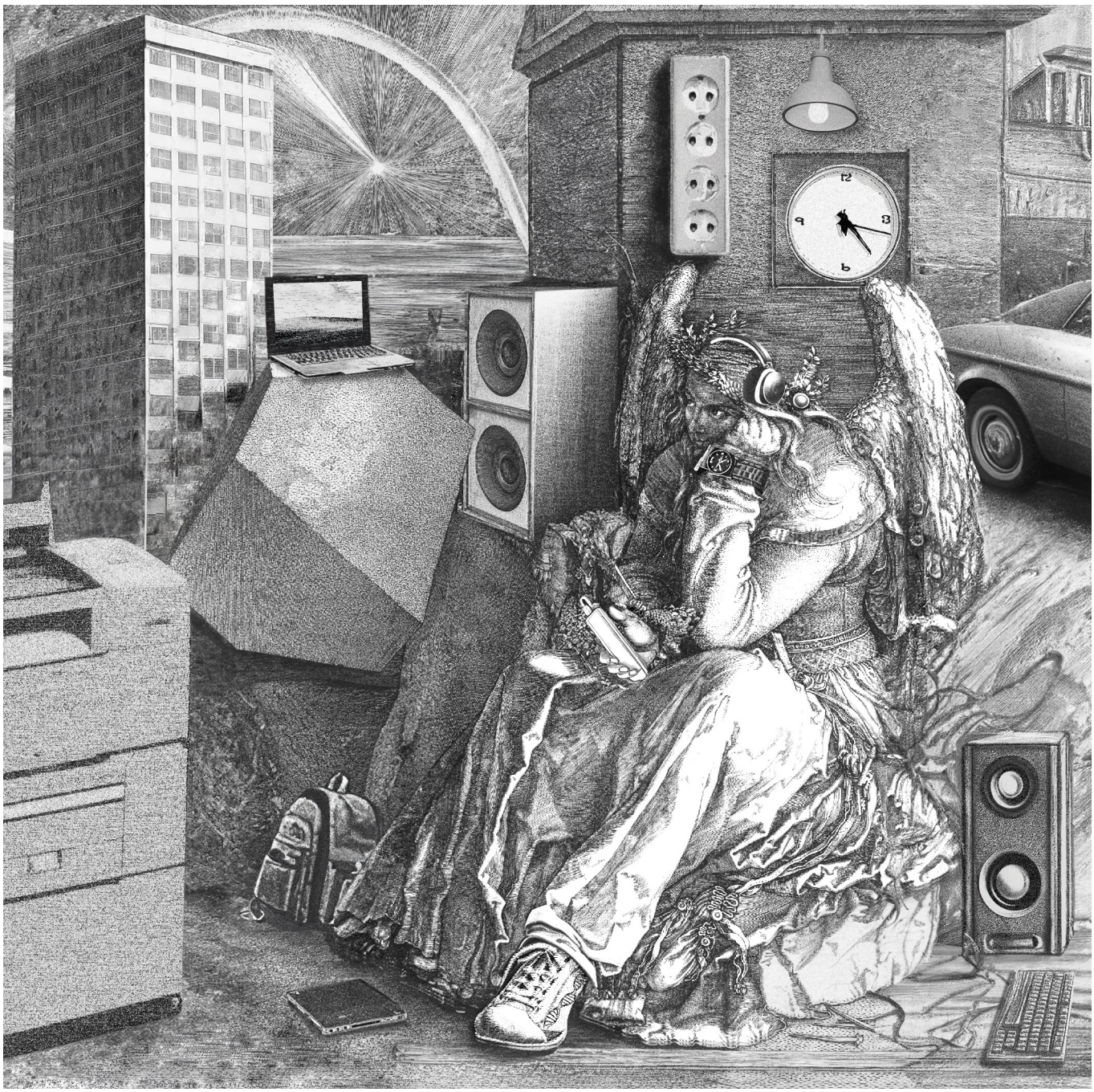
ROK 34 LUTY 2024 NR 2 (397) ISSN 2657-4640

GAZETA GUMed

MIESIĘCZNIK GDAŃSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

kontynuacja Gazety AMG



Nowy numer EJTCM już dostępny 7

Wywiad z prof. Maciejem Grzybkiem 18

Temat numeru: melancholia/depresja 32–61

„Gazeta GUMed”

Miesięcznik Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Wydawca
Gdański Uniwersytet Medyczny
ul. M. Skłodowskiej-Curie 3a
80-210 Gdańsk

Adres redakcji
ul. Dębinki 7, 80-211 Gdańsk
tel. 58 349 15 37
gazeta@gumed.edu.pl
gazeta.gumed.edu.pl

Redaktorka naczelna
Małgorzata Omilian-Mucharska

Przewodniczący Rady Programowej
Bolesław Rutkowski

Rada Programowa
Barbara Kochańska
Wioletta Mędrzycka-Dąbrowska
Antoni Nasal

Redaktorka pomocnicza
Joanna Śliwińska

Redakcja i korekta językowa
Maksymilian Wroniszewski

Skład i opracowanie graficzne
Małgorzata Gusman

Współpracownicy
Magda Boguska
Janusz Limon
Piotr Madanecki
Piotr Paluchowski
Bartłomiej Siek
Janusz Springer
Paweł Sudara
Jolanta Świerczyńska-Krok
Justyna Trawińska
Alejandra Vivas
Jakub Winiewski

Druk
Drukarnia Standruk
ul. Rapackiego 25,
20-150 Lublin

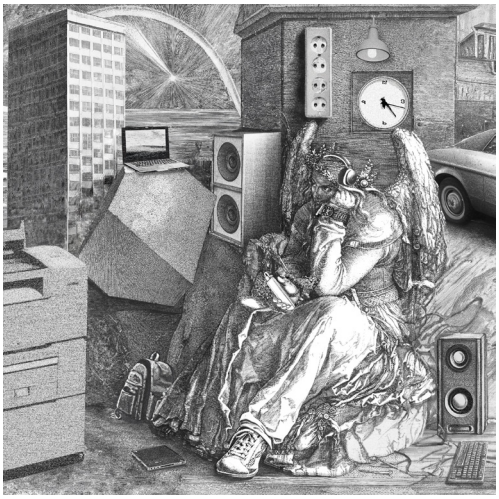
Nakład
600 egzemplarzy

Numer zamknięty 15.01.2024 r.

Przednia i tylna okładka
Małgorzata Gusman

Pierwotną wersją pisma jest wersja drukowana, możliwe aktualizacje zamieszczane są w wersjach PDF na stronie WWW pisma.

OD REDAKCJI



23 lutego przypada Ogólnopolski Dzień Walki z Depresją, a ponadto w tym roku upływa 50 lat od wydania *Melancholii* Antoniego Kępińskiego – książki dobrze znanej nie tylko wśród medyków, ale i humanistów – dlatego też lutowy numer „Gazety GUMed” postanowiliśmy poświęcić właśnie depresji i melancholii.

Choć depresja i jej poprzedniczka, melancholia, mają za sobą liczącą przeszło dwa tysiące lat historię, to wciąż domagają się wzmożonej pracy badawczej (jako choroby / zaburzenia psychiczne) i interpretacyjnej (jako fenomeny kulturowe). Wieści o depresji dobiegają nas często i z różnych źródeł – gazet, telewizji, portali internetowych – słyszymy o niej od znajomych, w oko wpadają nam tytuły książek z depresją w tytule. Nie szukając daleko, biorę do ręki dwie inne uczelniane gazety. O depresji piszą i „Akademickie Aktualności Morskie” Politechniki Morskiej w Szczecinie, i „Wiadomości Uniwersyteckie” UWM. Nic dziwnego, skoro nasza usilnie ekstatyczna i natrętnie „pozytywna” współczesność częściej niż szczęśliwymi czyni nas samotnymi i wyobcowanymi, zaś częstotliwość występowania depresji, a przynajmniej rozpowszechnienie tego terminu sprawiło, że już dawno przestał on należeć wyłącznie do słownika medyków.

Wśród jedenastu tekstów składających się na blok tematyczny numeru znajdą Państwo zatem artykuły o charakterze historycznym, klinicznym i kulturoznawczym. Nasi Autorzy i Autorki piszą o historii leczenia melancholii w starożytności (**dr n. hum. Bartłomiej Siek**) i średniowiecznych oraz nowożytnych dziejach tego pojęcia (**dr n. hum. Piotr Paluchowski**), zastanawiają się też nad historią i relacją kategorii „depresji” i „melancholii” (**Maksymilian Wroniszewski**). Część kliniczną rozpoczyna tekst **dr Karoliny Maliszewskiej** dotyczący depresji poporodowej, następnie **dr Katarzyna Szaulińska-Dynowska** opowiada m.in. o depresji wieku młodzieńczego, a **dr Radosław Czernych** i **prof. Paweł Zagożdżon** omawiają występowanie depresji wśród pacjentów i pacjentek w wieku podeszłym. O depresji wśród osób niebinarnych pisze z kolei **Julia Terech**, która przedstawia wyniki badania przeprowadzonego przez zespół studentek GUMed, **Karolina Kucka** omawia depersonalizację jako jeden z możliwych symptomów depresji, a **dr Krzysztof Pietruczuk** przedstawia przeznaczoną dla pacjentów aplikację *DepressionControlApp*. Blok tematyczny kończą dwa teksty dotyczące obecności odniesień do melancholii/depresji w kulturze. **Dagna Maciejewska** i **lek. Janusz Springer** piszą o terapeutycznych walorach słuchania muzyki w stanach obniżonego nastroju i prezentują listę melancholijnych utworów, a **Justyna Trawińska** omawia powieść *Człowiek, który śpi* Georges'a Pereca, tropiąc w niej ślady depresyjnej podmiotowości.

Zapraszając Państwa do lektury lutowego numeru „Gazety GUMed”, dziękuję wszystkim Autorkom i Autorom, którzy zgodzili się przyjąć zaproszenie do współtworzenia bloku tematycznego tego wydania.

MAKSYMILIAN WRONISZEWSKI
Wydawnictwo GUMed

Spis treści

Z ŻYCIA UCZELNI

4 **Wyjątkowy *Dzień Wykładu***
Joanna Śliwińska

7 **Nowy numer EJTCM już dostępny**
Małgorzata Omilian-Mucharska

10 **Nowa oferta ubezpieczenia zdrowotnego dla pracowników Uczelni**
Aleksandra Skonieczna

11 **Profesjonalna współpraca OnlyBio.life i GUMed**

12 **Dzień Kobiet nie tylko w marcu!**

13 **Akcja *Zwierzętom dajmy święta 2023***

13 **Spotkanie świąteczne**

14 **'Tis the season to be jolly**
Magda Warzocha

NAGRODY – SUKCESY – NOMINACJE

15 **Kolejni profesorowie z nominacjami**
Jakub Winiewski

16 **Prof. Sawicki przewodniczącym Zespołu Medycznego i Nauk o Zdrowiu RDN**
Joanna Śliwińska

16 **Dr Wojciech Nazar wyróżniony przez PAN**
Joanna Śliwińska

17 **Nagrodzeni za wolontariat i działalność medyczną**
Jakub Winiewski

17 **Sukces studentki GUMed na Medycznych Targach Wiedzy**

SYLWETKI PROFESORÓW TYTULARNYCH

18 **Profesor Maciej Grzybek**
z Maciejem Grzybkiem rozmawia Małgorzata Omilian-Mucharska

KONFERENCJE I SZKOLENIA

22 **Grudniowe MSM za nami**
Marcin Wieczorek, Anna Kloczkowska, Monika Trochim

23 **San Antonio Breast Cancer Symposium**
Wioletta Szymańska

PREZENTACJE JEDNOSTEK

24 **Podsumowanie programu *Inkubator Innowacyjności 4.0***
Joanna Borzyszkowska, Marcin Stolarek

25 **Nowy system w Bibliotece Głównej GUMed**
Małgorzata Florianowicz

27 **DOKTORATY I HABILITACJE**

29 **KADRY**

29 **NEKROLOGI**

WIADOMOŚCI Z UCK

30 **UCK w czołówce rankingu *Gdzie rodzić po ludzku* 2023**
Wioleta Wójcik

31 **Przełomowe zabiegi w leczeniu pacjentów z nowotworami jamy ustnej i twarzy**
Łukasz Wojtowicz

31 **Rysunki studentów ASP w UCK**

TEMAT NUMERU: MELANCHOLIA/DEPRESJA

32 **O leczeniu melancholii w starożytności**
Bartłomiej Siek

35 **Melancholicy byli (i są) wśród nas**
Piotr Paluchowski

37 **Od melancholii do depresji i z powrotem. W 50. rocznicę wydania *Melancholii* Antoniego Kępińskiego**
Maksymilian Wroniszewski

41 **O depresji po porodzie i nie tylko**
Karolina Maliszewska

43 **Depresja nie zawsze oznacza smutek**
z Katarzyną Szaulińską-Dynowską rozmawia Maksymilian Wroniszewski

47 **Depresja wieku podeszłego w świetle wyników badań *PolSenior2***
Radosław Czernych, Paweł Zagożdżon

49 **Smutek nie musi mieć płci**
Julia Terech

51 **Istnieć poza własnym ciałem, czyli o depersonalizacji**
Karolina Kucka

52 **Aplikacja *DepressionControlApp***
Krzysztof Pietruczuk

54 **Melancholia i muzyka**
Dagna Maciejewska, Janusz Springer

60 **Stan zawieszenia**
Justyna Trawińska

VARIA

62 **Moja podróż do Sudanu Południowego**
Marta Hnat

64 **Pokaż, lekarzu, co masz w garażu**
Bolesław Rutkowski

DZIAŁ STUDENCKI – *RemediuM*

65 **Walentynki, czyli co wiemy o miłości**
Wiktor Warchałowski

67 **29 February 2024 is Rare Disease Day!**
Mallika Wagle

Wyjątkowy *Dzień Wykładu*

DR N. HUM. JOANNA ŚLIWIŃSKA
Rzeczniczka prasowa GUMed

Nieprzerwanie od ponad dekady 15 grudnia Gdański Uniwersytet Medyczny celebruje *Dzień Wykładu*. Wydarzenie organizowane jest na pamiątkę ostatniego wykładu na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie, który tego dnia w 1939 r. wygłosił **prof. Michał Reicher**. Sześć lat później, w 1945 r., prof. Reicher po raz pierwszy stanął za katedrą Akademii Lekarskiej w Gdańsku. Swoją obecnością społeczność akademicka zaszczycili: marszałek **Bogdan Borusewicz**, wojewoda pomorski **Dariusz Drelich** oraz **lek. dent. Ewa Siewierska-Chomeniuk** z Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej. Tegoroczna uroczystość była podwójnie wyjątkowa, bowiem w jej trakcie przyznano aż dwa honorowe tytuły Ambasadora GUMed.

Godność Ambasadora GUMed może otrzymać osoba, która jest absolwentem Uczelni, ale nie jest na niej zatrudniona, odniosła znaczące sukcesy w nauce, kulturze, sztuce, polityce oraz w innych dziedzinach uznanych za nobliwe oraz promuje *Alma Mater* w swojej codziennej działalności. Zaszczytnym tytułem uhonorowali zostali: **Agnieszka Grzybowska-Zalewska**,

Od lewej: prof. Edyta Szurowska, prof. Marcin Gruchała, prof. Aleksandra Żurowska i Dariusz Drelich

prezes Zarządu Sanofi Sp. z o.o., członkini Rady Pracodawców RP, prezes Zarządu Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA, oraz **Daniel Kasprowicz**, prezes Fundacji dla Madagaskaru, dyrektor Kliniki im. Jana Beyzyma w Manerinerinie. Laudacje na ich cześć wygłosili odpowiednio **dr hab. Agnieszka Zimmermann, prof. uczelni**, prorektor ds. jakości kształcenia, oraz **prof. Przemysław Rutkowski**, dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu.

Nieodłączną częścią uroczystości jest okolicznościowy wykład. Tegoroczne wystąpienie zatytułowane *Kwasy tłuszczowe u osób zdrowych i chorych – wyniki badań mikrobiomu jelitowego*

→

Laureaci i laureatki Nagród Rektora z władzami Uczelni

wygłosił **prof. Tomasz Bączek**, laureat Nagrody i Medalu im. prof. Romana Kaliszana, kierownik Katedry i Zakładu Chemii Farmaceutycznej oraz Biura ds. Programu IDUB.

Podczas *Dnia Wykładu* wojewoda pomorski Dariusz Drelich w asyście rektora **prof. Marcina Gruchały** i prorektor ds. klinicznych **prof. Edyty Szurowskiej** wręczył odznaczenia państwowe i resortowe.

Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski uhonorowana została
- **prof. Aleksandra Żurowska**, kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Nefrologii i Nadciśnienia.

Złoty Krzyż Zasługi otrzymali:
- **prof. Mirosława Cichorek**, kierownik Zakładu Embriologii;
- **prof. Ivan Kocić**, kierownik Katedry i Zakładu Farmakologii.

Srebrnym Krzyżem Zasługi odznaczeni zostali:
- **dr hab. Ninela Irga-Jaworska**, kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii;
- **prof. Jacek Kot**, kierownik Kliniki Medycyny Hiperbarycznej i Ratownictwa Morskiego;
- **dr hab. Przemysław Kowiański, prof. uczelni**, kierownik Zakładu Anatomii i Neurobiologii;
- **prof. Aida Kusiak**, kierownik Katedry i Zakładu Periodontologii i Chorób Błony Śluzowej Jamy Ustnej;
- **prof. Sylwia Małgorzewicz**, kierownik Zakładu Żywienia Klinicznego i Dietetyki;
- **dr hab. Lidia Piechowicz, prof. uczelni**, kierownik Zakładu Mikrobiologii Lekarskiej;
- **prof. Michał Studniarek**, kierownik Zakładu Radiologii;

Od lewej: prof. Marcin Gruchała, prof. Edyta Szurowska, prof. Ivan Kocić i Dariusz Drelich

- **prof. Paweł Zagożdżon**, kierownik Zakładu Higieny i Epidemiologii;
- **dr hab. Agnieszka Zimmermann, prof. uczelni,** kierownik Zakładu Prawa Medycznego i Farmaceutycznego.

Brązowym Krzyżem Zasługi uhonorowane zostały:
- **dr hab. Magdalena Górska-Ponikowska, prof. uczelni**, kierownik Katedry i Zakładu Chemii Medycznej;
- **dr hab. Anna Paprocka-Lipińska**, kierownik Zakładu Etyki Medycznej;
- **dr hab. Ewa Stelmańska**, adiunkt w Katedrze i Zakładzie Biochemii;
- **prof. Agnieszka Szlagatys-Sidorkiewicz**, kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Gastroenterologii, Alergologii i Żywienia Dzieci.

→

Od lewej: prof. Wojciech Kamysz; dr hab. Agnieszka Zimmermann, prof. uczelni; Agnieszka Grzybowska-Zalewska; Daniel Kasprowicz; prof. Marcin Gruchała; prof. Przemysław Rutkowski

Medale Złote za Długoletnią Służbę otrzymały:
- **Beata Danilenko**, specjalista w Katedrze i Zakładzie Farmacji Stosowanej;
- **dr Grażyna Kotlarz**, adiunkt w Katedrze i Zakładzie Histologii.

Medalem Srebrnym za Długoletnią Służbę uhonorowano
- **mgr Monikę Młotkowską**, st. specjalistę w Zakładzie Medycyny Molekularnej.

Medalem Komisji Edukacji Narodowej zostali odznaczeni:
- **dr Ewa Bandurska**, p.o. kierownika Centrum Rozwoju Kompetencji, Zintegrowanej Opieki i e-Zdrowia;
- **dr Katarzyna Gierat-Haponiuk**, adiunkt w Klinice Rehabilitacji;
- **dr Jolanta Olszewska**, adiunkt w Zakładzie Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego;
- **dr Iwona Ordyniec-Kwaśnica**, p.o. kierownika Katedry i Zakładu Protetyki Stomatologicznej;
- **dr hab. Joanna Pieńkowska**, adiunkt w II Zakładzie Radiologii;
- **dr Krzysztof Sobczak**, adiunkt w Zakładzie Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej;
- **mgr Jolanta Szamotulska**, st. wykładowca w Zakładzie Fizjoterapii;
- **dr hab. Magdalena Wszędybył-Winklewska**, adiunkt w Zakładzie Neurofizjologii, Neuropsychologii i Neuroinformatyki.

Medalem „Za zasługi dla ochrony zdrowia” zostali uhonorowani:
- **dr Magdalena Dutka**, adiunkt w Katedrze i Klinice Hematologii i Transplantologii;
- **dr hab. Justyna Gołębiewska**, adiunkt w Katedrze i Klinice Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych;
- **dr hab. Agnieszka Piekarska**, adiunkt w Katedrze i Klinice Hematologii i Transplantologii;
- **dr Witold Prejzner**, adiunkt w Katedrze i Klinice Hematologii i Transplantologii;
- **prof. Emilia Sitek**, profesor w Zakładzie Pielęgniarstwa Neurologiczno-Psychiatrycznego;
- **prof. Jarosław Sławek**, kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Neurologiczno-Psychiatrycznego;
- **dr Klaudia Suligowska**, p.o. kierownika Zakładu Technik Dentystycznych i Zaburzeń Czynnościowych Narządu Żucia;
- **lek. Zuzanna Węgłowska**, asystent w Katedrze i Klinice Medycyny Ratunkowej;
- **prof. Aleksandra Żurowska**, kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Nefrologii i Nadciśnienia.

Tradycyjnie *Dzień Wykładu* połączony był także z wręczeniem nagród Rektora za wybitne osiągnięcia naukowe, dydaktyczne oraz organizacyjne za 2022 r. Rektorowi **prof. Marcinowi Gruchale** przy wręczaniu dyplomów towarzyszyli: prorektor ds. rozwoju i organizacji kształcenia, p.o. kanclerza **prof. Jacek Bigda**, prorektor ds. klinicznych **prof. Edyta Szurowska**, prorektor ds. jakości kształcenia **dr hab. Agnieszka Zimmermann, prof. uczelni** oraz prorektor ds. nauki **prof. Michał Markuszewski**.

– *To jest dzień, w którym Rektor i władze Uczelni dziękują wszystkim tym pracownikom, którzy zrobili coś, co wykracza poza codzienną rutynę. Dzięki tak aktywnym, innowacyjnym i zaangażowanym osobom nasza Uczelnia ma szansę rozwijać się na arenie krajowej oraz międzynarodowej. Jesteśmy w stanie prezentować wysoki poziom dzięki Państwa pracy, zaangażowaniu i osiągnięciom* – podkreślił Rektor.

Uroczystość zorganizował Dział Promocji, a spotkanie poprowadzili **dr Joanna Śliwińska**, rzeczniczka prasowa Uczelni, wraz z **Jakubem Winiewskim** z Sekcji ds. Komunikacji. Ceremonię wręczenia odznaczeń poprowadziła natomiast **Rachela Wysocka** z Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego.

Pełna lista nagrodzonych została opublikowana w Extranecie. Tam też dostępne są zdjęcia do pobrania. ■

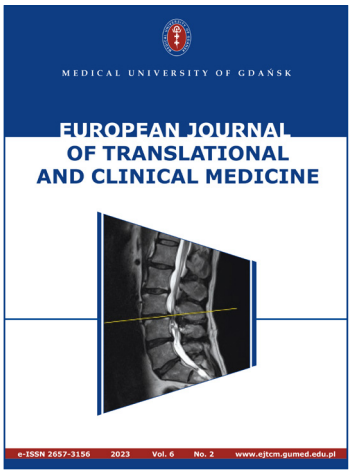
DR N. HUM. JOANNA ŚLIWIŃSKA

fot. Paweł Sudara

Uczestnicy i uczestniczki wydarzenia

Nowy numer EJTCM już dostępny

Z początkiem roku ukazał się najnowszy numer czasopisma naukowego GUMed – „European Journal of Translational and Clinical Medicine". Zeszyt 2023 vol. 6 no. 2 jest dostępny na stronie ejtcm.gumed.edu.pl/issues/2023_6_2 i zawiera następujące artykuły:



Invited Editorial

Emergency Medicine: A specialty that deserves "re-branding", because it enables large financial savings! (This may seem counter-intuitive, but it's true)
G.M. Gaddis

W swoim felietonie Gary M. Gaddis podważa popularne przekonanie, że szpitalne oddziały ratunkowe generują ogromne koszty dla podatników, i pokazuje, że w rzeczywistości sprawa ta wygląda zupełnie inaczej.

Research Articles

Optimisation of osteosynthesis positioning in mandibular body fracture management using finite element analysis
O. Daqiq, C.C. Roossien, F.W. Wubs, R.R.M. Bos, B. van Minnen

Autorzy ustalili, czy analiza elementów skończonych jest przydatna w procesie planowania optymalnego leczenia jednostronnego pęknięcia żuchwy.

An echocardiographic tool for the interatrial conduction disorders – old dog, new tricks?
J. M. Zawadzki, J. Gajek, A. Sławuta, D. Kozłowski, G. Zaborniak, B. Kudliński

Naukowcy sprawdzili, czy echokardiograficzna ocena odkształcenia lewego przedsionka może być przydatna w diagnostyce i ocenie rokowania u pacjentów z międzyprzedsionkowymi blokami przewodzenia.

Prevalence of tuberculosis and drug-resistant tuberculosis in tertiary care rural hospital in Gujarat, India: a retrospective study
R. Ughreja, V. Bhatt, S. Shah, D. Boxa

Indie to kraj o wysokiej zapadalności na gruźlicę. Autorzy podjęli próbę oszacowania częstości występowania tej choroby w zachodniej części kraju (stan Gudźarat).

His bundle pacing in patients with permanent atrial fibrillation and heart failure with non-reduced ejection fraction – retrospective study
B. Skonieczny, A. Sławuta, J. Radziejewska, D. Jagielski, J. Gajek, D. Kozłowski

Brakuje metod o udowodnionej naukowo skuteczności w leczeniu pacjentów z niewydolnością serca, którzy mają stosunkowo wysoką frakcję wyrzutową (≥ 40%). Autorzy przeanalizowali dane, na podstawie których orzekli, czy stymulacja pęczka Hisa przynosi korzyść tym pacjentom.

The impact of ginger and curcumin on diabetic nephropathy induced by streptozotocin in rats
A. Taha, H. Ashour, M. Reffat, O.Y. Elkhawaga

Pomimo postępów w farmakoterapii epidemia cukrzycy trwa na całym świecie, a pacjenci zmagają się z powikłaniami tej przewlekłej choroby. Autorzy zbadali na modelu zwierzęcym, czy imbir i kurkuma mają potencjał w leczeniu cukrzycy oraz nefropatii cukrzycowej.

ST segment depression in atrioventricular reentrant tachycardia
J.S. Mercik, M. Kuniewicz, J. Radziejewska, K. Pach, D. Zyśko, J. Gajek

Naukowcy przedstawili analizę dotyczącą tego, czy obniżenie odcinka ST jest powiązanie z szybkością nawrotowego częstoskurczu przedsionkowo-komorowego.

Internet searching may predict novel symptoms, but not new outbreaks. A long-term evaluation of infoveillance in COVID-19
J.A. Radziwon, M. Lubiejewski, P.M. Waszak, Z. Heleniak, M.A. Dębska-Ślizień

Autorzy sprawdzili, czy analiza danych z wyszukiwarek internetowych jest przydatna w szacowaniu występowania nowych przypadków zakażeń wirusem SARS-CoV-2.

Technical Report

Interdisciplinary interventional and physiotherapy management of facet joint syndrome
M. Broda, J. Miler, K. Jankowski, B. Rogowski, M. Krakowiak, P. Sokal

→

Denerwacja o częstotliwości radiowej jest znanym, minimalnie inwazyjnym zabiegiem stosowanym w leczeniu bólu w odcinku lędźwiowym kręgosłupa. Autorzy przedstawiają szczegółowy plan prostych ćwiczeń, które pacjenci mogą wykonywać w domu, aby podtrzymać efekt terapeutyczny tego zabiegu.

Review Articles

Histopathological characteristics of myocarditis following COVID-19 vaccination: a scoping review
D. Kalali, D. Anestakis

Szczepionki przeciwko wirusowi SARS-CoV-2 oraz ich możliwe powikłania skupiły dużo uwagi mediów w ostatnich latach, jednakże znamy stosunkowo mało faktów na ten temat. Autorzy sprawdzili, jakie histologiczne cechy zapalenia mięśnia sercowego raportowano w dostępnej literaturze medycznej.

Usage of pregabalin in the treatment of pain associated with chronic pancreatitis – a clinically oriented narrative review
J.K. Gałązka, B. Skrzydło-Radomańska, B. Kasztelan-Szczerbińska, H. Cichoż-Lach

Skuteczne leczenie bólu jest jednym z wyzwań w leczeniu pacjentów z przewlekłym zapaleniem trzustki. Autorzy przenalizowali najnowsze dane na temat skuteczności pregabaliny u tej grupy pacjentów.

Remember by heart – the importance of post-mortem cardiac implantable electronic device analysis
S. Rzepczyk, M. Migiel, B. Bijata, P. Świderski

Autorzy pokazują, jak ważnym źródłem informacji na temat stanu zdrowia oraz potencjalnej przyczyny śmierci pacjenta są wszczepione urządzenia, takie jak stymulatory serca lub kardiowertery-defibrylatory.

Raport ze stanu rozwoju pisma

Jedną z pierwszych decyzji nowego ministra nauki **Dariusza Wieczorka** jest zmiana wykazu punktowanych czasopism naukowych. W styczniu 2024 r. Minister przywrócił zaakceptowany przez Komisję Ewaluacji Nauki wykaz z czerwca 2023 r., w którym EJTCM otrzymał 40 punktów. Tym samym tytuł utracił aż 100 punktów. Poprzednia punktacja (140 punktów) przyznana zostanie autorom prac opublikowanych w dwóch zeszytach EJTCM wydanych w 2023 r. Zapowiedź Ministra, że jeszcze w tym roku powstanie nowy wykaz, pozwala żywić nadzieję, że podczas kolejnej oceny eksperci także dostrzegą ewolucję naszego pisma i docenią jego poziom wydawniczy, umożliwiając tym samym dalszy rozwój EJTCM.

Ocenę EJTCM od kliku lat uzyskujemy w wyniku ankiety opracowywanej przez bazę ICI Journals Master List. Jej rezultatem jest wskaźnik Index Copernicus Value (ICV), na który składają się dwa główne komponenty: jakość czasopisma (oceniana na podstawie poziomu digitalizacji i umiędzynarodowienia) oraz siła oddziaływania (wyznaczana poprzez analizę cytowalności czasopism indeksowanych w bazach Web of Science oraz Scopus). Ocena czasopisma odbyła się w oparciu o standardy wskazane w procedurze indeksacji i metodyce oceny oraz opisane w polityce przeciwdziałania praktykom drapieżnych czasopism (ang. *predatory journals*). W ocenie za 2022 r. czasopismo uzyskało 120,64 punktów ICV. Warto dodać, że pierwsza ocena, za 2020 r., wyniosła 98,71 punktów ICV.

