziału pierwszego pełen oburzenia list od pani reumatolog, która napisała w odpowiedzi na mój artykuł o Mary. Sugerowałem, że doświadczenia Mary z okresu dzieciństwa dotyczące maltretowania i porzucenia, stworzyły samokopiujące się wzory stłumienia, a wynikiem tego było pojawienie się sklerodermy. Specjalistka twierdzi, że skleroderma jest chorobą dziedziczną i moje argumenty „nie są wiarygodne”. Napisała, „Rubryka ta wprowadza w błąd laików i bezpodstawnie przypisuje odpowiedzialność za rozwój sklerodermy ofiarom tej choroby i ich rodzinom”. Możemy zauważyć, że „przypisanie odpowiedzialności” – przez które reumatolog rozumiała obarczanie winą, w ogóle nie jest tym, o co tu chodzi. Główną kwestią jest niezamierzone przenoszenie stresu i lęku przez pokolenia.

Kolejna moja pacjentka, Caitlin, także zmarła na sklerodermę. Jej przebieg był znacznie szybszy niż w przypadku Mary i zmarła niecały rok po wykryciu choroby. Caitlin poznałem w końcowych miesiącach jej życia. Chociaż odebrałem poród jej trójki dzieci i pozostawałem ich lekarzem, do czasu rozpoznania u niej sklerodermy Caitlin ze swoimi problemami zdrowotnymi chodziła do lekarza – kobiety.

Podobnie jak Mary, także Caitlin była uprzejmą i spokojną duszą, która troszczyła się o wszystkich, tylko nie o siebie. Kiedy pytano ją, jak się czuje, zawsze odpowiadała ciepło i z uśmiechem, aby chronić swoich słuchaczy przed fizycznym i emocjonalnym bólem, jakiego doświadczała. Szybko zmieniała temat, poruszając jakieś zagadnienie osobiście interesujące jej rozmówcę, żeby tylko nie wspominać o swoich kłopotach. Nie zapomnę mojej ostatniej rozmowy z Caitlin przy jej szpitalnym łóżku. Jej płuca i serce odmawiały coraz bardziej posłuszeństwa; to było 24 godziny przed jej śmiercią. Zapytałem, jak się czuje. Natychmiast odwróciła od siebie uwagę, pytając mnie, co ostatnio wydarzyło się w moim życiu. Opowiedziałem jej, z pewnym rozczerwaniem w głosie, że właśnie redaktorzy lokalnej gazety zamknęli rubrykę medyczną, do której pisałem. Jej twarz posmutniała

i przepełniona była współczuciem. „Pewnie czujesz się okropnie. Tak bardzo kochasz pisać”. U progu śmierci z powodu progresji choroby, w wieku 42 lat, zostawiając czworo dzieci i męża, nie wspomniała ani słowem o tym, jak strasznie mogła się czuć.

„Taką miała zawsze naturę, była pogodna i serdeczna, bez względu na to, czy była chora, czy zdrowa”, powiedział mi jej mąż, Randy, podczas naszej niedawnej rozmowy. Jak twierdzi Randy, Caitlin tłumila swoje uczucia, przede wszystkim kiedy była zdenerwowana. Były dwie rzeczy, o których rzadko mówiła: jej śmiertelna choroba i jej dzieciństwo. „Jeżeli w ogóle wspominała dzieciństwo, to tylko kilka przyjemnych chwil, jakie przeżyła”.

Zdaniem Randy’ego wszystko wskazuje na to, że takich dobrych chwil w dzieciństwie jego żony było niewiele i zdarzały się rzadko. Jej ojciec, odnoszący sukcesy jako biznesmen, był człowiekiem ostrym i wymagającym, którego każde słowo musiało być przestrzegane. Był bardzo krytyczny wobec Caitlin, starszej z dwojga jego dzieci. „Wydało mi się, że miała uczucie, że rodzice uważali ją za zbyt duży kłopot. Że urodziła się za wcześnie i oni tak naprawdę jej nie chcieli”.

Coś mi to przypomniało. Caitlin była zdecydowaną przeciwniczką aborcji, ale nie była wrogo nastawiona ani rozgoryczona. Wiedziała, że popierałem prawo kobiet do decyzji o przerwaniu lub utrzymaniu ich własnej ciąży. Ponieważ nasze stosunki opierały się na wzajemnym szacunku, pewnego razu napisała do mnie, nalegając, bym przestał kierować pacjentki do klinik aborcyjnych. W tamtym liście napisała: „Gdyby w tamtych czasach, kiedy byłam jeszcze płodem, aborcja byłaby legalna, na pewno zostałabym usunięta”. Randy twierdził, że miała głęboko zakorzenione uczucie, że była niechciana.

Później, kiedy Caitlin już chorowała, miał miejsce incydent, na wspomnienie którego Randiemu napływają łzy do oczu. „Siedzieliśmy w kuchni, z wszystkimi tymi tabletkami, które miała brać. Czuliśmy się nieszczęśliwi i nagle wybuchnęła płaczem. – Tak bardzo chciałybyśmy mieć matkę – powiedziała. A jej mama mieszkała kilka przecznic od naszego mieszkania. Nie były na tyle związane uczuciowo, by jej matka przyszła do nas, pocieszyła ją, pomogła jej i przytuliła ją do siebie. Wtedy była u nas sprzątaczką. Była z nami i czyściła lodówkę. Tak bardzo się wzruszyła, że podeszła do Caitlin i ją przytuliła. Pomyślałem, co za wstyd, że ta osoba, która tak słabo nas zna, okazała więcej współczucia mojej żonie niż jej własna matka.

Nie chcę też winić jej rodziców. Kiedy spojrzysz na historię jej rodziny, to okazuje się, że ojciec jej matki odszedł od nich, kiedy była małą dziewczynką. Nie miała ojca, a jej mama (czyli babcia Caitlin) musiała zmagać się ze wszystkim sama”.

Takie spojrzenie na dzieciństwo Caitlin potwierdził jej brat w kolejnej rozmowie. – W naszej rodzinie było mało miłości i uczucia – powiedział. – Ojciec był złośliwy w stosunku do nas, a mama się bała. Moja matka jest miłą i wspaniałą osobą, ale nigdy nie zajmowała się poważniejszymi sprawami.

Mój ojciec po prostu wszystkim rządził. Myślę, że nie mieliśmy nawet pięciu czy sześciu lat, kiedy ojciec wysyłał nas do suterenu w każdą niedzielę, żeby posprzątać. Nie mogliśmy wrócić, dopóki wszystko nie zostało zrobione. Kiedy tam byliśmy, czyściliśmy buty wojskowe naszego taty. Musiały błyszczeć.

Caitlin, jak mówi jej brat, była „całkiem wrażliwą osobą”, ale ojciec uważał ją za „głupią”. Sam fakt, że studiowała, bardzo go denerwował: cokolwiek robiła, nigdy tego nie szanował. Należała do organizacji La Leche (grupy wspierającej karmienie piersią). Ojciec wyśmiewał się z tego. „Jak długo ona zamierza karmić piersią te dzieciaki – do czasu aż będą nastolatkami!?”.

Brat Caitlin, po tych latach dominacji ojca, nawet w jego dorosłym życiu, zerwał kontakty z ojcem i nie chciał z nim rozmawiać. „Caitlin bardzo to zmartwiło, że zostawiłem rodzinę. Nie mogła zrozumieć, dlaczego tak zrobiłem. Próbowałem jej wytłumaczyć, że tak będzie dla mnie lepiej, że nie zasłużyłem na takie traktowanie. Nie rozumiała tego”.

Brat Caitlin też płakał, kiedy opowiadał o wydarzeniu identycznym z tym, o jakim wspominał Randy. „Caitlin powiedziała do mojej żony, na dzień przed swoją śmiercią – to takie trudne, kiedy o tym myślę – moja żona siedziała z nią i trzymała jej rękę i Caitlin powiedziała: – Tak bardzo chciałabym mieć taką matkę jak ty. Nie mam matki. – Wiele myślę o mamie, ale nie była dobrą matką. Nie była kochającą”.

Brat także ujawnił szczegóły historii rodzinnej, które jeszcze raz ukazały wielopokoleniowe cierpienie. Kiedy Caitlin i jej brat dowiedzieli się, co się tak naprawdę stało z ich dziadkiem, przeżyli szok. Wujek, który pojawił się na pogrzebie babci Caitlin oświadczył, że ich dziadek nie zmarł, kiedy matka Caitlin była dzieckiem, co było oficjal-

ną wersją w rodzinie, ale porzucił swoją żonę i później się z nią rozwiódł.

Przez całe ich życie wmawiano Caitlin i jej bratu, że ich dziadek zmarł nagle. „Kiedy pytaliśmy mamę, co się stało z naszym dziadkiem, zawsze odpowiadała – zmarł na zawał serca kiedy miałam siedem lat. – Babcia podtrzymywała tę samą wersję. Byliśmy tak bardzo zdenerwowani, bo to była babcia, którą kochaliśmy i bardzo szanowaliśmy. Ale tak było zawsze. W naszej rodzinie nie rozmawia się o trudnych sprawach, takie się ukrywa. Gdybyśmy wtedy znali prawdę, miałoby to dla nas i dla naszych stosunków z babcią duże znaczenie”.

Takie kłamstwa nigdy nie uchronią dziecka przed bólem, nie ma znaczenia, że zamiary są niewinne. Jakaś część nas zdaje sobie sprawę, że jesteśmy okłamywani, nawet gdy takie poczucie nie staje się świadome. Kłamstwo sprawia, że oddalamy się od innych osób. Rodzi obawę wyłączenia i odrzucenia przez daną osobę. W przypadku Caitlin mogło to tylko jeszcze wzmocnić uczucie bycia niepotrzebną, które spowodowane było surowym podejściem ojca i brakiem uczuć u matki.

Krócej niż rok przed wystąpieniem sklerodermy Caitlin poczuła się odrzucona przez swoją rodzinę, kiedy wyłączono ją z rodzinnego biznesu. „I tak nigdy nie brano mojej siostry poważnie”, twierdzi jej brat. „Wtedy było to normalne”. Caitlin poczuła się głęboko urażona z powodu tego odrzucenia. Nigdy nie wspomniała nikomu o tej sprawie, za wyjątkiem brata, krótko przed swoją śmiercią. I nalegała, aby brat wrócił do rodziny. „Czuła, że to jej obowiązek, by wszystko naprawić. To była jedyna rzecz, jaką Caitlin była w stanie zrobić – spróbować coś naprawić”.

Caitlin spełniała pewną rolę w rodzinie, rola ta została przypisana jej przez historię pokoleń jej najbliższych. Jej własna matka od wczesnych lat swojego życia pozbawiona była troskliwego wychowania, dlatego można przypuszczać, że jej problemy nie zaczęły się dopiero w momencie, kiedy dziadek zostawił żonę i dzieci. Możemy być także pewni, że surowy sposób wychowywania przez ojca Caitlin wynikał z jego trudnego dzieciństwa. Takie połączenie nie spełnionych potrzeb uczuciowych u rodziców Caitlin spowodowało, że bardzo chciała być osobą kochającą i gotową na przyjęcie roli dobrej, delikatnej opiekunki, która nie narzeka, nie złości się i nigdy

nie podkreśla swojego autorytetu. W taki właśnie sposób reakcje dostosowawcze dziecka na dostrzegane przez nie wymagania rodziców, jeżeli dostatecznie często się powtarzają, stają się cechami charakteru.

Caitlin przyjęła swoją rolę i odniosła sukces, ale kosztem zdrowia. Ceną było życie pełne stresu. Jej rola i życie skończyły się nagle, śmiertelną chorobą autoimmunologiczną. Nastąpiło to rok po tym, jak została odsunięta przez rodzinę i nie była już w stanie sobie z tym poradzić.

Hans Selye, pionier badań nad stresem, wprowadził w życie koncepcję energii przystosowawczej. „To tak, jakbyśmy posiadali ukryte rezerwy zdolności przystosowawczej lub takiej energii w całym naszym ciele... Kiedy nasza zdolność przystosowawcza zostaje zużyta, nastąpi nieuchronne ogólne wyczerpanie organizmu i śmierć”. Starzenie się jest oczywiście normalnym procesem, podczas którego zapasy energii przystosowawczej zmniejszają się. Ale z psychologicznego punktu widzenia stres sprawia, że się starzejemy, podobnie jak oddaje to powiedzenie, że ktoś „postarzał się z dnia na dzień”. Przez całe życie Caitlin wykorzystywała dużą część swojej energii przystosowawczej na opiekę nad innymi ludźmi, a nie nad sobą. Jej rola została określona przez sytuację rodzinną, kiedy była dzieckiem. Do czasu, kiedy zachorowała, wyczerpała swoją energię.

Zdolność do przystosowania się jest kluczem do zrozumienia stresu, zdrowia i choroby. Przystosowanie to umiejętność reagowania na zewnętrzne sytuacje stresowe w sposób elastyczny, swobodny i kreatywny, bez nadmiernego niepokoju i emocji. Ludzie, którzy nie wykazują takich zdolności, na pierwszy rzut oka działają pewnie, ale tylko wtedy, kiedy wszystko jest w porządku. W momencie pojawienia się trudności stają się sfrustrowani i bezsilni, a nasilenie takich uczuć jest różne. Zazwyczaj winią siebie albo innych. Zdolność do przystosowania się każdej osoby zależy w dużej mierze od stopnia zróżnicowania i dostosowania się poprzednich pokoleń w jego rodzinie, a także od tego, jakiego rodzaju sytuacje stresowe z zewnątrz miały wpływ na daną rodzinę. Na przykład czas Wielkiego Kryzysu był trudnym momentem dla milionów ludzi. Historia wielu pokoleń pewnych rodzin sprawiała, że potrafiły one przystosować się i radzić sobie z taką

sytuacją, podczas gdy inne w obliczu takich samych braków były zdruzgotane psychicznie.

„Rodziny i ludzie z wysokim stopniem przystosowalności zwykle zapadają na mniej fizycznych chorób a te, które u nich występują, mają tendencję do łagodnych bądź umiarkowanych objawów”, pisze dr Michael Kerr.

Ponieważ jednym z ważnych czynników w rozwoju fizycznej choroby jest stopień przystosowania się jednostki określony przez emocje, jakie charakteryzowały wiele pokoleń danej rodziny, *choroba fizyczna, tak jak choroba emocjonalna, jest objawem procesu, który wychodzi daleko poza granice indywidualnego pacjenta*. Innymi słowy, fizyczna choroba jest zaburzeniem systemu emocjonalnego całej rodziny, do której zalicza się obecne i byłe pokolenia.

Dzieci, które opiekują się swoimi rodzicami, są przygotowane na to, że przez całe życie będą tłumili swoje uczucia. Takie role, które zostały im przypisane, powiązane są z niespełnionymi potrzebami ich rodziców z dzieciństwa i taka sytuacja powtarza się przez pokolenia. „Nie trzeba bić dzieci, żeby zaburzyć ich rozwój”, podkreślają badacze z Uniwersytetu McGill. Nieprawidłowe stosunki między rodzicem a dzieckiem są źródłem wielu patologii.

Zwyczajowa reakcja przystosowawcza dziecka na sytuację w rodzinie sprawia, że z czasem staje się ona częścią jego „osobowości”. Zauważyliśmy, że osobowość, w przeciwieństwie do stresu nie wywołuje choroby. Jeżeli w ogóle możemy mówić o osobowości podatnej na chorobę, to tylko w takim sensie, że pewne cechy, a szczególnie tłumienie złości, zwiększają ilość stresu w życiu danej osoby. Teraz widzimy, że takie pojęcia jak „osobowość reumatyczna”, czy też „osobowość nowotworowa” są mylące z jeszcze jednego powodu: zakładają one, że dana osoba jest odizolowaną jednostką i nie biorą pod uwagę, że jest ukształtowana przez wiele pokoleń jej rodziny. Jak proponuje dr Kerr, byłoby bardziej uzasadnione mówienie o „postawie nowotworowej niż o osobowości”. Koncepcja osobowości nowotworowej, chociaż jest do pewnego stopnia zasadna, opiera się na teorii funkcjonowania jednostki. Pojęcie postawy nowotworowej z kolei bazuje na systemowym funkcjonowaniu człowieka. W systemie rodziny działanie każdej osoby jest regulowane i znajduje się pod wpływem każdej innej osoby”.

Jeżeli jednostki są częścią wielopokoleniowego systemu, to rodziny i jednostki należą do jeszcze większej grupy, a mianowicie kultury i społeczeństwa, w którym żyją. Funkcjonowania ludzi nie można rozpatrywać niezależnie od większego, społecznego kontekstu bardziej niż funkcjonowania pszczoły w ulu. Dlatego też nie wystarczy poprzestać na zależnościach rodzinnych, jak gdyby tylko to miało wpływ na zdrowie jej członków, bez brania pod uwagę ekonomicznych i kulturowych przesłanek, które kształtują życie w rodzinie.

Nowotwór i różnego rodzaju choroby układu odpornościowego są ogólnie chorobami cywilizacji. Co prawda społeczeństwa wysoko rozwinięte, opierające się na modelu kapitalistycznym, rozwiązały wiele problemów dla swoich członków, takich jak: warunki mieszkaniowe, sanitarne, żywność, ale również wprowadziły wiele nowych wyzwań, nawet wobec tych, których sytuacja materialna jest korzystna. Traktujemy te wszystkie stresy jako pewne, nie do uniknięcia konsekwencje naszego życia, jakby było ono abstrakcyjną formą, oddzieloną zupełnie od ludzi. Kiedy spojrzymy na ludzi, którzy dopiero niedawno doświadczyli wielkomięskiej cywilizacji, o wiele wyraźniej zauważymy, że korzyści z „postępu” wiążą się z ukrytymi kosztami w zakresie fizjologicznej równowagi, żeby nie wspomnieć o emocjonalnej i duchowej satysfakcji. Hans Selye napisał: „W populacji Zulu stres związany z urbanizacją zwiększył częstotliwość występowania nadciśnienia, co często prowadzi do zawału serca. U Beduinów i innych wędrownych ludów arabskich zauważono zwiększoną zapadalność na wrzodziejące zapalenie jelit, które pojawiło się po osiedleniu ich w mieście Kuwejt, prawdopodobnie jako konsekwencja urbanizacji”.

Podstawowym skutkiem współczesnych tendencji w rodzinach, w obecnym systemie ekonomiczno-socjalnym, przyspieszonym na skutek pędu do globalizacji, jest podważenie struktury rodziny i rozrywanie związków, które sprawiały, że ludzie mieli poczucie znaczenia i przynależności. Dzieci przeznaczają mniej czasu pod opieką rodziców. Grupa wcześniej osadzona w poszerzonej rodzinie, wiosce, społeczności i sąsiedztwie została zastąpiona przez takie instytucje, jak całonocna opieka i szkoła, gdzie dzieci mają więcej kontaktu z rówieśnikami niż z rodzicami, na których mogą polegać, czy też nauczycielami. Nawet rodzina elementarna, która powinna być podstawą

struktury społecznej, jest pod presją nie do zniesienia. W wielu rodzinach oboje rodziców musi teraz pracować, by zapewnić podstawowe utrzymanie, na które kilka dekad wcześniej wystarczała jedna wypłata. „Oddzielenie niemowląt od ich matek i wszystkie inne rodzaje separacji, które pozostawiają niewiele możliwości kontaktów międzyludzkich są bardzo powszechnymi formami deprywacji uczuciowej; mogą one stać się głównymi czynnikami wywołującymi choroby”, napisał przewidujący Hans Seyle.

W *Tuesdays with Morry*, Mitch Albom podaje, że Morrie Schwartz, jego dawny profesor, śmiertelnie chory na stwardnienie zanikowe boczne, „był zdecydowany, aby udowodnić, że słowo «umierający» nie jest synonimem «bezużyteczny»”. Natychmiastowe pytanie, jakie się nasuwa, to dlaczego ktoś czułby potrzebę, aby to udowodnić. Żaden człowiek nie jest „bezużyteczny”, czy to bezbronne dziecko, czy bezradny chory lub umierająca osoba dorosła. Istotą problemu nie jest udowodnienie, że umierający ludzie mogą być użyteczni, ale odrzucenie błędnego założenia, że ludzie muszą być potrzebni, aby mieć wartość. Morrie jeszcze w młodym wieku nauczył się, że jego „wartość” zależała od zdolności zaspokajania potrzeb innych ludzi. To samo przesłanie, przyjęte przez wielu ludzi we wczesnym okresie ich życia, jest w dużym stopniu umacniane przez powszechnie panującą w naszym społeczeństwie etykę. Zbyt często ludzie mają uczucie, że są doceniani tylko ze względu na swoje zasługi i czują się zbędni, gdy utracą swoją pozycję.

Oddzielenie umysłu od ciała jest dominującą ideologią w naszym kręgu kulturowym. Często nie myślimy o socjologiczno-ekonomicznych strukturach i praktykach jako o czynnikach determinujących choroby lub dobre samopoczucie. Zwykle nie są one „częścią wzoru”. Dane naukowe są nie do podważenia: stosunki społeczno-ekonomiczne mają znaczący wpływ na zdrowie. Na przykład, mimo że media i środowisko medyczne – inspirowane badaniami farmaceutycznymi – niestrudzenie promują ideę głoszącą, że następstwem nadciśnienia, palenia tytoniu i wysokiego poziomu cholesterolu jest zwiększone ryzyko chorób serca, istnieją dowody, że stres w pracy jest o wiele ważniejszy niż wszystkie inne czynniki ryzyka razem wzięte. Co więcej, stres ogólnie, a zwłaszcza stres w pracy jest znaczącym czynnikiem powodującym podwyższone ciśnienie i podwyższony poziom cholesterolu.

Stosunki ekonomiczne wpływają na zdrowie, ponieważ, co jest oczywiste, ludzie z wyższymi dochodami są w większym stopniu zdolni do utrzymania zdrowszej diety, zdrowszych warunków życia i pracy oraz wykonywania mniej stresujących zajęć. Dennis Raphael, profesor nadzwyczajny wykładający w Szkole Polityki Zdrowia i Zarządzania na York University w Toronto, opublikował ostatnio wyniki badania społecznych wpływów na choroby serca w Kanadzie i poza nią. Jego konkluzja była następująca: „Jednym z najważniejszych warunków życia, które determinują, czy dany osobnik będzie zdrowy, czy zachoruje, jest jego dochód. W dodatku, w ujęciu bardziej ogólnym, zdrowie społeczeństwa Ameryki Północnej może być bardziej uzależnione od dochodów poszczególnych członków tegoż społeczeństwa, niż od stopnia zamożności całego społeczeństwa, jako ogółu... Wiele badań wskazuje, że warunki społeczno-ekonomiczne, bardziej aniżeli czynniki medyczne i czynniki ryzyka wynikające ze stylu naszego życia, są głównymi przyczynami chorób układu krążenia i że warunki te są szczególnie ważne w czasie wczesnych lat naszego życia”.

