

Robert Whitaker in Nika Vistoropski

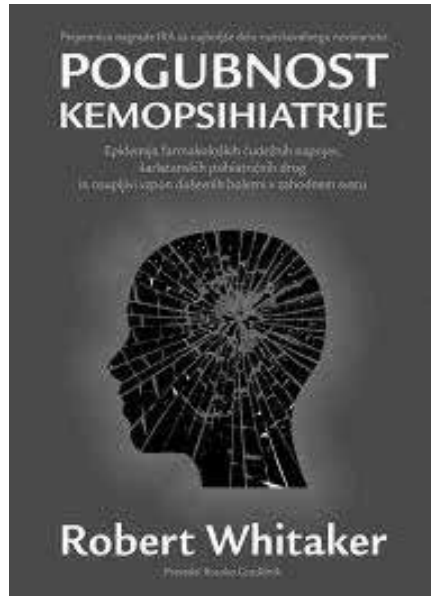
Ti je hudo, ker si se ločil? Izvoli recept: Intervju z Robertom Whitakerjem¹

*Are you upset because you got divorced?
Choose a recipe: Interview with Robert Whitaker*



Knjiga *Pogubnost kemopsihiatrije – Epidemija farmakoloških čudežnih napojev, šarlatanskih psihiatričnih drog in osupljivi vzpon duševnih motenj v zahodnem svetu* prikazuje katastrofalno stanje na področju duševnega zdravja in zagotavljanja tega s psihiatrično farmakologijo. Njen avtor Robert Whitaker je večkrat nagrajeni raziskovalni novinar in nekdanji direktor znanstvenih publikacij medicinske fakultete na Harvardu. Dobro uro dolg pogovor na videorelaciji Boston–Ljubljana je ponudil odgovore na številna vprašanja, predvsem kako nevarno je človeka, njegova ravnanja in zdravljenje »odklonov« ocenjevati z zgolj dvema skrajnostma – zdravo ali bolno.

¹ Intervju je bil objavljen v reviji Onaplus, maja 2023, str. 64-66.



Konec devetdesetih let je Whitaker pisal kolumne za Boston Globe in naletel na študijo Svetovne zdravstvene organizacije, ki je pokazala, da so revnejše države veliko bolje obvladovale shizofrenijo kot bogatejše ter da je tamkaj le droben odstotek pacientov užival psihiatrična zdravila. Whitaker se je seveda neizogibno vprašal, zakaj. Ter tudi, kako je mogoče, da se je koncept kemičnega neravnovesja, ki nikoli ni bil nič več kot zgolj urbana legenda, tako globoko zaril v razumevanje človekovih duševnih stanj. Tako se je vse skupaj začelo.

1. Sredi eksistencialne krize smo

Kaj se je vendarle spremenilo na bolje, glede na to, da je knjiga v originalu izšla že pred dobrimi desetimi leti, v slovenskem prevodu pa letos pri založbi UMco: »Ne le, da se zgolj šušlja, tudi v raziskovalni skupnosti postaja vse glasnejše, da dokazi, ki bi potrjevali učinkovitost psihiatričnih zdravil pri izboljšanju dolgoročnih izidov, ne obstajajo,« odgovori. »To pomeni, da se pričakovanja, ki jih je leta 1980 vzpostavil DSM-III (Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj, op. p.), niso uresničila. Vodilne osebe ameriških in britanskih psihiatričnih združenj zdaj pravijo, da smo sredi eksistencialne krize. Podatki o javnem zdravju so vse bolj klavrni, vse več – ne manj – ljudi vidi v samomoru rešitev svojega trpljenja, poti iz depresije so vse bolj trnove in daljše, finančno breme duševnih stisk in invalidnost, povezana z njimi, pa dosega neslutene višave. Zgodba o napredku se je razblinila v nič. To pa ne pomeni, da se je spremenila tudi praksa predpisovanja zdravil. Psihatriji jih še vedno na veliko 'razdajajo', konkretne pomoči tistim, ki bi zdravila radi nehali jemati, ni.«

DSM-III je leta 1980 opredelil 265 duševnih motenj. Priročnik je recimo navajal devet simptomov, ki naj bi bili medsebojno lastni »hujši depresivni epizodi«, na primer, in če jih je pacient izkazoval vsaj pet, je bilo mogoče sprejeti takšno diagnozo. Že sočasni kritiki pa so poudarjali, da ta predelava psihiatrične diagnostike ni temeljila na znanstvenih odkritjih. Biologija duševnih motenj je še naprej ostajala neznana in avtorji DSM-III so to celo priznavali. Postalo je tudi očitno, da so meje med boleznijo in zdravjem začrtane arbitrarno. Psihiatrija si je javno ogrnila belo haljo.

2. Nič več psihiatri, ampak psihofarmakologi

Whitaker vsake toliko poudari, da so njegove ugotovitve umeščene v angleško govoreči prostor, saj ne bi rad komu delal krivice. Zato se tudi odgovor na vprašanje, zakaj se področje psihiatrije spreminja tako počasi, najprej osredotoči na ameriške psihiatre: »Pogovore so opustili,« pojasni.