Starania o zindeksowanie w bazach Scopus, Embase i DOAJ przyniosły sukces. Obecnie trwają prace nad włączeniem czasopisma do bazy Web of Science Core Collection. Możliwość dwukrotnego skorzystania ze stanowiącej długotrwały proces oceny wstępnej (*editorial triage*) pozwoliła nam dostosować pismo do wymagań bazy. W tej chwili czekamy na ostateczną ocenę naszego wniosku.

W grudniu 2023 r. dobiegł również końca projekt MNiSW *Rozwój Czasopism Naukowych*. Z przyznanej kwoty 50 tys. zł finalnie na rozwój czasopisma mogliśmy wykorzystać tylko połowę, bowiem Ministerstwo zażądało zwrotu niewydatkowanych w 2022 r. środków. Nieskuteczne okazały się dwa odwołania, w których udowadnialiśmy, że fundusze zostały przyznane zbyt późno, by móc procedować wydatki w ramach zamówień publicznych. Środki ministerialne, a także 10 tys. zł,

→

PROF. DARIUSZ KOZŁOWSKI
Redaktor naczelny EJTCM

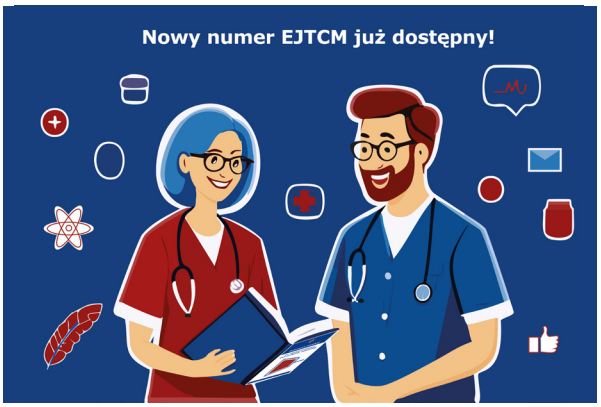
Nieustannie apeluję do społeczności naukowej naszego Uniwersytetu o zaangażowanie i wsparcie rozwoju jedynego czasopisma naukowego GUMed, którego tradycja wydawnicza liczy przeszło 50 lat. Przekształcenie tytułu „Annales Academiae Medicae Gedanensis" w „European Journal of Translational and Clinical Medicine" było wymagającym i złożonym zadaniem, które z jednej strony podniosło standardy wydawnicze, a z drugiej otworzyło czasopismo na odbiorców i autorów międzynarodowych i dało większe możliwości pozyskiwania cytowań.

Zapraszam do deponowania prac międzyośrodkowych, powstających we współpracy z ośrodkami zagranicznymi, zachęcania partnerów naukowych do zgłaszania swoich manuskryptów, a także do śledzenia wydawanych artykułów i cytowania opublikowanych w EJTCM prac. Mamy ambicję, by pismo wkrótce znalazło się w bazie Web of Science (która na podstawie cytowalności przyznaje Impact Factor), a także w bazie PubMed.

które pismo otrzymało w ramach wsparcia od prorektora ds. nauki **prof. Michała Markuszewskiego**, zostały przeznaczone m.in. na: oprogramowanie do składu oraz obsługi systemu deponowania manuskryptów, zakup numerów DOI, członkostwo w COPE oraz nowy serwis WWW czasopisma, który spodziewamy się uruchomić w pierwszym kwartale tego roku.

Kolejną zmianą, wprowadzoną decyzją Rady Redakcyjnej w 2024 r., jest zaprzestanie wydawania przez EJTCM suplementów z materiałami konferencyjnymi. Dotychczasowe działanie publikacyjne polegające na promocji nowego tytułu poprzez udostępnianie zeszytów suplementarnych z abstraktami z konferencji nie przyniosło spodziewanych rezultatów w postaci napływu manuskryptów. Wchodząc w siódmy rok wydawania pisma, aplikujemy do kolejnych baz danych (m.in. PubMed Central), co wymaga od nas koncentracji na jakości merytorycznej i wydawniczej podlegających ocenie numerów regularnych. W obliczu szybkiego rozwoju sztucznej inteligencji mierzymy się z nowymi zagrożeniami z zakresu etyki wydawniczej, co wymaga od nas dodatkowego nakładu pracy i jeszcze bardziej dokładnej weryfikacji autorów i treści deponowanych przez nich manuskryptów.

Na koniec warto wspomnieć, że zmiany nastąpiły także w składzie zespołu redakcyjnego. Od 2024 r. prace techniczne



grafika – Małgorzata Gusman

wspierają: **Maksymilian Wroniszewski** (weryfikacja autorów, redakcja techniczna), **Małgorzata Gusman** (skład DTP i redakcja strony WWW) i **lek. Mikołaj Młyński** (*social media* i inne działania marketingowe). W szóstym roku wydawania pisma ukonstytuował się także skład międzynarodowego zespołu doradczego (*Advisory Board*). ■

MAŁGORZATA OMILIAN-MUCHARSKA
Redaktorka zarządzająca EJTCM

W ewaluacji ICI Journals Master List 2022 czasopismo uzyskało łącznie

120,64 pkt ICV

(jakość czasopisma: 112,86 pkt + siła oddziaływania: 20,64 pkt)

Jakość wydawnicza i standardy

maks. punktacja:	21,50
uzyskano:	18,96

88% spełnienia parametrów

Stabilność

maks. punktacja:	4,00
uzyskano:	3,00

75% spełnienia parametrów

Digitalizacja

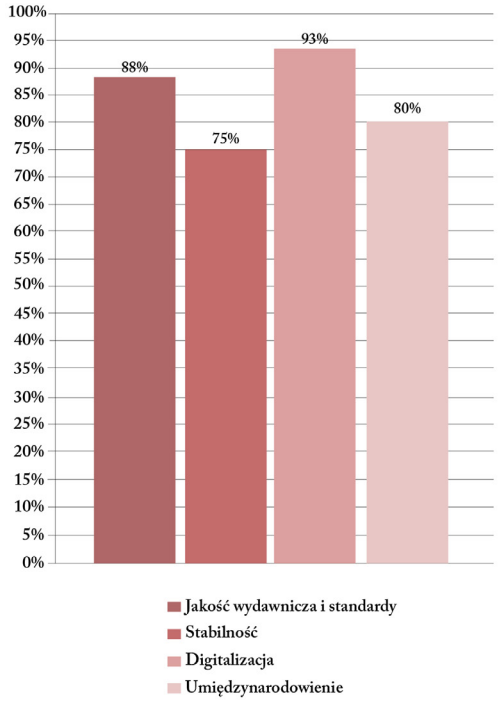
maks. punktacja:	68,50
uzyskano:	64,30

93% spełnienia parametrów

Umiędzynarodowienie

maks. punktacja:	33,00
uzyskano:	26,60

80% spełnienia parametrów



Wynik ewaluacji ICI Journals Master List 2022

Nowa oferta ubezpieczenia zdrowotnego dla pracowników Uczelni

Dobrowolne, dodatkowo płatne ubezpieczenie zdrowotne jest już dostępne w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym. Dzięki niemu pracownicy i członkowie ich rodzin będą mieli łatwiejszy dostęp do wielu specjalistów i badań.

Skąd ten pomysł?

Oferta ubezpieczenia to odpowiedź na zgłaszane wielokrotnie do władz Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego i pracowników Działu Wsparcia Rozwoju Pracowników prośby o wprowadzenie tego typu rozwiązania. W przeprowadzonej pod koniec 2023 r. ankiecie satysfakcji pracowników 40,5% ankietowanych zakomunikowało potrzebę uruchomienia prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Dlatego w trosce o zdrowie pracowników GUMed postanowiono wprowadzić nowe świadczenie pozapłacowe. W ramach procedury przetargowej wyłoniono firmę PZU Zdrowie, która złożyła najkorzystniejszą ofertę.

Kto może się zapisać?

Każdy pracownik Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego może skorzystać z prywatnej opieki medycznej. Dodatkowo może się również zdecydować na dopisanie do ubezpieczenia swojego partnera/partnerki, dziecka lub też całej rodziny (partner/partnerka i dzieci). Pakiet rodzinny PZU Zdrowie nie oferuje możliwości objęcia ubezpieczeniem rodzica pracownika. Aby przystąpić do ubezpieczenia, wystarczy złożyć komplet dokumentów, który jest dostępny w Extranecie w zakładce Działu Wsparcia Rozwoju Pracowników.

Co oferuje ubezpieczenie?

W ofercie można znaleźć aż 3 warianty – każdy z nich różni się zakresem oferowanych zabiegów oraz dostępu do specjalistów. Koszt podstawowego pakietu to 89 zł miesięcznie, a w jego skład wchodzi nieograniczony dostęp aż do 14 specjalistów.

źródło – materał reklamowy PZU

PROF. JACEK BIGDA
p.o. Kanclerza GUMed

Chcąc wyjść naprzeciw oczekiwaniom naszej akademickiej społeczności, zgłaszanym w ankiecie badania satysfakcji pracowników, szukaliśmy oferty prywatnych usług medycznych. Zaprezentowana oferta została wybrana w drodze przetargu.

Warunkiem utrzymania tego świadczenia jest nabycie ubezpieczenia przez co najmniej 196 pracowników. Liczę, że wszystkie chętne osoby zadeklarują swój udział do połowy marca tego roku i będą mogły z powodzeniem korzystać z oczekiwanej od dawna usługi medycznej oferowanej przez dostawcę. Chcemy, aby nasi pracownicy mogli w pełni zadbać o zdrowie swoje i swoich najbliższych.

Więcej szczegółowych informacji można znaleźć w Extranecie w informacjach Działu Wsparcia Rozwoju Pracowników.

Co, jeżeli mi się nie spodoba?

Pakiet nie jest dostosowany do Ciebie? Możesz go zmienić! Zmiana na wyższy wariant nie jest problemem. Na pakiet niższy można z kolei przejść po 12 miesiącach. Z ubezpieczenia można zrezygnować w każdym momencie, trzeba jednak pamiętać, że wiąże się to z narzuconym przez ubezpieczyciela rocznym zakazem dołączania do pakietów prywatnej opieki medycznej. ■

ALEKSANDRA SKONIECZNA
Dział Wsparcia Rozwoju Pracowników

Profesjonalna współpraca OnlyBio.life i GUMed

OnlyBio.life, polska firma produkująca naturalne kosmetyki do pielęgnacji włosów, jest sponsorem strategicznym i partnerem naukowo-dydaktycznym kierunku trychologia kliniczna na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym. Celem współpracy jest znalezienie najlepszych rozwiązań z zakresu pielęgnacji włosów i skóry głowy oraz opracowanie skutecznego specjalistycznego podejścia do problemów trychologicznych.

Trychologia kliniczna na GUMed to pierwsze studia podyplomowe w Polsce, które łączą rzetelną wiedzę kliniczną z praktycznym podejściem biznesowym i są odpowiedzią na zapotrzebowanie rynku trychologicznego na edukację opartą na najnowszych zdobyczach nauk medycznych. To studia przeznaczone dla absolwentów studiów medycznych (min. I stopnia), a także kierunku lekarskiego, kosmetologii, dietetyki lub innych specjalności (pod warunkiem udokumentowania osiągnięć w zakresie trychologii).

– *To unikalna okazja do zdobycia specjalistycznej wiedzy, która otworzy drzwi do kariery zawodowej, i uzyskania kwalifikacji w zakresie trychologii medycznej. Jest ona szansą dla osób chcących zdobyć nowoczesną wiedzę i umiejętności niezbędne w salonach kosmetycznych, aptekach i drogeriach (dermokonsultacja), uzdrowiskach, gabinetach odnowy biologicznej SPA i Wellness oraz działach rozwojowych firm kosmetycznych. Studia przygotowują także do współpracy z lekarzem w gabinecie dermatologicznym lub medycyny estetycznej* – mówi **prof. Magdalena Górska-Ponikowska**, kierownik studiów podyplomowych trychologia kliniczna.

Zajęcia są prowadzone przez zespół lekarzy, w tym dermatologów, farmaceutów, chemików, kosmetologów oraz przedsiębiorców, dzięki czemu absolwenci zdobywają wiedzę także z zakresu brandingu i prowadzenia własnej działalności gospodarczej.

Produkty OnlyBio.life są znane z wysokiej jakości składników pochodzenia naturalnego i skuteczności potwierdzonej przez użytkowników.

– *Jest nam niezmiernie miło, że możemy uczestniczyć w kształceniu profesjonalistów i skutecznych fachowców w dziedzinie trychologii* – mówi **Artur Bielski**, prezes Zarządu OnlyBio.life. – *Nasi specjaliści prowadzą zajęcia z tego, co potrafimy najlepiej: tworzenia skutecznych receptur i produktów dopasowanych do indywidualnych potrzeb naszych klientów. Będziemy dzielić się swoją wiedzą i doświadczeniem, a studenci będą mieli okazję pracować na naszych produktach. Od momentu stworzenia linii* Hair in Balance *stawiamy na świadomą pielęgnację włosów, edukujemy, jak dbać o włosy, aby były zdrowe i w dobrej kondycji.*

Kierunek trychologia kliniczna powstał w ramach GUMEDICUM, czyli Kolegium Zarządzania i Rozwoju Kadr Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

– *To odpowiedź na potrzeby zmieniającego się rynku usług medycznych, na którym poszukuje się obecnie nowych, satysfakcjonujących rozwiązań zarówno dla pacjentów, jak i pracowników, tworząc przyjazne miejsce hospitalizacji i pracy* – tłumaczy **Katarzyna Grzejszczak**, dyrektor GUMEDICUM. – *To dopiero początek naszej propozycji, w planach mamy utworzenie nowych kierunków, a także studiów MBA.* ■

DZIAŁ PROMOCJI

grafika – Dział Promocji

Dzień Kobiet nie tylko w marcu!

Międzynarodowy Dzień Kobiet i Dziewcząt w Nauce to święto, które zostało ustanowione przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w 2015 r. Od tego czasu 11 lutego jest doskonałą okazją, aby przypominać o roli, jaką w rozwoju nauki odgrywają kobiety.

Światowe obchody Dnia Kobiet i Dziewcząt w Nauce są organizowane przez UNESCO i UN Women we współpracy z różnymi organizacjami i instytucjami, które chcą wspierać i promować kobiety w nauce. Studentki i badaczki z Gdańska postanowiły przyłączyć się do tej inicjatywy.

15 lutego SKN Patofizjologii GUMed organizuje otwarte spotkanie, na którym gościć będą przedstawicielki trójmiejskich uczelni. Doświadczone badaczki opowiedzą o tym, jak wygląda ich praca, oraz jak godzą role zawodowe i rodzinne. Porozmawiamy też o alternatywnych ścieżkach kariery i możliwościach rozwoju w świecie nauki.

Swoimi doświadczeniami podzielą się z nami:

- **prof. Ewa Łojkowska**, Międzyuczelniany Wydział Biotechnologii UG i GUMed;
- **dr hab. Danuta Gutowska-Owsiak, prof. UG**, Międzyuczelniany Wydział Biotechnologii UG i GUMed;
- **dr hab. inż. Katarzyna Siuzdak, prof. IMP PAN**, Instytut Maszyn Przepływowych PAN w Gdańsku;
- **prof. Anna Żaczek**, Międzyuczelniany Wydział Biotechnologii UG i GUMed;
- **dr Izabella Kuźmiuk-Glembin**, Wydział Lekarski GUMed;
- **dr Katarzyna Kośnik-Kwaśnicka**, Wydział Lekarski GUMed.

Kiedy?
15 lutego 2024 r. (czwartek) w godz. 15:00-19:00

Gdzie?
Atheneum Gedanense Novum, al. Zwycięstwa 41/42, sala 103

Rejestracja
forms.gle/fG5sMCgGLGA3LhR2A

Wydarzenie odbywa się pod patronatem Rektora Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Klubu Kobiet FarU. Jego organizację wspiera również Biuro ds. Programu IDUB.

O komentarz poprosimy współpracującą z GUMed psycholożkę – **Danutę Rocławską**, która pomaga organizacjom dbać o dobrostan pracowników.

Inicjatorkami spotkania są studentki kierunku lekarskiego działające w SKN Patofizjologii: **Julia Franceson**, **Martyna Padzik**, **Weronika Łyzińska**, **Aleksandra Oleś**, a także: **dr hab. Anna Wardowska** (opiekunka koła), **dr hab. Katarzyna Lisowska**, **dr Klaudia Ciesielska-Figlon** i **Martyna Misztal** (reprezentujące Katedrę i Zakład Fizjopatologii), **dr Aleksandra Rutkowska** (Zakład Anatomii i Neurobiologii), która pełni funkcję zastępczyni kierownika Centrum Chorób Mózgu, oraz **dr n. społ. Agnieszka Anielska** z Centrum Analiz Biostatystycznych i Bioinformatycznych, koordynatorka ds. popularyzacji nauki. ■

Akcja *Zwierzętom dajmy święta 2023*

Gdański Uniwersytet Medyczny po raz pierwszy dołączył do zbiórki na rzecz bezdomnych zwierząt ze schroniska „Ciapkowo" w Gdyni. Akcja, w której udział wzięło także wiele firm, odbyła się pod hasłem ***Zwierzętom dajmy święta 2023***.

Dzięki uprzejmości władz Uczelni i świetnej współpracy wszystkich pracowników, doktorantów i studentów zebraliśmy rzeczy, które w schroniskach są towarem deficytowym: sześć 120-litrowych worków wypełnionych pościelą, ręcznikami i kocami, 49 kg karmy dla psów (15 kg mokrej i 34 kg suchej), oraz 35 kg karmy dla kotów (25 kg mokrej i 10 kg suchej). Ponadto zebraliśmy pełne siatki zabawek, przyborów higienicznych (podkładów, pampersów, mokrych chusteczek, woreczków na odchody), smyczy, obroży i szelek, a także dwa ubranka, 6 kg żwirku, transporter dla małych zwierząt i różne smakołyki.

Wszystkie rzeczy zebrane podczas zbiórki w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym zostały 12 stycznia przekazane organizatorowi akcji przez Sekcję Obsługi Środków Trwałych. Akcję w GUMed koordynowała **Anna Dymek-Łydka** z Sekcji Obsługi Środków Trwałych i Wyposażenia.

Od lewej: Anna Dymek-Łydka, Łukasz Czubak (organizator akcji), Monika Wiśniewska i Katarzyna Prockiewicz
fot. archiwum prywatne

Psiakom i kotom życzymy smacznego, a Wam dziękujemy za wsparcie i zapraszamy do włączenia się w akcję za rok! ■

Spotkanie świąteczne

Społeczność Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego, Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej, Uniwersyteckiego Centrum Stomatologicznego i Centrum Medycyny Rodzinnej spotkała się 19 grudnia w Centrum Medycyny Inwazyjnej, by złożyć sobie świąteczne życzenia. W imieniu władz Uczelni wszystkiego, co najlepsze, życzył **prof. Marcin Gruchała**, rektor GUMed. Życzenia przekazali także dyrektor UCK **dr Jakub Kraszewski**, dyrektor UCMMiT **prof. Marcin Renke**, prezes UCS **dr Mirosława Pellowska-Piontek** i prezes CMR **dr Piotr Gutknecht**. O oprawę muzyczną spotkania zadbały Chór i Orkiestra Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Nie zabrakło kolęd w nowych aranżacjach, jak i świątecznych piosenek takich jak *Jingle Bells* czy *White Christmas*.

Podczas wydarzenia można było wziąć udział w warsztatach zorganizowanych przez pracownię florystyczną. Chętni przygotowywali wianki pachnące lasem, aromatyczne świece sojowe, choinki w stylu boho, a także dekorowali pierniki. Ozdoby można było potem zapakować pod czujnym okiem florysty. ■

DZIAŁ PROMOCJI

Uczestnicy i uczestniczki spotkania świątecznego
fot. Paweł Sudara

‘Tis the season to be jolly

MAGDA WARZOCHA, M.A.
Department of Foreign Languages

‘Tis the season to be jolly, and what better way to celebrate the spirit of Christmas than with a festive lesson filled with food, music, quizzes, and creative tasks? Gather around, as we embark on a magical journey of yuletide joy!

In the spirit of holiday cheer, we hosted a Christmas lesson that transformed the traditional classroom setting into a vibrant hub of joy, creativity, and learning. The goal was simple: to merge the joyous essence of Christmas with educational elements, creating an unforgettable experience for students.

Culinary Delights

The aroma of Christmas filled our classrooms as students prepared and brought a variety of festive foods. From indulging in steaming mugs of red borscht to savoring the sweetness of gingerbread cookies and chocolate cake, the lesson became a feast for the senses. This provided a unique opportunity to discuss the cultural significance of these dishes, fostering a sense of appreciation for the diverse traditions celebrated during this time of the year.

Harmonizing with the Holidays

No Christmas celebration is complete without the melodies that define the season. We engaged in a musical celebration, sharing our favorite Christmas songs. The classroom resonated with the sounds of joy as some of us did a carol sing-along, harmonizing the way into the festive spirit.

MONIKA RADUSZKIEWICZ
Studentka I roku zdrowia publicznego

18 grudnia studenci pierwszego roku kierunku zdrowie publiczne – zarządzanie w systemie zdrowia zorganizowali wigilię w stylu hiszpańskim, na którą zaprosili przedstawicieli Uczelni. Wigilia odbyła się w Studium Praktycznej Nauki Języków Obcych.

Była to świetna okazja do tego, by poznać bliżej wspaniałą hiszpańską kulturę. Mieliśmy okazję skosztować potraw, które pojawiają się na typowo hiszpańskiej wigilii, m.in. churros, hiszpańskich serów i wędlin. Był też tzw. słodki węgiel i wiele innych pyszności przygotowanych przez naszych studentów. Jedna z naszych koleżanek przedstawiła prezentację o tradycjach świątecznych w Hiszpanii i Ameryce Południowej. Nie mogło zabraknąć także tradycyjnych hiszpańskich kolęd, które umilały nam czas w trakcie fiesty.

Ten dzień był nie tylko okazją do poznania nowych smaków i tradycji, ale także do zacieśniania więzi między nami.

Dziękujemy wszystkim, którzy wzięli udział w naszej Wigilii. Z pewnością zapamiętamy ten dzień na długo!

Participants of the Spanish style Christmas event | fot. Emilia Kiełtyka

A Dash of Friendly Competition

Injecting an element of friendly competition, we played a Christmas-themed Kahoot quiz. Students eagerly participated, showcasing their knowledge of holiday traditions, famous Christmas movies, and events. The quiz not only sparked laughter and enthusiasm but also proved that learning during the holiday season can be both educational and entertaining.

Creative Tasks

To boost the magic of the lesson, students were divided into groups and asked to complete one Christmas task. One group was encouraged to take a Christmas-themed photo and selfie or record a short video. The resulting images captured the festive atmosphere, showing students adorned in holiday attire, surrounded by twinkling lights and decorations.

The classroom turned into an artistic workshop as students enthusiastically decorated gingerbread cookies. This hands-on activity allowed them to present their creativity. The delicious creations served as both a treat for the taste buds and a decoration for our Christmas tree.

In the true spirit of giving, students of the third group dedicated time to creating personalized Christmas cards. Crafted by hand, each card was a labor of love, expressing gratitude and spreading goodwill. The thoughtful gesture extended beyond the classroom, as these cards found their way to different members of our University, adding a touch of warmth to the holiday season.

Participants of the Christmas lesson | fot. Magda Warzocha

Our Christmas lessons proved that the magic of the season can seamlessly blend with the pursuit of knowledge, creating an atmosphere where joy and learning coexist. As we close the chapter on this celebration, we carry with us the memories of laughter, creativity, and the shared spirit of Christmas. ■

MAGDA WARZOCHA, M.A.

Kolejni profesorowie z nominacjami

Prof. Ludmiła Daniłowicz-Szymanowicz

Prof. Tomasz Gos

Dwoje naukowców z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego odebrało 10 stycznia w Belwederze nominacje profesorskie. Z rąk prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Andrzeja Dudy otrzymali je: **prof. Ludmiła Daniłowicz-Szymanowicz**, kierownik II Katedry Kardiologii oraz Kliniki Kardiologii i Elektroterapii Serca, a także **prof. Tomasz Gos** z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej.

Prof. Ludmiła Daniłowicz-Szymanowicz w swojej pracy zajmuje się m.in. opracowywaniem i wdrażaniem nowoczesnych technologii w elektroterapii serca, a także diagnostyką i metodami postępowania w leczeniu schorzeń tego narządu. Indeks Hirscha jej prac wynosi 17. Prof. Tomasz Gos jest natomiast specjalistą w zakresie medycyny sądowej. Opublikowane przez niego prace mają indeks Hirscha równy 27. Badania prowadzone przez Profesora dotyczą m.in. zmian zachodzących w organizmach użytkowników narkotyków oraz poszukiwania neurologicznych przyczyn samobójstw.

Szczegółowa relacja z uroczystości dostępna jest na stronie Kancelarii Prezydenta RP. ■

JAKUB WINIEWSKI
Sekcja ds. Komunikacji

fot. Paweł Sudara, archiwum prywatne

Prof. Sawicki przewodniczącym Zespołu Medycznego i Nauk o Zdrowiu RDN

Prof. Wiesławowi Sawickiemu, kierownikowi Katedry i Zakładu Chemii Fizycznej, przewodniczącemu Rady Nauk Farmaceutycznych GUMed, powierzono kolejną odpowiedzialną funkcję. W wyniku wyborów zorganizowanych 9 stycznia Profesor został przewodniczącym Zespołu Medycznego i Nauk o Zdrowiu Rady Doskonałości Naukowej w kadencji 2024-2027. W skład tego Zespołu RDN wchodzi po trzech przedstawicieli pięciu dyscyplin naukowych: nauk farmaceutycznych, nauk medycznych, nauk o zdrowiu, nauk o kulturze fizycznej oraz nauk z zakresu biologii medycznej.

Prof. Wiesław Sawicki

Rada Doskonałości Naukowej jest centralnym organem administracji rządowej działającym na rzecz zapewnienia rozwoju kadry naukowej. Do głównych zadań RDN należą: współdziałanie z podmiotami habilitującymi w ramach postępowań w sprawie nadania stopnia doktora habilitowanego, wyznaczanie podmiotów doktoryzujących oraz habilitujących do przeprowadzenia postępowań o awans naukowy w ustawowo określonych przypadkach, a także przeprowadzanie postępowań w sprawie nadania tytułu profesora. Ponadto RDN występuje, jako organ II instancji, w postępowaniach w sprawie nadania stopnia doktora oraz doktora habilitowanego, a także sprawuje nadzór nad podmiotami doktoryzującymi oraz habilitującymi. ■

DR N. HUM. JOANNA ŚLIWIŃSKA
Rzeczniczka prasowa GUMed

fot. archiwum prywatne

Dr Wojciech Nazar wyróżniony przez PAN

Dr Wojciech Nazar, student VI roku kierunku lekarskiego, został uhonorowany Laurem Medycznym im. Doktora Wacława Mayzla, wyróżnieniem przyznawanym przez Wydział V Nauk Medycznych Polskiej Akademii Nauk studentom pracującym naukowo. Nagrodę przyznano za cykl trzech prac pt. *Analiza zmian świadomości społecznej dotyczącej zanieczyszczenia powietrza w Polsce w latach 2016-2022 z uwzględnieniem okresu pandemii COVID-19*. Dyplomy wręczono 14 grudnia w Warszawie.

Dr Wojciech Nazar

Opiekunem rozprawy doktorskiej Wojciecha Nazara był **prof. Marek Niedoszytko**, kierownik Kliniki Alergologii. Młody badacz może pochwalić się znacznym dorobkiem naukowym. Jest współautorem czterech prac oryginalnych, czterech prac poglądowych oraz jednego doniesienia prezentowanego na zjeździe krajowym. Tematyka jego projektów badawczych obejmuje przede wszystkim analizę świadomości społecznej dotyczącej zanieczyszczenia powietrza w Polsce oraz eksplorację zmian zachowań Polaków podczas pandemii COVID-19.

Ponadto dr Nazar jest stypendystą Ministra Zdrowia Rzeczypospolitej Polskiej oraz Niemieckiej Centrali Wymiany Akademickiej. W ubiegłym roku odbył staże naukowo-kliniczne w dziedzinie kardiologii w Magdeburgu i Lipsku, które zostały sfinansowane ze stypendiów programu Erasmus+. Trzykrotnie otrzymał Stypendium Rektora Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego dla najlepszych studentów. Otrzymał również indywidualną Nagrodę Rektora GUMed za całokształt działalności naukowej i społecznej.

Laur Medyczny im. Doktora Wacława Mayzla przyznawany jest od 1999 r. za wysoko ocenioną pracę naukową przygotowaną przed uzyskaniem dyplomu ukończenia studiów. Praca ta musi zostać opublikowana w czasopiśmie naukowym, a jej wykonanie nie może być związane z formalnymi wymogami studiów. ■

DR N. HUM. JOANNA ŚLIWIŃSKA
Rzeczniczka prasowa GUMed

fot. PAN

Nagrodzeni za wolontariat i działalność medyczną

Niemal 40 pomorskich wolontariuszy oraz pracowników ochrony zdrowia zostało uhonorowanych podczas gali wolontariatu zorganizowanej 15 grudnia w Teatrze Muzycznym w Gdyni z okazji Międzynarodowego Dnia Wolontariatu. Zdobywcy statuetek Gryfa Pomorskiego, wręczanych za działania na rzecz zdrowia i poprawy jakości życia mieszkańców, odebrali je z rąk **Mieczysława Struka**, marszałka województwa pomorskiego.

Wśród nagrodzonych medyków znaleźli się reprezentanci Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, którzy otrzymali statuetki oraz pamiątkowe dyplomy jako osoby najbardziej zasłużone dla naszego regionu w ochronie zdrowia. Nagrodzeni zostali:

- **prof. Ewa Jassem**, kierownik Katedry Pneumonologii i Alergologii;
- **dr hab. Tomasz Mazurek, prof. uczelni**, kierownik Katedry i Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu;
- **dr hab. Tomasz Smiatacz**, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych, konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych;
- **dr Bogumił Przeździak**, współtwórca systemu rehabilitacji leczniczej w regionie pomorskim;
- **prof. Witold Rzyman**, kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej;

Laureaci i laureatki statuetek Gryfa Pomorskiego

- **dr Izabela Łucka** z Kliniki Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego, konsultant wojewódzka w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży;
- **Zbigniew Krzywosiński**, były dyrektor Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego, szpitala klinicznego GUMed.