Element kontroli jest mniej oczywistym, ale równie ważnym aspektem statusu społecznego i statusu wynikającego z zajmowanego przez nas stanowiska w pracy, jako czynnika decydującego o naszym zdrowiu. Ponieważ stres się nasila, kiedy uczucie kontroli maleje, ludzie, którzy wykazują większą kontrolę nad swoją pracą i życiem, cieszą się lepszym zdrowiem. Zasada ta została przedstawiona w badaniu British Whitehall, pokazującym, że urzędnicy państwowi niższej kategorii byli narażeni na wyższe ryzyko zachorowania na choroby serca niż ich szefowie, mimo prawie takiego samego uposażenia.

Rozpoznając wielopokoleniowy schemat zachowań i chorób oraz wpływy społeczne, które kształtują rodziny i życie ludzkie, pozbywamy się nieprzydatnej i nienaukowej postawy poczucia winy. Wyrzucenie z siebie winy sprawia, że czujemy się wolni i gotowi do wyruszenia w kierunku konieczności zaakceptowania odpowiedzialności – temat ten podejmiemy raz jeszcze, kiedy dotrzemy do ostatnich rozdziałów rozważających kwestię uzdrawiania.

Rozdział 17

Biologia wiary

Naukowe spostrzeżenia Bruca Liptona, biologa molekularnego, zatrudnionego uprzednio na Uniwersytecie Stanford w Kalifornii, mają głębokie implikacje dla zrozumienia choroby, zdrowia i uzdrawiania. W swoich publicznych wypowiedziach, jak i w osobistych wywiadach lubi rzucać w stronę swoich słuchaczy „naukową piłeczkę” w postaci pytania: „Co jest mózgiem pojedynczej komórki?”. Typową odpowiedzią, jaką otrzymuje, tak jak otrzymał ją od dziennikarza, jest: „Jądro, oczywiście”.

Oczywiście, jądro *nie* jest *mózgiem* komórki. Mózg jest organem odpowiedzialnym za podejmowanie decyzji i to mózg działa jako nasz pośrednik w komunikowaniu się ze środowiskiem. W życiu pojedynczej komórki to nie jądro, ale *błona komórkowa* spełnia funkcję analogiczną do tej, jaką sprawuje mózg.

W czasie rozwoju embrionalnego człowieka zarówno układ nerwowy, jak i komórki skóry, pochodzą z tej samej tkanki, *ektodermy*. Pojedyncze komórki wykorzystają swoją błonę zarówno jako skórę, jak i system nerwowy. Podobnie jak i skóra, błona otacza i ochrania wewnętrzne środowisko komórki. Jednocześnie komórka ma na swojej powierzchni miliony molekularnych receptorów, które działają tak jak organy czuciowe komórki: „widzą”, „słyszą” i „czują” oraz – podobnie jak mózg – tłumaczą wiadomości przychodzące ze środowiska

zewnątrznego komórki. Ułatwia to również wymianę substancji i informacji ze środowiskiem. „Podjęcie decyzji” przez komórkę ma także miejsce w błonie, a nie w jądrze, gdzie jest zlokalizowany materiał genetyczny komórki.

Jeśli tylko zrozumiemy tę fundamentalną biologiczną rzeczywistość, będziemy w stanie zobaczyć, jak odchodzi w przeszłość powszechne założenie, że geny decydują o wszystkim, zachowaniu i zdrowiu. Można wybaczyć ludziom tę fałszywą teorię. W 2000 roku ogłoszono, że naukowcy są bliscy rozszyfrowania ludzkiego genomu, tego planu ludzkiego organizmu. Towarzyszyły temu wyrazy niemal religijnej czci ze strony niektórych naukowców i polityków i przepowiednie dramatycznego postępu w medycynie. „Dzisiaj uczymy się języka, w którym Bóg stworzył życie”, powiedział wówczas prezydent Bill Clinton podczas ceremonii w Białym Domu, ogłaszając rozejm między dwiema grupami naukowców ścigających się, kto ukończy prace nad rozszyfrowaniem genomu. „Naprawdę czuję, że odkrycie to zrewolucjonizuje medycynę, ponieważ zrozumiemy nie tylko przyczynę choroby, ale także to, co jej zapobiega”, entuzjazmował się dr Stephen Warren, amerykański genetyk i redaktor „The American Journal of Human Genetics”.

Rzeczywiste wyniki tego projektu jednak rozczarowują. Choć odkryte informacje naukowe są ważne, nie można oczekiwać zbyt wiele, jeśli chodzi o plan genomu, który może prowadzić do szerokich korzyści zdrowotnych w bliskiej przyszłości czy kiedykolwiek.

Po pierwsze, istnieje wiele nie rozwiązanych technicznych problemów. Obecny stan naszej wiedzy na temat genetycznej struktury istot ludzkich można porównać z użyciem kopii *Podręcznego Słownika Oksfordzkiego Języka Angielskiego* jako „modelu”, na podstawie którego powstały sztuki Williama Shakespeare’a i opowieści Charlesa Dickens’a. „Wszystko”, czego potrzeba, aby powielić ich pracę, to znaleźć przyimki, zasady gramatyczne i wskazówki fonetyczne, a później wypada wymyślić, skąd dwóch autorów wzięło swoje fabuły, dialogi i wysublimowane pomysły literackie.

„Genom to biologiczne oprogramowanie”, napisał jeden z bardziej rozważnych dziennikarzy naukowych, „ale ewolucja nie zechciała nawet dostarczyć znaków przestankowych, aby pokazać, gdzie geny się kończą i gdzie zaczynają, nie mówiąc o pomocnych notatkach o tym, co każdy gen ma zrobić”.

Po drugie, wbrew fundamentalizmowi genetycznemu, który obecnie ożywia myślenie medyczne i świadomość społeczną, same geny raczej nie mogą odpowiadać za złożone, psychologiczne cechy, zachowania, zdrowie lub chorobę ludzi. Geny są jedynie szyfrem. Działają jako zespół zasad i jako biologiczny szablon dla syntezy białka, która daje każdej określonej komórce jej charakterystyczną strukturę i funkcje. Są one żywymi i dynamicznymi planami architektonicznymi i mechanicznymi. To, czy plan zostanie zrealizowany, zależy od wielu innych czynników, poza samym genomem. Geny istnieją i funkcjonują w żywych organizmach. Działalność komórek jest określona nie tylko przez geny znajdujące się w ich jądrach, ale także przez wymagania całego organizmu – i przez wzajemne oddziaływanie tego organizmu ze środowiskiem, w którym musi przetrwać. *Geny są włączane lub wyłączane przez ich środowisko*. Z tego powodu największy wpływ na rozwój człowieka, jego zdrowie i zachowanie ma środowisko, w którym się wychowuje.

Ten, kto hoduje rośliny lub zwierzęta nigdy nie spierałby się na temat podstawowej roli wczesnej opieki w kształtowaniu tego, jak rozwinię się genetyczny dar i potencjał. Z powodów mających bardzo mało wspólnego z nauką, wielu ludzi ma trudności, aby pojąć te same zasady, jeśli chodzi o rozwój człowieka. Ten paraliż myśli jest tym bardziej ironiczny, że wszystkich gatunków zwierząt to właśnie w przypadku człowieka długotrwałe funkcjonowanie jest w największym stopniu regulowane przez otoczenie z wczesnego okresu życia.

Uwzględniając niewystarczającą liczbę dowodów na decydującą rolę czynników genetycznych w większości kwestii dotyczących choroby i zdrowia, skąd bierze się ten cały szum wokół projektu genomu? Dlaczego mamy do czynienia z wszechobecnym genetycznym fundamentalizmem?

Jesteśmy istotami społecznymi i nauka, podobnie jak wszystkie dyscypliny, ma swój własny ideologiczny i polityczny wymiar. Tak jak wskazał Hans Selye, nie wypowiedziane założenia naukowca często ograniczają i określają to, co będzie odkryte. Przyjęcie poglądu, że choroby umysłowe lub fizyczne mają głównie podłoże genetyczne, pozwala nam uniknąć męczących pytań na temat natury społeczności, w której żyjemy. Jeśli „nauka” umożliwia nam ignorowanie biedy czy wytwarzanych przez człowieka toksyn lub gorączkowego tempa życia i stresującej kultury społecznej jako winowajców chorób, możemy

oczekiwać jedynie prostych odpowiedzi: farmakologicznej i biologicznej. Takie podejście pomaga uzasadnić i zachować powszechnie uznawane wartości i struktury społeczne. Może to również być opłacalne. Wartość akcji Celery, prywatnej firmy, uczestniczącej w badaniach nad projektem genomu, wzrosła o 1400% między rokiem 1999 a 2000.

Wrzawa wokół genomu powstaje nie tylko w wymiarze kiepskiej nauki, ale także w podejrzanym wymiarze teologicznym. W Księdze Rodzaju – historii stworzenia świata, Bóg najpierw stworzył wszechświat, następnie naturę i dopiero na końcu Bóg stworzył istotę ludzką z substancji wziętej z ziemi. On wiedział, nawet jeśli nie wiedział tego Bill Clinton, że od momentu ich powstania ludzi nie można zrozumieć, jeśli pomija się ich środowisko.

Otoczenie ludzkiego organizmu jest materialnym i psychoemocjonalnym środowiskiem, które kształtuje nasz rozwój i wpływa na nasze interakcje ze światem przez okres całego naszego życia. Środowisko pojedynczej komórki jest jej najbliższym otoczeniem, z którego otrzymuje substancje przekąźnikowe, pochodzące z sąsiednich komórek, zakończeń nerwów kontrolowanych z oddali i z odległych organów wydzielających substancje chemiczne do układu krążenia. Substancje przekąźnikowe przyłączają się do receptorów znajdujących się na powierzchni komórki. Następnie, w błonie komórkowej – w zależności od tego, jak w danym momencie otwarta jest komórka – wydzielane są substancje efektorowe, które docierają do jądra, wydając genom polecenie syntezy odpowiednich białek, wykonujących określone funkcje. Te kompleksy białkowe receptor-efektor – nazywane *inteligentnymi białkami* – jak wyjaśnia Bruce Lipton, działają jako „przełączniki”, które łączą funkcjonowanie komórki ze środowiskiem:

Chociaż inteligentne białka są wydzielane w wyniku molekularnych mechanizmów genetycznych, *aktywacja* procesu postrzegania jest „kontrolowana” lub zapoczątkowana przez sygnały środowiskowe. ...W ostatnich badaniach nad *komórką macierzystą** został zaakcentowany kontrolujący wpływ środowiska. Komórki macierzyste nie kontrolują ich własnego życia. Różnicowanie komórek macierzystych

* Komórki macierzyste są multipotencjalnymi komórkami embrionalnymi, które nie są jeszcze wyspecjalizowane w odpowiednich rodzajach tkanek.

oparte jest na środowisku, w którym komórki się znajdują. Na przykład, mogą zostać stworzone trzy różne środowiska wzrostu komórek. Jeżeli komórka macierzysta zostanie umieszczona w pierwszym środowisku, to może stać się komórką kostną. Jeśli ta sama komórka macierzysta zostanie umieszczona w środowisku drugim, to może stać się komórką nerwową, a jeśli zostanie umieszczona w środowisku trzecim, to dojrzałe komórki mogą stać się komórkami wątroby. *Życie komórki jest kontrolowane przez jej oddziaływanie ze środowiskiem, a nie przez niezależny program genetyczny.*

Kluczowym punktem we wnikliwym wyjaśnieniu aktywności biologicznej przez dr Liptona jest to, że obojętnie w jakim czasie, komórki – podobnie jak cały ludzki organizm – mogą znajdować się w trybie obronnym lub wzrostowym, ale nie w obu. Nasze postrzeganie środowiska jest przechowywane w pamięci komórki. Kiedy wczesne wpływy środowiska są przewlekłe stresujące, rozwijający się układ nerwowy i inne organy systemu PNI wielokrotnie otrzymują elektryczną, hormonalną i chemiczną wiadomość, że świat jest niebezpieczny a nawet wrogi. *To postrzeganie jest zaprogramowane w naszych komórkach na poziomie molekularnym.* Wczesne doświadczenia formują postawę organizmu wobec świata i determinują podświadome przekonania danego człowieka o sobie samym w stosunku do świata. Dr Lipton nazywa ten proces *biologią wiary*. Na szczęście, doświadczenia człowieka i rozwijający się potencjał ludzi zapewnia, że biologia wiary, mimo że psychologicznie głęboko zakorzeniona, nie jest nieodwołalna.

Zauważyliśmy, że stres jest wynikiem wzajemnego oddziaływania, jakie zachodzi między *czynnikami wywołującym stres* a *systemem przetwarzania danych*. Aparatem, który kieruje tym całym procesem, jest układ nerwowy, działający pod wpływem emocjonalnych ośrodków w mózgu. Biologia wiary, wbudowana w ten aparat we wczesnym okresie naszego życia, zasadniczo wpływa na to, w jaki sposób przez całe nasze życie reagujemy na stres. Czy rozpoznajemy czynnik wywołujący stres? Czy wyolbrzymiamy lub minimalizujemy potencjalne zagrożenie naszego dobrego samopoczucia? Czy postrzegamy siebie jako osoby samotne? Bezbronne? Nigdy nie potrzebujące pomocy? Nie zasługujące na pomoc? Kochane? Jako osoby,

które muszą zapracować na to, aby być kochane? Jako beznadziejnie nie wzbudzające miłości? Wszystkie te nieświadome przekonania zakorzenione są na poziomie komórkowym. Kontrolują nasze zachowania bez względu na to, co świadomie myślimy. Ponadto, mogą trzymać nas w zamkniętej, obronnej formie, lub otwierać na wzrost i zdrowie. A teraz spojrzmy dokładniej na kilka takich podświadomie utrzymywanych przekonań.

Muszę być silny

Jako artysta i gorliwy czytelnik, Iris jest wybitną intelektualistką. Około dziesięciu lat temu, kiedy miała czterdzieści dwa lata, wykryto u niej SLE (toczeń). Iris wychowała się w Europie i w wieku lat dwudziestu kilku wraz ze swoją rodziną wyemigrowała do Stanów Zjednoczonych. Jej ojciec był nieprzewidywalnym tyranem, a matka „nie mogła istnieć osobno, bez mojego ojca”, wspomina Iris.

– Myślałam o teorii ciała mówiącego nie, kiedy twój umysł nie potrafi tego zrobić – mówi Iris. – Słyszałam o tym wcześniej i zgodziłam się z zasadami. Po prostu nie lubię myśleć o tym w odniesieniu do mnie samej.

– Dlaczego nie? – pytam.

– To znaczy, że nie jesteś wystarczająco silna... nie jesteś zdolna do zrobienia tego, co jest potrzebne, żeby stać się silną, cokolwiek by to było. – Te słowa przypomniały mi pacjentkę chorą na raka jajnika, której nie podobała się moja teoria, ponieważ, jak mówiła, sprawiała, że wyglądała jak „mięczak”.

– A jeśli ktoś naprawdę nie jest wystarczająco silny? – mówię. – Jeśli próbowałbym podnieść ciężar o wadze dziesięciu tysięcy funtów i ktoś powiedziałby „nie jesteś wystarczająco silny”, zgodziłbym się z tym.

– W tych okolicznościach, powiedziałabym: „Co z ciebie za idiota?”.

– To jest cały problem. Czasami problemem nie jest to, że brakuje nam siły, ale to, że wymagania, jakie sobie sami stawiamy, nie są do spełnienia. Co w tym złego, że nie jesteśmy wystarczająco silni?

Sednem przekonania o konieczności bycia wystarczająco silnym, które charakteryzuje wielu ludzi cierpiących na przewlekłe choroby, jest obrona. Dziecko, które spostrzega, że jego rodzice nie mogą wspomóc je pod względem emocjonalnym, miało lepiej rozwiniętą po-

stawę „Dam sobie radę ze wszystkim”. W przeciwnym razie może czuć się odrzucone. Jedyny sposób, aby dziecko nie czuło się odrzucone, to nigdy nie prosić o pomoc i nigdy nie przyznawać się do słabości, wierzyć, że jest się wystarczająco silnym, aby samotnie przezwyciężać wszystkie przeciwności losu.

Iris szybko przyznała się, że kiedy przyjaciele dzwonili do niej ze swoimi problemami, nie uznawała ich za słabych, jak również nie zarzucała im słabości. Czuli się komfortowo z tym, że mogli na niej polegać i postrzegali ją jako osobę stanowczą, i czuli w niej wsparcie. Było to jasne, że jej podwójny standard – wyższe oczekiwania w stosunku do siebie niż do innych – nie miały nic wspólnego z *siłą*. Chodzi tu o brak władzy, jakiego doświadcza dziecko. Dziecko może być silniejsze, niż jest to konieczne, ponieważ nie ma władzy.

To niewłaściwe, żebym był zły

Czterdziestodwuletnia Shizuko jest matką dwóch dorastających dzieci. Wykryto u niej reumatoidalne zapalenie stawów, kiedy miała dwadzieścia jeden lat, krótko po jej przybyciu do Kanady w charakterze zagranicznej studentki. Jej rodzona matka zmarła, kiedy Shizuko miała cztery lata, potem ojciec ożenił się z jej ciotką, siostrą jej matki. – Moja macocha lubiła biznes bardziej niż dzieci – mówi. Ojciec zaspokajał jej wszystkie potrzeby materialne i zachcianki, ale przez większość czasu nie było go w domu.

Pięć lat temu Shizuko rozwiodła się z jej chłodnym emocjonalnie mężem.

– Moje małżeństwo było okropne. Kiedy mieszkalam z moim mężem, byłam cały czas zmęczona, wychowując dzieci. [Zmęczenie jest częstym objawem reumatoidalnego zapalenia stawów]. Przed godziną 3. po południu leżałam zwykle na kanapie, a mój mąż zawsze narzekał, „Ty nic nie robisz”. Powiedział, że wykorzystywałam go, jako bezpłatny talon na jedzenie.

– Czy kiedykolwiek czułaś złość?

– Tak, cały czas byłam na niego zła.

– Czy wyraziłaś swój gniew?

– Nie... Myślę, że sposób, w jaki wychowała mnie moja macocha, nie pozwala mi złościć się.

Jeśli jestem zły, nie można mnie kochać

Alan, z rakiem przełyku, był nieszczęśliwy w swoim małżeństwie. Czytelnik może przypomina sobie jego opinię o żonie, że nie była zdolna do „romantyzmu, intymności i tego wszystkiego, czego potrzebowałem”.

- Jak byś określił swoje niezadowolenie? Czy kiedykolwiek byłeś zły z tego powodu? Czy kiedykolwiek czułeś z tego powodu złość?
- Ciężko jest odnieść się do tego, ponieważ obecnie jestem zły cały czas. Teraz rozmawiamy o tym o wiele częściej.
- Co działo się ze złością przed tym, jak zdiagnozowano u ciebie raka?
- Nie wiem. Widzę, do czego zmierzasz i jest to prawdopodobnie prawda.
- Gdzie nauczyłeś się tłumić gniew?
- Jest to dobre pytanie – nie sądzę, abym analizował to wystarczająco często. Myślę, że przyszło to z chęci bycia lubianym. Jeśli jesteś zły, ludzie nie lubią cię.

Jestem odpowiedzialny za cały świat

Leslie, pięćdziesięcioletni pracownik socjalny, swoją chorobę, czyli wrzodziejące zapalenie jelit, także przypisuje stresowi spowodowanemu na skutek jego związku. „Zaczął się to podczas mojego pierwszego małżeństwa. Przeżywałem wtedy wiele stresu i wówczas było najgorzej. Później nie było źle, przez dłuższy czas. Obecnie mam czasami krwawienia, ale niedużego stopnia.

Mój związek z żoną miał wzloty i upadki. Myślę, że moja żona nie chciała być zaangażowana w ten związek. Nigdy nie był to układ partnerski. Musiałem za nią myśleć. Było to szalone, ponieważ musiałem myśleć za nas oboje, co możemy robić razem. Nigdy nie powiedziała mi, co chce robić. Musiałem proponować kino, które oboje lubiliśmy, gdzie moglibyśmy razem pójść i być zadowoleni”.

- Nie byłeś zły, że musisz grać taką rolę?
- Oczywiście, że tak.
- Co robiłeś ze swoją złością?
- Przełknąłem to – bez wątplenia. Nie mogłem walczyć, ponieważ moja żona odpowiedziałaby: „Widzisz, nie jesteśmy dobrym małżeństwem”.

stwem”. Konflikt ze mną uważała za oznakę, że nasz związek nie jest udany.

Musiałem być bardzo, ale to bardzo ostrożny. Kiedy zacząłem się spotykać z Ewą, która teraz jest moją żoną, i rozpoczynała się kłótnia, zaczynałem się uśmiechać. Powiedziałem jej, że bardzo się cieszę, iż możemy się kłócić i mamy różne zdania, a ona nie zamierza odejść. Bardzo się bałem porzucenia.

Dopiero po kilku miesiącach od chwili rozpoznania objawów choroby Leslie zaczął szukać pomocy lekarskiej. „Nie byłem gotowy zaakceptować, że jestem podatny na problemy, które zaczęły się pojawiać. Było to w dużej mierze związane z moim perfekcjonizmem i chęcią bycia doskonałym w każdym calu”.

Kiedy Leslie miał dziewięć lat, jego ojciec nagle zmarł na atak serca, a dwa lata później Leslie był świadkiem nagłej śmierci swojego brata, który zmarł na tętniaka mózgu. „Po tym wszystkim rozwinąłem chorobliwy rytuał upewniania się każdej nocy, że ludzie nie umrą. – Nie umieraj, nie umieraj... – Był to mój sposób kontrolowania ludzi, aby w moim życiu nie umarli.

Pewnego dnia rozmawiałem z moim psychiatrą. Powiedziałem: „Zaprzystałem tego rytuału i nie wiem, gdzie on się podział”. Nagle dotarło do mnie: „Wiem, gdzie to się podziało. Stałem się pracownikiem socjalnym i teraz próbuję zbawić świat!”.