»Sami sebe niti ne kličejo več psihiatri, temveč psihofarmakologi. Saj je to točno to, kar počnejo, predpisujejo zdravila. Naj se s pacienti pogovarja nekdo drug. Ti zdravniki so visoko motivirani za to, da zagovarjajo učinkovitost zdravil. Svoje pa naredijo tudi farmacevtska podjetja. Več desetletij stara zgodba, da bo zdravilo pozdravilo vsa psihiatrična stanja, se je odlično prijela. Če ga že zdravnik ne predpiše, ga zahteva pacient. V ameriško družbo se je vtkala tudi ideja, da je treba vse stiske pozdraviti z zdravili. Ti je hudo, ker si se pravkar ločil? Izvoli recept! Je vaš otrok v šoli nemiren? Ni problema, imamo rešitev! Psihiatrična zdravila so postala neke vrste oblika družbenega nadzora.«

3. Ko se zgodi pekel

Ko mu pripovedujem o intervjuju s televizijsko voditeljico Nino Osenar Kontrec iz ene od prejšnjih števil Oneplus, žensko, ki jo je sindrom kronične utrujenosti z mialgičnim encefalitisom za več let prikoval na posteljo, pozorno poslušam. Omenim, da so jo zdravniki vztrajno prepričevali, da je »samo« depresivna, in ji ponujali antidepresive. Na koncu je vendarle privolila vanje, a ko jih je želela opustiti, je doživela, kot je povedala, najhujše mesece svojega življenja, ki so jo pripeljali do roba smrti.

»Razumevanje, kakšne dolgoročne posledice imajo psihiatrična zdravila, se spreminja zelo počasi,« se odzove Whitaker. »Poglejte, nobenega dvoma ni o tem, da prepovedane droge, kot je recimo heroin, v možganih povzročajo spremembe, so zasvojljive, prenehanje uživanja pa povzroča silovite odtegnitvene simptome. Neradi pa govorimo o tem, katere spremembe povzročajo v možganih zdravila na recept in da tudi ta, ko se odločimo za prenehanje uživanja, v nekaterih primerih povzročajo burne odzive. Na družbenih omrežjih že leta beremo krute zgodbe posameznikov o peklu, ki je postal njihovo življenje, ko so se odpovedali zdravilom na recept. V raziskovalni literaturi je na srečo o tem mogoče najti vse več člankov. Tu in tam je že mogoče prebrati, da določena psihiatrična zdravila spremenijo možgane in da če se pacient odloči, da jih preneha uživati, mora to narediti korak za korakom. Žalostno je, da zdravniki še vedno, ko jim pacienti povedo, da imajo hude odtegnitvene simptome, zatrdijo, da se motijo in da so omenjene spremembe samo dokaz, da se je bolezen vrnila. Ker če bi vse te zgodbe začeli jemati resno, bi se morali močno zamisliti in se vprašati, koliko odgovornosti so sposobni prevzeti za to, da pacientu s tem, ko mu ponudijo

zdravilo, dolgoročno celo škodijo.« Nato za trenutek pomisli in nadaljuje: »Pot gospe, ki ste jo omenili, in pot vseh, ki imajo podobno izkušnjo, je zelo osamljena. Ne dobiti podpore zdravnika je grozno. Potem pa so tukaj še pogledi bližnjih, ki govorijo: 'Ni problem v zdravilu, problem je v tebi.' Čustvena bolečina izolacije, spopadanje s sistemom – to so res zelo težke preizkušnje.«

4. **Primer Laponske**

Ko sem začela brati njegovo knjigo, sem bila zaskrbljena, mu zaupam. Ljudje smo naravnani k temu, da življenje vse prevečkrat presojava skozi absolutno. Čeprav tudi v knjigi piše, da so v določenih primerih nekatera zdravila ključna, sem se bala, da bo marsikdo tudi področje psihiatrije začel doživljati preveč poenostavljeno. Pač, še ena prevara. Tvegamo tudi tokrat, da brez sposobnosti presoje zaidemo v novo skrajnost in brez premisleka vsa psihiatrična zdravila kot največje zlo človeštva vržemo v smeti?

»Briljantna opazka! Ljudje se res omejujemo z binarnim načinom razmišljanja. Ko v knjigi pišem o rešitvah, govorim o protokolu selektivne rabe. Psihiatrična zdravila niso kot antibiotiki. Zanje natančno vemo, kako se spopadajo z bakterijami. Spekter psihiatričnih zdravil pa je tako širok, da so enoznačne rešitve preprosto nemogoče. Zato velikokrat omenim psihiatrično bolnišnico v Zahodni Laponski, v Torniu natančneje. Pacienti so tamkaj v treh skupinah. V prvi so tisti, ki skozi psihotično epizodo zmorejo brez zdravil, v drugi tisti, ki jim le kratkotrajno uživanje zdravil lahko ponudi možnost stabilizacije, v tretji so tisti, ki žal brez antipsihotikov ne morejo delovati. To je primer tiste subtilnosti, na katero ste nakazovali. Kako zdravila uporabiti na najboljši mogoči način, da dobimo tudi najboljše rezultate? Zdravila niso ne absolutno dobro in ne absolutno zlo. So kemijske spojine, na katere se prav vsak odziva po svoje. Ljudje smo tudi sicer različni; dva človeka v enakih življenjskih okoliščinah imata vsak svoj specifični odziv nanje.«