Szczegółowe informacje i pełna lista nagrodzonych osób dostępne są na stronie samorządu województwa pomorskiego. ■

JAKUB WINIEWSKI
Sekcja ds. Komunikacji

fot. Karol Stańczak/pomorskie.eu

Sukces studentki GUMed na Medycznych Targach Wiedzy

Dominika Komandera, studentka V roku kierunku lekarsko-dentystycznego, wygrała interdyscyplinarną studencką sesję naukową podczas IV edycji ogólnopolskiej konferencji Medyczne Targi Wiedzy. Konferencja odbyła się w dniach 1-2 grudnia na Uniwersytecie Jagiellońskim (UJ). Organizatorami wydarzenia było Studenckie Towarzystwo Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego – Collegium Medicum oraz Fundacja na rzecz Zdrowia i Nauki *Manuskrypt*. Wydarzenie zgromadziło 700 studentów i doktorantów z całej Polski. Myślą przewodnią wydarzenia była interdyscyplinarność w medycynie.

Pierwszego dnia konferencji w budynku Auditorium Maximum UJ odbyło się 17 sesji naukowych, podczas których blisko 150 studentów i doktorantów zaprezentowało swoje prace. W sesji stomatologicznej wzięło udział 7 studentów, w tym Dominika Komandera, która zaprezentowała pracę pt. *Ocena ryzyka kolonizacji personelu stomatologicznego przez wielolekooporne szczepy* Staphylococcus aureus. Wieczorem, podczas uroczystej inauguracji, ogłoszono nazwiska autorów najlepszych wystąpień.

Zwieńczeniem konferencji była sesja zwycięskich prac naukowych, podczas której laureaci wszystkich sesji ponownie zaprezentowali swoje wystąpienia. Sesja odbyła się w murach Collegium Novum UJ i była połączona z ceremonią wręczenia nagród. ■

Profesor Maciej Grzybek

Wywiad przeprowadziła Małgorzata Omilian-Mucharska, redaktorka naczelna „Gazety GUMed”

Gratuluję uzyskania zaszczytnego tytułu naukowego. Jest Pan jednym z dwóch profesorów w naszej Uczelni, którzy osiągnęli ten tytuł w wieku 36 lat. Jak wyglądała droga naukowa i zawodowa, która doprowadziła Pana do nominacji belwederskiej w tak młodym wieku?

Swoją działalność naukową rozpocząłem po ukończeniu trzyletnich studiów licencjackich na kierunku genetyka na Uniwersytecie w Nottingham w Wielkiej Brytanii, gdzie w 2009 r. uzyskałem tytuł licencjata – BSc (Hons) Genetics. We wrześniu 2010 r. rozpocząłem studia magisterskie na tej samej uczelni na kierunku parazytologia, podczas których uczestniczyłem w międzynarodowym projekcie badawczym *PolVole – biomonitoring of Polish bank voles*, który ma na celu długoterminową ocenę czynników ekologicznych wpływających na parazytofaunę nornicy rudej. Studia pod opieką prof. Jerzego M. Behnke wzbogaciły moje umiejętności o techniki odłowu gryzoni, wykonywanie ich sekcji, gatunkową identyfikację pasożytów, konserwację materiału badawczego, techniki mikroskopowe i statystyczną analizę wyników. W 2011 r. obroniłem pracę magisterską i uzyskałem tytuł magistra z parazytologii z najwyższym wyróżnieniem (MRes in Parasitology with Distinction), które otrzymuje jedynie 5% studentów Uniwersytetu w Nottingham.

W latach 2011-2013 realizowałem dodatkowo, w trybie indywidualnym, program studiów magisterskich na Wydziale Biologii i Hodowli Zwierząt Uniwersytetu Przyrodniczego w Lublinie na kierunku biologia. Odbyłem wówczas miesięczny staż naukowy w Instytucie Genetyki i Hodowli Zwierząt PAN w Jastrzębcu, gdzie doskonaliłem swoje umiejętności w zakresie technik molekularnych.

W 2012 r. rozpocząłem pracę jako asystent w Zakładzie Parazytologii i Chorób Inwazyjnych Wydziału Medycyny Weterynaryjnej UP w Lublinie. Byłem tam zaangażowany w realizację prac badawczych, których wiodącym tematem była analiza czynników mogących wpływać na struktury społeczności pasożytów o znaczeniu weterynaryjnym, co ugruntowało moje zainteresowanie parazytologią. W ramach pracy doktorskiej w latach 2013-2016 badałem wpływ ekstraktów z pestek dyni (*Cucurbita pepo L.*) na inwazje nicieni żołądkowo-jelitowych. Projekt obejmował badania biochemiczne i doświadczenia *in vitro* oraz *in vivo* na modelu mysim. Po raz pierwszy w wymienionych ekstraktach wykryłem obecność berberyny i palmatyny, co podważyło dotychczasowe hipotezy wskazujące na kukurbitynę i kukurbitacynę jako jedyne substancje czynne w pestkach dyni. Poszerzyło to znacznie wiedzę o mechanizmach przeciwpasożytniczego działania pestek tej rośliny, od dawna stosowanej w terapii przeciw helmintom.

Aby prowadzić zaawansowane prace parazytologiczne, skierowałem swoje zainteresowania w stronę badań molekularnych. Rezultatem były badania z zakresu epigenetyki komórek macierzystych. W 2013 r. zostałem laureatem konkursu NCN PRELUDIUM i zostałem zatrudniony w Instytucie Genetyki i Hodowli Zwierząt PAN w Jastrzębcu. Kierowałem tam projektem, w ramach którego badałem poziom metylacji w komórkach macierzystych świń w celu poprawy wydajności transferu somatycznego jąder komórkowych.

Po uzyskaniu stopnia doktora w 2016 r., kontynuowałem pracę badawczą na stanowisku adiunkta w Zakładzie Parazytologii i Chorób Inwazyjnych UP w Lublinie. W tym czasie realizowałem badania statutowe prowadzone w Zakładzie oraz własny projekt, dotowany przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego w ramach wsparcia działań młodych naukowców.

W 2016 r. włączyłem się także w realizację badań zależności pomiędzy pasożytami owadów zapylających a ich żywicielami oraz nad niektórymi aspektami fizjologii pszczół *Apoidea*. Prace te prowadziłem w Katedrze Biologicznych Podstaw Produkcji Zwierzęcej Wydziału Biologii i Hodowli Zwierząt UP w Lublinie. W konsekwencji wzbogaciłem mój warsztat badawczy o metody biochemiczne. W 2016 r. otrzymałem stypendium dla wybitnych młodych naukowców Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Jak trafił Pan do Trójmiasta?

Moim marzeniem było zawsze mieszkanie nad morzem. W grudniu 2017 r. zostałem zatrudniony na stanowisku adiunkta w Zakładzie Parazytologii Tropikalnej Wydziału Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej GUMed. Dołączyłem do zespołu kierowanego przez prof. Joannę Stańczak, gdzie włączyłem się w realizację badań statutowych. Prof. Stańczak wzięła mnie pod

→

swoje skrzydła i umożliwiła kontynuowanie głównego tematu moich badań dotyczących relacji żywiciel – pasożyt i parazytofauny gryzoni. Jestem jej za to niezmiernie wdzięczny.

Odważnie bierze Pan udział w międzynarodowych projektach badawczych i aplikuje Pan w konkursach o granty i staże...

Rzeczywiście, w lutym 2018 r. odbyłem wyjazd naukowy do Finlandii, gdzie w Zakładzie Wirusologii Uniwersytetu Helsińskiego badałem seroprewelencję zoonotycznych wirusów u nornicy rudej. Wyjazd ten doprowadził do nawiązania wzorowej współpracy z partnerami z Helsinek. Dzięki zaufaniu prof. Tarji Sironen zostałem zaproszony jako partner do grupy badawczej Viral Zoonotic Research Group. Jeszcze w 2018 r., kontynuowałem projekt *PolVole – biomonitoring of Polish bank voles*, ale tym razem jako główny wykonawca i kierownik badań terenowych.

W styczniu 2020 r. otrzymałem promesę finansowania międzynarodowego projektu w ramach konkursu BiodivERsA pt. *Managing biodiversity in forests and urban green spaces: Dilution and amplification effects on rodent microbiomes and rodent-borne diseases*, którego polską częścią kierowałem. Konsorcjum składa się z partnerów pochodzących z Francji, Niemiec, Irlandii i Belgii. W ramach projektu odłowiliśmy gryzonie i przeprowadziliśmy część z zaplanowanych kompleksowych badań czynników odzwierzęcych i mikrobiomu. Na tej podstawie zostaną utworzone aktualna, otwarta baza danych oraz mapy występowania patogenów przenoszonych przez gryzonie żyjące w Europie Środkowej i Zachodniej. Założeniem projektu jest wykazanie, iż wspólne strategie programów zdrowia publicznego i ochrony przyrody mogą pomóc w zapobieganiu występowania i szerzenia się patogenów odzwierzęcych. Kierowana przeze mnie część projektu otrzymała finansowanie w wysokości 933 848 zł, a łączna suma dofinansowania projektu to 1 123 930 euro.

W styczniu 2020 r. zostałem laureatem Programu im. Bekkera Narodowej Agencji Wymiany Akademickiej, co umożliwiło mi odbycie stażu podoktorskiego na Uniwersytecie Helsińskim i realizację projektu pt. *Bank voles (Myodes glareolus) as reservoirs of zoonotic viruses – analysis of viremia and genetic diversity*.

Praca w laboratorium | fot. Beata Biernat

Kto w pierwszym rzędzie był dla Pana mentorem inspirującym i wprowadzającym w arkana zawodu i działalności naukowej?

W moim życiu zawodowym mam dwóch mentorów, ale zarazem także przyjaciół. Pierwszym przewodnikiem w drodze naukowej jest Jerzy M. Behnke, emerytowany profesor parazytologii eksperymentalnej z Uniwersytetu w Nottingham, promotor mojej pracy magisterskiej. To on wprowadził mnie w świat życia akademickiego, rozwinął we mnie umiejętność stawiania pytań oraz poszukiwania odpowiedzi. Prof. Behnke podzielił się ze mną swoim warsztatem naukowym, kontaktami międzynarodowymi, a przede wszystkim pasją. W czasie studiów magisterskich obdarzył mnie kredytem zaufania, biorąc pod swoje skrzydła. Była to lekcja życia, która poza nauką *per se* nauczyła mnie pokory, poświęcenia, ciężkiej pracy oraz konstruktywnej krytyki. Bardzo często myślami wracam do naszych porannych spotkań, kiedy punktualnie o 7:00 rano siadaliśmy w gabinecie Profesora i z filiżanką herbaty z mlekiem omawialiśmy postępy mojej pracy. Bezcenne były także chwile spędzone na wspólnych wyprawach terenowych, gdzie razem odławialiśmy gryzonie do naszych badań. Wieczorne rozmowy, spacery nad jezioro, ale także praca nad manuskryptami i opieka nad młodszymi studentami były dla mnie niezmiernie istotne. Chociaż nasza przyjaźń trwa już wiele lat, to cały czas w naszej korespondencji czy rozmowach zwracam się do niego po polsku *Panie Profesorze*, a po angielsku *Dear Jerzy*. To nie kwestia różnic kulturowych, tylko szacunku, którym darzę Profesora jako mistrza i nauczyciela.

Drugą osobą, która odegrała bardzo ważną rolę w mojej karierze naukowej, jest prof. Jerzy Demetraki-Paleolog z Uniwersytetu Przyrodniczego w Lublinie. Profesor jest ekspertem w dziedzinie biologii pszczół. Jego wpływ na moją karierę naukową jest wielowymiarowy. Od początku naszej znajomości, to jest od studiów magisterskich, wspierał mnie w rozwoju naukowym, oferując pomoc w przygotowywaniu wniosków projektowych i stypendialnych. To dzięki Jerzemu odbyłem swój pierwszy staż naukowy. Zawsze mogłem i nadal mogę liczyć na jego konstruktywną krytykę i opinie. Kiedy miewam gorsze dni, to wiem, że wysłucha mnie i wesprze dobrym słowem. Nie raz zdarzało się nam prowadzić burzliwe dyskusje o tym, czy dana wersja pracy jest już wystarczająco dobra. Jerzy zawsze nakłania mnie, aby pracować dokładnie i zwracać uwagę na szczegóły. Gdy przygotowywałem wniosek habilitacyjny i profesorski, potrafił wykorzystać swoje wieloletnie doświadczenie i poddać recenzji moją pracę. Gdy zmęczenie spodowodowane przygotowywaniem kolejnej wersji wniosku profesorskiego było zbyt wielkie, intuicyjnie kończył rozmowę słowami: *Przeczytaj to jeszcze raz, prześpij się z tym, jutro porozmawiamy*. Było to niezmiernie pomocne i cenne. Prof. Demetraki-Paleolog jest także kapitanem jachtowym, pływakiem, nurkiem, instruktorem ratownictwa

→

wodnego i żeglarstwa. I chociaż nigdy nie żeglowaliśmy razem, to swoim zamiłowaniem do sportu uświadomił mi, że należy mieć pasję poza pracą.

Zanim zadam pytanie o te właśnie pasje, chciałabym zapytać o główne obszary Pana pracy i zainteresowań zawodowych.

Zmiany klimatu i intensywna ingerencja człowieka w środowisko naturalne niesie ze sobą znaczące zagrożenie dla zdrowia ludzi i zwierząt. Bliski kontakt ludzi z dzikimi zwierzętami, intensyfikacja hodowli oraz masowe stosowanie antybiotyków powodują pojawianie się nowych patogenów groźnych dla zdrowia (ang. *emerging diseases*). W swojej pracy łączę dziedziny ochrony zdrowia publicznego, parazytologii, epidemiologii i ekologii. Skupiam się na analizie relacji występujących pomiędzy żywicielami a patogenami powodującymi choroby ludzi i zwierząt.

Głównym tematem moich badań jest ekologia chorób przenoszonych przez gryzonie. Grupa tych niewielkich ssaków jest najbardziej zróżnicowana gatunkowo i występuje prawie na całym globie, a ich bliskość stanowi dla nas zagrożenie. Najnowsze badania wskazują, że to właśnie zarazek przenoszony przez gryzonie lub nietoperze będzie odpowiedzialny za wywołanie choroby X. Prowadzenie biomonitoringu oraz analiza czynników zewnętrznych (np. typ środowiska, sezonowość) i wewnętrznych (np. płeć gospodarza, skład mikrobiomu) pozwala wskazać miejsce i czas, w którym może wystąpić ognisko choroby. Informacje te są niezbędne do przeciwdziałania i zapobiegania przyszłym epidemiom i pandemiom. Nasze badania

Badania terenowe | fot. Beata Biernat

dowiodły, że gryzonie mogą przenosić groźne wirusy, takie jak wirus kleszczowego zapalenia mózgu czy hantawirusy, ale nie uczestniczą w obiegu SARS-CoV-2.

Drugim kierunkiem moich zainteresowań badawczych jest poszukiwanie nowych przenosicieli (wektorów) chorób odzwierzęcych (zoonoz). Biorąc pod uwagę warunki genetyczne i immunologiczne zwierząt, można przewidzieć ich zdolność do przenoszenia zarazków zagrażających zdrowiu ludzi. Wskazanie gatunków zwierząt, których podatność na zakażenie czy zarażenie jest większa niż innych, daje możliwość oceny ryzyka wystąpienia lokalnych ognisk choroby i rozlania się patogenu ze zwierząt na człowieka lub z człowieka na zwierzęta.

Co Pan uważa za swoje najważniejsze osiągnięcie w życiu naukowym i działalności zawodowej? Z czego czerpie Pan największą satysfakcję w codziennej pracy?

Za moje najważniejsze osiągnięcie naukowe uważam nawiązanie i utrzymanie współpracy międzynarodowej z wieloma jednostkami badawczymi w Europie. Wierzę, że każdy samodzielny pracownik naukowy powinien wspierać w rozwoju swoich podopiecznych i umożliwiać im zdobycie doświadczenia w najlepszych uczelniach i instytutach. Od początku kariery naukowej moi mentorzy zachęcali mnie do wyjazdów i pracy w zagranicznych zespołach naukowych. Odkąd rozpocząłem pracę w IMMiT, prof. Joanna Stańczak, ówczesna kierownik Zakładu Parazytologii Tropikalnej, zawsze dawała „zielone światło" dla moich pomysłów na wyjazdy i staże. Nigdy nie usłyszałem: *nie, bo nie*. I za to jestem Pani Profesor bardzo wdzięczny.

Dzięki nawiązanym kontaktom i współpracy młodsi koledzy z zespołu odbyli staże naukowe na Uniwersytecie Helsińskim, szkolenia w Australii i uczestniczyli aktywnie w międzynarodowych konferencjach naukowych, gdzie prezentowali wyniki naszych badań. Kiedy po odbytym stażu kolegów i koleżanek otrzymuję wiadomości, iż byli doskonale przygotowani i reprezentowali Zakład na najwyższym poziomie, jestem dumny i szczęśliwy. To właśnie uważam za największy sukces, nie tylko mój, ale całego zespołu.

Jak układa się Panu współpraca ze studentami Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego?

Uważam, że studenci GUMed to osoby z ogromnym potencjałem. Przekonałem się o tym, gdy podczas początków pandemii wirusa SARS-CoV-2 podjąłem decyzję o utworzeniu pierwszego w Polsce Centrum Testowego COVID-19 *drive thru*. Pomysł był dość odważny, gdyż nie posiadaliśmy żadnych wytycznych czy instrukcji utworzenia takiego punktu. Pierwotnym celem pracy Centrum było odciążenie izby przyjęć Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej. Jak się jednak później okazało, Centrum stanowiło główny element zabezpieczenia diagnostycznego COVID-19 w województwie pomorskim. Chcę jednak znacząco podkreślić, że Centrum nie mogłoby pracować, gdyby nie studenci GUMed. To oni je tworzyli i dzięki ich ciężkiej pracy oraz poświęceniu

→

mogliśmy testować dziesiątki tysięcy pacjentów. Nie mógłbym nie wspomnieć w tym miejscu kol. Daniela Kasprowicza i lek. Aleksandra Golla. To oni o każdej porze dnia i nocy byli gotowi stawić się na wezwanie, by pomóc w organizacji i funkcjonowaniu pracy Centrum. Jestem im za to bardzo wdzięczny. Łączę wyrazy uznania dla wszystkich studentów, którzy byli zaangażowani w pracę w Centrum, czy to przez parę dni, czy od samego początku aż do ostatniego pacjenta.

Kolejnym przykładem odwagi i poświęcenia studentów GUMed było zorganizowanie grupy szybkiego reagowania, która pomogła zabezpieczyć noclegownie w Gdyni przyjmujące uchodźców z Ukrainy. Dzięki współpracy z kolegami z Zakładu Medycyny Ratunkowej i studentom z Koła Ratownictwa Medycznego udało się zabezpieczyć medycznie osoby uciekające przed wojną toczącą się w Ukrainie. Studenci wykazali się pełnym profesjonalizmem i merytorycznym przygotowaniem. Potrafili własnymi siłami zorganizować punkty pierwszej pomocy, przeprowadzić triaże, zdobyć środki i zabezpieczyć dyżury. Byłem i jestem pod wrażeniem ich zaangażowania i poświęcenia. Chciałbym serdecznie podziękować wszystkim zaangażowanym w tę inicjatywę, a szczególnie kol. rat. med. Zofii Lepek. Bez wsparcia studentów i naszej Uczelni ciężko byłoby zapewnić bezpieczne miejsca schronienia dla tak dużej liczby uchodźców.

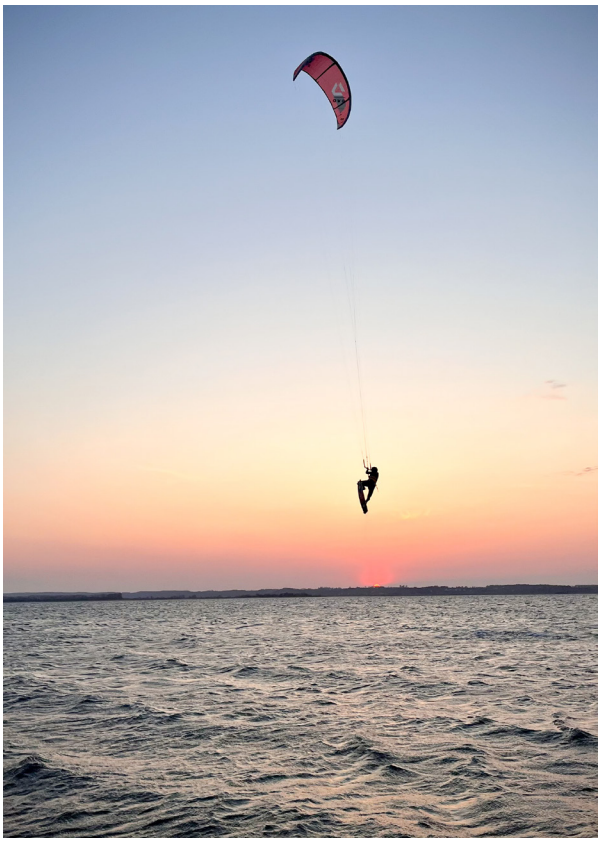
Jakie są Pana marzenia i plany na najbliższą przyszłość?

Celem mojej pracy jest zbudowanie interdyscyplinarnego zespołu zajmującego się badaniem nowo powstających i powracających patogenów. Chciałbym, aby w ciągu następnych 10 lat kierowany przeze mnie zespół stał się światowej klasy grupą badawczą wykorzystującą dane epidemiologiczne, narzędzia sztucznej inteligencji i prace eksperymentalne w celu wdrożenia strategii *One Health Approach*. Podejście transdyscyplinarne na poziomie regionalnym, krajowym i globalnym, dotyczące ochrony zdrowia ludzi i zwierząt oraz środowiska, jest kluczowe w walce z przyszłymi pandemiami. Dlatego uczestniczę w międzynarodowych projektach badawczych, których celem jest nie tylko spojrzenie na problem chorób, lecz także ocena wpływu działalności człowieka na bioróżnorodność biologiczną, która ma kluczowe znaczenie w zachowaniu równowagi pomiędzy patogenami a żywicielami. Dzięki doświadczeniu zdobytemu w kraju i za granicą mogłem dołączyć do grupy eksperckiej Światowej Organizacji Zdrowia WGMER, której zadaniem jest opracowanie strategii walki z chorobami tropikalnymi. Wierzę, że mój wkład będzie pomocny w opracowaniu skutecznego sposobu eradykacji tych jednostek chorobowych.

Moim marzeniem niezwiązanym z pracą zawodową jest wyjazd do Brazylii i eksploracja najlepszych na świecie miejsc, gdzie można uprawiać kitesurfing. Mam nadzieję, że to marzenie spełni się w przyszłym roku.

Czyli tak Pan właśnie odpoczywa?

Wolny czas spędzam zawsze aktywnie. Uwielbiam stawiać czoła sile żywiołów – wodzie i wiatrowi. Pływanie na desce



Podczas kitesurfingu | fot. archiwum prywatne

z latawcem to mój sposób na dbanie o tężyznę fizyczną, ale także o ducha. Gdy pływam po wodach Zatoki Puckiej, czuję się wolny, a jedynym ograniczeniem jest czas. Wspólnie z grupą przyjaciół uprawiamy kitesurfing przez cały rok, niezależnie od temperatury. Niektórym może wydawać się, że pluskanie się w wodzie o temperaturze 3 ˚C to raczej masochizm, ja jednak czerpię z tego ogromną przyjemność. Moim marzeniem było zawsze „życie surfera". Brak zmartwień, luźny styl bycia i mieszkanie na plaży. Staram się poniekąd realizować ten scenariusz. Nie raz zdarzyło mi się wpadać na ćwiczenia ze studentami z mokrą głową, zaraz po udanej sesji w Rewie o wschodzie słońca. Moi doktoranci i współpracownicy zauważyli, że ciężko mi usiedzieć na miejscu, gdy wieje dobry wiatr.

Sport jest dla mnie ważnym elementem życia. Bardzo lubię jeździć na rowerze, uprawiać wspinaczkę oraz snowboarding. To rodzice zaszczepili we mnie ten pierwiastek. Kiedy nie pracuję, spędzam jak najwięcej czasu z dziećmi, organizując rowerowe wycieczki, wyprawy na plażę, łyżwy czy do teatru. Towarzystwo moich dzieci cenię ponad wszystko. Gdy nie wieje lub pada deszcz, słucham rytmów rodem z Jamajki. Uwielbiam zasłuchiwać się w głębokich brzmieniach muzyki reggae i dub. Te gatunki bardzo pasują do mojego charakteru rebelianta.

Bardzo dziękuję za rozmowę. Raz jeszcze gratuluję otrzymanego tytułu i życzę dalszych sukcesów naukowych i osobistych. ■

Grudniowe MSM za nami

Kolejne *Młodzieżowe Spotkania z Medycyną* (MSM) odbyły się 19 grudnia w Auditorium Primum im. prof. Olgierda Narkiewicza w budynku AGN. Projekt ten realizują i koordynują specjaliści z Zakładu Prewencji i Dydaktyki: kierownik jednostki **prof. Tomasz Zdrojewski** i **dr hab. Anna Korzon-Burakowska**, we współpracy z przedstawicielami Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku: dyrektor **Pauliną Siedlecką** i wiceprezesem **dr. Romanem Budzińskim**.

MSM od czasu pandemii COVID-19 realizowane są hybrydowo. W listopadzie 2023 r. odnotowano rekord frekwencji w ponad 12-letniej historii cyklu. Udział w spotkaniu wzięło wówczas ponad tysiąc uczniów z 18 liceów województwa pomorskiego i warmińsko-mazurskiego. Grudniowe, przedświąteczne wydarzenie mimo mniejszej liczby uczestników stało na równie wysokim poziomie merytorycznym, a po raz drugi zwieńczył je konkurs wiedzy dotyczącej profilaktyki zdrowotnej.

Ostatnie w 2023 r. MSM rozpoczęły się jak zwykle od wykładu „juniorskiego". Prezentację na temat korzystnych i niepożądanych efektów zdrowotnych wyczynowego uprawiania sportu przedstawiła uczennica 4 klasy X LO w Gdyni **Emilia Beyer-Wróblewska**. Następnie głos zabrał **prof. Krzysztof Kuziemski** z Kliniki Pneumonologii, który wygłosił kliniczny wykład pt. *Czy wszystkie formy palenia tytoniu w ten sam sposób niszczą nasze zdrowie?*. Następnie **dr Klaudia Suligowska**, p.o. kierownika Zakładu Technik Dentystycznych i Zaburzeń Czynnościowych Narządu Żucia, podsumowała ponad 10 lat badań dzieci i młodzieży w Sopocie. Wyniki badań przesiewowych u dzieci opublikowane w renomowanych czasopismach naukowych jednoznacznie wskazały na znaczne rozpowszechnienie rozmaitych problemów zdrowotnych badanej grupy wiekowej, a co za tym idzie na potrzebę edukacji zdrowotnej oraz realizacji badań przesiewowych.

Trzecią część grudniowych MSM, podobnie jak rok temu, przygotowali studenci VI roku kierunku lekarskiego, członkowie SKN *Pasjonaci Pediatrii*: jego przewodnicząca **Anna Kloczkowska** i **Marcin Wieczorek**. Uczniowie odpowiadali na pytania sprawdzające ich wiedzę o zdrowiu i chorobach cywilizacyjnych. Pozwoli to ocenić wiedzę licealistów w odniesieniu do wymagań obowiązującej od kilku lat podstawy programowej w polskich szkołach.

Zwieńczeniem grudniowych MSM był natomiast przeprowadzony przez studentów konkurs. Składał się on z 20 pytań zamkniętych, jednokrotnego wyboru, na które za pośrednictwem aplikacji Kahoot odpowiadali przedstawiciele ośmiu szkół uczestniczących w spotkaniu zarówno stacjonarnie, jak i zdalnie. Brano pod uwagę poprawność odpowiedzi, jak i czas jej udzielenia. Nagrodzono zespół, który najszybciej udzielił najwięcej poprawnych odpowiedzi – uczniów XX LO w Gdańsku. Tuż za nimi uplasowały się zespoły liceów z Braniewa, Sopotu i Gdyni. Nagrody dla zwycięzców ufundowała Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku. ■

MARCIN WIECZOREK
Student VI roku kierunku lekarskiego

ANNA KLOCZKOWSKA
Studentka VI roku kierunku lekarskiego

MGR MONIKA TROCHIM
Zakład Prewencji i Dydaktyki

Organizatorzy oraz uczestnicy i uczestniczki *Młodzieżowych Spotkań z Medycyną* | fot. Maciej Gieleta/OIL w Gdańsku

San Antonio Breast Cancer Symposium

W San Antonio w dniach 5-9 grudnia odbyło się San Antonio Breast Cancer Symposium, na którym **prof. Anne May** z Uniwersytetu Medycznego w Utrechcie przedstawiła pierwsze wyniki badania *PREFERABLE-EFFECT*. Jest to międzynarodowe badanie obejmujące ośrodki z pięciu krajów europejskich (Niemiec, Polski, Hiszpanii, Szwecji, Holandii) i Australii. Partnerem projektu jest Katedra i Klinika Onkologii i Radioterapii GUMed, a funkcję kierownika projektu ze strony naszej Uczelni pełni **dr hab. Elżbieta Senkus-Konefka, prof. uczelni**, która również uczestniczyła w konferencji.

Badanie *PREFERABLE-EFFECT* miało na celu sprawdzenie, czy program ćwiczeń fizycznych, nadzorowany przez trenera fitnessu, ma pozytywny wpływ na zmęczenie i jakość życia u pacjentów z rozsianym rakiem piersi. Osoby z rozsianym rakiem piersi często doświadczają negatywnych objawów związanych z chorobą i leczeniem. Mogą one obejmować zmęczenie i obniżoną kondycję fizyczną oraz wpływać na codzienne życie i jego jakość. U pacjentów, u których rak piersi nie rozprzestrzenił się na inne części ciała, międzynarodowe wytyczne zalecają trening fizyczny, gdyż pozwala on złagodzić te dolegliwości. Jako że dotychczas nie było dowodów na to, czy ćwiczenia fizyczne pomagają również pacjentom z rozsianym rakiem piersi, zdecydowano się przeprowadzić badanie *PREFERABLE-EFFECT*.

Badanie polegało na losowym podzieleniu 357 uczestników na dwie grupy. Pierwsza grupa pacjentów otrzymała standardową opiekę (grupa kontrolna), a druga miała do dyspozycji dziewięciomiesięczny program ćwiczeń fizycznych (grupa interwencyjna). Program obejmował trening kardio, siłowy i równowagi, który nadzorował trener fitnessu. Pacjenci mieli średnio 55 lat, a przerzuty u nich znajdowały się głównie w kościach (74%). Program treningowy okazał się wykonalny dla osób, które opuściły niewiele sesji treningowych. Najważniejszym rezultatem było to, że pacjenci z grupy interwencyjnej byli mniej zmęczeni podczas i po programie treningowym, a także mieli lepszą jakość życia niż pacjenci z grupy kontrolnej. Ponadto zaobserwowano pozytywne efekty wpływu programu treningowego na kondycję fizyczną oraz dolegliwości takie jak ból i duszności.