Kosztowało mnie to dużo stresu, kiedy próbowałem zbawić świat i nie udawało się to. Dwa lub trzy lata temu żyłem w wielkim stresie. Ostatecznie uznałem, że nie jestem w stanie zbawić świata. Mam nawet swoją mantrę, którą wymyśliliśmy razem z psychiatrą: „Powiniennem być przewodnikiem, a nie Bogiem”. W moim przypadku to działa.

- Czy myślałeś, że ten cały bałagan na ziemi był z twojej winy?
- W pewnym momencie wierzyłem, że bez względu na to czy to moja wina, czy nie, ja zamierzam być tym jedynym, który to wszystko naprawi.
- Jak się to manifestowało w twojej pracy?
- No cóż, jeżeli moi rodzice, mam na myśli moich klientów, nie mieli się dobrze, to czułem, że to dlatego, iż brakowało mi wiadomości. Potrzebowałem wiedzieć więcej i posiadać lepsze kwalifikacje. Potrzebowałem znaleźć odpowiednie rozwiązanie, ciężiej pracować, więcej czytać i uczęszczać na specjalne warsztaty.

Nie trzeba szukać daleko znaczenia freudowskiej pomyłki Leslie, który powiedział *rodzice* zamiast *klienci*. Nie tylko stał się głównym towarzyszem swojej matki i pocieszeniem po śmierci swojego ojca i starszego brata, ale również, jak się okazało, taką rolę pełnił od urodzenia.

„Moja mama chciała, abym był szczęśliwy. Zawsze martwiła się, że powinienem być szczęśliwy. I to właśnie zawsze próbowałem robić. Próbowałem być szczęśliwy, kiedy byłem dzieckiem. Nie wiedziałem wtedy, co to jest depresja. Nie wiedziałem nawet wtedy, co to znaczy być przygnębionym, być smutnym.

Moja mama mówiła, że byłem chłopcem o łagodnym usposobieniu, a mój brat, niestety, nie. Byłem dzieckiem o tak łagodnym usposobieniu, że mogła mnie obudzić w środku nocy, pobawić się ze mną chwilę, położyć mnie z powrotem do łóżka, a ja znowu zasnąłem”.

- Dlaczego to robiła?
- Myślę, że była bardzo samotna i potrzebowała trochę uwagi.
- Zatem musiałeś ciężko pracować... od niemowlęstwa.
- Małżeństwo mojej mamy z moim ojcem było koszmarnie. Klócili się ze sobą przez cały czas, było bardzo źle przed jego śmiercią. Moim zadaniem było ją uszczęśliwić.

Potrafię uporać się ze wszystkim

Don, pięćdziesięcioletni urzędnik służby cywilnej, miał usuniętą część jelita z powodu raka. Poza przewlekłym stresem, w życiu zawodowym Don odczuwał wewnętrzny przymus bycia nadmiernie sumiennym. „Obciążenie pracą powodowało, że byłem zły”, mówi. „Nie wiem, czy zły to dobre słowo, byłem *sfrustrowany*. Nie byłem w stanie poradzić sobie z ogromną ilością pracy, która codziennie pojawiała się na moim biurku”.

- Czy coś z tym zrobiłeś?
- Odprężałem się i uspakajałem, chodząc na spacer, później wracałem i rzucałem się w wir pracy, tak długo, aż wszystko było zrobione.
- Czy poszedłeś do kogoś, kto przydzielał pracę i zwróciłeś uwagę, że to zbyt dużo, żeby jedna osoba mogła sobie poradzić?
- Nigdy tego nie zrobiłem. Dlatego, że sam jestem w stanie uporać się ze wszystkim. Moja determinacja była tak wielka, że byłem jedy-

ną osobą w całym oddziale, która była w stanie najlepiej dać sobie radę z największą liczbą akt.

– Dlaczego?

– Z kilku powodów. Pierwszy, to instynkt współzawodnictwa. Po drugie, jestem dobrze opłacany, dlatego też powinienem wykonywać swoją pracę najlepiej, jak tylko potrafię. Moje podejście zawsze było następujące: ty dajesz mi pracę, a ja ją robię. Jeżeli zlecisz mi więcej pracy, ja zrobię więcej, a jeśli dasz mi mniej pracy, ja jej mniej wykonam.

– A kiedy zaczęto ograniczać personel i mniej ludzi musiało wykonać tę samą pracę?

– Robiłem więcej. Faktycznie, często robiłem tak, że szedłem do innych ludzi, którzy się skarżyli na ilość pracy, która im przypadła i wykonywałem za nich część roboty. Zawsze było jakieś poczucie winy, że tę czy inną pracę mogłem wykonać lepiej. Zawsze było tak, że mogłem jeszcze coś więcej zrobić. Byłem dumny z siebie, że jestem w stanie zrobić więcej niż ktokolwiek inny i w krótszym czasie.

– Czy ma to jakiś związek z twoim dzieciństwem?

– Częściowo ma to związek z moją matką. Gdybym przyniósł do domu dzienniczek z trzema piątkami i trzema czwórkami, byłoby pytanie: „Dlaczego nie sześć piątek?”. Nic, co kiedykolwiek robiłem, nie było zrobione wystarczająco dobrze. Matka zawsze automatycznie zakładała, że stanę się profesjonalistą w jakiejś dziedzinie. Było dla niej wielkim rozczarowaniem, że rozpocząłem pracę zawodową jako pracownik fizyczny na budowie.

Nie jestem potrzebny – nie można mnie kochać

Gilda Radner miała długotrwałe odczucie bycia niepotrzebną. Wskaźnikiem otchłani psychicznej rozpacz Gildy są zapiski, jakie jej mąż, Gene Wilder, znalazł po jej śmierci. W jednym z nich, zatytułowanym „Prawa ręka pytania – lewa ręka odpowiedzi”, pytania były spisane prawą ręką Gildy, a odpowiedzi lewą ręką. Zarówno technika, jak i tytuł, mają duże znaczenie: to prawa część naszego mózgu, holistyczna i emocjonalna, kontroluje lewą rękę. Pytanie napisane prawą ręką brzmi: „Czy rak to twoja matka w twoim wnętrzu?”. Lewa ręka odpowiada: *Ona nie chce, żebym żyła*.

Nie istnieję, o ile czegoś nie robię. Muszę uzasadnić swoje istnienie

Joyce, profesor pracująca na uniwersytecie, chora na astmę, rozmawiała na temat przerażającego ją uczucia pustki, kiedy nie była czymś zajęta. Zapytałam, co przez to rozumie.

„Pustka dotyczy panicznego strachu, że jeśli nie będę czegoś robiła, to tak naprawdę nie będę istniała. Jako dziecko, nie byłam częścią całego równania. Nie byłam częścią tego całego napięcia, które towarzyszyło mojemu ojcu i matce, mojemu ojcu i bratu. Byłam osiem lat młodszą córką – doskonałą małą dziewczynką. To wszystko działo się wokół mnie. Miałam uczucie, że nie istnieję, o ile nie dokonam czegoś na tym świecie”.

Muszę być bardzo chora, aby zasłużyć na opiekę

U Angeli w wieku czterdziestu pięciu lat, dwa lata temu, wykryto raka macicy. Przedtem walczyła z alkoholizmem, anoreksją, bulimią, depresją i fibromialgią. Aby zgubić wagę przeszła operację usunięcia części jelita. Po tej operacji Angela w ciągu roku straciła 150 funtów, ale wkrótce znów przytyła. Od tego czasu ani jej poziom stresu, ani też nawyk jedzenia nie uległy zmianie. Rozmawiałam z Angellą w Domu Nadziei, ośrodku psychoterapii i wsparcia w Vancouver dla ludzi z chorobami nowotworowymi i innymi schorzeniami przewlekłymi.

„Czuję się, jakby rak był dla mnie podarunkiem, ponieważ wyciągnęło mnie to z Revenue Canada. Przez ostatnie dwanaście lat byłam audytorem i naprawdę nienawidziłam tej pracy. Już od dzieciństwa, kiedy miał miejsce jakiś konflikt lub konfrontacja, nie byłam w stanie nie brać tego do siebie. Ludzie, kiedy są sprawdzani, stają się nerwowi i całą swoją nienawiść przeciw rządowi i podatkom kierują na ciebie. I przyjmowałam to na siebie”.

– Dlaczego to rak musiał wydostać cię z pracy, której nienawidziłaś i która nie miała na ciebie pozytywnego wpływu?

– Większość czasu miałam depresję i czułam się tak, jakbym nie miała żadnego wyboru. Pracowałam od siedemnastego roku życia. Wiedziałam, że w innej pracy moja choroba nie byłaby tak długo akceptowana. Często byłam chora. W rządzie jesteś jak mały trybik

w całej maszynierii. Istnieje setka innych ludzi, którzy wykonują to samo co ty, więc jeśli twoja praca nie idzie dobrze, mogą zwalić to na kogoś innego. To jest powód, dla którego tam zostałam – strach.

– W jaki sposób rak cię stamtąd wydobył?

– Po rozpoznaniu raka zaczęłam przychodzić do Domu Nadziei i rozmawiać z pracownikami poradni. Zachęcono mnie do przyjrzenia się moim uczuciom i życiu. Odkryłam, że próbowałam dopasować się do czegoś, w czym tak naprawdę nie zamierzałam być.

– Czy powiedziano ci, jaki tytuł ma moja książka?

– No tak, moje ciało powiedziało nie. Miałam poważne krwawienie przez dwa lata i poddawano mnie badaniom. Zrobiono mi dwie biopsje – w drugiej wykryto komórki nowotworowe.

Kiedy lekarz powiedział słowo *rak*, moja intuicja, w ułamku sekundy, powiedziała Revenue Canada. Było to dla mnie całkiem oczywiste. Otrzymywałam to przesłanie w ciągu ostatnich dwunastu lat i ignorowałam je.

– O to właśnie pytam. Dlaczego to rak musiał wydostać cię z pracy?

– Ponieważ było to *coś prawdziwego*. Mam zakodowane w głowie, że zaburzenia nastroju nie są wystarczające. I bulimia nie wystarcza. Każdy patrzy na zaburzenia umysłu tak, jakby nic złego się z tobą nie działo. Ludzie bardzo to osądzają.

– Ale chodzi tu o mózg, fizyczny organ. Zaburzenia nastroju są zmianami fizjologicznymi, podobnie jak rak macicy.

– Zgadzam się z tobą. Ale taka była moja własna opinia o tym, ponieważ moje przekonanie było uzależnione od tego, co wpoila mi moja rodzina i społeczeństwo. Faktem jest, że byłam w depresji i moja praca powodowała, że byłam chora, jednak niewystarczająco w moim przekonaniu. Martwiłam się, co myślą inni ludzie – szczególnie moja rodzina.

System wsparcia, jaki Angela znalazła od momentu wykrycia raka, sprawił, że mogła stawić czoło problemowi. „Czułam się bezpieczna. Nigdy wcześniej się tak nie czułam”, mówi Angela, „szczególnie, kiedy przechodziłam przez sprawę odejścia z pracy. Miałam dużo poparcia do robienia tych wszystkich rzeczy, które kochałam robić dla siebie”.

Chociaż w ludzkim życiu wszystko jest możliwe, trudno byłoby zaakceptować, że matka Gildy, Henrietta, naprawdę nie chciała swojej

córki lub że matka Leslie kiedykolwiek życzyła, aby jej syn był odpowiedzialny za jej szczęście, a rodzice Alana chcieli mu przekazać, że jest miły tylko wtedy, kiedy się nie złości. Większość rodziców kocha swoje dzieci bezwarunkowo i mają nadzieję, że ich miłość będzie odwzajemniona. Trzeba to wiedzieć, jednak nie jest to rzeczą najważniejszą. Najważniejsze jest to, że nieświadome postrzeganie dziecka oparte jest na najszybszych interpretacjach jego wzajemnego oddziaływania ze światem. Takie interpretacje, będąc zakorzenione na poziomie komórkowym, kreują nasze przekonania, determinują to wszystko, co czujemy, co robimy i jak reagujemy na zdarzenia.

Głównym powodem powstawania wielu chorób – we wszystkich przykładach, którym się przyjrzelśmy, jest nadmiar stresu wywołany przez nieświadome przekonania. Jeśli chcielibyśmy wyzdrowieć, istotną rzeczą jest boleśnie i stopniowo rozpocząć zadanie odwracania pewnych przekonań, które przyjęliśmy od najwcześniejszych lat życia. Bez względu na to, jakiej wewnętrznej kuracji zostaniemy poddani, czynnik uzdrawiający znajduje się w nas. Wewnętrzne środowisko musi się zmienić. Znalezienie zdrowia i dokładna o nim wiedza wymaga poszukiwań i podróży do środka naszych własnych przekonań. Oznaczają to ponowne przemyślenie i rozpoznanie – jeszcze raz: dosłownie, aby znów „znać” swoje życie.

Jakiegokolwiek rodzaju leczenia wybierają ludzie – medycynę konwencjonalną z lub bez leczenia pomocniczego; podejście alternatywne podobne do medycyny energetycznej lub różne techniki umysłu-ciała; starożytne wschodnie praktyki jak Ajurweda, joga lub chińska akupunktura, powszechnie znane techniki medytacyjne; psychoterapia, leczenie dietą – kluczem do wyleczenia jest aktywny, wolny i uzasadniony wybór danego człowieka. Istnieje wiele różnych sposobów, aby odkryć tę wrodzoną ludzką zdolność człowieka do wolności, przedstawioną w wielu podręcznikach i innych źródłach. Wyzwolenie z przytłaczających i stresujących zewnętrznych okoliczności jest niezbędne, ale jest to możliwe tylko wtedy, gdy najpierw sami wyzwolimy się z tyranii zakorzenionych w nas przekonań.

Rozdział 18

Potęga negatywnego myślenia

Karen Gelmon, onkolog z Vancouver, nie lubi militarnych przenośni, często używanych w odniesieniu do nowotworów. „Ich idea jest taka, że mając odpowiednią moc moglibyśmy wszystko kontrolować, może nawet usunąć”, mówi. „To sugeruje, że wszystko to jedna bitwa. Nie sądzę, żeby taki sposób widzenia sprawy był pomocny. Po pierwsze, nie jest słuszny pod względem fizjologicznym. Po drugie, nie uważam, żeby był zdrowy dla psychiki.

To, co dzieje się z naszym organizmem, przypomina przepływ – coś wpływa i coś wychodzi, i nie można kontrolować każdego aspektu tego procesu. Musimy zrozumieć ten przepływ, wiedzieć, że są sprawy, na które mamy wpływ i takie, których zmienić nie możemy. To nie bitwa, to kwestia znalezienia równowagi i harmonii przeciwnych sił, ukształtowania ich tak, aby stworzyły jedną całość”.

Według poglądu, który możemy nazwać militarną teorią choroby, schorzenie to wroga siła, coś obcego, co organizm musi zwalczyć i pokonać. Taki pogląd pozostawia bez odpowiedzi ważne pytanie, które możemy postawić nawet w przypadku leczenia ostrych zakażeń, kiedy potrafimy rozpoznać mikroorganizm, który wtargnął do organizmu i zabić go za pomocą antybiotyków: *dlaczego ta sama bakteria czy wirus oszczędza jedną osobę i atakuje inną?* Organizm taki jak paciorkowiec, odpowiedzialny za wywołanie ropnej anginy, występuje

u wielu osób, ale tylko u nielicznych powoduje chorobę. Może też być obecny u danej osoby przez jakiś czas, nie powodując żadnych problemów, ale w innym momencie życia tego człowieka przypuszcza śmiertelny atak. Co odpowiada za te różnice?

W XIX wieku toczyła się gorąca dysputa na ten temat, prowadzona przez całe dziesięciolecie przez dwie wybitne postaci historii medycyny, pioniera mikrobiologii Louisa Pasteura i fizjologa Claude'a Barnarda. Pasteur utrzymywał, że o przebiegu schorzenia decyduje zjadliwość drobnoustroju, natomiast Barnard – że głównym winowajcą jest podatność organizmu gospodarza. Na łożu śmierci Pasteur skapitulował. *Barnard avait raison*, powiedział. *Le germ n'est rien, c'est la terrain qui est tout*. [Barnard miał rację. Mikroorganizm jest niczym, to miejsce (czyli organizm gospodarza) jest wszystkim].

Umierający Pasteur mógł pójść za daleko, ale być może spoglądał w przyszłość. Od jego czasów, a zwłaszcza z nadejściem epoki antybiotyków w połowie XX wieku, wszyscy zapomnieliśmy, że miejscem choroby jest konkretna jednostka ludzka w konkretnym momencie historii swojego życia. „Dlaczego *ten* pacjent choruje na *tę* chorobę *teraz*?” pytał w 1977 roku George Engel, badacz związków umysłu i ciała. Z wielu różnych powodów i dla wielu ważnych celów współczesna praktyka medyczna przyjęła uproszczoną perspektywę „przyczyny i skutku”. Kiedy nie znajduje się żadnej oczywistej przyczyny zewnętrznej – co dotyczy większości poważnych chorób – współczesna medycyna opuszcza ręce i stwierdza, że przyczyna pozostaje nieznana. „O nieznannej etiologii” – to chyba najczęściej spotykana fraza w podręcznikach medycyny wewnętrznej.

Chociaż naukowa pokora jest mile widziana, to jednak model przyczyny i skutku w odniesieniu do choroby sam jest źródłem nieporozumień. Nie odzwierciedla sposobu, w jaki zdrowie przekształca się w chorobę ani jak choroba może na powrót stać się zdrowiem. W tradycji sufi opowiada się o XII-wiecznym głupcu i mędrцу, mulle Nasruddinie, który na kolanach szukał w świetle ulicznej lampy. „Czego szukasz?”, spytał go sąsiedzi. „Mojego klucza”, odpowiedział. Sąsiedzi przyłączyli się do poszukiwań, systematycznie przeczesując każdy skrawek gruntu w kręgu światła lampy. Nikt nie znalazł klucza. „Czekaj, Nasruddinie”, ktoś w końcu zapytał, „gdzie właściwie zgubiłeś ten klucz?”. „W moim domu”. „Dlaczego więc szukasz tutaj?”. „Ponieważ, co oczywiste, tutaj, w świetle lampy, lepiej widzę”. Być

może łatwiejsze (i bardziej opłacalne finansowo) jest poszukiwanie pojedynczej przyczyny, takiej jak drobnoustroje czy geny, ale tak długo, jak długo będziemy ignorować szerszą perspektywę, etiologia chorób zawsze pozostanie nieznana. Szukając na zewnątrz, gdzie świeci światło, nie znajdziemy klucza do zdrowia. Musimy poszukiwać we wnętrzu, gdzie jest ciemno i mrocznie.

Żadna choroba nie ma jednej przyczyny. Nawet tam, gdzie można rozpoznać poważne czynniki ryzyka – takie jak czynnik dziedziczny w niektórych chorobach autoimmunologicznych czy palenie w przypadku raka płuca – te elementy zwiększonej podatności nie istnieją w izolacji. Również osobowość sama w sobie nie powoduje choroby: nikt nie dostaje raka tylko dlatego, że tłumi gniew ani stwardnienia zanikowego bocznego dlatego, że jest zbyt miły. Model układów uznaje, że wiele procesów i czynników współpracuje ze sobą, tworząc chorobę lub zdrowie. W tej książce pokazaliśmy *biopsychospołeczny* model medycyny. Zgodnie z poglądem biopsychospołecznym, biologia jednostki odzwierciedla historię danego organizmu w jego trwających całe życie oddziaływaniach ze środowiskiem, w ciągłej wymianie energii, w której czynniki psychiczne i społeczne są tak samo ważne jak fizyczne. Jak sugerowała dr Gelmon, zdrowienie jest procesem odnajdywania równowagi i harmonii.

Warto przypomnieć sobie, że angielskie słowo *healing*, zdrowienie, pochodzi od starego słowa oznaczającego całość (ang. *whole*) – stąd w angielskim występują dwa bliskoznaczne słowa na określenie zdrowia: *wholesome* i *health*. Wyzdrowieć znaczy stać się całością. Jak jednak możemy stać się całością w większym stopniu, niż jesteśmy obecnie? Albo jak to się dzieje, że w ogóle możemy być czymś mniej niż całością?

Coś, co jest kompletne, może stać się niedoskonałe na dwa sposoby: albo coś zostaje zabrane z tej całości, albo wewnętrzna harmonia zostanie zaburzona w taki sposób, że niemożliwe staje się dalsze współdziałanie części, które dotychczas współpracowały ze sobą. Jak się przekonaaliśmy, stres jest zaburzeniem wewnętrznej równowagi organizmu w odpowiedzi na postrzegane zagrożenie, również groźbę, że jakaś ważna potrzeba pozostanie nie zaspokojona. Przykładem takiej depriwacji może być fizyczny głód, jednak w naszym społeczeństwie zagrożenie ma najczęściej charakter psychologiczny, taki jak brak opieki uczuciowej lub zburzenie harmonii psychicznej.

„Nie mogę pojąć, dlaczego mam raka”, powiedziała pewna kobieta z nowotworem jajnika. „Prowadziłam zdrowy tryb życia, stosowałam odpowiednią dietę, ćwiczyłam regularnie. Zawsze dobrze o sobie dbałam. Jeśli ktokolwiek mógłby być obrazem zdrowia, to właśnie ja”. Nie dostrzegała obszaru, który pominęła: stresu związanego ze słumieniem uczuć. Jej sumienne (i świadome) staranie, aby jak najlepiej dbać o siebie, nie mogło rozciągać się na dziedzinę, z której istnienia nie zdawała sobie sprawy. To dlatego wiedza i wgląd we własne wnętrze mają moc przekształcania i dlatego własny wgląd jest dla ludzi bardziej pomocny niż rada. Jeśli osiągniemy zdolność otwartego spojrzenia we własne wnętrze ze szczerością, współczuciem i niezmaconą jasnością, możemy rozpoznać, jak powinniśmy zadbać o siebie. Możemy dostrzec takie obszary własnej osoby, które do tej pory kryły się w mroku.

Potencjalna zdolność stania się całością, osiągnięcia zdrowia, spoczywa w nas wszystkich, podobnie jak potencjalna zdolność do zachowania i zaburzenia harmonii. Choroba *jest* zaburzeniem harmonii. Dokładniej, jest *wyrazem* zaburzenia wewnętrznej harmonii. Postrzeganie choroby jako czegoś obcego i zewnętrznego może skończyć się tym, że będziemy prowadzić wojnę przeciw samemu sobie.