5. **Funkcionalne psihotične motnje**

V spremni besedi Vodnika za opuščanje uporabe psihiatričnih zdravil psihiater in psihoterapevt mag. Miran Možina, dr. med., poudari, da daje redukcionistični psihiatrični pristop ljudem lažno upanje: zdravila bodo vse uredila sama. »Patologijo umešča v posameznike in jim odvzema odgovornost za spremembe,« poudari. »Če dajemo le zdravila in zanemarjamo psihosocialne oblike pomoči, kar se žal dogaja, potem dajejo ta slabše rezultate, kot če bi se oprijeli le psihosocialne oblike pomoči. Dokler nimamo znanstvenega dokaza, da so funkcionalne psihotične motnje bolezni, paciente in svojce vedno motiviram za sistemsko ekološko hipotezo, ki pravi, da gre za ustrezen odziv pacientov na neustrezne življenjske okoliščine.«

Ko je intervjuval osebje bolnišnice v Torniu, so tudi Whitakerju odgovorili podobno: »Psihoza ni v glavi. Psihoza se razpenja med družinskimi člani, med ljudmi.« Spet vidim past. Ni vendarle malce preveč preprosto kar vseh duševnih stanj razložiti kot zgolj odziv na okoliščine? Nikoli ni torej nič »narobe« s človekom, vse je le odziv na (ne)zdrave življenjske okoliščine?

»Veste kaj,« pomisli, »v resnici ne vemo, kaj je zadaj. Psihoze niso nikoli posledica ene same stvari. Morda nastanejo zaradi slabega zdravstvenega stanja, morda dejansko obstaja neka sprememba v možganih. Poglejte, veliko bolezni obstaja, pri katerih je psihoza ena od spremljevalk. Parkinsonova bolezen na primer. Problem, ki ga vidim jaz, je to, da verjamemo, da sta si dva človeka z enako diagnozo tudi dejansko – enaka. Da je za vse krivo kemijsko neravnovesje, je sicer lepa ideja, a je čas žal pokazal, da ne drži. To pa seveda ne pomeni, da ni 'krivo' nikoli. Diagnostične kategorije opisujejo vedenja in simptome v določenem času, ne nujno redno ponavljajoče se, dolgotrajne vedenjske vzorce. Človek ima lahko manično ali depresivno epizodo, a to ne pomeni, da je tak ves čas.«

6. **Kaj zares pomeni, da si živ?**

Nato se nasmehne sam pri sebi in nadaljuje: »Veste, česa nam zares manjka? Razumevanja tega, kaj zares pomeni, da si živ. Seveda smo ljudje narejeni tako, da se odzivamo na okolje. Če se znajdemo v težkih okoliščinah, nam je hudo. Velikokrat se v svoji koži počutimo, kako bi rekel, neudobno. A ni prav ta občutek tudi koristen? Kajti če se počutimo, kot da nekaj ni prav, nas to spodbudi, da spremenimo, kar je spremeniti treba. Velikokrat tesnobo čutimo z razlogom. Na tak način se odzivamo na travmo, stres, nekakovostno prehrano, premalo gibanja, morda se v nas razvija bolezen, ki ji je treba nameniti pozornost. Psihoza se dogaja v medprostoru. To, kako smo odraščali, nas nedvomno oblikuje. Ko sem za knjigo intervjuval številne posameznike, ki so se zdravili tudi v psihiatričnih bolnišnicah, sem pogosto opazil skupni imenovalec: mnogi niso nikoli zares doživeli temeljnega občutka varnosti. Ni čudno, da potem tak človek razvije paranoidni način razmišljanja. Izgubili smo filozofijo, ki bi nam pomagala živeti. Potopljeni smo v popreproščen, redukcionistični sistem bolezni. S tem trdim, da psihiatričnih bolezni ni? Nikakor! Pravim le, da bi bilo dobro začeti znova. Z občutkom ponižnosti, da je to naše življenje hudo skrivnosten posel. Pomislite samo, kako 'prismuknjeni' znamo biti ljudje! Od rojstva do smrti mirna plovba? Kakšna šala! Preplavlja nas strast, zaljubimo se tako, da ne moremo niti jesti, trpimo v dno svoje duše! Predvsem pa – ne poznamo odgovorov na vsa vprašanja. Psihiatrija nam ponuja idealizirano sliko, ki je od človeka povsem ločena. Kot psihiatrija potrebuje več odtenkov razumevanja, da bi bila lahko koristna, tako jih potrebujemo tudi ljudje. Sami zase.«