Na podstawie tych wyników zaleca się program ćwiczeń fizycznych pod opieką wykwalifikowanego trenera fitnessu dla pacjentów z rozsianym rakiem piersi. Osoby zainteresowane ćwiczeniami powinny najpierw skonsultować się ze swoim lekarzem lub pielęgniarką. Trener fitnessu musi być przeszkolony w prowadzeniu osób z rakiem. Wkrótce planowane jest przesłanie wyników badania do czasopisma naukowego, gdzie zostaną poddane recenzji przez ekspertów.

Bieżące informacje o realizowanym badaniu *PREFERABLE-EFFECT* publikowane są na stronie internetowej projektu oraz platformie X. ■

INŻ. WIOLETTA SZYMAŃSKA
II Zakład Radiologii

fot. archiwum prywatne

Wystąpienie prof. Anne May

Podsumowanie programu *Inkubator Innowacyjności 4.0*

DR JOANNA BORZYSZKOWSKA

MGR MARCIN STOLAREK

Centrum Transferu Technologii GUMed

Dla Centrum Transferu Technologii GUMed koniec 2023 r. to przede wszystkim zakończenie realizacji programu *Inkubator Innowacyjności 4.0*, w który byliśmy zaangażowani od lipca 2020 r. Nadrzędnym celem programu, ustanowionego przez Ministerstwo Nauki i Edukacji, było wsparcie podmiotów systemu szkolnictwa wyższego w realizacji projektów, mających skutkować wykorzystaniem wyników badań naukowych w sferze gospodarczej lub społecznej.

Działania programu realizowaliśmy w konsorcjum, którego liderem był GUMed, a członkami Uniwersytet Gdański oraz spółka celowa GUMed – Centrum Innowacji Medycznych Sp. z o.o. Przyznane dla konsorcjum dofinansowanie wyniosło łącznie 2 823 900 zł. Duża część środków przeznaczona była bezpośrednio na wsparcie projektów B+R o potencjale wdrożeniowym. Wyłonione w ramach konkursu zespoły badawcze otrzymały finansowanie na wykonanie dodatkowych prac przedwdrożeniowych w celu podniesienia stopnia gotowości technologicznej proponowanych rozwiązań.

Nabory wniosków cieszyły się bardzo dużym zainteresowaniem, gdyż *Inkubator Innowacyjności 4.0* był jednym z niewielu programów zapewniającym finansowanie prac przedwdrożeniowych, które pozwalały na zwiększenie atrakcyjności biznesowej i użyteczności gospodarczej proponowanych rozwiązań. W wyniku selekcji Komitetu Inwestycyjnego dofinansowanie otrzymały 22 projekty, z czego 8 wsparto finansowaniem prac badawczo-rozwojowych. Członkowie poszczególnych zespołów naukowych opracowali szereg innowacyjnych rozwiązań, wśród których znalazły się m.in. takie wynalazki jak aplikacje internetowe usprawniające komunikację na linii pacjent – lekarz, urządzenia i wyroby medyczne, nowe formulacje i technologie lecznicze czy nowatorskie oprogramowanie wspierające zarządzanie zaawansowanymi danymi medycznymi.

Znaczna część budżetu programu *Inkubator Innowacyjności 4.0* została przeznaczona na ochronę patentową i doradztwo w zakresie ochrony własności intelektualnej wraz z opłatami za zgłoszenia patentowe. Łącznie zostało przygotowanych 38 zgłoszeń patentowych – zarówno w ramach procedury krajowej przed Urzędem Patentowym Rzeczypospolitej Polskiej, jak i międzynarodowej przed Europejskim Urzędem Patentowym, a także w ramach procedury PCT. Całkowita wartość wydatków przeznaczonych na te cele wyniosła 267 094,31 zł.

Realizacja prac przedwdrożeniowych była koordynowana przez zespół Brokerów Innowacji, którzy monitorowali poprawność realizacji poszczególnych projektów. Do zadań pracowników Centrum Transferu Technologii należało również aktywne prowadzenie działań promujących rezultaty projektów w celu wdrożenia wyników prowadzonych badań naukowych w obieg gospodarczy. W związku z tym dla każdego z opracowanych wynalazków zostały przygotowane fiszki i prezentacje, które w postaci ofert technologicznych były wysyłane do podmiotów biznesowych potencjalnie zainteresowanych nabyciem praw własności intelektualnej bądź ich licencjonowaniem. Eksperci

→

Przedstawiciele CTT GUMed na targach *Arab Health* w Dubaju | fot. archiwum prywatne

Centrum Transferu Technologii w oparciu o przeprowadzone rozeznanie rynku wyselekcjonowali grono przedstawicieli przemysłu medycznego, farmaceutycznego, biotechnologicznego i innych sektorów gospodarki, do których łącznie wysłali ponad 350 celowanych ofert technologicznych. W ramach realizacji programu Brokerzy Innowacji odbyli ponad 140 spotkań z przedstawicielami otoczenia gospodarczego, podczas których, w imieniu Uczelni, prezentowane były zarówno możliwości nawiązania współpracy, jak również nabycia praw do uzyskanych wyników prac.

Do ważnych zadań zespołu należał również udział w przedsięwzięciach informacyjno-promujących, takich jak wystawy wynalazków, oraz udział w targach dla branży medycznej. Dorobek naukowców Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego prezentowany był na największych targach branży medycznej, takich jak *Medica* w Düsseldorfie, *Arab Health* w Dubaju, *Expomed Eurasia* w Stambule czy *Korea International Medical & Hospital Equipment Show* w Seulu.

Inkubator Innowacyjności 4.0 to trzecia edycja programu realizowanego przez CTT GUMed. W poprzednie, czyli *Inkubator Innowacyjności* + oraz *Inkubator Innowacyjności 2.0*, byliśmy zaangażowani od 2017 r. Biorąc pod uwagę rozwój projektów realizowanych we wszystkich trzech edycjach programu, liczymy, że w pierwszym półroczu bieżącego roku Ministerstwo również ogłosi możliwość aplikowania przez centra transferu technologii uczelni wyższych o środki umożliwiające dalsze wsparcie procesu komercjalizacji wyników badań. O otrzymaniu przez CTT GUMed kolejnych funduszy będziemy Państwa informować, a pracowników naukowych Uczelni zapraszać do aplikowania o wsparcie na realizację kolejnych innowacyjnych pomysłów wspierających rozwój medycyny.

Program *Inkubator Innowacyjności 4.0* został ustanowiony komunikatem Ministra z dnia 5 czerwca 2020 r., finansowany był ze środków europejskich w ramach projektu pozakonkursowego *Wsparcie zarządzania badaniami naukowymi i komercjalizacja wyników prac B+R w jednostkach naukowych i przedsiębiorstwach*, realizowanego w ramach Programu Operacyjnego *Inteligentny Rozwój 2014–2020*. ■

DR JOANNA BORZYSZKOWSKA
MGR MARCIN STOLAREK

Fundusze Europejskie Inteligentny Rozwój
Rzeczpospolita Polska
Unia Europejska Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego

Nowy system w Bibliotece Głównej GUMed

Od kilku miesięcy nasza Biblioteka przygotowuje **wdrożenie nowego systemu bibliotecznego Alma**. Jego uruchomienie łączy się ze **zmianą katalogu *online***, który **od 12 lutego** będzie służył Państwu jako podstawowe narzędzie do **wyszukiwania materiałów naukowych, zamawiania książek** oraz **korzystania z e-zasobów**. Poniżej przedstawiamy kilka najważniejszych zmian/informacji.

Nowy sposób logowania

Nowy katalog Primo połączony został z Centralną Usługą Uwierzytelnienia GUMed. Oznacza to, że do konta czytelniczego, baz danych i innych udostępnianych przez Bibliotekę narzędzi będą Państwo logowali się w taki sam sposób jak do Extranetu czy do uczelnianej poczty.

Użytkownicy zewnętrzni (spoza GUMed) przy pierwszym logowaniu będą proszeni o zmianę dotychczasowego hasła.

Zalogowanie się jest pierwszym i najważniejszym krokiem, aby w pełni skorzystać z katalogu – bez zalogowania nie będą mogli Państwo sprawdzić lokalizacji interesujących Państwa książek, dostępności egzemplarzy i terminów zwrotu.

Trzy poziomy wyszukiwania

Istotnym elementem zmiany systemu jest rozbudowane narzędzie wyszukiwawcze działające na trzech poziomach. Pierwszy z nich, katalog **BIBLIOTEKA GUMED**, służy do wyszukiwania książek, e-booków, czasopism drukowanych i elektronicznych. Drugi, katalog **BIBLIOTEKA GUMED + ARTYKUŁY ONLINE**, przeszukuje cały księgozbiór oraz pozwala na wyszukiwanie artykułów i rozdziałów z czasopism i książek elektronicznych. Trzeci katalog, **BIBLIOTEKI FARU**, umożliwia sprawdzenie nie tylko zbiorów naszej Biblioteki, ale także bibliotek partnerskich Uczelni Fahrenheita (Politechniki Gdańskiej oraz Uniwersytetu Gdańskiego). Od teraz – bez dodatkowych formalności – będzie można znaleźć i zamówić do wypożyczenia książki w ramach FarU (zasady wypożyczenia określają regulaminy poszczególnych bibliotek).

→

grafika – Małgorzata Gusman

Struktura katalogu

Katalog Primo gromadzi informacje o wielu egzemplarzach, e-bookach, czasopismach, materiałach konferencyjnych czy artykułach, dlatego rekomendujemy odpowiednio zawężać wyniki wyszukiwania. Zrobić to można na dwa sposoby. Pierwszym jest skorzystanie z filtrów dostępnych w lewej kolumnie katalogu. Pozwalają one m.in. określić język interesującej nas publikacji, datę wydania czy typ dokumentu. Co istotne, można sortować wyniki również poprzez określenie dostępności publikacji, jej lokalizacji czy statusu (do wypożyczenia/do korzystania na miejscu). Drugim sposobem jest wybranie opcji „Wyszukiwanie zawansowane", dzięki której mogą Państwo doprecyzować kryteria wyszukiwania.

Narzędzie to na pierwszy rzut oka może wydawać się skomplikowane, jednak przy odpowiednim korzystaniu z filtrów umożliwia sprawniejsze i bardziej trafne odnajdywanie potrzebnych egzemplarzy i tekstów.

Zamawianie książek do wypożyczenia

Po odnalezieniu interesującej pozycji klikamy w tytuł i zostajemy przekierowani do okienka ze szczegółowymi danymi bibliograficznymi oraz lokalizacją egzemplarza. Jeżeli dana książka jest dostępna i przeznaczona do wypożyczenia na zewnątrz, klikamy w ikonkę „Zamów", znajdującą się nad listą dostępnych egzemplarzy. System zapyta nas o miejsce odbioru – należy wybrać Wypożyczalnię lub Książkomat. Następnie klikamy w pole „Wyślij zamówienie", a gdy zmieni ono kolor na zielony, oznacza to, że zamówienie zostało złożone poprawnie i czeka na realizację przez Magazyn. Na koncie bibliotecznym sprawdzić można status zamówienia; najczęściej potrzebujemy ok. 20 minut na realizację i przesłanie go do Wypożyczalni. Czas odbioru w Książkomacie może się wydłużyć, co jest uwarunkowane stanem jego aktualnego załadowania. Realizacja nie powinna jednak trwać dłużej niż 1 dzień roboczy.

Na swoim koncie czytelniczym mogą Państwo w dowolnej chwili sprawdzić swoje wypożyczenia, zamówienia, historię zwrotów i prolongat. Ikona czerwonego zegara w zakładce „Wypożyczenia" to sygnał o przetrzymanych pozycjach. Przetrzymywanie książek skutkuje blokadą konta, zdalnego dostępu do zasobów elektronicznych i – w przypadku studentów – naliczeniem opłaty.

E-zasoby i bazy danych

Dostępne z głównej strony Biblioteki zakładki „Multiwyszukiwarka" oraz „E-czasopisma & E-książki" będą nadal działać na dotychczasowych zasadach, jednak dostęp do nich również będzie wymagał logowania poprzez Centralną Usługę Uwierzytelnienia GUMed. Do kwietnia oba narzędzia będą dostępne dla użytkowników jednocześnie z nowym katalogiem Primo, który docelowo stanie się jedynym, zintegrowanym narzędziem zapewniającym dostęp do większości zasobów Biblioteki. Poza tym nadal możliwy będzie dostęp do baz danych bezpośrednio poprzez linki zamieszczone na stronie Biblioteki w sekcji „Bazy danych". ■

MAŁGORZATA FLORIANOWICZ
Kierownik Oddziału Udostępniania Zbiorów w Bibliotece Głównej GUMed

Doktoraty i habilitacje

Uchwałą Rady Nauk Medycznych GUMed

Stopień naukowy doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne uzyskali:

MGR FARM. PAULINA EMILIA BASTIAN

Asystent; Katedra i Zakład Chemii Medycznej GUMed, praca pt. *2-metoksyestradiol jako fizjologiczne ogniwo pomiędzy śmiercią komórek nowotworowych i rozwojem neurodegeneracji – badania na modelach komórkowych,* promotor – dr hab. Magdalena Górska-Ponikowska, prof. uczelni.

LEK. AGATA BERLIŃSKA

Doktorantka Studiów Doktoranckich; Katedra i Klinika Endokrynologii i Chorób Wewnętrznych GUMed, praca pt. *Wybrane parametry stanu metabolicznego u pacjentów z przypadkowo wykrytymi nieczynnymi hormonalnie guzami nadnerczy*, promotor – prof. Renata Świątkowska-Stodulska.

LEK. KATARZYNA ANNA CZAJKOWSKA

Doktorantka Studiów Doktoranckich; Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii GUMed, praca pt. *Zapalenie plazmakomórkowe żołędzi Zoona – porównanie efektywności leczenia propionianem flutykazonu oraz kwasem fusydowym oceniane na podstawie obrazu dermoskopowego i klinicznego*, promotor – prof. Małgorzata Sokołowska-Wojdyło.

LEK. MICHAŁ CEZARY CZARNOGÓRSKI

Doktorant; Pierwsza Szkoła Doktorska GUMed, praca pt. *Ageing of long-term allogeneic hematopoietic cells recipients compared to their donors*, promotor – prof. Jan Zaucha.

MGR KATARZYNA MARIA CZERWIEC

Specjalista; Zakład Embriologii, Katedra Anatomii GUMed, praca pt. *Wpływ wybranych peptydów na aktywność komórek macierzystych tkanki tłuszczowej*, promotor – prof. Michał Pikuła.

MGR HANNA ĆWIKAŁOWSKA-GRUDZIŃSKA

Asystent; Katedra i Zakład Fizjologii GUMed, praca pt. *Nieinwazyjna ocena układu krążenia uczniów szkoły baletowej regularnie obciążonych intensywnym wysiłkiem fizycznym*, promotor – prof. Joanna Kwiatkowska, promotor pomocniczy – dr hab. Maciej Niedźwiecki.

LEK. JOLANTA GRABALA

Starszy asystent; Oddział Intensywnej Terapii i Anestezjologii Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Białymstoku, praca pt. *Zastosowanie przezklatkowej ultrasonografii płuc w diagnostyce dysplazji oskrzelowo-płucnej u dzieci*, promotor – dr hab. Wojciech Kosiak, prof. uczelni.

MGR BIOTECHN. JUSTYNA HAJTUCH

Doktorantka Studiów Doktoranckich; Katedra i Zakład Chemii Medycznej GUMed, praca pt. *Ocena wpływu funkcjonalizowanych nanocząstek srebra na układ hemostazy oraz aktywność przeciwbakteryjną w badaniach* in vitro *i* ex vivo, promotor – prof. Iwona Inkielewicz-Stępniak, promotor pomocniczy – prof. Maria Jose Santos-Martinez.

LEK. ROBERT DAVID KRION

Były doktorant Studiów Doktoranckich; Klinika Alergologii Katedra Pneumonologii i Alergologii GUMed, praca pt. *Retrospektywna ocena kosztów na przykładzie szpitalnego leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)*, promotor – prof. Krzysztof Kuziemski.

LEK. MONIKA LIMANÓWKA

Zlecenie dydaktyczne; Klinika Neurologii Rozwojowej, Katedra Neurologii GUMed, praca pt. *Ocena związku przebiegu klinicznego wrodzonych schorzeń: deficytu dehydrogenazy Acylo-koenzymu A średniołańcuchowych kwasów tłuszczowych i deficytu dehydrogenazy 3-hydroksy-Acylo-koenzymu A długołańcuchowych kwasów tłuszczowych u pacjentów z rodzajami mutacji genów kodujących te enzymy*, promotor – prof. Jolanta Wierzba.

LEK. MARTA MAGDALENA MARCINKOWSKA

Asystent; I Katedra i Klinika Kardiologii GUMed, praca pt. *Ocena związku stężenia lipoproteiny(a) z innymi parametrami lipidowymi, wskaźnikiem SYNTAX Score w koronarografii u pacjentów z przedwczesną chorobą wieńcową*, promotor – dr hab. Agnieszka Mickiewicz.

MGR ANNA MARTA MUCHLIŃSKA

Doktorantka Studiów Doktoranckich; Zakład Onkologii Translacyjnej, Instytut Biotechnologii Medycznej i Onkologii Doświadczalnej, Międzyuczelniany Wydział Biotechnologii UG i GUMed, praca pt. *Znaczenie biologiczne i kliniczne fibroblastów związanych z nowotworem oraz krążących fibroblastów w progresji raka piersi*, promotor – prof. Anna Żaczek.

→

MGR CLAUDIA MUSIAŁ

Doktorantka; Pierwsza Szkoła Doktorska GUMed, praca pt. *Biologiczne implikacje wybranych metabolitów 17B-estradiolu w regulacji mechanizmów śmierci i przeżywalności komórek ludzkiego gruczolakoraka płuc, określone na podstawie dwuwymiarowych i trójwymiarowych modeli komórkowych*, promotor – dr hab. Magdalena Górska-Ponikowska, prof. uczelni.

LEK. ADA PRZYGOCKA-PIENIĄŻEK

Zlecenie dydaktyczne; Katedra i Klinika Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii GUMed, praca pt. *Cukrzyca typu 1 u dziewcząt a zespół policystycznych jajników*, promotor – prof. Małgorzata Myśliwiec.

MGR MONIKA RĘCKA

Doktorantka Studiów Doktoranckich; I Katedra i Klinika Kardiologii GUMed, praca pt. *Stan odżywienia pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca i po transplantacji serca*, promotor – prof. Marcin Gruchała, promotor pomocniczy – dr Jolanta Dardzińska.

LEK. ROBERT STAROŃ

p.o. kierownika; Klinika Gastroenterologii i Hepatologii, Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 1 w Rzeszowie, praca pt. *Alternatywne metody drenażu dróg żółciowych oraz wykorzystanie żółci w symulowaniu środowiska jelita cienkiego*, promotor – dr hab. inż. Adam Macierzanka, prof. PG, promotor pomocniczy – prof. Marcin Krawczyk.

LEK. ANETA ANNA STRÓŻYK-MATHEISEL

Asystent; Kliniczne Centrum Kardiologii UCK w Gdańsku, praca pt. *Pacjenci z wysokogradientową i niskogradientową ciasną stenozą zastawki aortalnej – charakterystyka demograficzna, kliniczna, analiza różnic w postępowaniu terapeutycznym oraz w częstości występowania niepożądanych zdarzeń sercowo-naczyniowych*, promotor – prof. Marcin Fijałkowski.

LEK. MAŁGORZATA TYŚLEROWICZ

Kierownik; Zakład Elektrodiagnostyki Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, praca pt. *Ocena skuteczności leczenia dystonii szyjnej toksyną botulinową pod kontrolą USG*, promotor – prof. Jarosław Sławek.

Uchwałą Rady Nauk o Zdrowiu GUMed

Stopień doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki o zdrowiu uzyskali:

MGR NATALIA BUDZYŃSKA

Uczestniczka Pierwszej Szkoły Doktorskiej; Zakład Psychologii Klinicznej, WNoZ z IMMiT GUMed, praca pt. *Wpływ izolacji społecznej wywołanej pandemią wirusa SARS-CoV-2 na funkcjonowanie psychiczne*, promotor – dr hab. Joanna Moryś.

MGR ZOFIA KINGA BYTOWSKA

Uczestniczka Pierwszej Szkoły Doktorskiej; Zakład Bioenergetyki i Fizjologii Wysiłku Fizycznego, WNoZ z IMMiT GUMed, praca pt. *Wpływ 12-tygodniowej suplementacji witaminą D3 połączonej z aktywnością fizyczną na wybrane parametry krwi, parametry funkcjonalne i jakość życia u pacjentów z chorobą Parkinsona leczonych metodą stymulacji głębokiej mózgu*, promotor – dr hab. Jan Jacek Kaczor, promotor pomocniczy – dr Witold Libionka.

MGR MARTA GALLAS

Uczestniczka SSD; Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie, IPiP, WNoZ z IMMiT GUMed, praca pt. *Bezpieczeństwo świadczeniobiorców w Programie Koordynowanej Opieki nad Kobietą w Ciąży*, promotor – prof. Aleksandra Gaworska-Krzemińska, promotor pomocniczy – dr Katarzyna Pogorzelczyk.

MGR KATARZYNA MONIKA PRZEWŁÓCKA

Uczestniczka Pierwszej Szkoły Doktorskiej; Zakład Bioenergetyki i Fizjologii Wysiłku Fizycznego, WNoZ z IMMiT GUMed, praca pt. *Wpływ suplementacji probiotykami i witaminą D3 na wydolność fizyczną i funkcje błony śluzowej jelita sportowców*, promotor – dr hab. Jan Jacek Kaczor, promotor pomocniczy – dr hab. Marcin Folwarski.

MGR MARTYNA URSZULA PUCHALSKA

Uczestniczka SSD; Zakład Badań nad Jakością Życia, WNoZ z IMMiT GUMed, praca pt. *MMPI-2 jako metoda przewidywania skuteczności Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach (TSR) u osób ze zdiagnozowanymi zaburzeniami depresyjnymi i lękowymi mieszanymi*, promotor – prof. Mikołaj Majkowicz, promotor pomocniczy – dr Piotr Pankiewicz.

MGR INŻ. VLADYSLAV REDKO

Uczestnik Pierwszej Szkoły Doktorskiej; Zakład Toksykologii Środowiska, WNoZ z IMMiT GUMed, praca pt. *Identyfikacja ryzyka dla środowiska i zdrowia człowieka, powstającego podczas procesu biodegradacji produktów polimerowych*, promotor – prof. Lidia Wolska, promotor pomocniczy – dr inż. Marta Potrykus.

→

MGR DAWID HENRYK SPYCHAŁA

Uczestnik Pierwszej Szkoły Doktorskiej; Zakład Fizjoterapii, WNoZ z IMMiT GUMed, praca pt. *Program Erasmus+ oraz pokrewne formy wymiany akademickiej jako składowe nowoczesnego kształcenia studentów w XXI w., ze szczególnym uwzględnieniem studentów kierunku fizjoterapii*, promotor – dr hab. Rita Hansdorfer-Korzon, promotor pomocniczy – dr Katarzyna Gierat-Haponiuk.

MGR PIEL. GRAŻYNA JOANNA SUCHODOLSKA

Uczestniczka Pierwszej Szkoły Doktorskiej; Katedra i Klinika Onkologii i Radioterapii, WL GUMed, praca pt. *Assessment of the utility of mobile application for monitoring adverse effects of Therapy and its impact on the satisfaction of patients treated with chemotherapy for breast cancer*, promotor – dr hab. Elżbieta Senkus-Konefka, prof. uczelni.

MGR PIEL. SYLWIA TERECH-SKÓRA

Asystent; Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, IPiP, WNoZ z IMMiT GUMed, praca pt. *Organizacja opieki nad pacjentami żywionymi pozajelitowo w warunkach domowych, a jakość życia opiekunów,* promotor – prof. Marek Dobosz, promotor pomocniczy – dr Janina Książek

MGR ANNA WOJDA

Uczestniczka SSD; Samodzielna Pracownia Biochemii Żywienia, WNoZ z IMMiT GUMed, praca pt. *Wpływ diety śródziemnomorskiej z kontrolowaną podażą kwasów tłuszczowych omega-3 na profil lipidowy pacjentów z hipercholesterolemią rodzinną*, promotor – dr hab. Zdzisław Kochan. ■

Kadry GUMed

TYTUŁ PROFESORA OTRZYMALI:

prof. Aleksandra Gaworska-Krzemińska
prof. Magdalena Górska-Ponikowska
prof. Maciej Piskunowicz
prof. Agnieszka Zimmermann

STANOWISKO PROFESORA UCZELNI OTRZYMALI:

dr hab. Rita Hansdorfer-Korzon
dr hab. Alicja Kuban-Jankowska
dr hab. Alina Plenis

STANOWISKO ADIUNKTA POWIERZONO:

dr n. med. Katarzynie Gwoździewicz
dr n. med. Małgorzacie Juniewicz
dr. n. med. Tomaszowi Kostrzewie
dr n. med. Marlenie Sztormowskiej

JUBILEUSZ DŁUGOLETNIEJ PRACY OBCHODZĄ:

25 lat
Joanna Łapin
Tomasz Przewoźny

PRACĘ W UCZELNI ZAKOŃCZYLI:

- dr n. med. Tomasz Cwaliński
- prof. Anna Liberek
- prof. Krzysztof Sworczak
- prof. Marek Wesołowski

Z GŁĘBOKIM ŻALEM INFORMUJEMY, ŻE

11 stycznia 2024 r. zmarł

LEK. KRZYSZTOF MAŁACHOWSKI

Asystent w Katedrze Medycyny Ratunkowej i Katastrof oraz Katedrze i Klinice Medycyny Ratunkowej AMG w latach 2001-2008, pracownik Klinicznego Oddziału Ratunkowego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w latach 2003-2016.

Specjalista anestezjologii i intensywnej terapii oraz medycyny ratunkowej. Jeden z pierwszych specjalistów oraz twórców specjalizacji medycyny ratunkowej w Polsce. Współtwórca systemu ratownictwa medycznego w województwie pomorskim i jeden ze współtwórców Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. Wybitny klinicysta, nauczyciel i wychowawca wielu gdańskich i pomorskich lekarzy – specjalistów medycyny ratunkowej.

13 stycznia 2024 r. zmarła

MGR KRYSTYNA LECHECKA

Wieloletni, zasłużony szczególnie dla początkowego rozwoju jednostki pracownik Studium Wychowania Fizycznego i Sportu. Zatrudniona w Uczelni w latach 1953-1987. ■

UCK w czołówce rankingu *Gdzie rodzić po ludzku* 2023

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne znalazło się w czołówce ogólnopolskiego rankingu *Gdzie rodzić po ludzku* za rok 2023, którego organizatorem jest Fundacja *Rodzić po Ludzku*. Ideą rankingu jest wyłonienie szpitali, w których kobieta może urodzić dziecko z poszanowaniem godności i intymności, w otoczeniu profesjonalnego i troskliwego personelu medycznego.

– *To jest olbrzymie wyróżnienie, tym bardziej że Fundacja* Rodzić po Ludzku *tworzy ranking w oparciu o głosowanie pacjentek* – podkreśla **prof. Dariusz Wydra**, ordynator Kliniki Położnictwa i Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Endokrynologii Ginekologicznej UCK. – *Zmiany organizacyjne, które udało nam się wprowadzić w ciągu ostatnich dwóch lat, niewątpliwie mają w tym swój udział. Staramy się utrzymać wysoki standard opieki okołoporodowej. Niezmiernie się cieszę, ponieważ od ponad roku nasz ośrodek utrzymuje wysokie miejsce w tym rankingu. To wynik ciężkiej pracy całego zespołu położniczo-ginekologiczno-neonatologicznego.*

Kompetentny, empatyczny personel to jeden z elementów gwarantujących profesjonalne przyjęcie pacjentki, jednak nie mniej istotne są warunki hospitalizacji. W UCK pacjentki przebywają w komfortowych warunkach w salach 1- i 2-osobowych z łazienkami. Kluczowe znaczenie ma dobrze przemyślana infrastruktura.

– *W naszej Klinice mamy do zaoferowania pacjentkom sześć świetnie wyposażonych sal porodowych, które zapewniają pełne bezpieczeństwo w czasie porodu. Jesteśmy przygotowani do wykonania cesarskiego cięcia – bezpośrednio obok sal porodowych mieszczą się dwie sale do cesarskich cięć. Wspierają nas również anestezjolodzy, którzy zapewniają kontrolę bólu pacjentek w czasie porodu i znieczulają do operacji. To jest nasz duży wyróżnik, który daje możliwość zapewnienia bezpieczeństwa pacjentkom* – mówi **dr hab. Magdalena Grzybowska**, kierująca Oddziałem Położnictwa.

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne jest szpitalem o najwyższym stopniu referencyjności, co oznacza, że opiekę znajdują tu zarówno kobiety w ciąży o prawidłowym przebiegu, jak również te, których ciąża jest zagrożona, ma patologiczny przebieg, znajduje się w grupie wysokiego ryzyka.

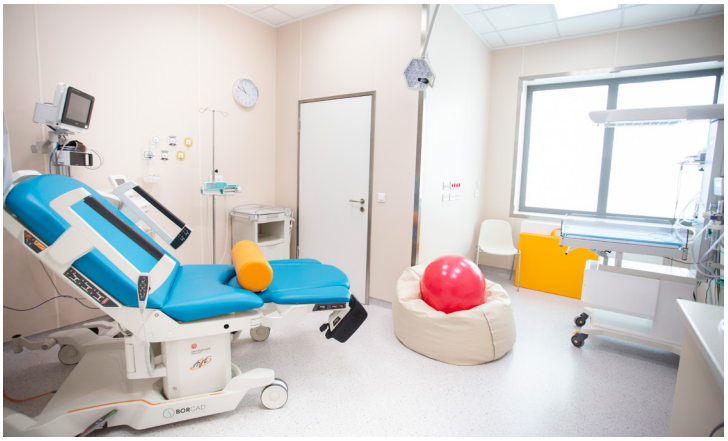
– *Ważny jest wyszkolony, przyjazny, pomocny w stosunku do mamy personel i oczywiście sprzęt, którym możemy ratować najmniejsze dzieci. To zabezpieczenie jest bardzo istotne, ponieważ jeśli z dzieckiem dzieje się coś złego, można udzielić mu pomocy od razu, a nie przewozić je karetką w dalsze miejsca, co zawsze jest mniej korzystne dla noworodka* – zaznacza **dr Iwona Domżalska-Popadiuk**, ordynator Kliniki Neonatologii UCK.