Pierwszym krokiem na drodze do zdrowia jest porzucenie przywiązania do tego, co nazywamy pozytywnym myśleniem. Aż za często podczas mojej pracy na oddziale opieki paliatywnej siedziałem z przynębionymi ludźmi, którzy wyrażali swoje zdumienie, że zachorowali na raka. „Zawsze myślałem pozytywnie”, powiedział mi pewien mężczyzna po czterdziestce. „Nigdy nie pozwalałem, aby ogarnęły mnie pesymistyczne myśli. Dlaczego zachorowałem na raka?”.

Jako antidotum na optymizm w terminalnej fazie choroby zalecałem potęgę negatywnego myślenia. „To sformułowanie jest, oczywiście, trochę bezczelne”, dodawałem szybko. „To, w co naprawdę wierzę, to potęga *myślenia*”. Kiedy tylko dodajemy do słowa *myślenie* przymiotnik *pozytywne*, natychmiast wyrzucamy tę część rzeczywistości, którą uważamy za „negatywną”. Wydaje się, że tak właśnie funkcjonuje większość ludzi, którzy opowiadają się za pozytywnym myśleniem. Naprawdę pozytywne myślenie zaczyna się od uwzględnienia całej naszej rzeczywistości. Kieruje się ono pewnością, że możemy zaufać sobie, stając w obliczu pełnej prawdy, bez względu na to, jaka może się ona okazać.

Jak wskazuje dr Michael Kerr, kompulsywny optymizm jest jednym ze sposobów na związanie naszego lęku tak, abyśmy nie musieli się z nim konfrontować. Taka forma pozytywnego myślenia to mechanizm, w jaki zranione dziecko radzi sobie z życiem. Dorosły, który nadal czuje się zraniony, nie uświadamiając sobie tego, czyni z tej przetrwałej dziecięcej obrony zasadę swojego życia.

Wystąpienie objawów czy też rozpoznanie choroby powinno spowodować do stawiania dwóch rodzajów pytań: co choroba mówi o przeszłości i teraźniejszości i co będzie pomocne w przyszłości? Wiele metod koncentruje się tylko na tej drugiej połowie dwoistego procesu zdrowienia, nie rozważając w pełni tego, co w ogóle doprowadziło do wystąpienia choroby. Takich „pozytywnych” metod znajdziemy wiele na półkach księgarni czy w audycjach radiowo-telewizyjnych.

Dla wyzdrowienia niezbędne jest zebranie sił, aby pomyśleć negatywnie. Negatywne myślenie to nie rozżalenie się, to nie pesymizm pod maską „realizmu”. Jest to raczej gotowość rozważenia tego, co nie działa tak, jak powinno. Co jest wytracone z równowagi? Co ignorowałem? Czemu sprzeciwia się moje ciało? Jeśli nie zadamy sobie tych pytań, stresy odpowiedzialne za nasz brak równowagi pozostaną ukryte.

Idąc jeszcze dalej, *niestawianie tych pytań jest samo w sobie źródłem stresu*. Po pierwsze, „pozytywne myślenie” opiera się na nieświadomym przekonaniu, że nie jesteśmy wystarczająco silni, aby zmierzyć się z rzeczywistością. Jeśli pozwolimy, aby ten strach dominował, znajdziemy się w stanie dziecięcych lęków. Bez względu na to, czy obawy te są świadome, czy też nie, jest to stan stresu. Po drugie, brak niezbędnych informacji o sobie samym i swojej sytuacji jest poważnym źródłem stresu i jednym z potężnych aktywatorów reakcji stresowej osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej (PPN). Po trzecie, stres słabnie, kiedy rośnie niezależna, autonomiczna kontrola.

Nie można być autonomicznym, jeśli pozostaje się we władzy dynamiki związków z ludźmi, poczucia winy lub potrzeb bliskości czy też głodu sukcesu, lęku przed szefem albo strachu przed nudą. Powód jest prosty: *autonomia jest niemożliwa, jeśli cokolwiek ma nad nami władzę*. Tak jak liść niesiony wiatrem, kierowana w ten sposób osoba jest kontrolowana przez siły potężniejsze od niej samej. Jej autonomiczna wola nie jest w to zaangażowana, nawet jeśli osoba ta wierzy, że sama „wybrała” swoje stresujące życie, a nawet czerpie ra-

dość ze swoich działań. Wyborami, jakich dokonuje, kierują niewidzialne nici. Człowiek taki nadal nie może się sprzeciwić, nawet jeśli są to jego własne popędy. Kiedy w końcu ocknie się, potrząsa głową jak Pinokio i mówi „Jaki głupi byłem, kiedy byłem marionetką”.

Joyce, wykładowca akademicki, chora na astmę, nie umie powiedzieć nie. Jej płuca mówią to za nią. Strach Joyce przed powiedzeniem „nie” to nie obawa przed innymi, ale lęk przed pustką, jaką odczuwa, kiedy nie przejdzie do przodu. „Ta pustka”, mówi, „to lęk, że jeśli nie spełnię wymagań, nie będę naprawdę istniała”. Gdyby przywołała potęgę negatywnego myślenia, mogłaby zaakceptować tę przerażającą pustkę w sobie. Mogłaby zbadać doświadczenie tej pustki zamiast próbować ją zapełnić pozytywnymi czynami.

Michelle, u której rozpoznano raka piersi, kiedy miała trzydzieści dziewięć lat, przez całe życie szukała ulgi w swoim nawyku śnienia na jawie. „Nic dziwnego, że żyłam w świecie fantazji”, powiedziała, wspominając, jak nieszczęśliwa była w dzieciństwie. „Tak jest bezpieczniej. Stanowi się własne zasady i wszystko może być takie bezpieczne i szczęśliwe, jak się tylko zechce. Zewnętrzny świat jest zupełnie inny”.

Pewne badanie, trwające ponad dwa lata, wykazało, że pacjentki chore na raka piersi, które miały skłonność do angażowania się w przyjemne sny na jawie, miały gorsze rokowanie niż pacjentki mocniej stojące na ziemi. To samo dotyczyło kobiet, które zgłaszały mniej negatywnych uczuć.

Podobnie w innym badaniu kobiet z nawrotowym rakiem piersi stwierdzono, że „Pacjentki, które zgłaszały niewielki stres [psychologiczny]... i które były oceniane przez innych jako «dobrze przystosowane» miały większe ryzyko zgonu przed upływem roku”.

Powtarzające się odkrycia, że osoby o bardziej szczęśliwym sposobie myślenia i mniej skłonne do martwienia się, łatwiej poddają się chorobie, mogą z pozoru przeczyć zdrowemu rozsądkowi. Ogólnie uważa się, że pozytywne uczucia muszą sprzyjać dobremu zdrowiu. To prawda, że szczera radość i satysfakcja sprzyjają zdrowiu fizycznemu, jednak „pozytywne” stany ducha, wytworzone po to, aby pozbyć się dyskomfortu psychicznego, obniżają odporność na choroby.

Mózg zarządza aktywnością wszystkich narządów i układów organizmu i ją integruje, jednocześnie koordynuje nasze interakcje z otoczeniem. Ta funkcja regulacyjna jest uzależniona od jasnego rozpo-

znawania negatywnych wpływów, sygnałów niebezpieczeństwa i oznak wewnętrznych zagrożeń. U dzieci, których środowisko stale dostarcza sprzecznych sygnałów, dochodzi do zaburzeń w rozwoju mózgu. Zmniejsza się zdolność mózgu do oceny środowiska, w tym umiejętność odróżniania tego, co korzystne od tego, co szkodliwe. Osoby zranione tak, jak Michelle w jej dzieciństwie, częściej podejmują decyzje, które prowadzą do dalszego narastania stresu. Czym bardziej tłumią swój lęk poprzez „pozytywne myślenie”, zaprzeczanie czy sny na jawie, tym dłużej działa na nie stres i tym bardziej niszczący jest jego wpływ. Kiedy nie ma się zdolności odczuwania gorąca, ryzyko oparzenia rośnie.

Oczywiście, negatywne myślenie w uczciwym rozumieniu tego określenia będzie nieodwołalnie prowadziło do obszarów bólu i konfliktu, których unikaliśmy. Nie może być inaczej. Przemowna potrzeba dziecka, aby unikać bólu i konfliktu, jest odpowiedzialna za cechy osobowości czy też styl zachowania, który w późniejszym okresie predysponuje dorosłą osobę do choroby.

Natalie, chora na stwardnienie rozsiane, zносиła swojego męża – alkoholika, który ją maltretował. Wiernie opiekowała się nim podczas rekonwalescencji po dwóch operacjach nowotworowych i tolerowała jego kapryśne żądania. Zdradził ją, ale nawet całe lata po jego śmierci Natalie nadal nie umie się przeciwstawić oczekiwaniom innych ludzi. „Trwa to już pięć lat, a ja ciągle nie nauczyłam się, że muszę ustalać własne tempo. Ciało często mówi mi „nie”, a ja idę dalej. Jakbym nie mogła się niczego nauczyć”. Jak Natalie to wyjaśnia? „Pielęgniarka we mnie nie pozwala mi przestać”. Taką historię opowiada samej sobie, jakby naprawdę istniała w niej jakaś potężna „pielęgniarka”, która kontroluje jej zachowanie. Kiedy Natalie nie odmawia, często czuje się zestresowana i doświadcza zaostrzeń stwardnienia rozsianego. Aby jednak uwolnić się od takiego stresu, musiałaby zaakceptować bolesną rzeczywistość, że tylko jej własne wybory, wynikające z dziecięcego postrzegania świata, są odpowiedzialne za jej niezdolność do zaspokajania własnych potrzeb.

Wiele osób odcina się od wiedzy o samym sobie i od możliwości osobistego rozwoju wskutek mitu o swoim „szczęśliwym dzieciństwie”, do którego pielęgnowania czują się zmuszeni. Odrobina negatywnego myślenia pozwoliłaby im odsunąć tę zasłonę samooszukiwania się, wskutek której więzną w szkodliwych dla nich wzorcach zachowania.

U Jean, trzydziestopięcioletniej sekretarki prawnej, rozpoznano stwardnienie rozsiane, kiedy miała dwadzieścia cztery lata i cierpiała na osłabienie, zawroty głowy, uczucie zmęczenia, problemy z pęcherzem moczowym, a wreszcie zdarzyła jej się przejściowa utrata wzroku. Spędziła niemal rok w różnych instytucjach medycznych, w szpitalu zajmującym się ostrymi przypadkami, a później w ośrodku rehabilitacyjnym. Od tego czasu kilkakrotnie miała nawroty, które były jednak znacznie łagodniejsze.

Jean wyszła za mąż w wieku dziewiętnastu lat. Jej pierwszy mąż był od niej starszy, kontrolował ją i znęcał się nad nią. „Głównie emocjonalnie, werbalnie, ale w końcu również fizycznie. Pobił mnie. To wtedy odeszłam. Nagrywał moje rozmowy telefoniczne z przyjaciółmi. Pracowałam na dwóch etatach – wieczorami grałam w zespole muzycznym, a w ciągu dnia w ośrodku opieki dziennej. Oddawałam mu swoje zarobki. Nie lubiłam pracować w jego zespole muzycznym. Zbyt wiele podróży. Byłam osamotniona.

Przez większość życia cierpiałam na zaburzenia odżywiania. Kiedy poszłam do szpitala, ważyłam osiemdziesiąt dziewięć funtów, a mam pięć stóp i sześć cali wzrostu. Byłam anorektyczką. Pewnego dnia opuściłam mojego męża, a następnego dnia znalazłam się w szpitalu”.

– To nie mógł być przypadek, że przez pięć lat znosiłaś starszego od siebie męża, który cię maltretował. Uważam, że to mówi dużo o rodzinie, w której się wychowałaś.

– Absolutnie się z tym nie zgadzam. Moja rodzina była tak daleka od znęcania się, jak to tylko można sobie wyobrazić. Rodzina zapewniała mi niesamowite wsparcie. Mam dwóch braci i siostrę oraz rodziców, którzy są szczęśliwym małżeństwem od czterdziestu pięciu lat. Zawsze traktowano mnie wyłącznie z troską, miłością i czułością.

– Nie użyłem słowa *maltretowanie* w odniesieniu do twojej rodziny. Powiedziałem, że twoja historia mówi mi wiele o rodzinie, w której się wychowałaś.

– Oh! [długa przerwa] Nie wiem. Co ci to mówi?

– Pozwól, że najpierw zapytam, czy byłaś kiedyś molestowana seksualnie jako dziecko?

– Nie, chociaż... był pewien epizod niewłaściwego dotykania, kiedy

miałam mniej więcej jedenaście lat czy coś koło tego, to był facet, który pracował z moim tatą. Wyjechaliśmy na biwak z tymi ludźmi. Powiedziałam o tym moim rodzicom. *Nie od razu, powiedziałam im po paru latach.*

Siedzieliśmy przy ognisku, a ja miałam na sobie szorty. Mówił mi, jaką jestem ładną dziewczynką i to mi schlebiało. Przesuwał rękę po wewnętrznej stronie mojej nogi. Myślę, że wszystko to trwało jakieś pół godziny, ale kiedy zaczął mnie dotykać, przeprosiłam i odeszłam. I wiedziałam, że to mnie zdenerwowało.

To bardzo mętne wspomnienie. Mam mnóstwo wątpliwości. Nawet kiedy ci o tym opowiadam, wydaje się, że to nie było nic wielkiego. A jednak utkwiło w mojej pamięci. Pamiętam towarzyszące temu uczucie, brudne, obrzydliwe uczucie, które wtedy czułam.

– Gdybyś miała jedenastoletnią córkę i coś takiego by się jej przydarzyło, jak chciałabyś, żeby się zachowała?

– O rany. Na pewno nie chciałabym, żeby czekała kilka lat, zanim mi o czymś takim opowie.

– Dlaczego?

– Bo chciałabym móc z nią to wszystko przedyskutować od samego początku i pomóc jej zrozumieć wszystkie emocje, które odczuwa.

– A gdyby ci nie powiedziała?

– Pomyślałabym, że bała się mi powiedzieć. Nie wiem, co bym sobie pomyślała... – Jean wstrzymywała łzy, ale chciała kontynuować tę rozmowę.

– Wspominasz swoje dzieciństwo jako szczęśliwe.

– Całkowicie.

– Opowiedz mi o swojej anoreksji.

– Miałam chyba piętnaście lat. Wówczas nigdy nie nazwano tego *anoreksją*, to określenie padło dopiero później, kiedy pojawiła się bulimia. Wyrzucałam lunch i nigdy nie chciałam śniadania. Byłam taka chuda. Rodzice bardzo się martwili.

– Wiesz, o co ci wtedy chodziło?

– Przede wszystkim była to niepewność co do obrazu własnego ciała, przez którą przechodzą wszystkie nastolatki. Nie pamiętam, że bym uważała, że jestem za gruba – nigdy nie byłam. Po prostu myślałam, że będę bardziej popularna, jeśli będę szczuplejsza. Moje poczucie wartości opierało się na tym, czy inni ludzie mnie lubią, czy też nie. Chciałam, żeby wszyscy mnie lubili.

– Uważam, że poczucie własnej wartości bierze się stąd, jak czujemy się cenieni przez własnych rodziców.

– Miałam poczucie, że jeśli nie będę miała samych piątek, nie będą mnie kochać. Miałam starszą siostrę, przez którą wtedy moi rodzice przechodzili piekło i ona skupiała całą ich uwagę. Moja siostra miała również zaburzenia krzepnięcia, kiedy więc byliśmy młodsze, wszyscy zawsze skupiali się na niej. Była w szpitalu i przez dłuższy czas było podejrzenie, że ma białaczkę.

– Pozwól mi to podsumować. Jako dziecko czułaś, że nie będziesz kochana przez swoich rodziców, jeśli nie będziesz przynosić piątek, w wieku jedenastu lat spotkało cię niewłaściwe zachowanie seksualne ze strony dorosłego. Chociaż byłaś chora na samą myśl o tym, nie powiedziałaś jednak rodzicom. W wieku piętnastu lat zaczęłaś mieć anoreksję. *I miałaś absolutnie szczęśliwe dzieciństwo. Co nie pasuje w tym obrazku?*

– Jean śmieje się. – Cóż, kiedy wracam wspomnieniami do okresu, gdy byłam nastolatką, to nie było takie okropne. Nie było. Zaburzenia odżywiania zaczęły się same uspokajać...

– Czy zauważałaś, że unikasz odpowiedzi na moje pytanie?

– Co nie pasuje w tym obrazku? Nie wydaje mi się, żeby to było szczęśliwe dzieciństwo. Ale nie uważam, żebym była nieszczęśliwa jako dziecko.

To, że Jean wyklucza gorsze wspomnienia ze swojej pamięci o dzieciństwie, jest typowe. W pewnym badaniu porównano odbiór świata przez chorych na stwardnienie rozsiane i zdrową grupę kontrolną. Badanych proszono, aby ocenili swoje dzieciństwo w domu rodzinnym jako nieszczęśliwe, umiarkowanie szczęśliwe lub bardzo szczęśliwe. Ponad 80% w obu grupach określiło swoje życie jako umiarkowanie szczęśliwe lub szczęśliwe. Wydaje się, że olbrzymia większość w obu grupach, w mniej więcej porównywalnych proporcjach, wspomina dzieciństwo jako czarodziejską krainę. Kiedy jednak ludzie otwierają się, mówiąc o swoich uczuciach i swoim życiu, tak jak Jean, taki wyidealizowany obraz dzieciństwa rzadko daje się utrzymać.

– Anoreksja była moim sposobem, żeby nie odczuwać własnych emocji. Nie wiem jednak, dlaczego tak właśnie z nimi postępowałam.

– Być może uważałaś, że twoi rodzice bardzo cierpią z powodu siostry i chciałaś ich chronić. Przyjęłaś na siebie rolę opiekuna. Nadal

chętnie opiekujesz się ludźmi, nawet jeśli nie jesteś tego świadoma... rodzicami, rodzeństwem albo mężem.

– Albo nimi wszystkimi. Kiedy mój mąż jest zły albo zdenerwowany, moją pierwszą myślą jest „Jak mogę to naprawić?” Nawet jeśli nie chodzi o mnie. To automatyczne. Teraz właśnie pracuję nad wyleczeniem jego raka gruczołu krokowego.* Czy ja jestem mądra?

– Nie możesz go wyleczyć. Ale możesz dopracować się kolejnego zaostrzenia.

– Zdarzyło mi się w ubiegłym roku, kiedy pierwszy raz postawiono u niego rozpoznanie. Potem znowu miałam zaostrzenie, kiedy matka mojego męża zachorowała, a potem umarła – tak bardzo martwiłam się o niego, że przestałam się troszczyć o samą siebie. Nie odżywiałam się właściwie i nie miałam wystarczająco dużo odpoczynku. Ciągle jeszcze robię to samo w odniesieniu do rodziców. Chronię ich przed tym wszystkim, co – jak się obawiam – zraniłoby ich, gdyby o tym wiedzieli. Nigdy nie rozmawiałam z nimi o moich zaburzeniach odżywiania. Nie zawsze im mówię, kiedy mam zaostrzenie stwardnienia rozsianego. Ukrywam to, bo tak bardzo się martwię.

Często wspomnienia dorosłego o życiu w domu rodzinnym nie uwzględniają ukrytej ceny, jaką dziecko musi zapłacić za aprobatę i akceptację rodziców. Pamela Wallin, kanadyjska dziennikarka, u której w 2001 roku rozpoznano raka jelita grubego, dostarcza najlepszej ilustracji tego zjawiska w swoich wspomnieniach, *Since You Asked*. W jej pamiętnikach znajdujemy rozdzwięk między wspomnieniami dorosłej osoby i emocjonalną rzeczywistością dziecka. Już na początku ostrzega czytelnika: „Ostrzegam Cię teraz. To, co dalej przeczytasz, może robić wrażenie broszury turystycznej lub płatnej reklamy rodziny, ale jeśli o mnie chodzi, to szczerą prawdą. Uważam, że miałam dzieciństwo bliskie ideału”. Nie można pogodzić tego wyidealizowanego poglądu z niektórymi scenami, które Pani Wallin (obecnie kanadyjski wysoki komisarz w Nowym Jorku) otwarcie opisuje.

W pewnym miejscu Pamela wspomina, że była wiecznie zastraszona przez swoje starsze siostry. Jej tłumiona wściekłość osiągnęła takie nasilenie, że kiedyś z zemsty zraniła siostrę w ramię. „Bonnie ma ciągle bliznę na ramieniu po ranie, którą zadałam jej celowo dzień

* Z mężem Jean, Edem, rozmawiałam na temat raka gruczołu krokowego. Patrz Rozdział 8.

przed ważną randką, na którą miała włożyć nową sukienkę bez rękawów. Musiała pożyczyć szal, żeby ukryć szpetny ślad mojej zemsty”. Do dziś, jak pisze pani Wallin, wini ona Bonnie za zaszczepienie jej lęku przed ciemnością. Kiedy przychodził jej chłopak, Bonnie pozbywała się Pameli w ten sposób, że zaganiała młodszą siostrę do sypialni, wyłączała światło i zatrzaśkiwała drzwi. „Dobrze wiedziała, że za bardzo będę się bała wszystkich potworów, które mogą czaić się pod łóżkiem, żeby przejść przez ciemny pokój i włączyć światło, więc mogła mieć pewność, że nie będę jej wchodzić w drogę przez resztę wieczoru”. Ta historia została opowiedziana z pewną dozą humoru.

Działają tutaj pewna odwrotność „zespołu fałszywych wspomnień”: na świadomym poziomie ludzie często pamiętają tylko szczęśliwe aspekty swojego dzieciństwa. Jeśli nawet przypominają sobie jakieś kłopotliwe wydarzenia, to ich emocjonalny klimat zostaje stłumiony. Autentycznie pamięta się miłość rodzicielską, ale nie to, że dziecko czuło się niezrozumiane lub pozbawione wsparcia uczuciowego. W tym przypadku brak jest wszelkich wspomnień o tym, jakie mogły być emocje dziecka, które nie czuło się na tyle bezpiecznie, żeby opowiedzieć rodzicom o swoim strachu i wściekłości z powodu wielokrotnego uwięzienia samotnie w ciemnym pokoju. Ten brak poczucia bezpieczeństwa znalazł bardziej bolesne potwierdzenie w okresie dorastania Pameli, kiedy zwróciła się do matki o pomoc i interwencję w związku z kłopotliwą sytuacją w klasie. Jej matka była nauczycielką w szkole, do której uczęszczała Pamela. „Tylko raz mnie surowo zganiła. Jeden z naszych nauczycieli podczas lekcji pieścił nasze pączkujące piersi, a Mama nie chciała wierzyć w moje oskarżenia przeciw jednemu z jej szanowanych kolegów. Powiedziała – i uważam, że odzwierciedlało to ducha tamtych czasów – żebym wyjaśniła innym dziewczynkom, że powinnyśmy siedzieć w taki sposób, żeby uniemożliwić jego niechciane obmacywanie. Tak robiłyśmy i po prostu czekałyśmy na koniec roku szkolnego, żeby przenieść się do następnej klasy i znaleźć się poza jego zasięgiem... Wydaje się jednak, że na żadnej z nas to doświadczenie nie pozostawiło emocjonalnych blizn”. Problem polega na tym, że tylko „wydaje się”. Emocjonalne blizny są często niewidoczne. Jednak wszelkiego rodzaju blizny są słabsze i mniej wytrzymałe od tkanki, którą zastępują: pozostają potencjalnym miejscem przyszłego bólu i uszkodzenia, o ile się ich nie rozpozna i nie zatroszczy się o nie.