W trakcie porodu pacjentki mogą korzystać z szeregu udogodnień: nowoczesnych krzeseł wykorzystywanych przy porodach w pozycjach wertykalnych, piłek, worków sako, wałeczków. Łóżka porodowe mają możliwość modyfikacji ustawienia, tak by jak najlepiej dostosować je do potrzeb rodzącej. Niektóre panie korzystają także z aromaterapii i muzykoterapii. Na osobę towarzyszącą czekają wygodne fotele do kangurowania i odpoczynku w trakcie porodu.

Porodówka Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego cieszy się dużym zainteresowaniem wśród młodych mam, które wybierają to miejsce, by przeżyć jeden z najtrudniejszych i jednocześnie najpiękniejszych momentów w życiu. W 2023 r. odbyły się tutaj 3 544 porody. To zdecydowanie najlepszy wynik na Pomorzu.

– *W momencie, kiedy pacjentka trafia na trakt porodowy, opiekę nad nią przejmuje położna. Jest to opieka holistyczna, co oznacza, że położna odgrywa rolę edukatora, osoby wspierającej, często przyjaciółki. Pomaga rodzicom przejść drogę otwierającą nowy etap w ich życiu, jakim jest posiadanie dziecka* – dodaje **Lucyna Nowicka**, położna oddziałowa Oddziału Położnictwa.

Więcej informacji na temat rankingu dostępnych jest na stronie Fundacji *Rodzić po Ludzku*. ■



Sala porodowa w UCK | fot. Sylwia Mierzewska/UCK

WIOLETA WÓJCIK
Zespół ds. Promocji i PR UCK

Przełomowe zabiegi w leczeniu pacjentów z nowotworami jamy ustnej i twarzy

Specjaliści z Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego wykonali pierwsze w historii szpitala zabiegi rekonstrukcji żuchwy z użyciem wolnych płatów strzałkowych z wyspami skórnymi (ang. *FFF – fibula free flap*). To otwarcie zupełnie nowego rozdziału w historii jednostki.

Zabiegi zostały wykonane w dniach 11 i 12 stycznia. W operacjach brały udział dwa zespoły: ablacyjny i rekonstrukcyjny.

Pierwszą pacjentką była 44-letnia kobieta z zaawansowanym nowotworem dna jamy ustnej, języka i żuchwy, naciekającym na łuki podniebienne i podniebienie miękkie. Drugim pacjentem był 37-letni mężczyzna, który w wyniku nowotworu zębopochodnego stracił znaczną część żuchwy.

W obu przypadkach lekarze wykonali rekonstrukcję żuchwy, tkanek miękkich jamy ustnej i twarzy z użyciem wolnego płata strzałkowego. – *Jest on pobierany z kości strzałkowej zlokalizowanej w podudziu wraz z szypułą naczyniową. Następnie przy użyciu mikroskopu naczynia są zespalane z żyłami i tętnicami szyi, a cały płat wszywany w miejsce biorcze* – tłumaczy **dr Adam Michcik** z Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej UCK.

Zabiegi te są przełomowe w leczeniu pacjentów onkologicznych z nowotworami w obrębie jamy ustnej i twarzy. – *Rekonstrukcja żuchwy z użyciem wolnego płata strzałkowego pozwala na przywrócenie funkcji i estetyki twarzy. Pacjenci po takim zabiegu są w pełni sprawni czynnościowo* – wyjaśnia **dr hab. Barbara Drogoszewska**, która kieruje Kliniką Chirurgii Szczękowo-Twarzowej UCK.

Zespół lekarzy UCK podczas operacji | fot. UCK

Wprowadzenie metod rekonstrukcji wolnymi płatami do leczenia pacjentów onkologicznych w UCK otwiera nowy rozdział w dziejach Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej i stanowi duży sukces dla chirurgów.

Operacje przeprowadzili:

- **Zespół chirurgiczny: prof. Piotr Trojanowski, dr Adam Michcik, lek. dent. Łukasz Garbacewicz, dr Adam Polcyn, lek. Piotr Choma; lek. dent. Mikołaj Szarstuk, lek. dent. Justyna Łatkowska, lek. dent. Kinga Samól; instr. Beata Dorosz, instr. Renata Zielińska, instr. Katarzyna Rodzach;**
- **Zespół anestezjologiczny: lek. Aleksander Remiesz, lek. Aleksandra Maśnicka, piel. anest. Ilona Ciesielska.** ■

ŁUKASZ WOJTOWICZ
Zespół ds. Promocji i PR UCK

Rysunki studentów ASP w UCK

Serdecznie zapraszamy na trwającą do 10 marca wystawę rysunków, które wykonali studenci i studentki Akademii Sztuk Pięknych w Gdańsku w pracowniach prowadzonych przez **prof. Grzegorza Radeckiego** oraz **prof. Zbigniewa Gorlaka** i **mgr. Michała Wirtela**.

Tym razem na holu głównym budynku Centrum Medycyny Inwazyjnej prezentujemy czternaście prac, wśród nich znalazły się portrety i studia sylwetek – zarówno w tradycyjnej, kontrastowej tonacji czarno-białej, jak również urozmaicone przy pomocy koloru.

Autorzy zaprezentowali w nich rozmaite sposoby ekspresji, przedstawienia materii ciała, uchwycenia ujęć statycznych i dynamicznych oraz modelunku światłocieniowego.

W wystawie udział biorą: **Kamila Aluszyk**, **Magdalena Brzezińska**, **Oksana Buciora**, **Karina Filip**, **Lesia Koniuk**, **Zuzanna Korzeniewska**, **Iga Łukasik**, **Milena Semmerling**, **Maria Stasińska**, **Alicja Wiśniewska**, **Katarzyna Wylon** i **Oliwia Zborowska**. Koordynatorami ekspozycji są **mgr Michał Wirtel** (ASP) i **dr Beata Oracz** (UCK). ■

MATERIAŁ PRASOWY UCK

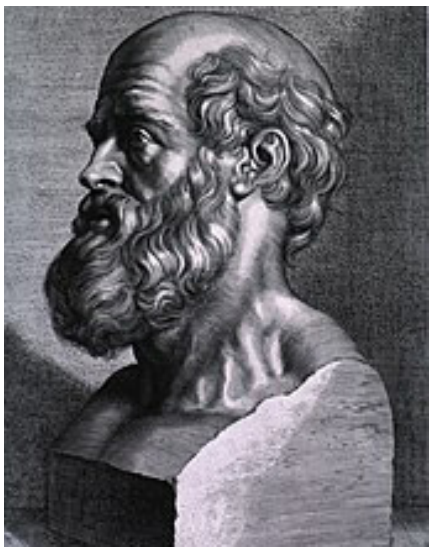
O leczeniu melancholii w starożytności

DR N. HUM. BARTŁOMIEJ SIEK
Zakład Historii
i Filozofii Nauk Medycznych

Antyczne dzieje melancholii nie są tak spektakularne jak sposoby rozumienia tego pojęcia w kolejnych epokach. Specyfika zasobu źródłowego sprawia, że część starożytnych tekstów dotyczących melancholii to fragmenty lub cytaty autorów znanych niekiedy tylko z imienia, rozproszone po dziełach kompilatorskich. Oczywiste współcześnie skojarzenia kulturowe związane z melancholią pochodzą raczej z renesansu lub średniowiecza niż ze starożytności klasycznej. I nie chodzi tu tylko o ikonografię (Dürer i jego grafiki), ale o tak podstawowe współczesne skojarzenie, jak wiązanie melancholii z Saturnem, które stało się częścią europejskiej tradycji dopiero w IX w. n.e. Pisma dwóch ojców medycyny antycznej – **Hippokratesa** (V/IV w. p.n.e.) i **Galena** (II w. n.e.) – choć stanowią punkt wyjścia dla badań nad historią melancholii, tematu nie wyczerpują i dociekań nie ułatwiają. Znaczący, choć często pomijany w prezentowaniu kontekstu historycznego, jest fakt przejścia od tradycji greckiej – helleńskiej (V-IV w. p.n.e.) i hel-lenistycznej (III-I w. p.n.e.) – do rzymskiej (I-V w. n.e.).

Teoria humoralna i ujęcie charakterologiczne

Najpełniejszy przekaz dotyczący sposobu leczenia melancholików pochodzi z powstałego w I w. n.e. łacińskiego encyklopedycznego dzieła **Celsusa** (nie był on lekarzem) *O lecznictwie ksiąg ośmioro*. O tym, że melancholia nie była traktowana ze specjalną uwagą, świadczyć może fakt, że bardzo rzadkie są przykłady lekarzy, którzy poświęcaliby osobne traktaty tej właśnie chorobie. We wcześniejszym okresie (tradycja przedgalenowa) najpewniej była melancholia raczej objawem niż samodzielną jednostką chorobową. Nie zawsze też sprowadzaną do działania czarnej żółci, ta bowiem jako osobny płyn ustrojowy pojawia się konsekwentnie dopiero od czasów **Arystotelesa** (IV w. p.n.e.), a nierozerwalnie wręcz zostanie powiązana z melancholią w średniowieczu. Przypisywane Arystotelesowi dzieło *Problemata*, w którym zawarte są opisy melancholii i melancholików, zostało najpewniej napisane przez jego ucznia, **Teofrasta** (IV/III w. p.n.e.), który swoim dziełem *Charaktery* zapoczątkował długą europejską tradycję nauki o temperamentach. Fragmenty z *Problemata* są o tyle ważne, że zawierają twierdzenie, jakoby wszyscy wybitni ludzie byli melancholikami. Twierdzenie, które stanie się niebywale popularne w epoce renesansu, a które jeszcze w starożytności przesunęło punkt ciężkości dyskusji o melancholii z zagadnień czysto medycznych na charakterologiczne.



Popiersie Hippokratesa autorstwa Rubensa
źródło – tiny.pl/cv45n

Galen na rycinie Georga P. Buscha; XVIII w.
źródło – tiny.pl/cv4jx

Galen paradoksalnie nie wspomina o melancholii ani w piśmie o czarnej żółci, ani w piśmie o temperamentach; wymienia ją za to w kilku miejscach pisma o zarażonych miejscach ciała. U Galena po raz pierwszy zasugerowana została zależność między ciemnym kolorem czarnej żółci a stanami lękowymi, które pojawiają się, gdy czarna żółć gromadzi się w mózgu wskutek wyziewów żołądka. Wynikają z tego zalecenia dotyczące diety: należy unikać ciemnych i ciężkich potraw, np. ciemnych mięs, ciężkich win, dojrzałych serów. Z epoki po Galenie pochodzą z kolei listy produktów polecanych, zbudowane na zasadzie logicznego przeciwieństwa Galenowych zakazów – zaleca się potrawy lekkie, jasne i słodkie. W kolejnych wiekach wydłuża się też lista objawów psychicznych towarzyszących melancholii, która w różny

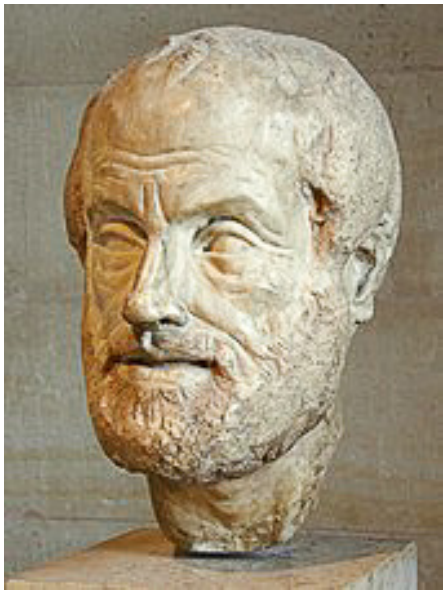
→

sposób związana została z innymi chorobami. Przedstawiano ją już to jako osobną chorobę, już to jako etap rozwoju manii lub stan zaostrzony.

Ujęcie humoralne nie jest jedynym w tradycji greckiej, ale przeważa w zachowanym zasobie źródłowym, co ewidentnie jest efektem znaczenia, jakie w historii medycyny europejskiej mają pisma Galena. Dla lekarzy odrzucających humoralność, czyli istnienie czarnej żółci, była melancholia przede wszystkim zespołem objawów kojarzonych ze stanami lękowymi, a tym samym fragmenty mówiące o ucisku lub wzdęciu żołądka mogłyby znaleźć swoje współczesne odpowiedniki w funkcjonujących w języku potocznym „ucisku żołądka na serce" lub „nerwicy żołądka". Dla żywotności pojęcia melancholii największe znaczenie miała teoria temperamentów.

Słowa pochodzące od pojęcia „melancholia" pojawiają się także w tekstach niemedycznych i w tradycji helleńskiej kojarzone są z szaleństwem (komedie Arystofanesa) lub trucizną (tragedia Sofoklesa). W literaturze łacińskiej **Cyceron** (I w. p.n.e. / I w. n.e.) podkreśla, że Rzymianie lepiej poradzili sobie z rozróżnianiem różnych stanów umysłu, podczas gdy Grekom brak słów. Rzymskim odpowiednikiem melancholii jest według Cycerona *furor* (*Rozmowy tuskulańskie*, III 11).

Po raz pierwszy w tekstach medycznych nazwa „melancholia" pojawia się w traktacie Hippokratesa *O powietrzu, wodach i miejscach*. Co ważne, przedstawiana jest jako przypadłość właściwa ludziom, w których organizmach przeważa żółć. Nie jest to jednak jeszcze pełna, czyli czteroelementowa, patologia humoralna – Hippokrates operuje tylko pojęciami typu żółciowego i śluzowego, które dopiero z biegiem czasu staną się typami choleryków i flegmatyków oraz uzupełnione zostaną o sangwinników i melancholików. Czarna żółć, kojarzona współcześnie jako przyczyna melancholii, pojawia się w greckich pismach medycznych jako osobny płyn ustrojowy dopiero ok. roku 400 p.n.e. w przypisywanym różnych autorom piśmie *O naturze człowieka*. Dopiero od tego momentu można mówić o melancholikach jako tych, u których przeważa czarna żółć. Tradycja hippokratejska jest raczej „dwu-humoralna", a „czwór-humoralność" jest typowa dla tradycji późniejszej, zwłaszcza Galenowej.



Arystoteles; kopia rzeźby Lizypa
źródło – tiny.pl/cv413

Teofrast przedstawiony jako średniowieczny uczony; grafika z *Księgi norymberskiej*; 1493 r.
źródło – tiny.pl/cv4s3

Dla Hippokratesa melancholia jest jednym z możliwych skutków wpływu klimatu na organizm: *Jeśliby lato było zdominowane przez wiatry północne i suche, deszcze nie pojawiłyby się ani ze wschodem Psiej Gwiazdy, ani Arktura, to najlepiej posłuży ono ludziom o naturze flegmatycznej i wilgotnej, a także kobietom; natomiast bardzo niebezpieczne będzie dla choleryków. Ponieważ ich ciała są nadmiernie wysuszone, zapadają oni na suche choroby oczu oraz na bardzo wysokie i przewlekłe gorączki, a u niektórych występuje również melancholia* [przekład A. Marchewki i M. Świder].

Od leczenia gorączki do „psychoterapii"

Dla zrozumienia przemian w myśleniu o tym, czym jest melancholia i jak należy ją leczyć, bardzo przydatne jest zestawienie tej pierwszej wzmianki z najobszerniejszym spójnym zapisem dotyczącym jej leczenia, który pochodzi z I w. n.e., a zatem zawiera w sobie doświadczenia niemal pięciu wieków, jakie minęły od czasów Hippokratesa. Powiązanie melancholii z gorączkami, a także przypisywane melancholikom zmiany nastroju, są podstawą do przypuszczeń, że można melancholię kojarzyć z malarią, a tym samym zalecaną terapią będzie ta typowa dla gorączek. Opis Celsusa ukazuje znacznie szerszy sposób rozumienia melancholii. Przede wszystkim jest ona uznana za jeden z rodzajów obłąkania, a to powoduje, że częścią leczenia są zachowania, które można przyrównać do współczesnej psychoterapii:

Drugim rodzajem obłąkania jest to, które przeciąga się długo; zaczyna się ono zazwyczaj bez gorączki i następnie dopiero lekkie sprowadza gorączkowania; cechuje się ono smętnością pochodzącą, jak się zdaje, od czarnej żółci. Służy w tej chorobie puszczenie krwi: jeżeli zaś co stoi temu na przeszkodzie, należy najprzód wstrzymać się od pokarmów; powtóre, pomocą białej ciemiężycy i wymiotów oczyścić żołądek; następnie po jednem, lub drugiem, zalecić dwa razy na dzień nacierania. Osobom silniejszym doradza się także

→

częste ćwiczenia ciała, wywołanie wymiotów na czczo; posiłek ma być bez wina i średniej pożywności. Ilekroć mówię o średniej pożywności, rozumieć się ma to, że można używać także pokarmów najlżejszych, byle tylko nie na nich samych poprzestawać, lecz zaniechać zupełnie najpożywniejszych. Należy obok tego utrzymywać stolec jak najwolniejszy, usuwać wszelkie obawy, pocieszać chorego dobrą nadzieją, uprzyjemniać czas powiastkami, igraszkami, któremi za zdrowia najbardziej zabawiać się lubiał; chwalić jego pracy, jeżeli jakich dokonał i często takowe na oczy mu stawiać; łagodnie karcić urojone troski, czasami wskazywać, jako rzeczy, które go trapią właśnie, mogłyby raczej być powodem wesołości, jak smutku. W razie przyłączenia się gorączki, należy ją zwalczać środkami przy innych gorączkach podanymi [przekład H. Łuczkiewicza].

Ciemiężyca | źródło – tiny.pl/cv4ds

Ciemiernik biały | źródło – tiny.pl/czkbl

Krwiopusty, środki przeczyszczające i wino

Dieta jest pierwszą terapią z wyboru zgodnie z zasadami wyłożonymi w klasycznej wersji przysięgi Hippokratesa. Puszczanie krwi z kolei było jednym z najpopularniejszych zabiegów leczniczych w starożytności, stosowanych także przez tych lekarzy, którzy nie zgadzali się z teorią humoralną. W świetle Galenowego rozumienia przyczyn melancholii krwiopusty są wręcz oczywiste, chyba że nie pozwala na to stan ogólny pacjenta. Oczyszczanie organizmu zarówno środkami przeczyszczającymi, jak i wymiotnymi ma usunąć przyczynę wszelkiego ucisku w okolicach żołądka, który w przekonaniu wielu lekarzy był przyczyną zagęszczenia krwi działającej potem niekorzystnie na serce (niepokój) i mózg (wizje). Pierwszym, który zdecydowanie powiązał melancholię z dolegliwościami żołądkowymi, a tym samym uczynił ją pochodną diety, był **Diokles z Karystos** (IV/III w. p.n.e.), lekarz nazywany młodszym Hippokratesem. Wedle Dioklesa nieodpowiednia dieta powoduje nadmiar gorąca w żołądku i okolicznych żyłach. Jako przydatną w terapii roślinę Celsus przywołuje ciemiężycę* (*Veratrum album*), ale w przepisach na inne leki przeczyszczające pojawia się ciemiernik biały (*Helleborus niger*). W często przepisywanym środku przeczyszczającym, jakim był lek złożony zwany *hiera* (skład różni się w zależności od autorów o nim piszących), ciemiernik pojawia się w recepcie **Aleksandra z Tralles** (VI w. n.e.). W tekście **Rufusa z Efezu** (I/II w. n.e.), który był autorem traktatu o melancholii, pośród szesnastu składników znajdują się m.in. biały pieprz, cynamon, dąbrówka, dynia, hubiak, kokornak, mirra, olejek nardowy, ożanka, panaks, pietruszka, szafran i szanta. Ciemiężyca powraca także w listach Pseudo-Hippokratesa, datowanej na I w. n.e. zmyślonej korespondencji między Hippokratesem a Demokrytem, gdzie m.in. w liście 19 znajduje się stwierdzenie: *Ulgę przyniosło puszczenie krwi, picie wody, miód z wodą i napój z ciemiężycy* [przekład K. Bartol].

Przejście od rozumienia melancholii jako przypadłości czysto fizycznej do przedstawiania jej jako jednego z rodzajów szaleństwa przekłada się na rozszerzenie listy środków terapeutycznych. Dociekanie przyczyn melancholii jest o tyle ważne dla zrozumienia proponowanych sposobów jej leczenia, że może prowadzić do sprzecznych propozycji. Zgodnie z tradycją Galenową przyjmowano trzy możliwości wystąpienia melancholii: (1) krew w całym ciele jest przesycona czarną żółcią, (2) mózg jest przesycony czarną żółcią, (3) wzdęcie żołądka lub inne dolegliwości żołądkowe powodują melancholię. Należy podkreślić, że owe dolegliwości żołądkowe wynikać miały z przewagi gorąca zagęszczającego krew, żółć miała to gorąco potęgować, a tym samym pogarszać stan organizmu. Pomóc mogły w tej sytuacji pokarmy wychładzające, a zdecydowanie odradzane było wino. Sposób prezentacji problemu zmienia się wtedy, kiedy melancholię zaczyna się charakteryzować jako stan zaburzenia nastroju, dzięki czemu w pismach Rufusa z Efezu znajdowało się ponoć (treść tego traktatu znana jest tylko ze wzmianek u innych autorów) zalecenie stosowania w terapii melancholików także wina, bo miało ono zawierać wszelkie składniki niezbędne w leczeniu, z zastrzeżeniem, że melancholik ma je pić powoli i w małych porcjach, ale bynajmniej nie w małych ilościach. Ten sam autor uważa za element skutecznej terapii odbycie stosunku seksualnego, który ma uspokoić melancholiczny *furor*, bowiem po stosunku nawet dzikie zwierzęta stają się łagodniejsze.

Poznanie medycznych sposobów rozumienia melancholii w starożytności klasycznej jest utrudnione z powodu stanu zachowania źródeł, nie ma jednak wątpliwości co do tego, że kulturowy fenomen melancholii w Europie renesansowej i romantycznej jest mocno zakorzenionych w antycznych emetykach i emocjach. ■

DR N. HUM BARTŁOMIEJ SIEK

* W użyciu pozostaje także pisownia oboczna: ciemięrzyca.

Melancholicy byli (i są) wśród nas

DR N. HUM. PIOTR PALUCHOWSKI
Zakład Historii
i Filozofii Nauk Medycznych

Patologia humoralna

Na początku wyjaśnijmy pochodzenie słowa „melancholia". Jego źródeł należy szukać w klasycznej grece, w której *mélanos* oznaczało kolor czarny, a *chole* – żółć. Aby zrozumieć, czym była „czarna żółć", należy przypomnieć podstawy teorii **Hippokratesa** (ok. 460 p.n.e. – ok. 377 p.n.e.) dotyczącej patologii humoralnej. Hippokrates kojarzy nam się dziś głównie z tekstem przysięgi lekarskiej, jednak położył on też wielkie zasługi w sferze naukowego myślenia o ciele i zdrowiu człowieka. Można wręcz powiedzieć, że to Hippokrates jest ojcem medycyny w dzisiejszym znaczeniu tego terminu, ponieważ patologia humoralna była pierwszą medyczną teorią, która nie odwoływała się do świata nadprzyrodzonego, lecz zakładała, że na kondycję ludzką wpływ ma biologia (ciało) i fizyka (otoczenie). Hippokrates sądził, że w ciele człowieka występują cztery humory (inaczej – soki, a dziś powiedzielibyśmy – płyny ustrojowe): krew, żółć, flegma i czarna żółć. Podczas gdy ludzie zdrowi cieszyć się mieli pozostawaniem humorów w równowadze, przewaga jednego z nich oznaczała pojawienie się choroby.

Patologia humoralna, będąca właściwie medyczną teorią wszechczasów, bo oddziałująca co najmniej do XVIII w., podlegała ewolucji. Z czasem zaczęto uważać, że u każdego człowieka jeden z humorów przeważa nad innymi, co nie oznacza jednak choroby, lecz określa typ konstytucyjny i charakter danej osoby. W średniowiecznej i nowożytnej medycynie europejskiej przyjmowano, że melancholicy są osobami, u których czarna żółć dominuje nad innymi humorami. Dla dociekliwych Czytelników dodam, że krew powiązano z sangwinikami, żółć z cholerykami, a flegmę oczywiście z flegmatykami. Tak właśnie wyglądały początki psychologii, która próbowała dokonać podziału temperamentów zgodnie z czterema kryteriami usposobienia.

Temperament melancholijny

Aby lepiej zrozumieć, jak wyobrażano sobie melancholików, warto wymienić różne jakości przypisywane czarnej żółci. Były to m.in.: suchość i zimno, z którymi to kategoriami wiązano z kolei: śledzionę, ziemię, jesień, dorosłość, czerń i kwaśny smak. Najpewniej tu właśnie upatrywać można źródeł wyrażenia „czarne myśli".

Okres średniowiecza to czas, kiedy podejmowano próby łączenia diagnostyki i terapii medycznej z astrologią. Wtedy to powszechnie przyjęto, że planetą melancholików jest Saturn – ciało niebieskie postrzegane jako złe, będące źródłem chorób i epidemii. Temperament melancholijny wiązano też z trzema znakami zodiaku: wagą, skorpionem i strzelcem, ale od razu zastrzegam, że miało to niewiele wspólnego z dzisiejszymi gazetowymi horoskopami.

Typowego melancholika postrzegano jako człowieka nieporywczego, a wręcz o łagodnym czy biernym usposobieniu. Jego psychikę opisywano jako mało odporną, brak mu też było wytrwałości w działaniu. Ponadto melancholikami, podobnie jak XIX-wiecznymi romantykami, targać miały silne uczucia. W „Gazecie GUMed" ze stycznia ubiegłego roku pisałem, że połączenie astrologii i medycyny znajdowało swoje odzwierciedlenie w postaci drukowanych kalendarzy. Oznaczano w nich na przykład dni dobre dla ludzi charakteryzujących się danym temperamentem. W Gdańsku takie kalendarze-poradniki wydawał szczeciński medyk **David Herlitz** (Herlicius, 1557-1636). Według jednego z nich w pierwszym kwartale 1640 r. dobrymi dniami dla melancholików miały być: 25 stycznia, 27 lutego, 10 marca i 12 kwietnia. Co kryło się pod tą zapowiedzią? Nie do końca wiadomo, bowiem aby astrologiczna przepowiednia miała jak największe szanse na spełnienie, nie mogła być zbyt precyzyjna. →

Erklärung der Character vnd Zeichen dieses Cal[enders].

Dem Ehrenvesten/ Vorachtbahren vnd Wolvornehmen/

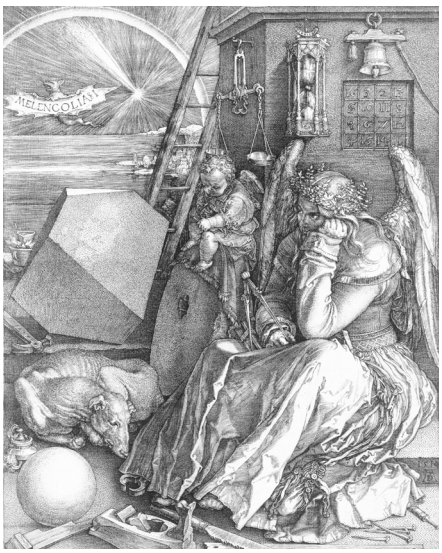
Herrn Jacob Hillebrandt

Bürgern vnd Handelsman bey der Königlichen Stadt Dantzigk

Georg Rhete.

Fragment gdańskiego druku kalendarzowego medyka Davida Herlitza (Herliciusa) na 1640 r., w którym oznaczono dni dobre m.in. dla melancholików (*M. Den Melancholicis gut*); ze zbiorów PAN Biblioteki Gdańskiej

Temperament melancholijny był tym rodzajem usposobienia, które stało się ulubionym tematem artystów. Nic w tym dziwnego, jeśli weźmie się pod uwagę, że artyści również często czuli się osamotnieni, mieli bogate życie wewnętrzne i cierpieli na depresję. Ukojenia swoich trosk poszukiwali więc w akcie tworzenia. Jednym z najbardziej znanych przedstawień melancholii w sztuce jest *Melencolia I* sławnego mistrza **Albrechta Dürera** (1471-1528). Dzieło to powstało w 1514 r., a więc w czasie, gdy teoria humoralna właściwie niepodzielnie królowała w naukowym świecie. Artysta przedstawił na rycinie wiele różnorodnych symboli, np. klepsydrę, psa, rozrzucone narzędzia pracy czy wreszcie kwadrat magiczny, czyli figurę podzieloną na mniejsze części opatrzone liczbami i cyframi, których suma w wierszach i kolumnach zawsze daje 34. Wielu historyków sztuki uważa, że Dürer stworzył to dzieło, będąc w stanie rozpaczy po śmierci swojej matki. Zachęcam wszystkich Czytelników „Gazety GUMed" do przyjrzenia się temu obrazowi i odnalezienia jeszcze innych obecnych na nim symboli.



Albrecht Dürer *Melencolia I*, 1514 r.
źródło – tiny.pl/cvdsz

Anonimowy *Portret księcia pruskiego Albrechta Fryderyka Hohenzollerna*, 1612 r.
źródło – tiny.pl/cvds8

Melancholijny książę

Oczywiście do naszych czasów zachowało się wiele przekazów na temat osób, które zostały uznane za melancholików. Wiele z nich jest bardzo szczątkowa, jednak zdarzają się i takie, które uznać można za całkiem trafne. Wyjątkowe są te dotyczące opisu stanu zdrowia księcia pruskiego **Albrechta Fryderyka Hohenzollerna** (1553-1618)[1]. Albrecht Fryderyk w 1571 r. uzyskał pełnoletność i objął rządy w Prusach Książęcych, zależnych wtedy od Rzeczypospolitej. Już w 1572 r. jego otoczenie zauważyło u niego objawy choroby psychicznej. Sprawa była poważna, nie tylko ze względów medycznych, ale też, oczywiście, politycznych. Przez niemal rok prowadzono obserwację kondycji i zachowania księcia, a wnioski z niej zapisywano w specjalnym dzienniku. W tym i innych dokumentach, nie rozumiejąc istoty książęcego schorzenia, opisywano Albrechta jako melancholika, choć niekiedy pisano o nim jako o człowieku „głupkowatym" i „idiocie". Warto dodać, że w czasach księcia osoby niżej urodzone, uchodzące za chore psychicznie, pławiono, straszono albo wykonywano na nich trepanacje w poszukiwaniu tzw. kamieni szaleństwa. Ze wspomnianego dziennika wynika, że Albrecht Fryderyk panicznie bał się otrucia, co rusz oskarżając o to najbliższych (trucizna miała według niego znajdować się np. w hostii), i symulował popełnienie samobójstwa. W kontekście melancholii warto też odnotować częsty książęcy mutyzm, czyli raptowne popadanie w stan zamyślenia i zaprzestawanie kontaktu z otoczeniem. Dociekaniem istoty choroby, na którą zapadł Albrecht Fryderyk, zajmowało się wielu specjalistów, a wśród nich historyk medycyny **Andrzej Skrobacki**. Formułując swoją diagnozę, skorzystał on z pomocy **Tadeusza Bilikiewicza**, dawnego profesora AMG, nie tylko znakomitego psychiatry, ale także historyka medycyny. Na tej podstawie wysunięto tezę o schizofrenii młodego księcia, później zaś Bilikiewicz doprecyzował nawet, że chodziło o schizofrenię paranoidalną[2].

A co melancholijnemu księciu doradzali współcześni mu medycy? Przepisywali oni upusty krwi i lewatywę, aby pozbyć się czarnej żółci, zalegającej jakoby w organizmie władcy. Dodatkowo zalecali częste ziołowe kąpiele. Nieodzowna wydała im się również pomoc teologa, który naprowadziłby księcia na dobrą drogę, wszak chorobę rozumiano nie tylko jako cierpienie ciała, ale i duszy. Albrecht Fryderyk w 1578 r. został oficjalnie uznany za chorego na umyśle i odsunięty od władzy. Przeżył jeszcze 40 lat.

Właściwie do dzisiaj pozostaje tajemnicą, na co chorował książę, ale pewną zagadką pozostają też choroby psychiczne, które kiedyś utożsamiano z melancholią. Co ciekawe, jeden z najbardziej uznanych polskich psychiatrów, **Antoni Kępiński** (1918-1972), postulował, aby określenie „depresja" zamienić właśnie na „melancholia". Do dziś jego książka o takim właśnie tytule jest wznawiana i chętnie zgłębiana przez czytelników. ■

DR N. HUM. PIOTR PALUCHOWSKI

[1] Zostały one niedawno przedstawione w tekście: J. Małłek, M. Małłek-Grabowska, *Melancholia księcia pruskiego Albrechta Fryderyka (1553–1618)*, [w:] *Melancholia. Medyczne i kulturowe aspekty na przestrzeni dziejów*, red. W. Ślusarczyk, R. Wilczyńska, G. Frischke, Lublin 2020.

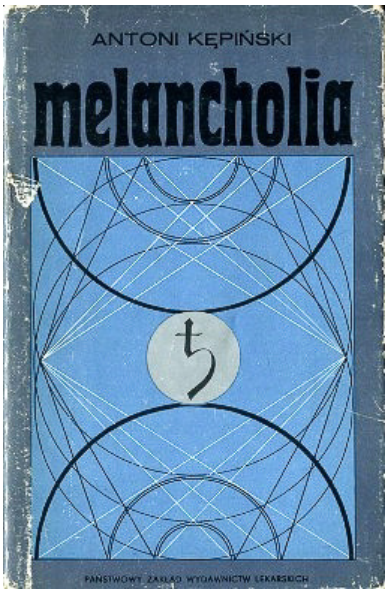
[2] Tamże.

Od melancholii do depresji i z powrotem

W 50. rocznicę wydania *Melancholii* Antoniego Kępińskiego

MAKSYMILIAN WRONISZEWSKI
Wydawnictwo GUMed

50 lat temu PZWL opublikował – pośmiertnie – *Melancholię* **Antoniego Kępińskiego**. Książkę, która nie wzbudziła może takiego zainteresowania jak czytana powszechnie w latach 70. *Schizofrenia*, lecz z całą pewnością stanowi jedną z głównych pozycji polskiej melancholii. Kępińskiego uznać można za kontynuatora i modyfikatora zarówno tradycji humanistycznego spojrzenia na melancholię, jak i *stricte* psychiatrycznych sposobów ujęcia tego zagadnienia, rozwijanych w wieku XX. Powiedzieć można, że autor *Melancholii* „humanizuje" hermetyczny dyskurs psychiatrii i „psychiatryzuje" wielkie mity kultury. W kontekście tego połączenia za znaczący można uznać fakt, że Kępiński w dwóch pierwszych akapitach *Melancholii* przywołuje **Hippokratesa** i **Emila Kraepelina**. I choć w dalszej części o Hippokratesie już nie wspomina, a dla Kraepelina bodaj raz robi wyjątek, to odwołanie do tych akurat postaci nie jest bez znaczenia. Wymieniając pierwszego z nich, Kępiński nawiązuje do źródeł medycznych ujęć melancholii, które dały zarazem początek kulturowemu mitowi czarnej żółci, pisząc zaś o Kraepelinie, niejako nasuwa na myśl czytelnika stworzoną przezeń, ściśle scjentystyczną, szczegółową klasyfikację chorób psychicznych. Kępińskiego postrzegać więc wolno i jako autora dopisującego kolejny rozdział do tradycji humanistycznej melancholii, i jako psychiatrę rozluźniającego pisarski rygor swojej dyscypliny, ale trzymającego rękę na pulsie jej najnowszych osiągnięć.



Antoni Kępiński, *Melancholia*, Warszawa 1974

Imiona melancholii

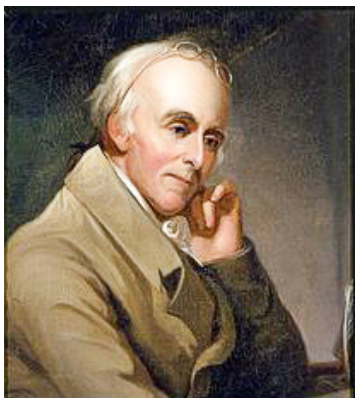
Kępiński oczywiście nie tyle połączył medyczną i humanistyczną wykładnię melancholii, co na powrót je związał. Koncepcja melancholii od samego początku była medyczna w tym sensie, że jej chorobową postać wiązano z somatyczną patogenezą (antyczna teoria czterech soków/humorów), i „psychiatryczna", bowiem już wówczas dopatrywano się zależności między zachwianiem naturalnego poziomu, obecnej rzekomo w organizmie, czarnej żółci a występowaniem psychicznych zaburzeń, przewlekłego smutku i lęku albo przeciwnie – stanów ekstatycznych z towarzyszącymi im halucynacjami. Z czasem różne aspekty melancholicznej symptomatologii nie tylko uległy swoistej mitologizacji, stając się elementami humanistycznego (literackiego, artystycznego) mitu, lecz także spowszedniały. Sam przymiotnik „melancholijny" używany mógł być już nie tylko na oznaczenie choroby i temperamentu, ale też cechy charakteru, przelotnego stanu ducha czy nawet służyć opisowi krajobrazu, nastroju, oświetlenia czy pogody [1, s. 245]. Dlatego też po wielu wiekach rozwoju i licznych mutacjach terminu „melancholia", mieszania się jego medycznych, kulturowych i potocznych znaczeń, nurty psychiatrii XIX w. zaczęły poszukiwać takich terminów na określenie patologicznego obniżenia nastroju, które pozwoliłyby uwolnić je od zmiennych i nierzadko sprzecznych kontekstów melancholicznego mitu oraz związanych z nim – zarówno pozytywnych, jak i negatywnych – stereotypów.

O tym, jak szeroki był wówczas zakres znaczeniowy pojęcia „melancholia", świadczy fakt, że to dopiero w ujęciach psychiatrycznych wysuwanych na przełomie XVIII i XIX w. smutek, pojęty jako patologiczny afekt, został uznany za osiowy objaw melancholii [2, s. 76]. Przez wiele stuleci „melancholia" niejako kumulowała w sobie rozmaite znaczenia, wchodziła w mariaże z innymi „psychopatologicznymi" pojęciami, choćby z manią, histerią czy hipochondrią, ale też epilepsją, opętaniem, obłędem, szaleństwem. Łączono ją z podatnością na diabelskie podszepty (w wersji łagodnej z grzeszną acedią, w ostrej – z wymagającym egzorcyzmów opętaniem); z rozbuchaną seksualnością, upodobaniem do miłosnych podbojów lub przeciwnie – nieśmiałością i skłonnością do masturbacji; ze stanami delirycznymi i całkowitym stuporem; łatwością targnięcia się na własne życie, ale i życie innych.

Katalog melancholicznych objawów był bardzo obszerny, a ponadto potoczne, literackie i artystyczne znaczenia melancholii wprowadzały do terminologii psychiatrycznej dodatkowe

→

komplikacje. Stąd też pojawiające się w XVIII i XIX w. propozycje terminologiczne, mające „melancholię" zastąpić, akcentowały właśnie aspekt emocjonalny, patologiczne obniżenie nastroju. Przykładem tego zaproponowany przez amerykańskiego lekarza **Benjamina Rusha** (1745-1813) termin „tristemania" czy zwłaszcza wysunięta przez **Jeana-Étienne'a Esquirola** (1772-1840) koncepcja lypemanii (*lypémanie*), zwanej też monomanią smutną (*monomanie triste*) [3].



Benjamin Rush (1745-1813) na portrecie Charlesa Willsona Peale'a, 1818 r. | źródło – tiny.pl/czkb6

Marcin T. Zdrenka słusznie zauważa, że *uznanie za punkt wyjścia nie złożonego splotu zjawisk, ale wyodrębnienie jednego z nich (obniżenia nastroju, szczęścia, dynamiki życiowej), a następnie potraktowanie go jako budulca nowej siatki kategorii, [przynosi] szereg profitów: po pierwsze, uwalnia od […] nadbagażu tradycji; po drugie, ułatwia wychwycenie nowych […] związków przyczynowo-skutkowych, łączących objawy z ich źródłami; po trzecie, otwiera przestrzenie do budowy typologii i klasyfikacji, które precyzyjniej niż dawno zapomniane metafory („czarna żółć"), poddają się skalowaniu i operacjonalizowaniu zgodnie z wymogami współczesnych nauk* [4, s. 166].

Esquirol, odrzucając termin „melancholia", należący już wtedy do *języka poetów, artystów i salonowców* [1, s. 8], jako jeden z pierwszych chciał odciąć się i od pozostałości protomedycznej teorii czterech humorów i od humanistycznego mitu, który teoria ta zapoczątkowała. Smutek (czy też: obniżenie nastroju) stał się w ten sposób główną cechą melancholika i niemalże synonimem melancholii.

W stronę depresji

To jednak nie lypemania, o której szybko zapomniano, lecz depresja miała zastąpić melancholię w słowniku psychiatrów. Nie doszło do tego rzecz jasna od razu, a oba terminy wchodziły ze sobą w zmienne relacje. Początkowo depresja, którą **William Cullen** (1710-1790) opisał jako *ogólne obniżenie funkcjonowania fizjologicznego i psychicznego* [5, s. 44], niejako mieściła się w pojęciu melancholii, oznaczając wyłącznie jedną z jej możliwych objawów – stan przygnębienia chorobą. Z czasem oba pojęcia zaczęły funkcjonować jako synonimy, w końcu zaś depresja zaczęła melancholię wypierać, nigdy jednak nie rozprawiając się z nią do końca. Melancholia jako konkretna jednostka chorobowa przetrwała bowiem w nazwie obniżenia nastroju charakterystycznego dla wieku starczego – *melancholia involutiva* [2, s. 77].

Dobrze tę drogę rozwojową melancholii i depresji ukazują kolejne wydania podręcznika psychiatrii Kraepelina, który – choć posługiwał się oboma terminami komplementarnie – z czasem ograniczył użycie pojęcia „melancholia". W pierwszej edycji podręcznika (1883) niemiecki psychiatra opisywał cztery różne rodzaje melancholii, należące do większych grup chorób; w drugim (1887) i trzecim (1889) melancholia stała się już samoistną jednostką w grupie psychoz. Kraepelin umieścił ją na pierwszym miejscu [6, s. 213-241] obok jedenastu innych i podzielił na trzy rodzaje: *melancholia simplex, melancholia activa* i *melancholia attonita*, a oprócz tego wskazał na melancholię okresową (w grupie psychoz okresowych) oraz melancholię urojeniową (w klasyfikacji psychoz urojeniowych). W kolejnych wydaniach Kraepelin coraz częściej używał terminu „stany depresyjne" (*deppresive Zustände*), a melancholia nie zajmowała już tak znaczącej pozycji, jak jeszcze kilka lat wcześniej. W przełomowym szóstym wydaniu (1899) niemiecki psychiatra wyróżnił trzynaście rodzajów chorób psychicznych, w tym psychozę maniakalno-depresyjną, do której zaliczył wszystkie choroby, objawiające się zaburzeniami nastroju [7, s. 125]. Znalazły się tu i przypadki manii, i wszelkie stany depresyjne, i wyróżniane wcześniej rodzaje melancholii z wyjątkiem wspomnianej *melancholia involutiva* [8, s. 317], którą lekarz uznał za osobną jednostkę (choć tylko do czasu wydania ósmej edycji swojego dzieła (1913), kiedy to i ją włączył w obręb psychozy maniakalno-depresyjnej).

To chyba właśnie dzięki niemieckiej psychiatrii melancholii nie wyrugowano do końca z psychiatrycznego słownika. Niemieccy lekarze nie odcięli się z taką stanowczością od melancholii, z jaką zrobił to choćby Esquirol. Stało się tak może dlatego, że melancholia, w swojej patetycznej, wzniosłej odmianie, od wieków stanowiła element „mitologii niemieckiego ducha", łączącego w sobie geniusz i udrękę istnienia, wewnętrzną siłę i rozpacz samowiedzy. *Melencolia I* Dürera, opisane przez Waltera Benjamina barokowe dramaty żałobne (*Trauerspielen*), *Faust* Goethego i *Doktor Faustus* Manna – we wszystkich tych dziełach manifestuje się wyobrażenie o patetycznej germańskiej melancholii. Jeszcze w 1988 r. **Raymond Klibansky** w przedmowie do niemieckiego wydania studium *Saturn i melancholia* pisał, że *współcześnie melancholia stała się przedmiotem rozpraw wielu psychiatrów*

Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840) | źródło – tiny.pl/cvdkw

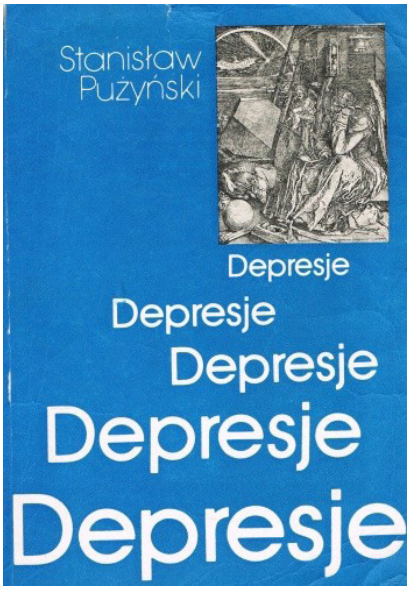
– przeważnie niemieckich – przekonanych, iż klucza do problemu dostarczy współczesna filozofia […]. Tymczasem psychiatrzy brytyjscy wycofali ten zawsze niejednoznaczny termin z obiegu i zamiast o melancholii mówią odtąd o różnych stopniach depresji [1, s. 8].

Jest może w tym przeciwstawieniu myśli niemieckiej i brytyjskiej jakieś echo odmiennych ujęć melancholicznego mitu, które wytworzyły się na gruncie germańskiego i anglosaskiego kręgu kulturowego. Jeśli melancholia niemiecka była przede wszystkim patetyczna i tragiczna, to Anglicy bodaj jako pierwsi zaczęli „melancholizowanie" wyśmiewać, z ironią przyglądać się odgrywaniu melancholijnych póz, na co wiele dowodów znajdziemy już w utworach epoki elżbietańskiej – w tym u Szekspira. Charakterystyczne jest w tym kontekście, że największy udział w przyswojeniu psychiatrii terminu „depresja" miał **Adolf Meyer**, szwajcarski psychiatra, zbuntowany uczeń Kraepelina, który dopiero po emigracji do Stanów Zjednoczonych w 1892 r. spopularyzował nienowy już wówczas termin [9, s. 8].

Emil Kraepelin (1856-1926)
źródło – wikimedia commons

Smutnodur i posępnica

Przeprowadzone przez **Mirę Marcinów** badania, dotyczące „archeologii" polskiej psychopatologii melancholicznej, kładą nacisk na swoistość rodzimej terminologii. Pojęciami używanymi przez polskich psychiatrów na oznaczenie melancholii były między innymi – by wymienić tylko najbardziej wyraziste z nich – zaproponowany przez **Ludwika Perzynę** w 1793 r. „smutnodur", stanowiące kolejno tłumaczenia terminów „lypemania" i „spleen" „ponurowatość" i „śledziennictwo" czy stosowane przez wielu autorów pojęcia „posępnica" i – zwłaszcza – „zaduma" [2, s. 81-86]. Już ten krótki przegląd pozwala zwrócić uwagę na rozmaite cechy melancholii, jakie terminy te starały się zaakcentować, wśród nich smutek i głupotę/otępienie („durność"), połączoną z apatią głębię myśli („zaduma"), a nawet ślad dawnej teorii humoralnej ujawniający się w terminie „śledziennictwo", wskazującym na związek ze śledzioną, która według starożytnych miała być źródłem czarnej żółci.



Stanisław Pużyński, *Depresje*, Warszawa 1988; na okładce reprodukcja *Melencolii I* Albrechta Dürera; 1514 r.

Ponadto sama nozologia melancholiczna była w polskiej psychiatrii drugiej połowy XIX w. znacząco rozbudowana. *Słownik terminologii lekarskiej polskiej* z 1881 r. podaje aż dziesięć jej rodzajów i dodatkowo pięć odmian pokrewnej jej i częściowo z nią tożsamej „lipemanii". W tym samym słowniku termin „depresja" występuje jako synonim „zaleknienia" lub „psychicznego przygnębienia", a bodaj po raz pierwszy „depresja" pojawia się w psychiatrii polskiej dziesięć lat wcześniej w artykule **Stanisława Chomętowskiego** i oznacza wyłącznie jeden z możliwych symptomów melancholii – otępienie melancholiczne (*depressio melancholica*). Chomętowski pisze o *otępieniu znacznym, czyli depresji w sferze woli* [2, s. 84].

Z czasem melancholia zaczęła ustępować pola depresji i był to proces na tyle nasilony, że niektórzy uznali za słuszne bronić melancholicznej nozologii. Poświadcza to epizod z historii ścierania się pojęć „melancholia" i „depresja" przytaczany przez **Eugeniusza Brzezickiego**, który wspominał obrady siódmego zjazdu psychiatrów polskich w Kocborowie w 1927 r., kiedy to *podczas dyskusji nad referatami poświęconymi psychozie maniakalno-depresyjnej słynny psychiatra i neurofizjolog polski, prof. dr Jan Mazurkiewicz, zwrócił uwagę, że termin „melancholia" oznacza dokładnie „jednostkę chorobową", natomiast przez depresję rozumiemy różne stany w różnych jednostkach chorobowych* [10, s. 5]. Trudno jednoznacznie stwierdzić, czy **Mazurkiewicz** szedł po prostu po śladach Cullena i Chomętowskiego, którzy widzieli w depresji jeden z możliwych objawów melancholii, czy też, już po lekcji Kraepelina, przeciwstawiał się rozpowszechnieniu pojęcia „depresja", które skutkowało rozszerzeniem jego znaczenia w stopniu graniczącym z naukową niekomunikatywnością. W każdym razie nie był to koniec terminologicznych komplikacji.

Depresja do kwadratu

Depresja, podobnie jak wcześniej melancholia, stała się terminem kłopotliwym, a do czasu wydania książki Kępińskiego jej zakres znaczeniowy poszerzył się jeszcze bardziej. Dla przykładu, w latach 60. psychiatrzy amerykańscy [7, s. 318] zaczęli włączać w jej obręb także dysforię, czyli *krótkotrwałe (utrzymujące się kilka godzin, niekiedy kilka dni) zaburzenia nastroju w postaci stanów gniewliwości, niezadowolenia, nastroju*

depresyjno-lękowego, trwożliwo-gniewliwego [11, s. 95], która z kolei pokrewna była dystymii, określającej *zaburzenia nastroju polegające na dominowaniu złego samopoczucia, niezadowolenia, drażliwości, nieznacznie obniżonego nastroju podstawowego, przejawiające się wybuchami gniewu oraz agresją słowną i ruchową* [11, s. 93]. Depresja spowszedniała, jak niegdyś melancholia; stała się jednym z najczęściej diagnozowanych zaburzeń psychicznych, mówić wręcz można było o swoistej epidemii depresji, zwłaszcza że rewolucja farmakologiczna umożliwiała szybką poprawę złego samopoczucia. To spowszednienie depresji nie sprawiło jednak, że sam termin stał się mniej „naukowy", a raczej doprowadziło do drobiazgowych klasyfikacji jej odmian, owej „stopniowalności", na którą wskazywał Klibansky. Wydaje się, że właśnie dzięki temu ślady dawnej melancholicznej nozologii przetrwać mogły w języku psychiatrów. Jeśli bowiem w podręcznikach, słownikach, leksykonach i kompendiach psychiatrii powstających w drugiej połowie XX w. „depresja" jest odmieniana przez wszystkie przypadki; jej rodzaje są szczegółowo opisywane i umieszczane w rozbudowanych tabelach klasyfikacyjnych, to „melancholia" z całą swoją niejednoznacznością, paradoksalnie staje się terminem oznaczającym – by tak rzec – „depresję właściwą", „depresję do kwadratu". Tym samym „melancholia" wymyka się jednoznacznej definicji, a jednocześnie jej wtórnie potoczne, umowne znaczenie konotuje sam rdzeń przeżyć depresyjnych.

Czy Antoni Kępiński napisał *Depresję?*

We wstępie do *Melancholii* Brzezicki pisze, że *większość psychiatrów, świadomych subtelnej problematyki językowej, woli jednoznaczny termin „melancholia" i za nim też opowiada się autor książki* [10, s. 6]. Sprawa zatem niby jest jasna, a jednak nie do końca. Być może dzięki tej retorycznej strategii Brzezicki chciał w jakimś sensie usprawiedliwić dokonany przez Kępińskiego wybór tytułu książki; bynajmniej nie oczywisty i w gruncie rzeczy kłopotliwy, skoro termin „melancholia" pojawia się w niej jedynie na pierwszej stronie, na kolejnych zaś konsekwentnie i bez wyjątku czytamy o depresji (nawet melancholię involucyjną zastępuje u Kępińskiego depresja involucyjna). Krakowski lekarz o melancholii pisze – powiedzieć można – raz, a dobrze; bardzo sugestywnie rozpoczyna książkę: *Smutek jest dolą człowieka. […] Nic też dziwnego, że w psychiatrii, gdzie cierpienie psychiczne przekracza granice przeciętności, depresja, niekiedy zwana przygnębieniem, jest jednym z głównych problemów. W bogactwie obrazów psychopatologicznych można wyodrębnić różne typy depresji. Najstarszym z nich, bo już Hippokratesowi znanym, jest melancholia lub depresja endogenna* [10, s. 15].

Kępiński musiał doskonale zdawać sobie sprawę z problematyczności użycia słowa „melancholia", skoro na nieco ponad tydzień przed śmiercią, w szpitalnym łóżku, gdzie powstała większość jego książek, wystosował listowną prośbę o przedłużenie urlopu naukowego, w której pisał między innymi, że w wydawnictwie złożył już *maszynopisy książek „Depresja" i „Z psychopatologii życia seksualnego"* [12, s. 186]. „Depresja", a nie „Melancholia". Książka była już wówczas gotowa, a jednak Kępiński ukrył jej planowany tytuł w oficjalnej naukowo-urzędowej korespondencji (bo nie wydaje się, by zmienił go na kilka dni przed śmiercią, gdy powrócił jeszcze do ostatnich poprawek *Lęku*). Być może przeczuwał ewentualne posądzenie o nienaukowość, co jeszcze wyraźniej pozwoliłoby rozpoznać pozycję pojęć „depresja" i „melancholia" w ówczesnym dyskursie naukowym, a tym samym podać w wątpliwość wskazywaną przez Brzezickiego rzekomą oczywistość użycia tego drugiego terminu.

Wniosek Brzezickiego należałoby w zasadzie odwrócić i powiedzieć, że Kępiński tytułuje swoją książkę *Melancholia* nie dlatego, że jest to termin klarowny i precyzyjny, ale wręcz przeciwnie – robi tak, jak się wydaje, właśnie z powodu jego niejasności i niejednoznaczności. Wśród opisanych przez Kępińskiego rodzajów depresji wyjątkową stanowi depresja endogenna, utożsamiana przez autora z Hippokratejską melancholią, którą można uznać za *skandal naukowy, bowiem przeczy idei racjonalności psychiatrii, która chce pozostawać w ścisłych ramach dyscypliny naukowej* [4, s. 165]. W ten właśnie sposób, akcentując „bezprzyczynowość" melancholii, podważając dążenia scjentystycznie zorientowanej psychiatrii, Kępiński zwraca się w stronę takiej konceptualizacji przeżyć depresyjnych (a przynajmniej ich części), którą wcześniej przedstawili choćby Robert Burton, autor monumentalnej *Anatomii melancholii* (1621), gdy pisał o melancholii jako o *smutku bez przyczyny* [4, s. 132], Kierkegaard, uznający, że odnaleźć źródło melancholii znaczy tyle, co się z nią rozprawić, czy Fernando Pessoa, który o melancholii pisał po prostu, że jest to *nic, które boli* [13, s. 19]. ■

MAKSYMILIAN WRONISZEWSKI

Bibliografia

1. E. Panofsky, R. Klibansky, F. Saxl, *Saturn i melancholia. Studia z historii, filozofii, przyrody, medycyny, religii oraz sztuki*, przeł. A. Kryczyńska, Kraków 2010.
2. M. Marcinów, *Historia polskiego szaleństwa*, t. 1: *Słońce wśród czarnego nieba. Studium melancholii*, Gdańsk 2017.
3. R. Kujawski, *Monomania – zagadnienia kliniczne i społeczno-prawne,* „Postępy Psychiatrii i Neurologii" 2013, nr 22.
4. M.T. Zdrenka, *O gnuśności. Studium lenistwa i jego kontekstów*, Toruń 2012.
5. A. Musiał, *Depresja – rys historyczny*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna" 2007, vol. 7, nr 1.
6. E. Kraepelin, *Psychiatrie. Ein kurzes Lehrbuch für Studirende und Aerzte*, Leipzig 1887.
7. E. Shorter, *Historia psychiatrii. Od zakładu dla obłąkanych po erę Prozacu*, tłum. P. Turski, Warszawa 2005.
8. E. Kraepelin, *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studirende und Aerzte,* Bd. II: *Klinische Psychiatrie*, Leipzig 1899.
9. S. Murawiec, P. Wierzbiński, *Depresja 2016*, Gdańsk 2016.
10. A. Kępiński, *Melancholia*, Warszawa 1985.
11. *Encyklopedyczny słownik psychiatrii*, pod red. L. Korzeniowskiego i S. Pużyńskiego, Warszawa 1978.
12. A. Jakubik, J. Masłowski, *Antoni Kępiński – człowiek i dzieło*, Warszawa 1981.
13. M. Bieńczyk, *Melancholia. O tych, co nigdy nie odnajdą straty*, Warszawa 2014.

O depresji po porodzie i nie tylko

DR KAROLINA MALISZEWSKA
Specjalistka położnictwa i ginekologii,
psycholożka,
absolwentka GUMed

Czas oczekiwania na narodziny dziecka to szczególny moment w życiu kobiety i jej rodziny. Pomimo błogiego wyobrażenia o opiece nad maleńkim dzieckiem, nie zawsze jest to czas łatwy i przyjemny. W okresie tym u kobiet mogą bowiem pojawić się zaburzenia psychiczne.

Depresja jest szeroko rozpowszechnioną chorobą, która według danych WHO dotyka nawet 5-6% populacji. Depresja to stan, kiedy czujemy się źle psychicznie. Fizycznie nic nam nie dolega; nie mamy gorączki, kaszlu, nic nas nie boli (chyba że są to objawy o charakterze psychosomatycznym). Mimo to nasze samopoczucie jest kiepskie, może brakować nam siły, aby wstać z łóżka, aby się cieszyć. To taka „psychiczna grypa". Coś jest nie tak i zaburza to nasze codzienne funkcjonowanie w domu czy w pracy.

Depresja poporodowa a *baby blues*

„Depresja poporodowa" to pojęcie znane coraz szerzej, choć nadal nie przywiązuje się do niego należytej wagi. Depresja może pojawić się już w czasie ciąży, dlatego w standardzie organizacyjnym opieki okołoporodowej znajdziemy zalecenia oceny ryzyka i nasilenia objawów depresji u kobiety w I i III trymestrze ciąży oraz w połogu. Kobieta w tym szczególnym czasie może doświadczać całego wachlarza zaburzeń psychicznych, od najłagodniejszego syndromu, jakim jest *baby blues/maternity blues*, czyli smutek/przygnębienie porodowe, do najrzadziej występującego, ale i najpoważniejszego – psychozy poporodowej. W tym okresie mogą się również pojawiać m.in. zaburzenia lękowe, a w przypadku wystąpienia niespodziewanych trudności w trakcie ciąży lub porodu – zespół stresu pourazowego.

źródło – pexels.com

Diagnostyka i objawy

Szacuje się, że w krajach wysokorozwiniętych depresja poporodowa występuje u 5-9% kobiet. W przypadku autodiagnozy wykonywanej dzięki testom przesiewowym wskaźnik ten sięga 13%. Depresja pojawia się w ciągu kilku tygodni lub miesięcy po porodzie. Smutek lub przygnębienie poporodowe pojawia się znacznie szybciej, w ciągu kilku dni, i występuje powszechnie – nawet u 80% kobiet. Psychoza poporodowa występuję natomiast u 1-2‰ kobiet i wymaga pilnego wdrożenia odpowiedniego leczenia, gdyż w tym wypadku życie kobiety lub dziecka może być zagrożone.

W internecie można znaleźć testy przesiewowe do samodzielnego wykonania, dzięki którym kobiety mogą dowiedzieć się, czy są narażone na ryzyko wystąpienia depresji poporodowej. Do takich testów zaliczyć można m.in. *Edynburską Skalę Depresji Poporodowej* (EPDS), PHQ-9 (*Kwestionariusz zdrowia pacjenta*) lub *Skalę depresji Becka*. Podwyższony wynik w teście wskazuje na konieczność zgłoszenia się do specjalisty, gdyż sam wynik to za mało, aby postawić diagnozę.