Wymijająca uwaga, zamieszczona w książce, że „dzieci często nie mogą mówić otwarcie ze swoimi rodzicami” jest jedynym odniesieniem Pameli do tego, że jako dziecko nie została wysłuchana. Nie ma opisu frustracji, jaką czuje dziecko, kiedy ważne dla niego dorosłe osoby nie potrafią słuchać. Generalnie Pamela utrzymuje, że nie ma żadnych „osobistych demonów, które musiałaby wypędzić”, co obraża wyparcie lęku, gniewu i negatywnych emocji, nieodmiennie rozpoznawane w badaniach nad pacjentami chorymi na raka.

Wyłączenie się – na przykład poprzez sny na jawie – umożliwia dziecku przetrwanie doświadczeń, które w innym przypadku wywoływałyby reakcje, które wpędziłyby je w kłopoty. Ten rodzaj dysocjacji zachodzi również wtedy, kiedy dana osoba przechowuje w świadomej pamięci wspomnienie wydarzeń z przeszłości, ale nie ich traumatycznego wydźwięku emocjonalnego. Wyjaśnia to wiele przypadków „szczęśliwego dzieciństwa”, takiego jak opisuje Iris, chora na stwardnienie zanikowe boczne, pomimo tyranii ojca i uczuciowej nieobecności matki.

– Ojciec łatwo tracił panowanie nad sobą i kiedy wpadał w gniew, nigdy nie było wiadomo, co nastąpi. Talerze wtedy latały, można było oberwać kopniaka.

– Czy kopnął cię?

– Nigdy. Byłam ulubienicą ojca.

– Jak osiągnęłaś tę pozycję?

– Znikałam. Wcześniej w życiu osiągnęłam tę umiejętność.

– Pamiętasz, żebyś jako dziecko czuła się nieszczęśliwa?

– Nieszczęśliwa? Nie.

– Czy w takich okolicznościach dziecko mogło nie czuć się smutne lub nieszczęśliwe?

– Zwykle raczej wpada się w odrętwienie.

– Nie wiesz zatem naprawdę, czy czułaś się nieszczęśliwa lub smutna, bo stałaś się głucha na swoje uczucia.

– To prawda. Nie pamiętam dużych kawałków mojego dzieciństwa.

– Dlaczego ktoś musi się od czegoś odcinać? Dlaczego nie mogłaś po prostu pójść do kogoś i o tym porozmawiać? Co z mamą?

– No cóż, nie mogłam porozmawiać z matką, bo nie chciałam, że-

by wiedziała, że nie jestem szczęśliwa, to po pierwsze. Po drugie, ona nie istniała naprawdę jako istota odrębna od mojego ojca. Była kimś neutralnym.

– Dziecko ma bardzo ograniczone możliwości wypowiadania się. Byłam odrętwiała, ale jednocześnie całkiem szczęśliwa w moim odrętwieniu.

– Tak?

– Bawiłam się lalkami... dobrze, to nie ma znaczenia... chciałam powiedzieć, że *przeżuwałam* lalki!

– Co masz na myśli, mówiąc, że je przeżuwałaś?

– Były zrobione z plastiku, a ja żułam ich palce u rąk i stóp!

– Okaleczałaś je w swojej stłumionej wściekłości. Zastanów się nad tym – dlaczego musimy odcinać się od czegoś?

– Gdy coś boli...

– Kiedy w końcu odetniesz się w wystarczającym stopniu, możesz sobie wyobrazić, że jesteś szczęśliwa. Jesteś szczęśliwa tylko dlatego, że odcięłaś się od olbrzymiej części swojej rzeczywistości. Można powiedzieć, że tak naprawdę nie przeżywasz życia w pełni.

– Zgadzam się.

Na koniec chcę wrócić do Darlene, brokerki ubezpieczeniowej, u której przypadkowo rozpoznano raka jajnika podczas diagnozowania przyczyn niepłodności. Nic w jej przeszłości nie można opisać nawet jako w przybliżeniu bolesne. Jedynym negatywnym doświadczeniem w życiu, jakie sobie przypomina, było zachorowanie na raka jajnika i jego nieoczekiwany nawrót pomimo rozpoznania i leczenia w bardzo wczesnym stadium choroby. Początkowe rokowanie, jak powiedziała, było „znakomite”, zaś wznowa – „rujnująca”.

„Zawsze chciałam mieć kontrolę nad swoim życiem, zawsze dbałam o siebie. Dobrze się odżywiam, ćwiczę, jestem w świetnej formie. Nigdy nie miałam żadnych złych nawyków”. Jedyny czynnik ryzyka, jaki miała, to niepłodność. Darlene opisuje swoje życie w sposób, który mnie wydaje się zbyt piękny, żeby mógł być prawdziwy. Z całego dzieciństwa nie przypomina sobie żadnego nieszczęśliwego zdarzenia, ani jednego momentu strachu, gniewu, niepokoju czy żalu.

„Jestem najstarsza z trzech dziewczynek. Wszystkie trzy jesteśmy

sobie nieprawdopodobnie bliskie, tak samo jak moja mama i tata, którzy nadal żyją i są szczęśliwi. Ponadto jestem bardzo blisko z rodziną mojego męża. Zostałam pobłogosławiona rodziną i naprawdę dobrymi, bliskimi przyjaciółmi – niektórych znam od czasu, kiedy miałam pięć lat. Moi przyjaciele i rodzina są dla mnie wielkim źródłem inspiracji. Myślę, że pod tym względem mam szczęście”.

W 1991 usunięto zmieniony nowotworowo prawy jajnik Darlene. Pozostawiono lewy jajnik w nadziei, że w przyszłości zajdzie w ciążę. Rok później szczęśliwie poczęła.

„Wszyscy mówimy o tej granicy pięciu lat, a ja ją przekroczyłam. To było pięć i pół roku po usunięciu jajnika, a mój syn miał cztery lata, kiedy zaczęły się objawy, które uważałam za niewinne: byłam zmęczona, trochę straciłam na wadze – ale tylko pięć funtów, nic poważnego. Miałam małe dziecko, karierę zawodową i dostarczające mi wielu zajęć gospodarstwo domowe. Bolało mnie w dole pleców, ale myślałam, że taszcę przeciw malucha, starając się ubrać go i rozebrać z jego skafanderków.

Kiedy rozpoznano nawrót choroby w 1996 roku i okazało się, że mam przerzuty, byliśmy po prostu załamani – i rokowanie było tym razem zupełnie inne, choroba zajęła drugi jajnik, macicę, dała przerzuty w dole brzucha”.

– Zastanawiam się, dlaczego, biorąc pod uwagę rozpoznanie raka jajnika w przeszłości, nie byłaś wcześniej zaalarmowana tymi objawami. Co mogłabyś poradzić przyjaciółce z taką przeszłością i takimi objawami?

– Och, jeśli chodzi o moje przyjaciółki, to jeśli tylko mają wrastający paznokcie, wysyłam je do ginekologa.

– Ta różnica w tym, jak traktujesz siebie i innych jest jednym z sygnałów, jakie mi dałaś, że być może nie wszystko w twoim życiu było takie, jak to przedstawiłaś. Inną wskazówką było to, jak powiedziałaś: „Myślę, że miałam szczęście”, opisując swoje relacje. *Myślę* to ważne określenie – dla mnie oznacza ono niepewność; odzwierciedla wewnętrzną dyskusję. Być może to, co myślisz, nie jest tym, co czujesz; inaczej po prostu powiedziałabyś, że czujesz, że masz szczęście.

Zauważyłem również, że uśmiechasz się, kiedy mówisz o swoich bólach i dolegliwościach, jakbyś chciała złagodzić znaczenie swoich słów. W jaki sposób i dlaczego się tego nauczyłaś? Cały czas widzę

śląd uśmiechu, kiedy ludzie opowiadają o fizycznym bólu albo o bolesnych wydarzeniach czy myślach. Jednak w chwili narodzin noworodek w ogóle nie potrafi ukrywać swoich uczuć. Jeśli nie jest mu wygodnie albo czuje się nieszczęśliwy, płacze, okazuje smutek, pokazuje gniew. Wszystko, co robimy, żeby ukryć ból czy smutek, jest nabytą reakcją. W pewnych okolicznościach skrywanie negatywnych emocji może mieć sens, ale wielu z nas robi to cały czas i to automatycznie.

W jakiś sposób ludzie uczą się – jedni mniej, inni bardziej – bezwiednie troszczyć się o potrzeby uczuciowe innych i minimalizować własne. Ukrywają swój ból i smutek, nawet przed samym sobą.

Darlene słuchała w zamyśleniu. Nie wyraziła sprzeciwu ani nie zgodziła się ze mną. – To interesujący punkt widzenia. Z pewnością powinniśmy o tym porozmawiać na spotkaniu mojej grupy wsparcia chorych na raka jajnika. Teraz nie wiem, co na to odpowiedzieć i nie przypuszczam, żebyś naprawdę potrzebował natychmiastowej odpowiedzi. To bardzo prowokuje intuicję i myślenie. Dziękuję za to.

Zdobycie się na odwagę, żeby pomyśleć negatywnie, pozwala nam przyjrzeć się sobie takimi, jakimi naprawdę jesteśmy. Zachodzą znaczące podobieństwa między sposobami zachowania pacjentów cierpiących na różne choroby, którymi się zajmowaliśmy: stłumienie gniewu, zaprzeczenie własnej wrażliwości, „kompensacyjna nadmierna niezależność”. Nikt specjalnie nie wybiera sobie tych cech ani nie rozwija ich świadomie. Negatywne myślenie pomaga nam po prostu zrozumieć, w jakich warunkach żyliśmy i w jaki sposób te cechy zostały ukształtowane przez nasze widzenie otaczającego świata. Emocjonalnie wyczerpujące stosunki rodzinne zostały rozpoznane jako jeden z czynników ryzyka w dosłownie każdej grupie poważnych chorób, od chorób neurodegeneracyjnych do nowotworów i chorób autoimmunologicznych. Celem nie jest obwinianie rodziców ani poprzednich pokoleń czy też współmałżonków, ale umożliwienie nam porzucenia przekonań, które okazały się niebezpieczne dla naszego zdrowia.

„Potęga negatywnego myślenia” wymaga zdjęcia różowych okularów. Kluczem do sukcesu nie jest zrzucanie winy na innych, ale przyjęcie odpowiedzialności za własne związki.

To poważna sprawa, poprosić osoby ze świeżo rozpoznaną chorobą, aby zaczęły zastanawiać się nad swoimi relacjami, próbując zro-

zumieć swoją chorobę. Osobom nie przyzwyczajonym do wyrażania swoich uczuć i nie zaznajomionym z rozpoznawaniem swoich potrzeb emocjonalnych szczególnie trudno jest znaleźć pewność siebie i słowa, aby zwrócić się do swoich bliskich zarówno ze zrozumieniem, jak i asertywnością. Trudność ta jest jeszcze większa w chwili, kiedy stają się bardziej niż kiedykolwiek podatni na zranienie i bardziej zależni od wsparcia ze strony innych osób.

Nie ma łatwego rozwiązania tego dylematu, ale pozostawianie go bez rozwiązania oznacza utrzymywanie ciągłego źródła stresu, co z kolei spowoduje nasilenie choroby. Bez względu na to, co pacjent może próbować dla siebie zrobić, jego psychiczne brzemie nie da się zdjąć bez trzeźwej, współczującej oceny najważniejszych relacji w jego życiu.

Jak się przekonaliśmy, *stresorem nie są oczekiwania i intencje innych, ale to, jak je postrzegamy*. Jean, chora na stwardnienie rozsiane, została doprowadzona do zaostrzenia choroby poprzez niepokój o męża, chorego na raka gruczołu krokowego, i założenie, że jest odpowiedzialna za poszukiwanie odpowiedniej opieki medycznej dla niego. Edowi nie podobało się, że Jean go „kontroluje”, ale nie umiał zakomunikować jej swoich uczuć. Przekonanie Jean, że musi być odpowiedzialna za Eda – i przekonanie Eda, że ona sprawuje nad nim kontrolę – to sposób postrzegania wynikający z modeli związków międzyludzkich, które każde z nich zbudowało sobie jako małe dziecko.

„Większość naszych napięć i frustracji wynika z kompulsywnej potrzeby odgrywania roli kogoś, kim nie jesteśmy”, napisał Hans Selye. Potęga negatywnego myślenia wymaga siły, aby zaakceptować, że nie jesteśmy tak silni, jak chcielibyśmy wierzyć. Nasze wyobrażenie samych siebie jako nieodmiennie silnych powstało po to, aby ukryć słabość – względną słabość dziecka. Nie powinniśmy się wstydić naszej delikatności. Człowiek może być silny, a jednocześnie potrzebować pomocy, może być potężny w pewnych dziedzinach życia i bezsilny lub zagubiony w innych. Nie możemy zrobić wszystkiego, co myślimy. Jak to sobie uświadamia wiele chorych osób, niekiedy zbyt późno, próba dorównania własnemu wyobrażeniu o sile i odporności prowadzi do stresu i zaburza naszą wewnętrzną harmonię. „Mogę sobie poradzić ze wszystkim” mówił Don, chory na raka jelita grubego, opisując swoją postawę przed chorobą. „Nie mogę starać się pomagać wszystkim kobietom chorym na raka jajnika”,

uświadomiła sobie Gilda Radner po nawrocie choroby, „i nie mogę czytać wszystkich listów, które dostaję, bo to kosztuje mnie zbyt wiele bólu”.

Jeśli nauczymy się negatywnego myślenia, przestaniemy minimalizować nasze uczucia straty. Wiele razy osoby, z którymi rozmawiałem, zbierając materiał do tej książki, opisywały swoje zranienie i stres słowami takimi jak „trochę” albo „być może”, czy też „mogło tak być”. Proszę przypomnieć sobie Véronique, chorą na stwardnienie rozsiane, która umniejszała skumulowany stres rozstania z chłopakiem – alkoholikiem, niedostatku finansowego i innych trudnych wydarzeń życia, mówiąc, że „nie było zupełnie źle”.

Czy przeżywam swoje życie zgodnie z moją najgłębszą prawdą, czy tak, aby wypełnić oczekiwania kogoś innego? Ile z tego, w co wierzę i co robię, jest naprawdę moje własne, a ile służy utrzymaniu wyobrażenia samego siebie, które kiedyś stworzyłem w przekonaniu, że jest niezbędne, aby zadowolić moich rodziców? Magda, cierpiąca na bóle brzucha, została lekarzem wbrew własnym inklinacjom – nie dlatego, że jej matka czy ojciec otwarcie tego od niej wymagali czy żądali, ale dlatego, że przyjęła ich przekonania za własne. I stało się tak długo przedtem, zanim była wystarczająco duża, żeby sama zdecydować, co chce zrobić ze swoim życiem. „Niemał wszystkie moje osiągnięcia były w ten czy inny sposób związane nie z *moimi* aspiracjami, lecz z aspiracjami mojego ojca”, napisał Dennis Kaye, umierający na stwardnienie zanikowe boczne.

„Nie jestem nawet w połowie taką kobietą, jaką była moja matka”, napisała była Pierwsza Dama USA, Betty Ford. „Moja matka była cudowną kobietą, silną i delikatną, trzymała się zasad i nigdy mnie nie zawiodła. Była również perfekcjonistką i starała się zaprogramować swoje dzieci do doskonałości”. Potęga negatywnego myślenia pozwoliłaby Pani Ford zapytać samą siebie, czy naprawdę delikatne jest „programowanie” dziecka do doskonałości. Zamiast uciekać w alkoholizm przed osądzaniem samej siebie i prowadzić życie pełne stresu, którego kulminacją był rak piersi, gdyby była uzbrojona w odrobinę negatywnego myślenia, Betty mogłaby odrzucić niemożliwe do spełnienia standardy perfekcjonizmu. „Nie jestem nawet w połowie taką kobietą, jaką była moja matka”, mogłaby powiedzieć z radością, „i nie chcę być nawet w jednej czwartej taką kobietą, jaką ona była. Chcę być sobą”.

Laura, chora na stwardnienie zanikowe boczne, czuła się winna, ponieważ nie chciała przyjmować gości do pensjonatu, kiedy jej gospodyni była na wakacjach. Wzięła na siebie zadanie przyjmowania gości, bo jej strach przed poczuciem winy był silniejszy, niż jej strach przed stresem związanym z doglądaniem ich, kiedy źle się czuje.

„Staram się cały czas pomagać ludziom”, powiedział Ed, chory na raka gruczołu krokowego. A jeśli tego nie robi? „Czuję się z tym źle. Czuję się winny”. Dla wielu osób *poczucie winy jest sygnałem, że zdecydowali się zrobić coś dla siebie*. Większości osób cierpiących na poważne schorzenia mogą powiedzieć, że jeśli *nie* czują się winni, to prawdopodobnie jakaś równowaga została zaburzona. Nadal swoje własne potrzeby, uczucia, zainteresowania stawiają na ostatnim miejscu. Potęga negatywnego myślenia mogłaby pozwolić tym osobom *powitać z radością* poczucie winy, zamiast go unikać. „Czuję się winny?”, mógłby powiedzieć Ed. „To wspaniale. Hura! To znaczy, że musiałem zrobić coś słusznego, że dla odmiany zrobiłem coś dla siebie”.

„Najważniejszy jest czynnik kontroli”, powiedział Ed o Jean, która troskliwie mu matkowała. „Jestem rozżalony”. I jak sobie z tym radzi? „Ukrywam to”. Potęga negatywnego myślenia pozwoliłaby Edowi zaakceptować poczucie winy, które odczuwa dlatego, że źle ocenia swoją żonę z powodu jej wtrącania się w jego osobiste decyzje, bez względu na to, jak dobre ma intencje. Pewien terapeuta powiedział mi kiedyś: „Jeśli stajesz przed wyborem między poczuciem winy i żalem, zawsze wybieraj poczucie winy”. Od tego czasu przekazałem tę mądrość wielu osobom. Jeśli odmowa napełnia cię poczuciem winy, a zgoda oznacza żal, zdecyduj się na poczucie winy. Rozżalenie jest samobójstwem duszy.

Negatywne myślenie pozwala nam bez wahania spojrzeć na to, co robimy, z perspektywy naszych własnych interesów. Na podstawie kolejnych badań mogliśmy się przekonać, że osoby odczuwające przymus pozytywnego myślenia częściej chorują i mają mniejsze prawdopodobieństwo przeżycia. Prawdziwe pozytywne myślenie – czy też, dokładniej, pozytywne *istnienie* – pozwala nam zrozumieć, że nie ma powodu, byśmy obawiali się prawdy.

„Zdrowie nie jest tylko kwestią dopuszczania do siebie szczęśliwych myśli”, napisał badacz, biolog molekularny, Candace Pert. „Czasami

największy napęd do zdrowienia może pochodzić z uruchomienia naszego układu odpornościowego poprzez wybuch długo tłumionego gniewu”.

Gniew, a właściwie doświadczanie go w zdrowy sposób, jest jedną z siedmiu zasad zdrowienia. Każda z tych zasad odnosi się do zakorzenionych podświadomych przekonań, które predysponują do choroby lub zakłócają zdrowienie. Zajmiemy się nimi w ostatnim rozdziale.

Rozdział 19

Siedem zasad zdrowienia

Układ odpornościowy ma swój udział zarówno w powstaniu czerniaka złośliwego, jak i w zdolności do przetrwania tej choroby. Pomimo potencjalnie śmiertelnego rokowania, istnieje wiele opisów samoistnych remisji tej choroby – nowotwór znika bez żadnego leczenia. Choć zdarza się to tylko w 1% wszystkich zachorowań na nowotwory, to jednak chorzy na czerniaka złośliwego stanowią 11% przypadków samoistnych remisji.

Czasopismo „Cancer” opisuje przypadek samoistnego wyleczenia u siedemdziesięcioletniego mężczyzny. Nowotwór stwierdzono u niego w podejrzenie wyglądającym znamieniu, które w 1965 roku usunięto ze ściany klatki piersiowej. Siedem lat później miał nawrót choroby, również na ścianie klatki piersiowej, w postaci licznych małych guzków. Tym razem jednak pacjent odmówił dalszego leczenia. Osiem miesięcy później podczas wizyty kontrolnej okazało się, że drobne guzki, występujące na zajętych obszarze, zrobiły się bardziej płaskie i jaśniejsze. Pacjent pozwolił na przeprowadzenie drobnej biopsji; w tych miejscach stwierdzono pigmentację, ale nie znaleziono nowotworu. W następnym roku pojawiły się kolejne oznaki zdrowienia.

Wiele wyjaśniły odkrycia dokonane w dziedzinie immunologii. W takiej sytuacji dzieją się trzy rzeczy: po pierwsze, limfocyty atakują guz. Ponadto większe komórki, zwane makrofagami, dosłownie po-

magają pożreć czerniaka. I wreszcie dochodzi do napływu przeciwciał, które również przyczyniają się do zniszczenia nowotworu. Organizm tego mężczyzny zmobilizował ogromne siły odpornościowe, aby pokonać nowotwór.

Kwestia spontanicznych remisji prowokuje do postawienia dwóch ważnych pytań: dlaczego, u niektórych osób, siły odpornościowe nie są wystarczająco potężne, aby zniszczyć komórki nowotworowe na samym początku, zanim rozwinie się klinicznie jawny czerniak; i co sprawia, że układ odpornościowy niektórych osób może pokonać ten potencjalnie śmiertelny nowotwór nawet po jego powstaniu. O to samo pytaliśmy w związku z bardzo zróżnicowanym przebiegiem innych chorób u różnych osób, pomimo pozornego podobieństwa zachodzących procesów patologicznych.

W serii trzech badań naukowcy z San Francisco zajmowali się typem osobowości C, obejmującym stłumienie negatywnych emocji, u chorych na czerniaka. Podczas 18-miesięcznej obserwacji stwierdzili silną korelację między stłumieniem i ryzykiem nawrotu lub zgonu. Komórki NK (naturalni zabójcy) atakowały nieprawidłowe komórki, tworząc linię obrony przed nowotworem. Komórki *naturalni zabójcy* (*natural killer*), jak wykazano, mają zdolność pożerania komórek czerniaka. Podobnie jak w przypadku raka piersi, są one mniej aktywne u osób o stłumionych emocjach.

Jedno z badań dotyczyło grubości pierwotnego ogniska czerniaka w zależności od osobowości. Grubość nacieku nowotworowego, zmierzona na podstawie pierwszej biopsji, jest powiązana z rokowaniem: czym grubsza jest zmiana, tym mniej korzystny jest przebieg choroby. Stwierdzono, że wyższa punktacja w skali stylu zachowań typu C korelowała z większą grubością zmiany: „Typ osobowości C charakteryzują następujące cechy: pacjenci akceptują fakt, że chorują na czerniaka, bardziej troszczą się o członków swojej rodziny niż o samych siebie, starają się nie myśleć o sytuacji, są wytrwali i starają się być zajęci, zatrzymują swoje uczucia dla siebie i są uważani za silnych i zdolnych do radzenia sobie z problemami”.

Wyniki badań z San Francisco potwierdzają wnioski płynące z wcześniejszego badania z 1979 roku, że pacjenci z czerniakiem, którzy z większym trudem przyjmowali rozpoznanie – innymi słowy, których reakcja była mniej akceptująca i zrezygnowana – byli mniej narażeni na nawrót choroby.

Nawet śladowe wsparcie psychologiczne może zmienić sytuację, jak sugeruje pilotowe badanie, które na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Kalifornijskiego, przeprowadził psychiatra F.I. Fawzy. Trzydzieści cztery osoby z porównywalnymi przypadkami czerniaka w I stadium zaawansowania włączono do grupy eksperymentalnej lub kontrolnej. „Interwencja, jaką przeprowadził Fawzy, była zadziwiająco niewielka. Polegała na zaledwie sześciu kierowanych sesjach grupowych w okresie 6 tygodni, każda sesja trwała 1,5 godziny. Spotkania dotyczyły edukacji w zakresie czerniaka i podstawowych porad dietetycznych; technik radzenia sobie ze stresem; rozwijania zdolności radzenia sobie z problemami; oraz wsparcia psychologicznego ze strony personelu i innych członków grupy”. Sześć lat później, dziesięciu z 34 pacjentów z grupy kontrolnej zmarło, a trzech kolejnych miało nawrót choroby. W grupie, która otrzymała wsparcie psychiczne, tylko trzy z trzydziestu czterech osób zmarły, a cztery miały nawrót choroby. Wcześniej w tym samym badaniu wykazano, że funkcje immunologiczne są lepsze u pacjentów z grupy otrzymującej wsparcie.

Zrozumiałe, że pacjenci z czerniakiem i innymi nowotworami mogą poprawić swoją zdolność odwrócenia procesu nowotworowego, jeśli pomoże im się zrozumieć samych siebie i osiągnąć większy stopień akceptacji samych siebie i większą asertywność w swoim stylu zachowania. Harriette, pięćdziesięcioletnia pisarka, jest przekonana, że jej decyzja, by walczyć z nowotworem na swój własny sposób, co obejmowało intensywną psychoterapię, jest przyczyną remisji czerniaka złośliwego, występującego na jej prawym podudziu.

„Nie bardzo ufam lekarzom. Poszukałam trochę i znalazłam klinikę medycyny alternatywnej w Tihuanie. Leczyli tam czerniaka jako chorobę ogólnoustrojową, co od razu mi się spodobało. Nie sądziłam, żeby właściwym postępowaniem była operacja nogi, a potem nic więcej. Pojechałam do Meksyku i tam leczyli mnie całą serią różnych metod, były to szczepionki, dieta, tonik i różne ziołowe pasty, które stosowali, żeby usunąć nowotwór z nogi. Wracałam tam co miesiąc, potem co trzy miesiące i co sześć miesięcy, ale zaczęłam sobie uświadamiać, że coś jest nie w porządku z moim postępowaniem. Po pierwsze, nie miałam lekarza pierwszego kontaktu w Kanadzie. Odrzucałam autorytet lekarzy, ale akceptowałam leczenie przez lekarzy w Meksyku.

Pomyślałam, że powinnam mieć przynajmniej lekarza pierwszego kontaktu – i to właśnie wtedy spotkałam ciebie. Nie znałeś mnie do-

brze, ale kiedy tylko wspomniałam o czerniaku, powiedziałeś: „Wiesz, że istnieje pewien profil psychologiczny, charakterystyczny dla chorych na czerniaka?”. Nikt wcześniej o tym nie wspomniał, ale kiedy opisałeś ten profil, okazało się, że ja doskonale do niego pasuję. Powiedziałeś mi też, że powinnam mieć operację i możesz to zorganizować, ale sama operacja może nie pomóc, o ile nie poradzę sobie jednocześnie z niezdolnością do odczuwania własnych uczuć i z wszystkimi innymi problemami.

Przez sześć miesięcy miałam psychoterapię. Była bardzo intensywna. Potem odbyła się operacja. Chirurg plastyczny był zaszokowany, bo powiedział mi, że początkowa biopsja wykazała, że miałam inwazyjnego czerniaka, całkiem zaawansowanego i dość głębokiego. Spodziewał się najgorszego. Teraz jednak, kiedy zrobił operację, stwierdzono jedynie obecność wybarwionej tkanki, nie było już czerniaka”.

Zastanawiałem się, czy to leczenie w Meksyku, czy psychoterapia, na którą uczęszczała Harriette, sprawiły taką różnicę. Chociaż nie znam szczegółów programu leczenia stosowanego w Meksyku, prawdopodobnie obejmował on szczepionkę BCG w celu pobudzenia układu odpornościowego – metoda ta w niektórych przypadkach była z sukcesem stosowana w leczeniu czerniaka złośliwego. Harriette wierzy, że sukces zawdzięcza połączeniu wszystkich tych działań. – Naprawdę uważam, że leczenie w Meksyku działało, ale ciągle czułam mrowienie i miałam wrażenie, że nowotwór dalej tkwi w nodze – i objawia się jako mrowienie i ciemne przebarwienie pod skórą.

– Czy dowiedziałaś się podczas psychoterapii?

– Musiałam wrócić do samego początku. Moja matka umarła, kiedy byłam małym dzieckiem. Byłam średnią z trzech sióstr, wszystkie poniżej czterech lat, dwie nadal w pieluchach. Moja młodsza siostra miała tylko osiem miesięcy i bardzo często miała kolki. Dla żadnej z nas nie starczało uwagi, ale praktycznie całą ściągala moja siostra. Przenoszono nas z miejsca na miejsce, bo mój ojciec podróżował jako sprzedawca. W ciągu roku ożenił się z kobietą, która wyglądem bardzo przypominała moją matkę. To była Zła Wiedźma Zachodu. Miała swoje własne problemy. Była dla nas okropna. W końcu odesłała nas do francusko-kanadyjskiego klasztoru.

Nie lubiła dzieci – sama była najstarsza z czternaściorga dzieci i wychowywała wszystkich swoich młodszych braci i siostry. Nie mogła się doczekać, kiedy pozbędzie się nas z domu. Została sekretarką

w ambasadzie kanadyjskiej w Kostaryce. Była bardzo inteligentną kobietą, ale w wieku trzydziestu trzech lat zaczynała już być starą panną. Mój ojciec w ciągu roku po śmierci matki najwyraźniej prosił każdą dostępną kobietę w angielskojęzycznej wspólnocie w Kostaryce, żeby wyszła za niego i wszystkie odmówiły. Ta powiedziała tak – nie chciała dzieci, nie lubiła dzieci, ale to był jej pakt z diabłem. A mój tata? Był w domu pięćdziesiąt dwa dni podczas pierwszego roku ich małżeństwa. Została z trzema dziewczynkami, które jedna po drugiej chorowały na wszystkie choroby zakaźne i przechodziły kwarantannę. Widzę w tym jej rękę.

Pamiętam, że przepisywałam francuskie wiersze i pozostawiałam je przed drzwiami łazienki, kiedy brała prysznic. Nigdy nie odpowiadała. Jakby ich nie zauważała.

– Jak z tego wynika, bardzo mocno starałaś się stworzyć między wami jakiś związek.

– Tak – i nigdy mi się to nie udało... Moje siostry były nią przerażone. Zamykała się w swojej sypialni i zostawiała nas ze służącymi. Pamiętam, że kiedy czegoś potrzebowałyśmy – ta scena powtarzała się bez przerwy – wszystkie trzy podkrażałyśmy się do drzwi jej sypialni i próbowałyśmy powiedzieć „M....”. W końcu, po tym, jak stałyśmy tam przez dwadzieścia minut, czy ile to mogło trwać, i żadna z nas nie mogła się zdobyć na odwagę, żeby powiedzieć „Mamo”, wymykałyśmy się z powrotem.

Miałyśmy poczucie, że nie możemy o nic prosić. Tego się nauczyłam. Nauczyłam się nie potrzebować i nie chcieć, nie prosić, bo i tak się nic nie dostanie, a jeśli już prosiłyśmy, wyśmiewano nas.

Jedno z moich najwcześniejszych wspomnień pochodzi z okresu, kiedy miałam trzy lub cztery lata – siedziałam sama w jakiejś sukience i bawiłam się lalką. Dobrze się bawiłam, ale miałam poczucie, że nie jestem z nikim związana. Nikogo nie było w pobliżu; byłam zupełnie sama. Było to bezpieczne, ale nie czułam, że jestem szczęśliwa, tylko że znalazłam sposób, żeby się ochronić.

– Będąc sama.

– Będąc sama i... tak, nie czując kontaktu z nikim.

Przypominają mi się jeszcze inne fragmenty. Przez długi czas wyobrażałam sobie, że leżę w czymś, co sprawiało wrażenie chmur; leżałam na łóżku z chmur pod szarym niebem i padał na mnie pojedynczy promień słońca, ale był zimny. Czułam, że jestem zupełnie sama,

że nawet ten promień, który mógłby być miłością, nie jest nią. Do-
szłam do wniosku, że muszę nauczyć się nie czuć, żeby przeżyć.

Takie doświadczenia – i wnioski, jakie Harriette z nich wyciągnę-
ła – sprawiły, że była w życiu osamotniona albo pozostawała w związ-
kach, które, jak czuła, bardziej ją wyczerpywały, niż wspierały. Jej in-
tensywna psychoterapia miała na celu rozwinięcie kompetencji
emocjonalnych. Kompetencja emocjonalna to zdolność, która umoż-
liwia nam pozostawanie w rozsądnych relacjach z otoczeniem, bez
stawiania się ofiarą i bez wyrządzania szkody samemu sobie.* Jest to
wewnętrzna podstawa, niezbędna, by stawiać czoło nieuniknionym
stresom życia, uniknąć tworzenia niepotrzebnych stresów i prowa-
dzić proces zdrowienia. Niewielu z nas osiąga dorosłość w stanie
choćby zbliżonym do pełnej kompetencji emocjonalnej. Rozpoznanie
naszych niedostatków w tym względzie nie powinno być podstawą do
osądzania samego siebie, ale wezwaniem do dalszego rozwoju
i transformacji.

Zrealizowanie siedmiu zasad zdrowienia pomoże nam rozwinąć
kompetencję emocjonalną.

Akceptacja

Akceptacja to po prostu wola poznania i zaakceptowania tego, jak się
sprawy mają. Jest to odwaga wyrażenia zgody, by negatywne myśle-
nie wzbogaciło nasze zrozumienie, nie pozwalając jednocześnie, by
zdefiniowało nasze podejście do przyszłości. Akceptacja nie wyma-
ga, byśmy z rezygnacją trwali w sytuacjach, które mogą stwarzać
kłopoty, ale naprawdę wymaga, byśmy przestali zaprzeczać temu,
jak dokładnie toczą się teraz wszystkie sprawy. Pozostaje to
w sprzeczności z głęboko zakorzenionym przekonaniem, że nie je-
steśmy wystarczająco wartościowi ani wystarczająco „dobrzy”, aby
być całością.

Akceptacja implikuje także pełen współczucia stosunek do samego
siebie. Oznacza to odrzucenie podwójnych standardów, które, jak się
przekonaliśmy, zbyt często charakteryzują nasze relacje ze światem.

Jako lekarz widziałem wiele ludzkiego cierpienia. Próba wybrania
pacjenta, który cierpi bardziej od pozostałych, może być bezowocna,

* Patrz Rozdział 3.

gdybym jednak był zmuszony do dokonania takiej oceny, od razu
wiem, którą pacjentkę bym wskazał. Jej historia nie trafiła do żadne-
go rozdziału tej książki, chociaż jej choroby pasowałyby do niemal każ-
dego. Nazwę ją Corinne. Jest tuż po pięćdziesiątce i postawiono jej
takie rozpoznania: cukrzyca typu II, choroba wieńcowa, zespół nad-
wrażliwego jelita, depresja, choroba wieńcowa, w której przebiegu
wystąpiły dwa zawały, nadciśnienie tętnicze, toczeń, fibromialgia, ast-
ma i – ostatnio – nowotwór jelita grubego. „Biorę już tyle lekarstw”,
mówi Corinne, „że nie muszę jeść śniadania; wystarczy, że połknę
wszystkie pigułki. Tylko przy śniadaniu łykam trzynaście tabletek”.

Corinne była moją pacjentką od dwudziestu lat. Wiele z tego, czego
się nauczyłem, zawdzięczam właśnie jej i innym pacjentom, którzy –
podobnie jak Corinne – podzielili się ze mną swoją historią. Jako
dziecko Corinne doświadczyła każdego rodzaju deprywacji i przemo-
cy, jaki można sobie wyobrazić. Jako dorosła bez przerwy otaczała
opieką nie tylko męża, dzieci, rodzeństwo i przyjaciół, ale każdego,
kto trafił do jej domu. Do niedawna nie potrafiła odmówić. Nawet te-
raz jest to bolesne, pomimo jej opłakanego stanu zdrowia i faktu, że
może się poruszać tylko za pomocą elektrycznego wózka.

– Widzę siebie jako wielką płamę. Bez kształtu. Dostrzegam aury
ludzi. Moja jest czarna i szara, nieokreślona. To tak, jakbyś widział
kogoś we mgle, udaje ci się dostrzec fragment sylwetki, ale żadnej
całości.

– Gdybyś spotkała kogoś innego, kto miałby trudności z określe-
niem własnych granic, czy lekceważyłabyś go jako wielką płamę?

– Nie. Znam kilka osób z nadwagą i nie określam ich jako wielkie
plamy. To moje własne wyobrażenie o tym, kim jestem jako osoba. Je-
śli chodzi o sprawy emocjonalne, czuję się jak galareta.

– Kto zatem teraz ze mną rozmawia? Czy to wielka plama? Czy
w tym domu nie ma poczucia obecności kogoś prawdziwego?

– Może trochę. Ale na pewno nie na 100%.

– Przyjrzyjmy się zatem temu „trochę”.

– Ta odrobina chce mieć kontrolę i nie pozwolić innym ludziom,
aby decydowali, czy podejmowali za nią decyzje bez jej zgody.

– Co jeszcze możesz o sobie powiedzieć? Jakie są twoje wartości?

– Nie śpiam z kim popadnie, nie oszukuję i nie kłamię, prze-
strzegam praw tego kraju i staram się być jak najlepsza dla innych
ludzi.

– Czy dlatego, że nie wiesz, jak odmówić, czy jest to prawdziwa troska?

– Jedno i drugie. W większości naprawę się o nich troszczę.

– Jak możesz zatem mówić, że jesteś jedną wielką plamą?

– Bo jestem jak galareta, kiedy trzeba powiedzieć nie mojej matce. Zaledwie parę dni temu nie mogłam powiedzieć jej „Nie, lepiej będzie dla ciebie, jeśli przyjedziesz latem, a nie teraz”. Nie mogłam jej tego powiedzieć. Nie chciałam podejmować decyzji.

– Gdyby ktoś inny powiedział ci, że ma trudności z podejmowaniem takich decyzji, co byś odpowiedziała?

– Powiedziałabym, że ta osoba ma ogromne trudności, by powiedzieć mamie, czego chce... i że musi być silniejsza.

– A tak nie mówiąc tej osobie, co ma zrobić, co byś z tego wszystkiego wywnioskowała?

– Rozumiałabym, że osoba ta jest przerażona, że jeśli wyrazi własne potrzeby, zostanie odrzucona.

– Jeśli nie możesz tego powiedzieć o sobie, to tylko dlatego, że nie poświęcasz sobie tego rodzaju współczującej uwagi, którą automatycznie obdarzasz kogoś innego. Nie możesz się zmusić, by powiedzieć nie, jeśli nie wiesz, jak to zrobić. *Możesz jednak przynajmniej poświęcić pełną współczucia uwagę osobie, która ma kłopot z powiedzeniem nie.*

Spójrzmy na tę trudną sytuację, w której się znalazłaś. Z jednej strony, nie wiesz, jak powiedzieć nie; z drugiej strony, potępiasz się i osądzasz za to, że nie umiesz odmówić. W końcu nazywasz siebie wielką plamą. Z pełną współczucia uwagą mogłabyś zobaczyć siebie równie wyraźnie, jak postrzegasz tę inną osobę – jako kogoś przerażonego. I powiedziałabyś to nie jako osąd, ale jako pełną współczucia obserwację – *ta osoba jest naprawdę przerażona. Ta osoba jest naprawdę zraniona.* Ona – ja – ma trudności z powiedzeniem nie, bo niesie to ze sobą natychmiastowe ryzyko odrzucenia.

Nie możesz zmusić samej siebie, by powiedzieć nie, tak samo jak nie możesz zmusić do tego kogoś innego. Możesz jednak okazać współczucie samej sobie.

– Kogoś innego wzięłabym za rękę, żeby pomóc mu powiedzieć nie – ale samej siebie nie mogę trzymać za rękę, żeby pomóc mi powiedzieć nie.

– I gdyby ktoś inny nie potrafił mówić nie, nadal akceptowałabyś

taką osobę. Powiedziałabyś: „Patrz, rozumiem, że to jest dla ciebie naprawdę trudne – nie jesteś jeszcze gotowy”.

– Ale nie mówię tego samej sobie – złościę się na siebie.

– Uważam, że najbardziej by ci pomogło, gdybyś umiała poświęcić sobie pełną współczucia uwagę. Możesz nad tym pracować.

– Czy to przywróciłoby mi energię, od której czuję się odcięta?

– Tak dużo twojej energii idzie na opiekowanie się innymi, a to co z tego zostaje, pochłania osądzanie samej siebie. Bycie takim bezlitosnym dla samego siebie pochłania mnóstwo energii.

Obiektywny fakt jest taki, że masz wiele poważnych problemów zdrowotnych. Jesteś w niebezpieczeństwie – nie ma co do tego wątpliwości. Nie wiem, jak się sprawy potoczą. Ale przy tym wszystkim, z czym musisz sobie radzić, im więcej współczucia okażesz samej sobie, tym większe będziesz mogła dać sobie szanse.

Pełna współczucia ciekawość samego siebie nie oznacza, że podoba nam się wszystko, co w sobie znajdziemy, lecz że patrzymy na siebie z pewną nie oceniającą akceptacją, którą chcielibyśmy obdarzyć kogoś, kto cierpi i potrzebuje pomocy.

Świadomość

Wszyscy ci, którzy chcą się uzdrowić – lub utrzymać zdrowie – muszą odzyskać utraconą zdolność do emocjonalnego rozpoznawania prawdy, co wspaniale ilustruje neurolog Oliver Sacks w swojej książce *Mężczyzna, który pomylił żonę z kapeluszem*. Sacks opowiada anegdotę o grupie pacjentów z afazją, reagujących na telewizyjne przemówienie byłego prezydenta, Ronalda Reagana.

Afazja – nazwa ta pochodzi od greckich słów *a* („nie”) i *pha* („mówić”) – to utrata zdolności mówienia lub rozumienia mowy. Wynika z ogniskowego uszkodzenia mózgu, np. spowodowanego udarem. „Oto on, stary Czarodziej, Aktor, ze swoją niezawodną retoryką, swoim aktorstwem, poruszający emocjonalnie – a wszyscy pacjenci pokładają się ze śmiechu. Nie, nie wszyscy: niektórzy byli zdumieni, niektórzy sprawiali wrażenie oburzonych, jeden lub dwóch spoglądało ze zrozumieniem, ale większość sprawiała wrażenie rozbawionych. Prezydent był, jak zawsze, poruszający – ale wydaje się, że pobudzał ich głównie do śmiechu. Co mogli sobie myśleć? Czy nie udało im się go zrozumieć? Czy też, być może, rozumieli go zbyt dobrze?”.

Pacjenci Sacksa, cierpiący na afazję, reagowali na to, jak Reagan nieświadomie wyrażał Emocję II – ton, język ciała, wyraz twarzy. Stwierdzili, że jego emocje nie odpowiadają przekazowi słownemu: innymi słowy, przejrżeli jego maskę, świadomą lub nieświadomą. Odczytali uczuciową realność, a nie rzeczywistość słów, którą Reagan zdołał wyczarować we własnym umyśle i którą z taką biegłością przekazywał innym, którzy podobnie jak on, byli odcięci od własnych emocji. *Albo jego mózg jest uszkodzony, albo ma coś do ukrycia*, powiedział jeden z pacjentów Sacksa. Przypomnijmy słowa biografy Reagana: *Czuje coś wręcz przeciwnego do słów, które wypowiada*.