Do podstawowych objawów depresji okołoporodowej zaliczyć można spadek nastroju, przygnębienie, ograniczenie zainteresowań, problemy z apetytem i ze snem (za mało lub za dużo), zmęczenie, spadek energii, zamartwianie się, poczucie winy i niskiej wartości, zaburzenia koncentracji lub uwagi. Choroba nie dotyczy tylko kobiety, ale rzutuje też na dziecko, męża/partnera i całą rodzinę. Depresja zaburza funkcjonowanie społeczne. Jest realnym stanem, którego nie wolno lekceważyć. Do jej najbardziej niepokojących objawów należą nawracające myśli samobójcze, plany samobójcze lub nawet próby samobójcze, tzw. próby „S". Najpoważniejszym powikłaniem głębokiej depresji jest samobójstwo, a w skrajnym przypadku – samobójstwo rozszerzone o dziecko.

W przypadku *baby bluesa* objawy są znacznie łagodniejsze. Pojawia się płaczliwość, rozdrażnienie, lęki, niepokój lub problemy ze snem. Co więcej, objawy te można zrzucić na karb wymagań związanych z opieką nad małym dzieckiem, więc łatwo je przeoczyć. *Baby blues* zazwyczaj ulega samoograniczeniu.

Warto zastanowić się nad przyczynami poporodowych zaburzeń psychicznych. Jeżeli kobieta chorowała wcześniej na depresję, choroba może powrócić, ale na jej stan mogą rzutować także inne zaburzenia psychiczne, które występowały w przeszłości. W takim przypadku warto zastanowić się, czy członkowie jej rodziny cierpieli na podobne dolegliwości. Wszelkie sytuacje

→

obniżające sytuację socjoekonomiczną: nałogi, przemoc, ubóstwo czy samotność także mogą mieć wpływ na stan psychiczny kobiety. Istotne w tym kontekście są ponadto wszelkie problemy związane z ciążą, m.in. zajście w nią w okresie nieletniości, ciąża nieplanowana czy powikłania w czasie ciąży i porodu. Niemałe znacznie ma też podłoże neurobiologiczne. Zaburzenia w przewodzeniu neurotransmiterów lub w hormonalnej osi podwzgórze – przysadka – nadnercza, a także wpływ hormonów płciowych są ważnymi przyczynami poporodowych zaburzeń psychicznych. Trzeba pamiętać, że zaburzenia psychiczne w okresie okołoporodowym warto i należy leczyć.

grafika – Małgorzata Gusman

Potrzeba wsparcia

Bardzo ważnym aspektem w czasie zmagania się z psychicznymi zaburzeniami okołoporodowymi jest wsparcie społeczne rodziny i przyjaciół. To nie jest dobry czas, aby mówić: *weź się w garść, nie przesadzaj, będzie lepiej*. To czas na słowa: *jestem obok, możesz płakać, czego potrzebujesz?, chcesz porozmawiać?, chciałabyś odpocząć?, przynieść ci obiad albo odkurzyć?*. Kobieta powinna wiedzieć, że to normalne od czasu do czasu czuć smutek, złość czy zmartwienie, zwłaszcza wtedy, gdy rodzi się dziecko. Problem pojawia się, gdy sytuacja ta się przedłuża. Kobieta musi zadbać najpierw o swoją kondycję psychiczną, aby móc dobrze zatroszczyć się o dziecko. Odpoczynek, dieta i dobry sen to podstawa. Każda młoda mama powie: *OK, ale jak to zrobić?*. Opieka nad noworodkiem czy niemowlakiem jest bardzo wymagająca, dlatego właśnie pomoc drugiej osoby może pozwolić kobiecie zadbać o siebie i nabrać sił. Przy wystąpieniu smutku poporodowego wystarczające może okazać się wsparcie psychiczne lub instrumentalne, np. rozmowa, uważne wysłuchanie kobiety i okazanie zrozumienia dla jej uczuć, pomoc w opiece nad dzieckiem, propozycja wyjścia na spacer czy ugotowania posiłku.

W przypadku innych poważniejszych problemów z nastrojem warto wybrać się do specjalisty – psychologa, psychoterapeuty lub psychiatry. W łagodnych postaciach choroby bardzo ważna jest psychoterapia prowadzona przez wyszkolonego terapeutę. Psychoterapia, zwłaszcza poznawczo-behawioralna lub interpersonalna, ma ogromne znaczenie i przynosi wymierne efekty. Może ona odbywać się na sesjach indywidualnych lub grupowych. Obecnie mamy również możliwość wdrożenia procedur *online*, jednak o ich zastosowaniu decyduje specjalista. Problemem może być dostępność odpowiedniej terapii, bowiem często trudno jest znaleźć właściwą, finansowaną ze środków publicznych psychoterapię w odpowiednio szybkim terminie…

Farmakoterapia

Jednak gdy stan kobiety jest poważny, ulega pogorszeniu lub stosowana terapia nie przynosi efektów, najlepszym rozwiązaniem są leki przeciwdepresyjne. Bardzo ważne jest przyjmowanie odpowiednio dobranych leków pod okiem lekarza psychiatry. Kobiety często nie leczą się, bo nie mają czasu, pieniędzy lub obawiają się przyjmowania substancji, które mogą trafić do organizmu dziecka wraz z ich mlekiem. Do najbezpieczniejszych leków stosowanych w trakcie karmienia piersią należą m.in. sertalina i paroksetyna z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI). W *Laktacyjnym Leksykonie Leków* mają one kategorię L2 (L1 to leki najbezpieczniejsze w trakcie karmienia piersią, a L5 – przeciwwskazane). Oczywiście żaden lek nie jest w 100% bezpieczny i jego użycie zawsze może wiązać się z wystąpieniem powikłań, a także objawów niepożądanych u dziecka. Objawy te są jednak najczęściej łagodne, przemijające, a przede wszystkim występują rzadko. Warto pamiętać, że korzyści terapeutyczne, czyli poprawa samopoczucia matki, pozytywnie rzutują na dobrostan diady matka-dziecko oraz całej rodziny i znacznie przewyższają ryzyko powikłań.

W sytuacjach zagrożenia życia pacjentki, ryzyka samobójstwa lub samobójstwa rozszerzonego należy reagować szybko i konkretnie. Interwencja kryzysowa lub pilna konsultacja psychiatryczna w szpitalu to najwłaściwsze kierunki działania.

Szczęśliwa kobieta = szczęśliwe dziecko

Depresja poporodowa to jedynie mały wycinek okołoporodowych problemów psychicznych kobiet. Dlatego tak ważna jest podstawowa edukacja w zakresie leczenia, zwłaszcza podejmowanego w trakcie karmienia piersią. Pamiętajmy, że zdrowa i szczęśliwa kobieta to zdrowe i szczęśliwe dziecko, rodzina i całe społeczeństwo. ■

DR KAROLINA MALISZEWSKA

Depresja nie zawsze oznacza smutek

Z **dr Katarzyną Szaulińską-Dynowską**, psychiatrką i psychoterapeutką, współautorką komiksu *Czarne fale*, rozmawia **Maksymilian Wroniszewski** z Wydawnictwa GUMed

Depresja wieku młodzieńczego pojawia się w wielu klasyfikacjach stanów depresyjnych. Co sprawia, że wyróżniamy ją jako osobne zjawisko? Jakie są jej cechy szczególne i czym charakteryzuje się jej przebieg?

Dr Katarzyna Szaulińska-Dynowska
fot. Łukasz Dynowski

Depresja towarzysząca różnego rodzaju momentom przejściowym występuje często, a trzeba pamiętać, że okres młodzieńczy w takie momenty obfituje. To wtedy bardzo zmienia się ciało, człowiek zaczyna eksperymentować, samodzielnie podejmować decyzje – jest bardziej wolny, lecz bierze też na siebie więcej odpowiedzialności. Wprawdzie jest jeszcze zależny od rodziców, ale już nie we wszystkich aspektach życia. To wszystko bywa oczywiście niesamowicie przytłaczające.

Teraz już mniej pracuję z młodzieżą, jednak pamiętam, że często przychodzili do mnie młodzi ludzie, którzy mieli poczucie, że w bardzo krytycznym momencie swojego życia muszą podejmować decyzje, które w ich ocenie i ocenie ich otoczenia miały zaważyć na ich dalszym losie. Tymczasem oni nie czuli się do tego przygotowani. Byli w okresie transformacji tożsamości czy raczej wyłaniania się tożsamości, które trwa w zasadzie przez całe życie, ale w okresie młodzieńczym jest najbardziej burzliwe. Fakt, że właśnie wtedy podejmuje się tak ważne decyzje, przypomina grę w totolotka. Daje to ogromne poczucie presji, zwłaszcza że kapitalistyczne społeczeństwo, w którym żyjemy, wymusza na nas konieczność odniesienia sukcesu na różnych polach – zawodowo-finansowym, w kwestii wyglądu, nawiązywania relacji itd.

Pytanie, jak odróżnić naturalnie pojawiające się w okresie młodzieńczym spadki nastroju od choroby, jaką jest depresja.

W depresji nastrój jest obniżony przewlekle. U młodzieży może to niekoniecznie przybierać postać smutku, ale przede wszystkim drażliwości, złości, irytacji. Często pojawia się też anhedonia, czyli brak zdolności do odczuwania przyjemności. To, co kiedyś sprawiało radość, teraz przestaje cieszyć. Do tego dochodzi obniżenie napędu, czyli mówiąc ogólnie, poczucie braku sił, któremu z kolei może towarzyszyć bezsenność. Trzeba tu wspomnieć, że młodzież ma naturalnie przesunięte pory zasypiania i budzenia się, do czego polska szkoła nijak nie jest przystosowana – wydaje się, że nie akceptuje biologii nastolatka. Zaburzenia snu mogą mieć oczywiście wiele postaci. To zarówno trudności w utrzymaniu snu, w zasypianiu, budzeniu się, ale też budzenie się przedwcześnie, któremu może dodatkowo towarzyszyć lęk. Konsekwencją tego jest przewlekłe zmęczenie. Mogą pojawić się zaburzenia apetytu – jego zmniejszenie albo przeciwnie: „zajadanie emocji".

Jeśli traktować depresję jako konsekwencję przewlekłego stresu, to osoby w wieku młodzieńczym są szczególnie na nią narażone. Oczywiście nie u wszystkich stres występuje w takim samym stopniu. Czasem jednak jest tak silny, że pojawiają się myśli i próby samobójcze albo samookaleczenia – które też nie są objawem normalnego dojrzewania. O tych ostatnich mówi się niekiedy, że to próba zwrócenia na siebie uwagi. Cóż, moim zdaniem jeśli ktoś woła o uwagę, to należy ją zwrócić…

Interesują mnie właśnie te próby wypierania depresji – na poziomie indywidualnym, przez samych pacjentów czy ich opiekunów, ale też szerszym, społecznym. Jakie strategie przyjmujemy, by samych siebie przekonać, że to, co może być depresją, wcale nią nie jest?

Depresję często sprowadza się do lenistwa. Nie zauważa się też, że człowiek w depresji nie musi siedzieć w miejscu ze spuszczoną głową. Może to być zbuntowany nastolatek, który nie przychodzi na lekcje, a jak już się pojawi, to kłóci się z nauczycielem, podważa wszystkie autorytety. W taki sposób – nie szukając przyczyny, a skupiając się na być może irytującym objawie – łatwo przeoczyć zaburzenia psychiczne. Nie skupiajmy się zatem na tym, że dziecko chce zrobić rodzicom czy nauczycielom na złość, ale pomyślmy, czy u podstaw jego drażliwości i irytacji nie leży cierpienie.

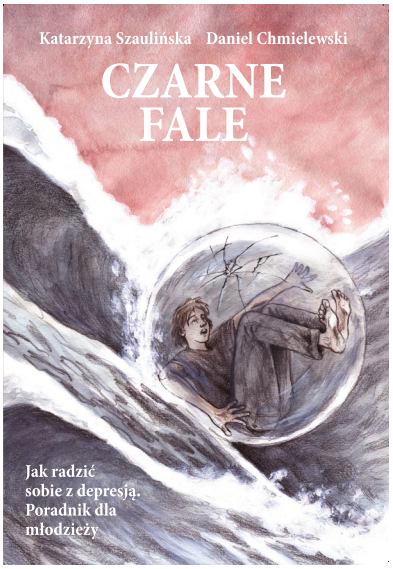
Rodzicom bywa trudno zaadaptować się do tego, że wpatrzony w nich bobas staje się nastolatkiem, zamyka się w pokoju, odburkuje pod nosem, zaczyna różne rzeczy podważać. Ważnym celem dojrzewania jest separacja od rodziców, a ona wymaga wyjścia z etapu ich idealizacji, zobaczenia rodziców bardziej realnie, z ich wadami i zaletami. Rodzice, którzy mają niestabilną samoocenę, mogą się czasem czuć przez nastolatka atakowani. W idealnej sytuacji rodzic zachowuje spokój, pozostaje blisko, stawia adekwatne granice i sygnalizuje dziecku: *jakby co, to jestem*. Natarczywe przekraczanie granic nastolatka, ciągłe

→

przeglądanie jego mediów społecznościowych i pamiętnika, nie pozostawia miejsca na indywidualność. Z drugiej strony powiedzenie: *rób, co chcesz, jesteś dorosły* też nie jest dobrym rozwiązaniem. Czasem nastolatek wręcz błaga, by pójść z nim do psychiatry – bo póki nie jest pełnoletni, nie może iść sam. Zdarza się, że rodzice mówią, że przejdzie mu, gdy się wyśpi i zje coś dobrego, albo że najlepszym lekarstwem na trudności jest zagryzienie zębów i przeczekanie. To nie są niestety rzadkie przypadki. Łatwo się złościć na rodziców depresyjnych nastolatków, ale moim zdaniem dobrze jest nie wchodzić z nimi w rywalizację i raczej stworzyć „drużynę", w której wszyscy będą współpracować. Rodzicom też należy się empatia, zwłaszcza że sama diagnoza może być postrzegana przez nich jako sygnał, że nie są wystarczająco dobrzy. To budzi poczucie winy i wstyd. Te uczucia w pewnym nasileniu mogą prowadzić do reparacji – uzdrowienia relacji w rodzinie, ale jeśli są palące, a my jeszcze je podsycamy, to możemy niechcący spowodować, że rodzina wycofa się z leczenia.

Wstyd, o którym Pani mówi, wywołuje rysa na wizerunku idealnych rodziców czy samo piętno choroby psychicznej, które pojawia się wraz z diagnozą?

Myślę, że w Warszawie, gdzie mieszkam, depresja nie jest już tak stygmatyzująca, choć zdaję sobie sprawę, że w mniejszych miejscowościach pewnie jest inaczej. To oswojenie z depresją ma dobre i złe strony. Niekorzystne jest to, że depresja stała się pojęciem, na temat którego każdy wszystko wie. Nie jest wprawdzie wstydliwe, ale coraz bardziej puste, brakuje mu odpowiedniego ciężaru. A tymczasem to jest naprawdę ciężka choroba, znacznie upośledzająca funkcjonowanie całego organizmu i mogąca skończyć się samobójstwem.



Katarzyna Szaulińska, Daniel Chmielewski, *Czarne fale. Jak radzić sobie z depresją. Poradnik dla młodzieży*, Warszawa 2016

W klasyfikacji stanów depresyjnych ciekawy jest ich związek ze stanami im przeciwstawnymi. Cyklotymia, psychoza maniakalno-depresyjna, choroba afektywna dwubiegunowa – wszystkie te terminy akcentują bliskość obniżania się nastroju i jego podwyższania. O ile o niebezpieczeństwach depresji mówi się sporo, o tyle rzadziej wskazuje się na te związane ze stanami zwiększonego pobudzenia.

Chorobę afektywną dwubiegunową, w skrócie ChAD, charakteryzują naprzemiennie występujące stany depresyjne i maniakalne albo hipomaniakalne – czyli takie, które wiążą się z podwyższonym nastrojem i pobudzeniem. Hipomania to stan, w którym raczej nikt nie zgłosi się do psychiatry – chyba że już od dawna choruje na chorobę dwubiegunową i wie, że każda zmiana fazy wymaga szczególnej uwagi. Świat w hipomanii wydaje się piękny i prosty, a człowiek czuje, że może wszystko: pogodny nastrój, poczucie mocy, zmniejszona potrzeba snu, podwyższone zdolności poznawcze. Nawet jeśli hipomania wiąże się z pewnym chaosem, to nie wymyka się całkowicie spod kontroli, wiele osób postrzega ją jako przyjemny stan, który mógłby trwać zawsze. Mania natomiast jest stanem zintensyfikowanego wzmożenia, któremu towarzyszą czasem urojenia wielkościowe, niekiedy omamy słuchowe, zdecydowanie zwiększa się energia i impulsywność, a zmniejsza potrzeba snu. W takim stanie łatwo jest podejmować bardzo nieracjonalne decyzje – robić odważne inwestycje, kupować drogie rzeczy czy, ze względu na zmniejszony krytycyzm i zwiększone potrzeby seksualne, zdradzać partnerów. W manii nastrój nie zawsze jest pogodny. Może charakteryzować go zwiększona drażliwość, co skutkuje tendencją do wdawania się w potyczki słowne czy fizyczne, zwiększonego spożywania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Taki stan działa bardzo destrukcyjnie na relacje z osobami, które są blisko pacjentów. O ile hipomanię otoczenie może odebrać jako „świetny nastrój", to pacjent w manii wydaje się raczej zagrażający i nieobliczalny. Jeśli pierwszym objawem choroby dwubiegunowej nie jest mania, to ChAD wykrywa się czasem w sytuacji, gdy w leczeniu tego, co bierzemy za „zwykłą" (czyli jednobiegunową) depresję, pojawiają się komplikacje. Depresja w ChAD wymaga innego leczenia niż depresja jednobiegunowa, bo uwzględniającego przede wszystkim leki normotymiczne – stabilizujące

nastrój przed nadmiernym wychylaniem w górę i w dół. Po standardowych lekach przeciwdepresyjnych zastosowanych u pacjentów z ChAD może pojawić się gwałtowna zmiana fazy na hipomanię/manię, możemy też jako specjaliści czuć, że efekt leczenia jest słaby mimo licznych zmian leków. Bardzo ważne jest w przypadku leczenia każdej depresji dokładne dopytanie o objawy hipomaniakalne w przeszłości. W związku z tym, że hipomania jest tak „sympatycznym" stanem, niedopytany o niego pacjent może mieć wrażenie, że nie ma sensu o tym spontanicznie opowiedzieć.

Choroba dwubiegunowa jest trudna do leczenia. Wyważenie tego, jak dobrać stabilizator nastroju, a czasem jeszcze lek antydepresyjny i inne leki, tak by pacjent czuł się dobrze, to jedna rzecz. Druga to kwestia przekonania pacjenta, by stosował się do zaleceń i zaakceptował chorobę. Bo depresja jednobiegunowa ma to do siebie, że leczymy ją do momentu uzyskania poprawy, a potem odstawiamy leki. Choroba dwubiegunowa jest natomiast chorobą przewlekłą, jak choćby cukrzyca – leki przyjmuje się w jej przypadku przez całe życie. W terapii choroby dwubiegunowej ważna jest psychoterapia – pomagająca dostrzec zwiastuny zmiany fazy, ale też wyodrębnić swoje „ja" z choroby, na nowo zbudować tożsamość z jej uwzględnieniem. To nie jest łatwe, skoro choroba sprawia, że jest się na zmianę tak bardzo ekstatycznym i tak bardzo depresyjnym. Powstaje pytanie, czy „ja" w normotymii, czyli stanie ustabilizowanego nastroju, to naprawdę „ja". I czy nie tęsknię czasem za swoim „ja" hipomaniakalnym, maniakalnym – za jazdą bez trzymanki, bez zważania na konsekwencje. Ta tęsknota jest normalna i psychoterapia pomaga ją wyrazić. Można powiedzieć, że terapia choroby dwubiegunowej polega na pracy żałoby – trzeba zastanowić się, co się traci, a co zyskuje, biorąc leki; przemyśleć swój stosunek do osób, które w wyniku unormowania naszego trybu życia mogą przestać nam towarzyszyć. Z doświadczenia wiem jednak, że wielu osobom dużą ulgę przynosi to, że ich życie w końcu zaczyna być przewidywalne.

Do zaistnienia depresji mogą przyczynić się warunki ekonomiczne, społeczne, stres czy zaburzenia relacji. A co w przypadku, gdy przyczyn depresji nie jesteśmy w stanie wyraźnie wskazać?

To ciekawe pytanie. Jestem psychoterapeutką psychodynamiczną, a to podejście zwykle koncentruje się na szukaniu przyczyn pojawienia się chorób u danej osoby w danym momencie życia. Z mojego doświadczenia wynika, że depresja endogenna, czyli taka, której źródło trudno wskazać, zwiastuje najczęściej początek choroby dwubiegunowej. Oczywiście wyzwalające ją doświadczenie nie zawsze musi być bardzo konkretne, wiadomo zresztą, że choroba dwubiegunowa jest bardzo silnie uwarunkowana genetycznie. Jeśli jednak uznać, że szeroko rozumiany stres jest w przebiegu choroby dwubiegunowej i depresji jednobiegunowej czynnikiem spustowym, to trzeba zdać sobie sprawę, że mogą one wystąpić nie tylko w wyniku straty bliskiej osoby, ale też chociażby awansu w pracy.

Co na pierwszy rzut oka może dziwić.

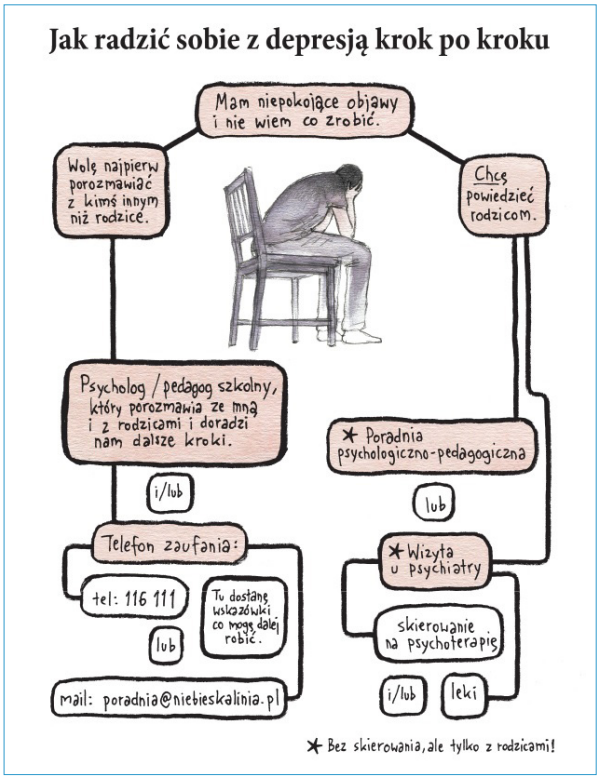
Tu sprzeczność jest jedynie pozorna. Depresja u osoby, która awansowała, ma szczęśliwą rodzinę i „wreszcie wszystko jej się poukładało", może wcale nie dziwić, jeśli weźmiemy pod uwagę

→

czynniki indywidualne. Ludzie różnie reagują na zwycięstwo w rywalizacji – jednych to cieszy, innych napawa poczuciem winy, bo z ich powodu ktoś przegrał. Awansowi może towarzyszyć lęk przed nowością, odpowiedzialnością albo utratą bliskich współpracowników, na przykład wskutek zawiści. Stawianie granic i wymagań – co charakteryzuje wyższe stanowiska – bywa trudne, wymaga zdolności do tolerowania cudzego niezadowolenia. Dla takiej wrażliwej osoby awans nie będzie już tak jednoznacznie atrakcyjny. A co do przyczyn depresji, to wydaje mi się, że pacjentom bardzo służy nie tylko ich znalezienie, ale też samo ich poszukiwanie. Zawsze wiąże się to bowiem z poczuciem odzyskiwania kontroli.

Kilka lat temu wraz z Danielem Chmielewskim opublikowała Pani komiks *Czarne fale*, poświęcony depresji u młodzieży. Jak powstał pomysł na tę książkę?

Na pomysł komiksu wpadałam, kiedy byłam na stażu w warszawskiej Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży. To był mój pierwszy kontakt z pacjentami w tym wieku. Dużo myślałam wtedy na ten temat; zastanawiałam się, czy sama, będąc nastolatką, nie miałam podobnych problemów. A nawet jeśli nie miałam depresji, to wspominając ten czas, myślałam, że dobrze byłoby, gdyby ktoś skierował mnie wtedy na psychoterapię. To splecenie wątku osobistego z czymś, co mnie otaczało, wydało mi się na tyle interesujące, że napisałam scenariusz komiksu. Odłożyłam go na jakiś czas, bo nie do końca wiedziałam, co zrobić dalej. Wprawdzie wcześniej sama rysowałam komiksy, ale chciałam, by ktoś zrobił to bardziej profesjonalnie ode mnie. Zwróciłam się do mojego kolegi Daniela Chmielewskiego, absolwenta ASP, który chorował na depresję jako nastolatek. Z racji tych doświadczeń był odpowiednią osobą. Od samego początku dostaliśmy wsparcie od dr. Tomasza Szafrańskiego z Fundacji *Syntonia*, który zapewnił finansowanie na wydanie komiksu. Przy jego opracowywaniu konsultowaliśmy się w wieloma specjalistami, między innymi prof. Jackiem Bombą, prof. Agnieszką Gmitrowicz, dr Lidią Popek i prof. Markiem Jaremą. Przeprowadziliśmy też wiele rozmów z pacjentami; pytaliśmy, które z naszych pomysłów są dobre, a które nietrafione. To było ważne, bo byliśmy przecież dorosłymi osobami, które jedynie wyobrażały sobie, jak mówią nastolatkowie. Potrzebowaliśmy konsultacji kogoś, kto mówił żywym językiem.



Wiem skądinąd, że komiks jest znany w środowisku medycznym. Proszę na koniec powiedzieć, czy uważa Pani, że spełnił swoje zadanie.

Komiks był częścią programu profilaktycznego, którego zostałam koordynatorką. Napisałam też scenariusz lekcji wokół komiksu, co także obfitowało w niełatwe doświadczenia. Pierwsza lekcja w szkole dość brutalnie pokazała nam, że scenariusz był kompletnie nietrafiony. Pamiętam, że przygotowaliśmy jakiś quiz i rozsypankę do ułożenia. Dla osób, które były wtedy w gimnazjum, nie była do zbyt atrakcyjna propozycja. A że trafiliśmy na klasę złożoną z indywidualności, które nie bały się mówić, co myślą, zderzenie z rzeczywistością było jeszcze bardziej dotkliwe. Czułam, że uczniowie czegoś chcą, a my chcemy im coś dać, jednak scenariusz jest w tym przeszkodą. Gdy za nim podążaliśmy, traciliśmy kontakt, okazję do rozmowy. To zderzenie z realnością trzeba było przełknąć i napisać scenariusz od nowa. Zrezygnowaliśmy z prowadzenia lekcji w ławkach – siedzieliśmy w kręgu. Najpierw była część wykładowa, a potem przedstawiliśmy konkretne przypadki i o nich rozmawialiśmy. To stwarzało większe pole do wspólnej dyskusji. Mam wrażenie, że młodzież polubiła *Czarne fale*, jednak uważam, że komiks jeszcze bardziej przydaje się terapeutom, którzy pracują z osobami chorymi na depresję. ■

Ilustracje dzięki uprzejmości Fundacji Syntonia

Dr Katarzyna Szaulińska-Dynowska

Psychiatrka i psychoterapeutka, absolwentka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. W latach 2018-2019 pełniła obowiązki ordynatorki oddziału detoksykacyjnego OLZA w Zakładzie Profilaktyki i Leczenia Uzależnień w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Doświadczenie kliniczne zdobywała między innymi w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii w Józefowie, Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży WUM oraz na Universidade de Lisboa w Portugalii.

Współautorka komiksu *Czarne fale* (2016), a także autorka tomów wierszy *Druga osoba* (2020) i *Kryptodom* (2023) oraz tomu opowiadań *Czarna ręka, zsiadłe mleko* (2022), za który otrzymała nominację do Literackiej Nagrody Nike 2023.

Depresja wieku podeszłego w świetle wyników badań *PolSenior2*

DR RADOSŁAW CZERNYCH

PROF. PAWEŁ ZAGOŻDŻON

Zakład Higieny i Epidemiologii

Smutek jest gościem, którego niełatwo się pozbyć.

Hans Christian Andersen

Przytoczony powyżej, pochodzący z autobiografii Hansa Christiana Andersena cytat trafnie oddaje sposób postrzegania przez społeczeństwo osób chorujących na depresję. Niemniej należy pamiętać, że smutek jest jedynie jednym z wielu objawów, jakie mogą, choć nie muszą, towarzyszyć depresji. Zgodnie z przyjętymi w ICD-10 kryteriami definicji tej choroby, aby stwierdzić zaistnienie epizodu depresyjnego, przez co najmniej dwa tygodnie muszą występować przynajmniej dwa z trzech objawów podstawowych (oznaczone na rys. 1 wytłuszczonym drukiem) oraz dwa lub więcej objawów dodatkowych.

Depresja to stan zdrowia psychicznego, który może dotknąć osoby w każdym wieku, zarówno dzieci w wieku szkolnym, jak i osoby w wieku podeszłym. Zgodnie z wynikami badań pochodzących z różnych ośrodków na całym świecie częstość występowania depresji wśród seniorów bywa skrajnie różna i waha się od 3% do 27% [1-2]. Rozbieżności w częstości występowania depresji w różnych populacjach wynikają przede wszystkim z odmiennych uwarunkowań socjoekonomicznych. Należą do nich m.in.: dostępność oraz poziom opieki medycznej, poziom wykształcenia, a także średni poziom życia seniora zależny od wysokości świadczeń emerytalnych lub posiadanych oszczędności. Badanie *PolSenior1*, czyli przekrojowe badanie populacji osób starszych przeprowadzone w Polsce w latach 2007-2012, wykazało obecność objawów depresyjnych u co czwartej osoby w wieku 65-79 lat i co trzeciej osoby w wieku 80 lat lub starszej. Alarmująca częstość występowania depresji wykazana w badaniu *PolSenior1* była główną przyczyną powtórzenia tego badania niespełna dekadę później.