Zwierzęta i młode istoty ludzkie posiadają dużą biegłość w odczytywaniu prawdziwych sygnałów emocjonalnych. Jeśli tracimy tę zdolność wtedy gdy rozwijamy mowę, to tylko dlatego, że odbieramy budzące zamieszanie sygnały od naszego bezpośredniego otoczenia. Słowa, które słyszymy, znaczą jedno, a dane emocjonalne mówią coś innego. Jeśli te dwa przekazy pozostają w konflikcie ze sobą, jeden zostanie stłumiony. W ten sam sposób, jeśli jedno z oczu dziecka zezuje, mózg wyłącza obraz z tego oka, aby uniknąć podwójnego widzenia. Oko to, jeśli sytuacja nie zostanie skorygowana, stanie się ślepe. Tłumimy naszą inteligencję emocjonalną, aby uniknąć wojny z najważniejszymi osobami w naszym życiu, wojny, której pewnie byśmy nie wygrali. W ten sposób tracimy naszą kompetencję emocjonalną, rozwijając inteligencję werbalną. Wydaje się, że osoby cierpiące na afazję przechodzą odwrotny proces. Bardzo podobnie, jak osoba niewidoma rozwija niezwykle słuch, pacjenci z afazją rozwijają lepszą zdolność odbierania rzeczywistości emocjonalnej.

„Ludzie mają zwykle niewielką szansę rozpoznania kłamstwa z zachowania kłamcy, nawet jeśli oznaki kłamstwa są wyraźne w jego wyrazie twarzy lub tonie głosu”, stwierdziła grupa psychiatrów w magazynie „Nature” w maju 2000. „Osoby, które nie potrafią zrozumieć słów, lepiej rozpoznają kłamstwa dotyczące uczuć”.

Pełna świadomość oznaczałaby, że odzyskalibyśmy utraconą zdolność postrzegania rzeczywistości uczuciowej i jesteśmy gotowi, by porzucić paraliżujące przekonanie, że nie jesteśmy wystarczająco silni, by zmierzyć się z prawdą o naszym życiu. Nie ma w tym żadnej magii. Osoba niewidoma uczy się zwracać baczniejszą uwagę na dźwięki niż osoba widząca. Osoby z afazją uczą się zauważać swoje wewnętrzne reakcje na słowa, ponieważ część ich mózgu odpowie-

dzialna za funkcje poznawcze nie mówi już im, jaka jest ich treść. Te wewnętrzne uczucia, wrażenia płynące z naszych trzewi, są tym, co tracimy, kiedy „dorastamy”.

Oczywiście, nie musimy tracić zdolności językowych, aby ponownie nauczyć się odbierania emocji. Aby jednak rozwinąć tę świadomość, musimy ćwiczyć, nieustannie zwracać uwagę na nasze stany wewnętrzne i nauczyć się *ufać* tym wewnętrznym wrażeniom bardziej, niż treści słów – własnych lub kogoś innego. Jaki jest ton głosu? Jego wysokość? Czy oczy są zwężone, czy szeroko otwarte? Czy uśmiech jest rozluźniony, czy napięty? Jak się czujemy? *Gdzie to czujemy?*

Świadomość oznacza również nauczanie się, jakie są oznaki stresu we własnym organizmie, jak nasze ciało nadaje nam sygnał, kiedy umysł coś pominał. Zarówno w badaniach na ludziach, jak i na zwierzętach, stwierdzono, że fizjologiczna reakcja na stres jest lepszym wyznacznikiem tego, co naprawdę doświadcza organizm, niż świadome postrzeganie lub obserwowane zachowanie. „Przysadka mózgowa znacznie lepiej ocenia stres niż intelekt”, napisał Hans Selye. „Można jednak nauczyć się całkiem dobrze rozpoznawać sygnały niebezpieczeństwa, jeśli się wie, czego szukać”.

W książce *Stres życia* Selye zestawiał fizjologiczne sygnały niebezpieczeństwa. Przedstawił listę takich fizycznych oznak jak gwałtowne bicie serca, zmęczenie, poty, częste oddawanie moczu, bóle głowy, bóle pleców, biegunka lub suchość w ustach, oraz oznak emocjonalnych, takich jak napięcie emocjonalne lub nadmierna reaktywność, niepokój, utrata radości życia, a także oznaki widoczne w naszym zachowaniu, takie jak niezwykła impulsywność lub skłonność do irytacji oraz tendencja do zbyt gwałtownych reakcji. Możemy nauczyć się odczytywać te sygnały nie tylko jako problemy do rozwiązania, ale również jako wiadomości, które należy odczytać.

Gniew

„Nigdy nie wpadam w gniew”, powiedziała jedna z postaci z filmu Woody’ego Allena, „zamiast tego choruję na raka”. Liczne badania chorych na nowotwory, przytoczone w tej książce, świadczą o prawdziwości tej zabawnej uwagi. Przekonaliśmy się również, że stłumienie gniewu jest poważnym czynnikiem ryzyka choroby, ponieważ nasila fizjologiczny stres organizmu.

Nie tylko tłumienie gniewu predysponuje do choroby, wykazano również, że doświadczanie gniewu sprzyja odzyskaniu zdrowia lub – co najmniej – wydłuża życie. Na przykład osoby chore na raka, które były w stanie pokazać lekarzom swój gniew, żyły dłużej niż spokojni pacjenci. W badaniach na zwierzętach stwierdzono, że wyrażanie gniewu jest fizjologicznie mniej stresujące, niż jego tłumienie. Zaobserwowano, że u tych szczurów, które walczyły z innymi osobnikami zamkniętymi w tej samej klatce, guzy nowotworowe rosły wolniej niż u bardziej potulnych zwierząt.

Niezależnie od badań naukowych, mogliśmy się przekonać, że każdy z moich rozmówców z poprzednich rozdziałów zgłaszał trudności w komunikowaniu złości, niezależnie od rodzaju swojego schorzenia. „Wychowana w ten sposób przez macochę, jestem przekonana, że nie wolno mi się złościć”, powiedziała Shizuko, chora na reumatoidalne zapalenie stawów. „To było krótkie spięcie moich trzewnych objawów gniewu”, powiedziała Magda, cierpiąca na poważne bóle brzucha.

Kwestia gniewu staje się kłopotliwa i budzi wiele pytań. Jak możemy zachęcać ludzi, żeby się gniewali, kiedy widzimy, że dzieci cierpią z powodu wybuchu złości swoich rodziców? W historiach wielu pacjentów widzimy podobny wzorzec: wściekłość rodziców i stłumione dziecko. Czy ojciec Magdy powinien był tłumić swój gniew? „Myślałam o wszystkich tych sytuacjach, kiedy ojciec podnosił głos”, powiedziała Donna, której brat, Jimmy, zmarł na czerniaka złośliwego. „Wspominałam jego głos, jego wrzaski i krzyki i myślałam, że nie tak powinno się żyć. Nie tego powinniśmy byli doświadczyć”.

Z pozoru wydaje się to paradoksem. Jeśli wyrażanie gniewu jest „dobre”, to ojciec Magdy czy ojciec Jimmy’ego i Donny zachowywali się w zdrowy sposób. Jednak skutki ich złości były niszczące dla wyobrażenia o sobie i zdrowia ich dzieci. Tłumienie gniewu może mieć negatywne konsekwencje, ale czy powinniśmy zachęcać do jego wyrażania, kiedy krzywdzi to inne osoby?

Wszystko robi się coraz bardziej tajemnicze. Niepohamowane wyrażanie złości jest szkodliwe nie tylko dla ludzi, ku którym jest kierowane i dla osób postronnych, ale może być również śmiertelnie niebezpieczne dla tego, kto się wścieka. Po wybuchach wściekłości może dojść do zawału serca. Ogólnie nadciśnienie tętnicze i choroby serca występują częściej u osób, które żywią wrogość. Badanie na grupie niemal dwustu mężczyzn i kobiet, przeprowadzone w 2000 roku

w Szkole Medycznej Uniwersytetu Johna Hopkinsa, wykazało, że wrogość i chęć dominacji są „znaczącymi, niezależnymi czynnikami ryzyka choroby wieńcowej”. Wyniki wielu badań wiążą wrogość z nadciśnieniem tętniczym i chorobą wieńcową.

Jak mogliście się już domyśleć, związek między złością i chorobami układu krążenia również jest funkcją aparatu psycho-neuro-immunologicznego. W stanie wściekłości następuje pobudzenie nerwów współczulnych. Przy nadmiernej aktywności współczulnej w rodzaju walki lub ucieczki dochodzi do zwężenia naczyń krwionośnych, wzrostu ciśnienia krwi i zmniejszenia zaopatrzenia serca w tlen. Hormony wydzielane podczas reakcji stresowej spowodowanej wściekłością powodują wzrost stężenia lipidów we krwi, między innymi cholesterolu. Pobudzają również mechanizmy krzepnięcia, co jeszcze bardziej zwiększa ryzyko zamknięcia tętnic.

„Jestem pewien, że to ślepa złość doprowadziła moje serce do takiego stanu, do spółki z genami”, napisał dziennikarz Lance Morrow w swoich wspomnieniach o chorobie serca. Ślepa złość, która później spowodowała u Morrowa zawał serca, była czymś w rodzaju wulkanicznej erupcji gniewu, którą jako dziecko w swoim domu rodzinnym nauczył się tłumić.

Jak więc rozwiązać ten dylemat gniewu? Jeśli wyrażanie gniewu jest szkodliwe, podobnie jak jego tłumienie, to jak możemy mieć nadzieję na osiągnięcie zdrowia lub procesu zdrowienia?

Zarówno tłumienie gniewu, jak i jego niekontrolowane wyrażanie, są przykładami *nieprawidłowego uwalniania emocji*, które jest podłożem chorób. Jeśli tłumienie jest oznaką braku uwalniania emocji, to ich niekontrolowane wybuchy polegają na równie nieprawidłowym występowaniu na przemian hamowania i uwalniania emocji i nie kontrolowanego, przesadnego dawania im upustu. Przeprowadziłem fascynującą rozmowę na temat tych dwóch pozornie przeciwstawnych sposobów zachowania z Allenem Kalpinem, lekarzem i psychoterapeutą z Toronto. Wskazuje on, że zarówno tłumienie, jak i wybuchy wściekłości, są oznakami *lęku przed prawdziwym doświadczeniem gniewu*.

Sposób, w jaki Kalpin opisał prawdziwy gniew, zdumiał mnie, chociaż wydaje mi się prawdziwy. Jego wyjaśnienie uświadomiło mi, jak bardzo jesteśmy spleądani w naszych powszechnych wyobrażeniach na temat tego uczucia. Zdrowy gniew, jak mówi, to upoważnienie

i rozluźnienie. Prawdziwe doświadczenie gniewu „jest doświadczeniem fizjologicznym, bez konieczności odgrywania go na zewnątrz. Doświadczenie to jest czymś w rodzaju fali energii, przepływającej przez nasz organizm wraz z mobilizacją do ataku. *Jest to, jednocześnie, całkowity zanik wszelkiego lęku.*”

Kiedy zaczynamy doświadczać zdrowego gniewu, nie widać niczego dramatycznego. Widać natomiast zmniejszenie napięcia wszystkich mięśni. Usta otwierają się szerzej, ponieważ żuchwa jest bardziej rozluźniona, głos staje się niższy, ponieważ struny głosowe są bardziej rozluźnione. Ramiona opadają i z wszystkich oznak widać, że napięcie mięśniowe znika”.

Sposób terapii doktora Kalpina jest zgodny z zasadami po raz pierwszy opracowanymi przez dr Habiba Davanloo z Uniwersytetu McGill w Montrealu. Davanloo miał zwyczaj podczas spotkań terapeutycznych nagrywać na taśmie filmowej swoich klientów, żeby mogli sami zobaczyć, w jaki sposób ich organizm manifestuje uczucia. Kalpin także nagrywa niektóre ze swoich sesji terapeutycznych.

„Na taśmie jeden z moich klientów opowiada o potężnej fali elektryczności, przebiegającej przez jego organizm – mówi o tym, kiedy to właśnie się dzieje – ale na zewnątrz widać tylko, jak siedzi i opisuje to zjawisko. Jeśli ogląda się kasetę z wyłączonym dźwiękiem, widzi się, że ten człowiek jest całkiem skupiony i rozluźniony, ale raczej nie zgadlibyśmy, że czuje gniew”.

Jeśli gniew polega na rozluźnieniu, to czym jest wściekłość? Kiedy jestem wściekły, moja twarz jest spięta, mięśnie są napięte i z pewnością nie wyglądam na rozluźnionego. Tu właśnie dr Kalpin dokonuje kluczowego rozróżnienia. „Powstaje pytanie, czego ludzie naprawdę doświadczają, kiedy są wściekli? Ciekawie jest zapytać ich o to. Kiedy faktycznie zadamy takie pytanie, większość ludzi opisze strach. Jeśli zapyta się ich w kategoriach fizycznych, fizjologicznych, co odczuwają w swoim organizmie, w olbrzymiej większości ludzie opiszą strach w takiej czy innej formie”.

– To prawda – powiedziałem – spięty głos, płytki oddech, napięte mięśnie to oznaki strachu, a nie gniewu.

– Dokładnie. Oni nie doświadczają gniewu na poziomie fizjologicznym, a tylko okazują go na zewnątrz.

Wyrażanie uczuć przez wybuchy gniewu jest obroną przed lękiem, który u dziecka zawsze towarzyszy uczuciu gniewu. Gniew wyzwala

lęk, ponieważ współistnieje z pozytywnymi uczuciami, takimi jak miłość i potrzeba kontaktu. Jeśli jednak gniew prowadzi do przypiływu energii, służącej do ataku, zagraża to więzi międzyludzkiej. Dlatego *doświadczenie gniewu* w jakiś podstawowy sposób prowokuje lęk, nawet bez zewnętrznego, rodzicielskiego zakazu *wyrażania gniewu*. „Agresywne impulsy są tłumione z powodu poczucia winy, a poczucie winy występuje tylko dlatego, że jednocześnie istnieje miłość, pozytywne uczucia”, mówi Allen Kalpin. „Gniew nie istnieje zatem sam w jakiejś próżni. W nieprawdopodobnym stopniu wywołuje lęk i poczucie winy u osoby, która doświadcza agresywnych uczuć w stosunku do kogoś, kogo kocha”.

Oczywiście, im bardziej rodzice zniechęcają do gniewu czy zabraniają go, tym więcej lęku powoduje u dziecka to doświadczenie. We wszystkich przypadkach, kiedy gniew jest całkowicie stłumiony albo przewlekłe tłumienie występuje na przemian z wybuchami wściekłości, historia wczesnego dzieciństwa jest taka, że rodzice nie umieli zaakceptować naturalnego gniewu dziecka.

Jeśli ktoś nieświadomie obawia się siły swoich negatywnych impulsów, może rozwinąć różne sposoby obrony. Jednym ze sposobów obrony jest wybuch wściekłości, który cofa nas do wczesnego dzieciństwa, kiedy to z niemożliwym do zniesienia nagromadzeniem gniewu radziliśmy sobie, wyrażając go. „Widzisz, wyrażanie gniewu, krzyki, wrzaski, nawet uderzanie, służą jako obrona przed tym uczuciem. Jest to obrona przed zatrzymaniem go w sobie, gdzie odczulibyśmy go bardzo głęboko. Wybuch chroni przed prawdziwym doświadczaniem gniewu”.

Innym sposobem na uniknięcie doświadczania gniewu jest wyparcie. Jednak wyparcie i wybuchy wściekłości to dwie strony tego samego medalu. Oba te zachowania oznaczają strach i lęk i dlatego oba wywołują fizjologiczną odpowiedź stresową, bez względu na to, co czujemy czy czego nie czujemy na świadomym poziomie.

Przytoczone w tej książce rozmowy raz po raz dostarczają ilustracji paraliżujących trudności, jakie ma wiele osób z odczuwaniem gniewu przeciw tym, których kochają. Jean, która w wieku jedenastu lat nie była w stanie powiedzieć swoim rodzicom, że była molestowana seksualnie, idealizuje swoje relacje z rodzicami, zamiast uznać swój gniew. Jej mąż, Ed, odczuwa niszczące rozżalenie z powodu tego, co nazywa kontrolującym zachowaniem ze strony żony, ale nie

umie otwarcie i bezpośrednio przeżyć gniewu. Jill, chora na raka jajnika, jest zdenerwowana na lekarzy, że nie postawili właściwego rozpoznania, ale nie na swojego męża, Chrisa, który przez kilka miesięcy nie dostrzegał jej bólu i utraty wagi. Leslie, chory na wrzodziejące zapalenie jelita grubego, „przełknął” gniew wobec swojej pierwszej żony. „Nie mogło być o tym mowy. Nie mogłem walczyć, bo wtedy ona mówiła: – Widzisz, to nie jest dobre małżeństwo”. Jest zadowolony, że w jego obecnym małżeństwie doświadczanie gniewu nie zagraża związkowi.

Lęk przed gniewem i innymi „negatywnymi” emocjami, jak smutek czy uczucie odrzucenia, może być głęboko zakorzeniony w organizmie. W końcu przekształca się w zmiany biologiczne, wskutek rozlicznych i nieskończone subtelnych wzajemnych oddziaływań aparatu PNI*, sieci łączącej ciało i umysł. Ta właśnie droga prowadzi do organicznej choroby. Kiedy gniew zostaje rozbijony, to samo dzieje się z układem odpornościowym. Kiedy agresywna energia gniewu zostaje skierowana do wnętrza, układ immunologiczny gubi się. Fizjologiczne środki obrony przestają nas chronić, a nawet mogą się zbuntować, atakując własny organizm.

„Cenne może okazać się traktowanie raka mniej jako choroby, a bardziej jako zaburzenia biochemicznych sygnałów organizmu”, pisze psychoterapeuta Luis Ormont, który pracował nad mobilizowaniem gniewu podczas terapii grupowej pacjentów chorych na raka. „Zmiana tych sygnałów wywiera wpływ na układ odpornościowy organizmu. Oznacza to, że jakakolwiek forma interwencji, mającej na celu przywrócenie fizycznego zdrowia organizmowi, musi obejmować nie tylko czysto fizyczne środki. Jako że emocje dramatycznie wpływają na ten system biochemiczny, jedną z metod immunoterapii jest zapewnienie pacjentom psychoterapii”.

Osoby z rozpoznaniem nowotworu lub choroby autoimmunologicznej, z przewlekłym zmęczeniem albo fibromialgią, albo z potencjalnie prowadzącymi do inwalidztwa schorzeniami neurologicznymi, zachęca się często do odprężenia, do pozytywnego myślenia, do zmniejszenia poziomu stresu. Wszystkie te rady są dobre, ale niemożliwe do zastosowania, jeśli jedno z głównych źródeł stresu nie zostanie rozpoznane i rozwiązane: uwewnętrzniony gniew.

* Patrz przypis na str. 109.

Gniew nie wymaga wrogiego działania. Przede wszystkim, jest to proces fizjologiczny, którego należy doświadczyć. Po drugie, ma on wartość poznawczą – dostarcza ważnych informacji. Ponieważ gniew nie istnieje w próżni, to jeśli odczuwam gniew, musi on być reakcją na to, jak coś postrzegam. Może to być reakcja na utratę albo na zagrożenie utratą w osobistym związku, może to być również sygnał faktycznego lub zagrażającego naruszenia granic. Zdobywam olbrzymią moc, nie krzywdząc nikogo, jeśli pozwolę sobie na doświadczenie gniewu i rozważenie, co mogło go wyzwolić. Zależnie od okoliczności, mogę zdecydować się na zmanifestowanie gniewu w jakiejś formie lub zrezygnować z tego. Kluczową kwestią jest to, że nie stłumiłem odczucia gniewu. Mogę zdecydować się na okazanie mojego gniewu, jeśli jest to potrzebne, słowami lub uczynkami, ale nie muszę dawać mu upustu w postaci niekontrolowanego wybuchu wściekłości. Zdrowy gniew oznacza, że kontrolę nad sytuacją sprawuje dana osoba, nie zaś jej niepohamowane emocje.

„Gniew jest energią, jaką Matka Natura obdarza nas jako małe dzieci, abyśmy mogli wystąpić we własnym imieniu i powiedzieć *ja się liczę*”, mówi psychoterapeutka Joann Peterson, która prowadzi warsztaty na wyspie Gabriola w Kolumbii Brytyjskiej. „Różnica między zdrową energią gniewu i raniącą energią przemocy emocjonalnej i fizycznej polega na tym, że gniew respektuje granice. Wystąpienie we własnym imieniu nie oznacza naruszenia granic kogoś innego”.

Autonomia

Choroba nie tylko ma swoją historię, ona także *opowiada* jakąś historię. Jest kulminacją trwającego całe życie zmagania się z samym sobą.

Z biologicznego punktu widzenia można by sądzić, że przeżycie fizycznego organizmu powinno być ostatecznym celem natury. Wydaje się jednak, że istnienie autonomicznej, posiadającej zdolność samoregulacji psychiki jest dla niej wyższym celem. Umysł i duch mogą przetrwać dotkliwe urazy fizyczne, co i raz jednak przekonujemy się, że fizyczne ciało zaczyna zawodzić, kiedy zagrożona jest integralność i wolność psychiki.

Jason zachorował na cukrzycę insulinozależną w wieku pięciu lat. Łacińska nazwa tej choroby, *diabetes mellitus*, pochodzi od słów oznaczających „słodki mocz”, ponieważ w tej chorobie nerki filtrują

nadmiar krwi do moczu. W cukrzycy komórki wewnątrzwydzielnicze trzustki nie mogą produkować wystarczającej ilości insuliny, hormonu niezbędnego, by cukier ze strawionego pokarmu dostał się do komórek. Niezależnie od bezpośredniego fizycznego zagrożenia, wynikającego z wysokiego stężenia glukozy, cukrzyca stwarza potencjalne ryzyko uszkodzenia wielu narządów organizmu.

Jason, obecnie dwudziestotrzyletni mężczyzna, nie widzi na prawe oko na skutek związanego z cukrzycą uszkodzenia naczyń krwionośnych. Cierpi również na osłabienie mięśnia sercowego, wadę zastawki serca i zaburzenia funkcji nerek. Okresowo nie może chodzić z powodu odwracalnego zapalenia nerwów, zwanego neuropatią cukrzycową. Jason i jego matka, Heather, byli moimi pacjentami przez około dziesięć lat. W ostatnich dwunastu miesiącach Jason kilkakrotnie trafiał w trybie pilnym do szpitala z powodu takich kryzysowych stanów, jak niewydolność serca i zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Być może nie ma przed sobą zbyt wielu lat życia. Jak mówi jego specjalista chorób wewnętrznych, rokowanie w przypadku tego pacjenta jest „ostrożne”.

Heather pozostaje w stanie ciągłego lęku i wyczerpania, zmieszanego z rozżaleniem, które wiąże z tym, że Jason uparcie odmawia troszczenia się o samego siebie, jeśli chodzi o stosowanie odpowiedniej diety, zwracanie uwagi na swoje zapotrzebowanie na insulinę, zgłaszanie się na wizyty kontrolne i prowadzenie zdrowego trybu życia. Oczywiście, jako matka gra o wysoką stawkę. Jej doświadczenia są takie, że jeśli nie sprawuje kontroli, Jason choruje. Przez wiele lat żyła z dużym prawdopodobieństwem, że jeśli choć na jeden dzień osłabi czujność, Jason może zapaść w śpiączkę albo jeszcze gorzej.

Ostatnia hospitalizacja nastąpiła po trwającym kilka tygodni okresie wymiotów, w wyniku których pacjent był osłabiony, odwodniony i miał drgawki. Pewnego dnia Heather siedziała przy jego łóżku, kiedy Jason miał kolejny atak. „Przybiegły pielęgniarki, pojawili się rezydenci i specjaliści”, opowiada. „Jason wywrócił oczy, jego ręce i nogi zaczęły drżeć. Dostał lekarstwo dożylnie i usiadł, otworzył oczy i spojrzał prosto na mnie. Głośno powiedział: – Zostaw to! – Ale ja nie zostawię. Nie pozwolę mojemu synowi umrzeć”.

Jason nie pamięta tego wydarzenia. – Musiałem być naprawdę mało przytomny – mówi.

– Masz jakiś pomysł, co mogłeś mieć na myśli? – spytałem.

– Pierwsza rzecz, jaka przychodzi mi do głowy, to prośba, żeby mnie zostawić w spokoju. Mówiąc „zostaw mnie” nie musiałem mieć na myśli tego, żeby pozwolić mi umrzeć, tylko „przestań być taka wszechwładna. Zostaw to. Pozwól mi robić to, co chcę zrobić”. To moje życie. Popelnię własne błędy, ale mama musi mi na to pozwolić. Olbrzymią część mojego życia wypełnia choroba na cukrzycę i ktoś inny stara się mnie kontrolować.

Bez względu na motywacje matki i bez względu na to, w jakim stopniu to Jason nią manipulował, by sprawowała nad nim opiekę, jego najistotniejszym doświadczeniem jest brak autonomii. Nie miał możliwości otwartego wyrażania samego siebie. Tęsknota za autonomią i gniew przeciw matce przyjęły formę oporu – również oporu przeciw własnemu zdrowiu fizycznemu. „Zawsze było tak, jakbym się dusił”, powiedział matce. „Bez względu na to, co zrobiłem, wydawało się to złe. Kiedy powiedziałem: – zostaw – miało to znaczyć – odsuń się. Pozwól mi żyć tak, jak zamierzam. – Chcę żyć na swój sposób i oczywiście będę popełniał błędy – każdy je popełnia. Nigdy nie czułem, że wolno mi popełniać własne błędy”.

Jeśli jest jakaś nauka, którą można wyciągnąć z historii Jasona i Heather, oraz z historii innych pacjentów i ze wszystkich badań, które przytoczyliśmy w tej książce, to jest ona taka, że ludzie cierpią z powodu zatarcia swoich granic. Traktując Jasona przez całe życie jakby był dzieckiem, za które musi przejąć całkowitą odpowiedzialność, Heather pomogła utrzymać go z dala od jego prawdziwej osobowości. Reagując jak dziecko, Jason powstrzymywał samego siebie.

W ostatecznej analizie, sama choroba ma marginalne znaczenie. Kiedy przyglądamy się badaniom dotyczącym przewidywań, kto zachoruje, stwierdzamy, że najbardziej zagrożone są te osoby, których granice były w największym stopniu naruszone, zanim mogli zbudować autonomiczne poczucie własnej wartości. W 1998 roku „The American Journal of Preventive Medicine” opublikował wyniki badania *Adverse Childhood Experience* (Niekorzystne Doświadczenia Dzieciństwa). W tym projekcie uczestniczyło ponad 9500 dorosłych osób. Występowanie w dzieciństwie takich stresorów, jak wykorzystywanie emocjonalne lub seksualne, przemoc, zażywanie narkotyków lub choroby psychiczne w rodzinie, korelowało z ryzykowanymi zachowaniami dorosłych, stanem zdrowia i ryzykiem zgonu. Stwierdzono „silną ilościową zależność” między dysfunkcją domu rodzinnego

i stanem zdrowia dorosłej osoby – im większe było narażenie na różne dysfunkcje rodziny w okresie dzieciństwa, tym gorszy był stan zdrowia dorosłego i większe było ryzyko, że osoba taka umrze z powodu nowotworu, choroby serca, urazu czy z innej przyczyny.

W życiu dziecka najczęściej granice nie tyle są naruszane, ile po prostu nie zostają zbudowane. Wielu rodziców nie może pomóc dzieciom w rozwoju granic, ponieważ sami nie byli w stanie tego dokonać, kiedy dorastali. *Możemy zrobić tylko to, co potrafimy.*

Bez wyraźnych granic między sobą i rodzicem dziecko pozostaje uwikłane w takiej relacji. To uwikłanie jest później wzorcem jego związków z resztą świata. Uwikłanie – to, co dr Michael Kerr nazywa brakiem wyróżnicowania – zaczyna dominować w intymnych związkach danej osoby. Może przyjąć dwie formy, wycofania, nadąsania się i zgubnego oporu wobec autorytetów, jak w przypadku Jasona, lub też przewlekłego i kompulsywnego sprawowania opieki nad innymi, jak w przypadku Heather. U niektórych ludzi te dwa wzorce zachowania mogą współistnieć, w zależności od tego, z kim w danym momencie prowadzą interakcję. Jako że zagubienie układu immunologicznego, prowadzące do choroby, odzwierciedla niepowodzenie w odróżnianiu tego, co swoje od tego, co obce, proces zdrowienia musi obejmować ustanowienie lub odzyskanie granic swojej autonomicznej osoby.

„Granice i autonomia są niezbędne do życia”, powiedziała psychoterapeutka prowadząca grupy terapeutyczne, Joann Peterson, podczas naszej niedawnej rozmowy na wyspie Gabriola. Jest kierownikiem edukacyjnym w PD Seminars, ośrodku holistycznego uzdrawiania i rozwoju psychicznego. „Doświadczamy życia za pośrednictwem naszych ciał. Jeśli nie potrafimy wyrazić słowami naszego doświadczenia, ciało mówi to, czego nie potrafi powiedzieć umysł i nasze usta”.

„Osobiste granice”, jak mówi Peterson, „to energetyczne doświadczenie samego siebie lub innej osoby. Nie chcę używać słowa *aura*, ponieważ należy do kręgu New Age, ale posiadamy swój energetyczny wyraz dalej, niż kończy się nasza skóra. Ogłaszamy istnienie naszych granic nie tylko werbalnie, ale – jak uważam – mamy też energetyczny, pozawerbalny sposób ich wyrażania”. W książce *Anger, Boundaries, and Safety*, dr Peterson bardziej szczegółowo wyjaśnia swoją koncepcję: „Granice są niewidzialne, są wynikiem świadomego, wewnętrznego poczucia, określającego kim jestem. Proces ten zaczyna się od zadania sobie pytania: – W moim życiu i w moich

związkach, czego pragnę, czego chcę więcej albo mniej, czego nie chcę, jakie są moje ustanowione ograniczenia? – Określając w ten sposób samego siebie, określamy nasze wartości i to, czego chcemy w życiu w danym momencie z naszego wewnętrznego punktu odniesienia; *kontrola jest sprawowana od środka na zewnątrz*”.

Autonomia polega zatem na rozwinięciu tego wewnętrznego ośrodka kontroli.

Więź

Więzią są nasze związki ze światem. W najwcześniejszych relacjach więzi zdobywamy lub tracimy zdolność pozostawania otwartym, wspierającym samego siebie i zdrowym. W tych wczesnych związkach uczymy się doświadczać gniewu albo bać się go i tłumić. W nich właśnie rozwijamy nasze poczucie autonomii lub ulega ono zanikowi. Więzy są także niezwykle ważne w procesie zdrowienia. Kolejne badania prowadzą do wniosku, że ludzie bez powiązań społecznych – samotni – są najbardziej narażeni na choroby. Ludzie, którzy cieszą się prawdziwym emocjonalnym wsparciem, mają lepsze rokowanie, bez względu na to, o jakiej chorobie mówimy.

Odkąd w jego gruczole krokowym stwierdzono niewielki guzek, siedemdziesięcioletni Derek co roku badał stężenie PSA*. Dwa lata temu biopsja wykazała obecność komórek nowotworowych. „Onkolog powiedział, że jestem w wielkim niebezpieczeństwie i przeraził mnie. Dlatego zgodziłem się na sześć miesięcy leczenia hormonalnego, które doprowadziło do zmniejszenia guza. Polega ono na całkowitym zablokowaniu wydzielania testosteronu. Dostaje się zastrzyk co trzy miesiące. Po leczeniu hormonalnym onkolog chciał rozpocząć radioterapię, trwającą siedem tygodni. Powiedziałem nie, nie chcę tego, bo wiele na ten temat czytałem. Radioterapia i operacja na pewien czas rozwiązują problem, ale po trzech czy pięciu latach często dochodzi do nawrotu. A napromienienie niszczy tak wiele... tyle dobrych komórek w organizmie, poza tymi złymi”.

– Co czułeś, kiedy postawiono rozpoznanie?

– No cóż, to był właśnie mój kłopot. Nikomu o tym nie powiedziałem, z wyjątkiem żony i moich dwóch córek.

* Patrz str. 128.

Przedtem byłem odludkiem. Byłem bardzo skryty. Teraz jestem bardzo otwarty. Uwielbiam mieć koło siebie mnóstwo ludzi. Przedtem tak nie było. Czulbym się zupełnie szczęśliwy, gdybym mógł znaleźć sobie jakąś jaskinię, zamknąć drzwi na klucz i spędzić tam resztę życia. Moje priorytety zupełnie się zmieniły. Przedtem jako hobby budowałem lokomotywy parowe. Spędzałem na tej czynności po szesnaście godzin dziennie w moim warsztacie i byłem absolutnie zadowolony. Teraz nie byłem w warsztacie od dwóch lat, odkąd mam raka.

Potrzebuję obecnie wielu osób w moim życiu. Chorzy na raka wspierają się wzajemnie. I tego właśnie *potrzebujemy* – rozmawiać o tym. Przez resztę życia będziemy o tym rozmawiać. Wydaje się, że to coś, co musisz robić.

– Czy istoty ludzkie generalnie nie potrzebują wsparcia i możliwości podzielenia się swoimi uczuciami, porozmawiania o trudnościach związanych z nowotworem lub z czymkolwiek innym? Jak uważasz, dlaczego choroba nowotworowa musiała cię tego nauczyć?

– Sam się nad tym zastanawiam. Kiedy po raz pierwszy postawiono rozpoznanie, otoczyłem się murem i nikogo nie wpuszczałem do środka, bo czułem się tam bezpiecznie. To był błąd. Skierowałem całą moją energię na walkę z rakiem i trwało tak przez jedenaście miesięcy. Kiedy w końcu pomyślałem, że nowotworu już nie ma, zacząłem rozbierać ten mur, zacząłem mówić ludziom o moim doświadczeniu, o tym że miałem raka, ale się go pozbyłem. Byłem z tego dumny.

– Mogłeś się tym dzielić, kiedy już pokonałeś problem, ale nie wtedy, kiedy z nim walczyłeś, kiedy najbardziej potrzebowałeś wsparcia. Dlaczego nie dopuściłeś do tego swojej żony?

– Nigdy nie czułem, że mnie wspiera... chociaż... wiem, że mnie wspierała... ale nie dopuszczałem jej do mojego życia. Miałem ten mur wokół siebie i nie pozwalałem nikomu go przekroczyć.

Czasami łatwiej nam czuć rozgoryczenie czy wściekłość, niż pozwolić sobie na przeżywanie bolesnego pragnienia kontaktu, które, kiedyś nie zaspokojone, zrodziło gniew. Pod całym naszym gniewem leży głęboko sfrustrowana potrzeba naprawdę intymnego kontaktu. Zdrowienie zarówno wymaga, jak i polega na odzyskaniu tej wrażliwości, która kazała nam pierwotnie odciąć się od naszych uczuć. Nie jesteśmy już bezradnymi, zależnymi dziećmi; nie musimy się już obawiać emocjonalnej wrażliwości. Możemy sobie pozwolić na honorowanie wzajemnej ludzkiej potrzeby więzi i na stawienie czoła głęboko

zakorzenionemu przekonaniu, które nieświadomie żywi wiele osób z przewlekłymi chorobami: że nie nadajemy się, by nas kochano. Poszukiwanie więzi jest niezbędnym elementem procesu zdrowienia.

Asertywność

Poza akceptacją i świadomością, poza przeżywaniem gniewu i rozwojem autonomii, równoległe z celebrowaniem naszej zdolności tworzenia więzi i świadomym poszukiwaniem kontaktu z ludźmi, jest jeszcze umiejętność zgłaszania naszych praw, czyli asertywność: jest to zadeklarowanie samemu sobie i światu, że *jesteśmy i jesteśmy tym, kim jesteśmy*.

Wiele razy w tej książce byliśmy świadkami, jak ludzie wyrażali swoje przekonanie, że jeśli nie działają, doświadczają uczucia pustki, przerażającej bezużyteczności. W naszym lęku niesłusznie zrównujemy realność z chaosem, aktywnością, zdobywaniem znaczenia poprzez osiągnięcia. Myślimy, że autonomia i wolność oznaczają swobodę robienia, działania i reagowania, jak sobie tylko życzymy. Asertywność w sensie deklaracji wobec samego siebie sięga głębiej niż ograniczona autonomia działania. Jest to ogłoszenie naszego istnienia, pozytywna ocena nas samych niezależnie od przeszłości, osobowości, zdolności czy tego, jak postrzega nas świat. Asertywność stoi w sprzeczności z podstawowym przekonaniem, że musimy jakoś uzasadnić nasze istnienie.

Nie wymaga to ani działania, ani reagowania. To proces *bycia*, niezależny od działania.

Dlatego asertywność może być przeciwnością działania, nie tylko w tym wąskim znaczeniu odmowy zrobienia czegoś, czego nie chcemy, ale w sensie *rezygnacji z samej potrzeby działania*.

Afirmacja

Kiedy afirmujemy, wypowiadamy pozytywne twierdzenie; zbliżamy się do czegoś, co ma jakąś wartość. Istnieją dwie zasadnicze wartości, które mogą nam pomóc w procesie zdrowienia i bycia całością, jeśli będziemy je szanować.

Pierwszą wartością jest nasza własna twórcza osoba. Przez wiele lat po tym, jak zostałem lekarzem, byłem zbyt pochłonięty moim pra-

coholizmem, by zwracać uwagę na siebie czy moje najgłębsze pragnienia. W tych rzadkich chwilach, kiedy pozwalałam sobie na jakąś beczynność, odczuwałam jakieś słabe trzepotanie w dołku, ledwo zauważalne. W mojej głowie rozlegał się słaby szept: *pisanie*. Na początku nie umiałem powiedzieć, czy to była zgaga, czy natchnienie. Ale czym uważniej słuchałem, tym wyraźniejsze stawało się przesłanie: musiałem pisać, wyrazić się pisaniem językiem nie tylko po to, aby inni mogli mnie usłyszeć, ale również w tym celu, żebym to ja sam siebie usłyszał.

Uczy się nas, że Bóg stworzył człowieka na swój obraz. Każdy ma potrzebę tworzenia. Może się ona wyrażać na wiele sposobów: przez pisanie, sztukę czy muzykę, przez innowacyjność pracy czy na wiele różnych sposobów, które są wyjątkowe dla każdego z nas, czy będzie to gotowanie, ogrodnictwo, czy też sztuka rozmowy towarzyskiej. Chodzi o to, aby szanować tę potrzebę. Ma to ozdrowieńcze znaczenie dla nas samych i dla innych; odrzucenie jej uśmierca nasze ciało i ducha. Kiedy nie piszę, duszę się w ciszy.

„To, co jest w nas, musi się wydostać”, napisał Hans Selye, „inaczej możemy wybuchnąć nie tam, gdzie trzeba albo beznadziejnie zamknąć się we frustracji. *Wielka sztuka polega na tym, aby wyrazić naszą witalność tymi szczególnymi kanałami i z taką szczególną szybkością, jaką przewidziała dla nas Natura*”.

Druga wielka afirmacja dotyczy samego wszechświata – naszych związków ze wszystkim, co istnieje. Założenie, że jesteśmy odcięci, samotni, pozbawieni kontaktu, jest toksyczne, ale – bez względu na to, jak okrutnie i jak konsekwentnie życie ukazywało nam swoją mroczną stronę – jest to tylko gorzka iluzja. Stanowi część patologicznej biologii przekonań.

W aspekcie fizycznym łatwo jest zobaczyć, że nasze poczucie odzielenia od wszechświata jest fałszywe: nie jesteśmy „prochem, który obróci się w proch”, jesteśmy prochem ożywionym. Jesteśmy częścią wszechświata z jego obecną zawartością, nigdy nie jesteśmy poza nim. To nie przypadek, że słowo *poszukiwanie* jest tak często używane w odniesieniu do pracy duchowej.

W obliczu choroby wiele osób niemal instynktownie poszukuje swojej duchowości, często używając zdumiewających sposobów. Anna, chora na raka piersi, urodziła się Żydówką i została wychowana w religii swoich przodków. Obecnie w poszukiwaniu strawy duchowej

chodzi do katolickiej katedry. „Moją miłością jest Bóg i dlatego jestem silna. Chodzę do kościoła i przyjmuję komunie; wiem, że Bóg mnie kocha. Służę przy ołtarzu. Za pierwszym razem, kiedy to robiłam, trzymałam krzyż i dwie świece i kapłan powiedział do mnie: – Ty jesteś ołtarzem. – Powtarzam to sobie, szczególnie wtedy, kiedy czuję się naprawdę okropnie: jestem ołtarzem. Kapłan powiedział mi: – Jeśli jesteś ołtarzem Boga w tej katedrze, jesteś ołtarzem Boga przez cały czas. Kocha cię”.

Z drugiej strony Lillian, chora na zapalenie stawów, z którą rozmawiałem, z wyznania prezbiteriańskiego nawróciła się na judaizm. Wychowała się w bardzo kontrolującym i stłumionym domu w swojej rodzinnej Szkocji. W judaistycznej wierze odnalazła wolność bycia sobą, akceptację i radość życia, których długo była pozbawiona. Nadal nie jest zupełnie wolna: kiedy brat przyjeżdża ją odwiedzić, chowa menorę i szabasowe świece. Jest w niej jednak teraz więcej pokoju niż kiedykolwiek wcześniej. „Czuję, że jeśli mam wyzdrowieć, muszę zrzucić duchowe zniewolenie”, mówi.

Inne osoby, z którymi rozmawiałem, potwierdzały zaufanie do swojej tradycyjnej wiary albo medytowały, albo łączyły się z naturą. Każdy szuka swojej własnej drogi do światła. Dla wielu nie jest to łatwe poszukiwanie. Bez względu na to, gdzie zgubiliśmy klucz, jak Nasruddin wolimy zacząć poszukiwania pod latarnią, gdzie najlepiej widzimy.

„Szukajcie a znajdziecie”, powiada jeden z wielkich nauczycieli. Sam proces poszukiwania jest już znalezieniem, ponieważ żarliwie poszukiwać możemy tylko tego, o czym już wiemy, że istnieje.

Wiele osób wykonało pracę psychologiczną, nie otwierając się nawet na swoje duchowe potrzeby. Inni szukali uzdrowienia wyłącznie na drodze duchowej – w poszukiwaniu Boga lub uniwersalnej Istoty – nie uświadamiając sobie wagi odnalezienia i rozwoju własnej osoby. Zdrowie spoczywa na trzech filarach: związków ciała, psychiki i duchowości. Ignorowanie któregoś z nich to zaproszenie dla braku równowagi i pojawienia się choroby.

Kiedy chodzi o proces zdrowienia, jeśli szukamy tylko w łatwych miejscach, w końcu znajdziemy to, co Nasruddin i jego przyjaciele znaleźli w świetle ulicznej latarni: *nic*. Nasruddin, w roli głupca, nie wiedział o tym. W roli mędrca i nauczyciela, wiedział to doskonale.

Nasruddin, głupiec i mędrzec, istnieje w każdym z nas.

Podziękowania

Mam ogromny dług wdzięczności wobec wielu osób, niektóre z nich to moi byli lub niedawno poznani pacjenci, którzy otwarcie dzielili się ze mną historią swojego życia, swoim cierpieniem i swoją duszą, aby inni, czytając, mogli nauczyć się tego, czego moi pacjenci musieli się nauczyć poprzez bolesne doświadczenia.

Diane Martin z Knopf Kanada wspierała tę pracę od momentu, w którym miała ona formę paru słów, które padły przy obiedzie, cztery lata temu. Przebrnęła przez dotkliwie długi rękopis z zainteresowaniem i współczuciem dla autora i czytelnika, którzy jednakowo skorzystali na jej profesjonalnych, mądrych wskazówkach. Jestem również wdzięczny Tomowi Millerowi z John Wiley & Sons w Nowym Jorku, który docenił propozycję mojej książki, kiedy inni wydawcy w USA widzieli w niej tylko „jeszcze jedną książkę o stresie”.

Cear O'Mara Sullivan z Wirginii jest zesłanym mi przez niebo krytykiem – redaktorem – współautorem i przyjaciółką z daleka. Wpadała bez zapowiedzi przez Internet i posiadając umiejętność dokonywania przypadkowych odkryć, cudownie ułatwiała pisanie tej książki – ale niekoniecznie moje życie. Książka ta nie trafiłaby do rąk czytelnika bez jej pomocy.

Mój agent, Denise Bukowski, zapewnił, że *Ciało a stres* zostanie wydane w co najmniej pięciu krajach i w kilku językach, ponadto udzielał mi porad redakcyjnych na końcowym etapie pracy, które przekształciły rękopis w coś znacznie bliższego temu, co pierwotnie planowałem.

Heather Dundass i Elsa Deluca zapewniły niezbędną pomoc techniczną, wiernie przepisując ponad dwieście godzin wywiadów.

Moja żona i partnerka duchowa, Rea, była surowym krytykiem i z pełnym poświęceniem i mądrością udzielała mi wsparcia. Wiele z tego, co nie powinno znaleźć się w tej książce, zostało usunięte dzięki jej odwadze emocjonalnej, miłości i mądrości. Wiele z tego, czym cieszę się w moim życiu, pojawiło się za sprawą tych samych cech.