Badanie *PolSenior2* przeprowadzone w latach 2016-2020 koncentrowało się na szczegółowej ocenie stanu zdrowia starszych Polaków oraz ocenie ich sytuacji społeczno-ekonomicznej oraz jakości życia. Jednym z celów badania było rozpoznanie nie tylko częstości występowania objawów depresyjnych, ale również wskazanie grup seniorów, wśród których depresja występuje najczęściej, oraz czynników ryzyka, które najsilniej determinują występowanie choroby. Ocena stanu zdrowia psychicznego została przeprowadzona przy użyciu Geriatrycznej Skali Oceny Depresji (ang. *Geriatric Depression Scale*, GDS), która jest narzędziem uznanym i powszechnie stosowanym w badaniach przesiewowych na całym świecie. Wyniki badań opierają się na grupie ponad 5 tys. osób w wieku 65 lat i więcej i zostały wykorzystane w analizach porównawczych względem innych zmiennych, takich jak: wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania, wykonywany zawód, sytuacja materialna, sprawność fizyczna, występowanie innych chorób fizycznych i psychicznych. Mnogość czynników ujętych w badaniu wynika z faktu, że depresja jest chorobą, której uwarunkowania są wieloczynnikowe. W praktyce oznacza to, iż rzadko tylko jeden czynnik ryzyka przyczynia się do wystąpienia depresji u seniorów, częściej zaś współoddziałują one, skutkując pojawieniem się stanów depresyjnych. Co więcej, takie objawy jak: brak energii, zaburzenia snu, zaburzenia łaknienia, deficyty uwagi oraz zaburzenia funkcji poznawczych i pamięci mogą być z powodzeniem przypisane współistniejącym chorobom somatycznym typowym dla wieku starczego. Choroby, o których mowa, to m.in.: cukrzyca, miażdżyca, udar, choroba nowotworowa czy zespół otępienia starczego.

Utrzymujące się uczucie smutku lub beznadziei

Zmęczenie lub brak energii

Utrata zainteresowania czynnościami, które kiedyś sprawiały przyjemność

Zmiany apetytu lub masy ciała

Zaburzenia snu

Poczucie winy i małej wartości

Trudności z koncentracją lub podejmowaniem decyzji

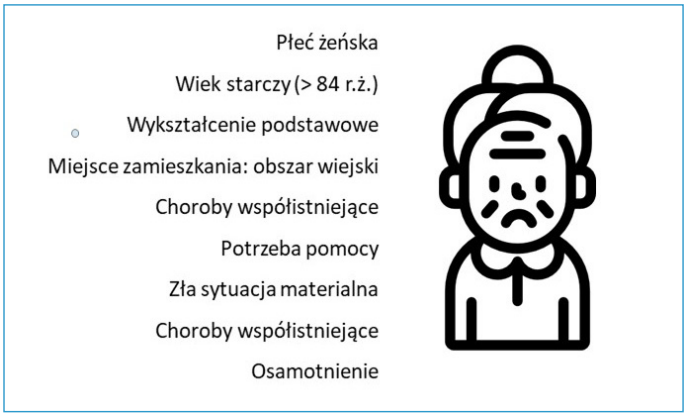
Niska samoocena i mała wiara w siebie

Pesymistyczne widzenie przyszłości

Rys. 1. Objawy depresji według ICD-10 | źródło grafiki – flaticon.com

Najczęściej jednak objawy depresji zwykło się przypisywać po prostu wiekowi starczemu, a nie rzeczywistym zaburzeniom funkcjonowania organizmu osoby starszej.

Zgodnie z wynikami uzyskanymi w badaniu *PolSenior2* objawy depresji częściej dotyczyły kobiet niż mężczyzn. Częstość występowania depresji była tym wyższa, im wyższy był wiek osoby badanej. Najwyższe wyniki uzyskały osoby powyżej 84. roku życia. Co więcej, istotny wzrost ryzyka depresji został również zaobserwowany u kobiet w wieku 75-84 lata. Nie bez znaczenia są tu również takie czynniki jak wykształcenie, rodzaj wykonywanej pracy oraz – często wynikająca z tych dwóch czynników – sytuacja materialna seniora. Okazało się, że wykształcenie podstawowe, praca fizyczna oraz deklarowana zła sytuacja materialna istotnie przyczyniały się do zwiększenia częstości występowania objawów depresji. Mniej zaskakującym, chociaż nie mniej istotnym wynikiem badania było współwystępowanie z depresją chorób przewlekłych, takich jak cukrzyca czy udar, jak również pogorszenie się sprawności fizycznej oraz chroniczne odczuwanie bólu czy problemy z kojarzeniem i pamięcią. W badaniu *PolSenior2* oceniono również subiektywne poczucie osamotnienia oraz potrzebę pomocy rozpoznawaną przez uczestników badania. Zgodnie z wynikami osoby samotne, które nigdy nie posiadały partnera lub partnerki, oraz osoby owdowiałe częściej zgłaszały poczucie osamotnienia oraz potrzebę pomocy. Osoby te częściej niż te, które żyły z partnerem lub partnerką, wykazywały też zaburzenia depresyjne.



Rysunek 2. Czynniki ryzyka depresji wśród seniorów
źródło grafiki – flaticon.com

Wyniki uzyskane w badaniu *PolSenior2* są alarmujące. Rezultaty podobnych badań przekrojowych przeprowadzonych w innych krajach wskazują, że częstości występowania ciężkich postaci depresji w populacji osób starszych występują przeciętnie na poziomie 1%, zaś częstości zaburzeń depresyjnych rzadko przekraczają 15%. W przypadku polskich seniorów wskaźnik ten wyniósł aż 23%. Jednym z prawdopodobnych powodów takiej rozbieżności w wynikach jest odmienna, często gorsza sytuacja społeczno-ekonomiczna seniorów żyjących w Polsce. Co więcej, wydaje się, że świadomość Polek i Polaków dotycząca problemu depresji wśród seniorów, jak i świadomość osób z ich najbliższego otoczenia jest wciąż niewystarczająca. Często stan zdrowia psychicznego seniorów jest bagatelizowany lub przypisywany wiekowi, złemu stanowi zdrowia lub demencji. Ponadto, z uwagi na stygmatyzację chorób psychicznych, w tym depresji, starsze osoby często wolą o niej nie rozmawiać, odczuwają wstyd lub nie chcą przyznawać się do tego, że nie mogą uporać się z chorobą. Osobnego komentarza wymaga zjawisko powiązania depresji z otępieniem. Wiadomo, że zależność ta jest dwukierunkowa: depresja może pogarszać zdolność poznawcze, a obecność zaburzeń poznawczych zwiększa ryzyko depresji.

Z uwagi na powyższe negatywne czynniki oraz fakt starzenia się społeczeństwa depresja wieku podeszłego staje się jednym z największych wyzwań zdrowia publicznego w Polsce. W związku tym konieczne jest podjęcie działań mających na celu wprowadzenie rutynowych badań w kierunku diagnostyki depresji w gabinetach lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, jak również wdrożenie działań edukacyjnych ukierunkowanych na podniesienie świadomości społeczeństwa w zakresie zapobiegania, rozpoznawania oraz leczenia depresji.

Nie bez znaczenia jest również brak systemowych rozwiązań zapewniających wsparcie dla osób sprawujących opiekę nad osobami starszymi. Brak tego wsparcia powoduje, że starsze osoby z niepełnosprawnościami, wymagające opieki, często czują się samotne i pozostają w poczuciu bycia obciążeniem dla rodziny, co właśnie przyczynia się do pojawienia się depresji wieku podeszłego. Warto również wspomnieć o egzystencjalnym wymiarze problemu depresji, również tej diagnozowanej w starszym wieku. Badania pokazują, że poczucie sensu życia jest związane z lepszą jakością zdrowia psychicznego, natomiast poszukiwanie sensu życia wynika z gorszej jakości zdrowia psychicznego, w szczególności w starszym wieku [3]. ■

DR RADOSŁAW CZERNYCH
PROF. PAWEŁ ZAGOŻDŻON

Bibliografia

1. World Population Prospect 2022: release note about major differences in total population estimates for mid-2021 between 2019 and 2022 revisions. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2022 (https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2022_Release-Note-rev1.pdf; dostęp z dnia 7 grudnia 2023 r.)
2. Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx). (https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/; dostęp z dnia 7 grudnia 2023 r.)
3. Aftab A, Lee EE, Klaus F, Daly R, Wu TC, Tu X, Huege S, Jeste DV. Meaning in Life and Its Relationship With Physical, Mental, and Cognitive Functioning: A Study of 1,042 Community-Dwelling Adults Across the Lifespan. J Clin Psychiatry. 2019;81(1):19m13064. DOI: 10.4088/JCP.19m130645.

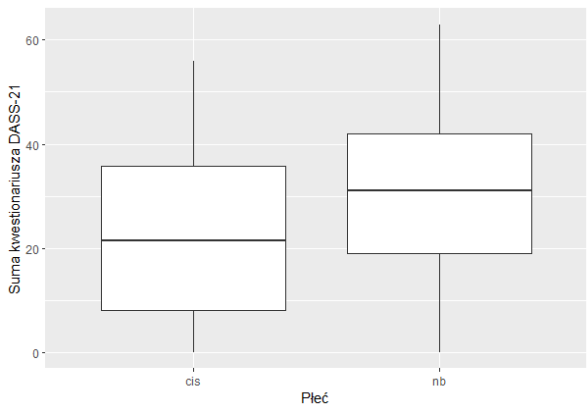
Smutek nie musi mieć płci

JULIA TERECH
Studentka V roku psychologii zdrowia, wiceprzewodnicząca SKN Psychologii

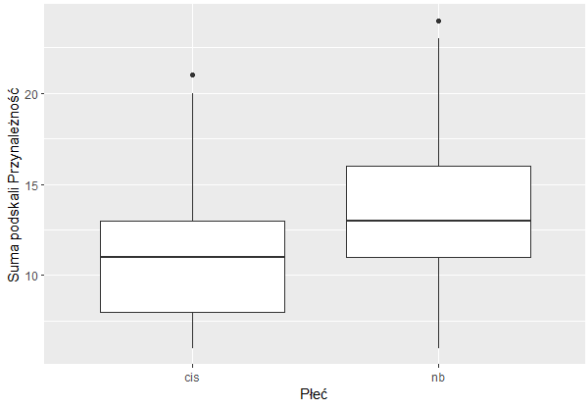
Przynależność do grupy będącej mniejszością w danej społeczności może wiązać się z przykrymi dla zdrowia psychicznego konsekwencjami. Zjawisko to dotyczy różnych grup mniejszościowych – zarówno mniejszości etnicznych, jak i religijnych czy seksualnych i płciowych.

Dane o wyższym poziomie depresyjności i lęku oraz mniejszym wsparciu społecznym doświadczanym przez osoby należące do społeczności LGBT+ są czymś, co (niestety) dziwi coraz mniej. Jednakże osoby należące do tej społeczności tworzą różnorodną grupę, w obrębie której różne osoby mierzą się nieraz z odmiennymi, specyficznymi dla ściśle określonej podgrupy problemami. Skłaniać do refleksji mogą dane obrazujące różnice wewnątrz polskiej społeczności LGBT+, takie jak informacje Kampanii Przeciwko Homofobii przedstawione w *Raporcie za lata 2015–2016*, dotyczącym sytuacji społecznej osób LGBTA w Polsce, które mówią, że w porównaniu z osobami homoseksualnymi, biseksualnymi i aseksualnymi osoby transpłciowe otrzymywały mniej wsparcia i budziły mniej pozytywnego zainteresowania ze strony innych ludzi.

Nie jest to przypadek, a wynik złożonej problematyki sytuacji psychologicznej osób LGBT+. W obrębie tej społeczności możemy wyróżnić grupy, którym badacze poświęcili w swoich studiach więcej uwagi, oraz te, których sytuacji dopiero od niedawna zaczynamy przyglądać się od strony naukowej. Do tej drugiej grupy należą osoby nieidentyfikujące się z binarnym podziałem płci. Osobom tym w 2021 r. zespół badawczy ze Studenckiego Koła Naukowego Psychologii GUMed postanowił oddać głos w kwestii ich dobrostanu psychicznego. Studentki psychologii zdrowia przygotowały projekt badania kwestionariuszowego, w którym skoncentrowały się na depresyjności i poczuciu osamotnienia wśród osób niebinarnych. Efekty badania zostały zaprezentowane podczas Międzynarodowej Interdyscyplinarnej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego we wrześniu ubiegłego roku.



Wykres boxplot porównujący wyniki skali DASS-21 (pomiar depresyjności i lęku) według płci | oprac. Julia Gwiazda



Wykres boxplot porównujący wyniki podskali „Przynależność" kwestionariusza R-UCLA (pomiar poczucia osamotnienia) według płci | oprac. Julia Gwiazda

Charakterystyka grupy osób niebinarnych

Pojęcia „niebinarność" używamy jako tzw. określenia-parasola dla osób, których tożsamość płciowa nie opiera się na binarnym podziale płci. Zgodnie z tą definicją wewnątrz grupy osób niebinarnych można wyróżnić także takie tożsamości płciowe jak m.in. trzecia płeć, genderfluid, genderqueer, agender, bigender, trigender czy demigender. Wszystkie te osoby należą jednocześnie do szerszej grupy w społeczności LGBT+, jaką jest grupa osób transpłciowych, ponieważ płeć przypisana im przy narodzeniu nie jest zgodna z ich prawdziwą tożsamością płciową. Osoby transpłciowe są grupą szczególnie narażoną na dyskryminację, a to doświadczenie może zwiększać ich poziom depresyjności i lęku [1]. Badania pokazują, że osoby transpłciowe odczuwają wyższy poziom stresu oraz lęku społecznego w porównaniu z grupą osób cispłciowych, a ponadto uzyskują wyższe wyniki w badaniach mierzących skłonności suicydalne [2]. Autorzy, którzy wyodrębnili w swych pracach grupę osób niebinarnych, otrzymali podobne rezultaty – osoby pozostające poza binarnym podziałem płci otrzymywały mniejsze wsparcie od rodziny w porównaniu z osobami cispłciowymi, częściej też myślały o odebraniu sobie życia [3].

→

Biorąc pod uwagę przytoczone informacje z literatury naukowej oraz mając na uwadze fakt, że w polskiej nauce niewiele jest danych na temat zdrowia osób niebinarnych, autorki projektu postanowiły przyjrzeć się bliżej wybranym aspektom sytuacji psychologicznej tej grupy.

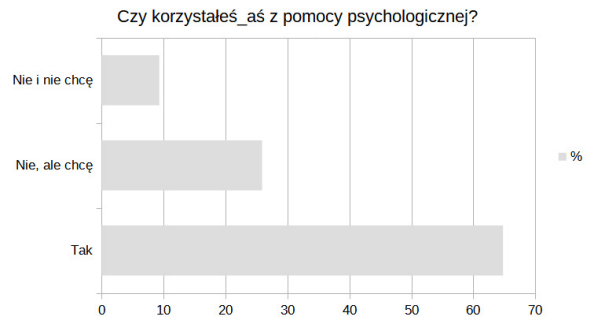
Depresyjność i osamotnienie wśród osób niebinarnych

Przeprowadzone przez nasz zespół badanie pokazało, że osoby niebinarne wykazują wyższy poziom depresyjności w porównaniu z osobami cispłciowymi, na co wskazywały również wcześniejsze teksty naukowe skoncentrowane wokół mniejszości płciowych [4]. Co więcej, w naszej pracy uwidoczniły się istotne różnice w subiektywnej ocenie osamotnienia wywołanego brakiem poczucia przynależności do otoczenia, a także w ocenie wsparcia otrzymywanego od przyjaciół i osób znaczących (osoby cispłciowe deklarowały mniejsze osamotnienie i większe wsparcie niż osoby niebinarne). Przyczyn tego stanu rzeczy można dopatrywać się w społecznej stygmie oraz wynikającej z niej dyskryminacji, z którą na co dzień mierzą się osoby należące do społeczności LGBT+.

Uzyskane przez nasz zespół dane wskazują na to, jak istotne jest znaczenie opieki psychologicznej i psychiatrycznej dla tej grupy ludzi. Prewencja zaburzeń depresyjnych, a w przypadku ich wystąpienia kompleksowa oraz dostosowana do potrzeb opieka medyczna powinny stanowić jeden z priorytetów rozwoju opieki zdrowotnej w naszym kraju. Specyfika potrzeb osób niebinarnych wciąż pozostaje mało eksplorowanym obszarem w naszym systemie ochrony zdrowia, choć wprowadzenie niektórych zmian wydaje się stosunkowo niskokosztowe i możliwe do zaimplementowania w najbliższej przyszłości. Już samo stosowanie wybranych przez osoby badane zaimków oraz właściwego imienia jest istotne dla ich dobrostanu psychicznego, gdyż wiąże się z obniżeniem poczucia samotności oraz depresyjności [5].

Osoby niebinarne mierzą się w polskim systemie ochrony zdrowia z różnego rodzaju barierami. Część z nich, jak choćby zmiany oznaczenia płci w dokumentach osobistych, wydają się wymagać jeszcze wiele czasu i pracy, inne natomiast mają szansę zostać zminimalizowane szybciej przy odpowiednim nakładzie społecznego zaangażowania. Wspomniane wyżej czynniki, takie jak używanie wobec osób niebinarnych właściwego imienia i zaimków, nie mają w wielu przypadkach charakteru prawnego, lecz komunikacyjny. Możliwe, że edukacja uzupełniająca dla pracowników socjalnych i medycznych w zakresie dostosowanej do potrzeb osób LGBT+ komunikacji przyniosłyby pozytywne efekty dla zdrowia psychicznego tej społeczności. Także wsparcie merytoryczne tych, którzy tworzą niejako pierwszą linię pomocy dla potrzebujących, jest skutecznym i stosowanym od lat sposobem na walkę z konsekwencjami dyskryminacji. ■

JULIA TERECH



Rozkład procentowy deklaracji korzystania z pomocy psychologicznej przez badane osoby niebinarne | oprac. Julia Terech

Bibliografia

1. Puckett, J. A., Maroney, M. R., Wadsworth, L., Mustanski, B., Newcomb, M. E. (2019). Coping with discrimination: The insidious effects of gender minority stigma on depression and anxiety in transgender individuals. *Journal of Clinical Psychology*, 1-19. DOI: 10.1002/jclp.22865
2. Lefevor, G. T., Boyd-Rogers, C. C., Sprague, B. M., Janis, R. A. (2019). Health Disparities between NonBinary/Genderqueer, Transgender, and Cisgender Individuals: An Adaptation of Minority Stress Theory. *Journal of Counseling Psychology*. DOI: 10.1037/cou0000339
3. Aparicio-Garcia, M. E., Diaz-Ramiro, E. M., Rubio-Valdehita, S., Lopez-Nunez, M. I., Garcia Nieto, I. (2018). Health and Well-Being of Cisgender, Transgender and Non-Binary Young People. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 2133. DOI: 10.3390/ijerph15102133
4. Moore, S. E., Wierenga, K. L., Prince, D. M., Gilliani, B., Mintz, L. J. (2021). Disproportionate Impact of the COVID-19 Pandemic on Perceived Social Support, Mental Health and Somatic Symptoms in Sexual and Gender Minority Populations. *Journal of Homosexuality*, 68(4), 577-591, DOI: 10.1080/00918369.2020.1868184
5. Vaitses Fontanari, A. M., Vilanova, F., Schneider, M. A., Chinazzo, I., Machado Soll, B., Schwarz, K., Rodrigues Lobato, M. I., Brandelli Costa, A. (2020). Gender Affirmation Is Associated with Transgender and Gender Nonbinary Youth Mental Health Improvement. *LGBT Health*, 7(5), 237-247. DOI: 10.1089/lgbt.2019.0046

Badanie zostało zrealizowane przez Julię Terech (studentkę V roku psychologii zdrowia), Julię Gwiazdę (ubiegłoroczną absolwentkę psychologii zdrowia), Aleksandrę Pajdak (ubiegłoroczną absolwentkę psychologii zdrowia) oraz Alicję Szmidkę (studentkę V roku psychologii zdrowia).

Istnieć poza własnym ciałem, czyli o depersonalizacji

KAROLINA KUCKA
Studentka III roku psychologii zdrowia

Wstęp

– Pani Marto, jak wyglądał pani dzisiejszy poranek?

Od około roku każdy poranek pani Marty wygląda bardzo podobnie. Oczywiście nie oznacza to, że każdego dnia jada na śniadanie dokładnie to samo bądź że każdego dnia budzi się bezwzględnie o tej samej porze. Codziennie wstaje około godzinę przed wyjściem do pracy. Zanim jeszcze otworzy oczy, zaściela łóżko, idzie do kuchni, aby zagotować wodę na herbatę, i do łazienki. Nie zwraca uwagi na to, co je danego dnia – czasem zje coś małego, a czasem zapomni i o tym. Poranki są takie… nijakie. W zasadzie jak cała reszta dnia.

Często kusi ją, by powiedzieć, że prawdę mówiąc, to nie pamięta, co robiła jeszcze trzy godziny temu, przed wyjściem z domu. Ale wydaje jej się, że mogłoby być trochę głupio przyznać przed kimś, jak słaba jest jej pamięć. Jedyny sposób, dzięki któremu tak naprawdę pamięta, co się z nią dzieje, to właśnie ta nudna, niezmienna rutyna.

– Raczej tak jak zwykle. Herbata, prysznic, ubranie się i wyjście. Typowo.

– A może jest jakiś element, który chciałaby pani w swoich porankach zmienić?

źródło – pexels.com

Pani Marta nie lubi mycia zębów – mimowolnie patrzy wtedy w lustro, czego zazwyczaj unika. Nie może znieść widoku swojego lustrzanego odbicia. Nie pasuje jej do całej tej łazienkowej aranżacji. Wydaje jej się, że to nie ona stoi naprzeciwko lustra. Myśli wtedy: „Czemu ta, która tam stoi, bezmyślnie szoruje zęby od trzech minut, skoro są już czyste? Czy nie może już przestać?".

– Raczej nie, nic mi nie przeszkadza.

I tak wygląda każda rozmowa pani Marty z jej nową psychoterapeutką. A zdanie „nic mi nie przeszkadza" można byłoby wręcz uznać za jej życiowe motto. I choć jest to zdanie z wierzchu pozytywne, pani Marta czuje, że w tym leży cały jej problem. Nic jej nie przeszkadza.

– Dobrze, to proszę mi powiedzieć, jak się pani dzisiaj czuje?

„Czuć" to bardzo subiektywne słowo. Co tak naprawdę znaczy „czuć"? Pani Marcie wydaje się, jakby jej umysł nie był w stanie rejestrować wszystkich wrażeń, które jej zmysły prawdopodobnie odbierają. W zasadzie nie uważa, aby jej umysł w ogóle był jakkolwiek połączony ze zmysłami. Niby słyszy, że ktoś do niej mówi, a nawet potrafi logicznie na to odpowiedzieć, ale nie wie, jak to robi. Widzi, jak, idąc, porusza nogami, ale nie czuje, że to jej ciało gdzieś zmierza i wykonuje ten ruch. Jedyne wrażenie, jakie czasem odbiera, to uczucie, jakby jej dusza wisiała gdzieś nad jej ciałem i tylko leniwie się za nim przemieszczała.

– Nic nie czuję.

Depersonalizacja

Opisany wyżej przypadek pani Marty jest przykładem **depersonalizacji** – specyficznego zaburzenia spostrzegania, odnoszącego się do własnej osoby. Literatura opisuje depersonalizację jako wszechogarniające poczucie obcości, prowadzące do zatracenia samego siebie. Osoba zmagająca się z nią czuje, jakby nie znajdowała się w swoim ciele, i nie potrafi przypisać swojego obrazu (widzianego np. w lustrzanym odbiciu) do samego siebie.

Oprócz tego depersonalizacji często towarzyszy **derealizacja**, czyli poczucie nierealności otoczenia, w którym dana osoba się znajduje, oraz odrętwienie emocjonalne, czyli stan niemożności odczuwania jakichkolwiek (pozytywnych, ale i negatywnych) uczuć. Zazwyczaj największe nasilenie tego stanu trwa od kilku godzin do kilku dni, ale samo poczucie wyobcowania może utrzymywać się latami. Osoby doświadczające depersonalizacji

→

zdają sobie sprawę z tego, że to, co odczuwają, jest subiektywnym wytworem ich umysłu, co odróżnia ich od osób z objawami psychotycznymi.

Depersonalizacja jest jedną z form **dysocjacji** – ogólnego poczucia oddzielenia się od rzeczywistości. Spektrum dysocjacji jest bardzo szerokie – na początku kontinuum znajdziemy marzenia dzienne, popularny mechanizm obronny, który ma na celu zminimalizować nudę bądź stres. Dalej jednak trafimy na patologiczne zaburzenia dysocjacyjne, mające nawet swoje miejsce w ICD-10 (klasyfikacja F44). Zaburzenia te mogą dotyczyć pamięci (amnezja dysocjacyjna), odbioru wrażeń oraz braku możliwości poruszenia się (stupor dysocjacyjny) czy właśnie poczucia odłączenia podmiotu od siebie i nierealności świata (zespół depersonalizacji-derealizacji, DID).

Najpopularniejszy mechanizm obronny

Dzięki istnieniu pewnych mechanizmów obronnych my, ludzie, żyjemy. Są one niezbędne do utrzymania równowagi psychicznej – to one mówią nam, kiedy się wycofać z kłótni, co robić w sytuacjach stresowych oraz jak odpowiednio regulować własne emocje. Mechanizmy obronne działają bez udziału świadomości, a ich zadaniem jest unikanie bądź redukowanie zagrożeń (np. różnego rodzaju lęków).

Zainteresowani psychologią wiedzą, że nie ma chyba bardziej psychoanalitycznego terminu niż właśnie „mechanizmy obronne". Jego autorem jest nie kto inny jak Zygmunt Freud, który opisywał je jako sposób radzenia sobie z wewnętrznymi konfliktami w celu ochrony ego (osobowości). Każdy człowiek ma swoje mechanizmy obronne i dzięki nim jest w stanie przystosowywać się do otaczającego go świata. W sytuacji, gdy dany mechanizm nie funkcjonuje w odpowiedni sposób, mamy do czynienia z patologiami, tworzącymi różne zaburzenia psychiczne.

Najpopularniejszym mechanizmem obronnym, ujawniającym się w traumatycznych sytuacjach, jest właśnie dysocjacja. W momencie, gdy umysł nie jest w stanie poradzić sobie z dziejącą się sytuacją, oddziela świadomość od doświadczenia, dokonując niejako ucieczki. Dzięki temu odkłada przetrawienie doświadczenia na później, gdy będzie już miał do tego odpowiednie zasoby. Problem pojawia się w momencie, w którym umysł zaczyna dysocjować za każdym razem, gdy dochodzi do podobnej sytuacji lub gdy pozostaje w stanie „oderwania" na dłużej. Mówimy wtedy o patologicznej dysocjacji.

Depersonalizacja jako objaw

Jak już wspomniałam, istnieje **zespół depersonalizacji-derealizacji**, którego głównym kryterium jest występowanie jednej bądź obu form dysocjacji w dłuższej perspektywie czasowej. Zespół ten niemal nigdy nie występuje jednak samodzielnie – najczęściej towarzyszy pacjentom z PTSD (zespół stresu pourazowego; szacunkowo u 1/3 osób), cPTSD (złożone PTSD), a także depresją (szczególnie jednobiegunową) i stanami lękowymi.

Wszystkie zaburzenia dysocjacyjne znajdują się w rozdziale zaburzeń lękowych klasyfikacji ICD-10 nie bez powodu – zauważa się ogromne znaczenie odczuwania lęku i zaburzeń traumatycznych w różnicowaniu takich objawów jak depersonalizacja. Coraz częściej zaznacza się rolę traum wczesnodziecięcych oraz dziecięcych w różnych zaburzeniach funkcjonowania człowieka. Dzieci doświadczające przykrych zdarzeń nie są w stanie psychicznie poradzić sobie z nimi, więc ich umysł wykształca podstawowy dysocjacyjny mechanizm obronny, który później, w dorosłości, towarzyszy im w każdej kolejnej nieprzyjemnej sytuacji. ■

KAROLINA KUCKA

Aplikacja *DepressionControlApp*

DR KRZYSZTOF PIETRUCZUK
Zakład Biostatystyki i Sieci Neuronowych, Katedra Anatomii

Depresja jest jedną z najczęstszych chorób psychicznych. Według WHO choruje na nią ok. 300 mln osób, a szacuje się, że do 2030 r. to właśnie zaburzenia depresyjne będą najczęściej występującymi chorobami na świecie. Depresja to śmiertelna choroba. Co roku w jej przebiegu ponad 700 tys. osób na całym świecie popełnia samobójstwo. Depresja nie wybiera. Może wystąpić w każdym wieku, bez względu na płeć i status społeczny. Coraz częściej dotyka również młodzież i dzieci. Statystyki podają, iż w grupie wiekowej 15-29 lat depresja stanowi czwartą przyczynę zgonu. W ostatnich latach sytuacja ta uległa jeszcze pogorszeniu, do czego przyczyniła się między innymi epidemia COVID-19.

Osoby z zaburzeniami nastroju borykają się z wieloma problemami. Często doświadczają stygmatyzacji i wykluczenia społecznego, co nie ułatwia im ani poszukiwania pomocy, ani samego leczenia. A leczenie to nie należy do łatwych. Jest skomplikowane i wymaga indywidualnego podejścia. Niejednokrotnie proces leczenia oznacza dla chorego

→

długotrwałe i uciążliwe farmako- i psychoterapie. Wielu pacjentów doświadcza też zjawiska lekooporności. Pomimo ciągłego rozwoju farmakoterapii jej skuteczność nie jest w pełni zadowalająca. Na pierwszy efekt działania leków, o ile w ogóle nastąpi, pacjent czeka niejednokrotnie 3-4 tygodnie. Również utrudniony dostęp do specjalistów – lekarzy, psychoterapeutów – nie ułatwia chorym powrotu do zdrowia. Poza tym depresja często nawraca.

Ja i mój zespół – **Szymon Bierzanowski** (student PG) oraz **Wojciech Rusinek** (doktorant UG) – poszukując rozwiązania, które mogłoby ułatwić zarówno codzienne funkcjonowanie pacjentów, jak i usprawnić proces doboru leczenia, zwróciliśmy uwagę na potrzebę wypracowania skutecznych narzędzi umożliwiających spersonalizowanie terapii, gdyż często brak jej indywidualizacji jest przyczyną większego cierpienia pacjentów. W ten sposób zrodził się pomysł stworzenia aplikacji *DepressionControlApp*, mającej wspomagać przede wszystkim osoby chore, ale także ich rodziny, lekarzy i terapeutów.

Aplikacja ma zapewniać kompleksowość i personalizację terapii w oparciu o wykorzystanie nowych technologii i być obsługiwana przez komputer, smartfon czy smartwatch. Jej zadaniem jest pomoc pacjentowi z zaburzeniami nastroju podczas leczenia ostrej fazy choroby, w trakcie kontynuowania terapii oraz w okresie remisji, kiedy nadal przebywa on pod opieką lekarza i/lub psychoterapeuty. Aplikacja ma zapobiegać stanom zagrożenia życia i ich konsekwencjom. Dzięki możliwości codziennego monitorowania zarówno stopnia aktywności pacjenta, jak i skuteczności zastosowanej terapii oraz analizie zebranych danych metodami uczenia maszynowego lekarz/terapeuta będzie mógł szybciej i bardziej efektywnie korygować podjętą terapię. W ten sposób cały proces leczenia będzie można dostosować do konkretnego chorego.

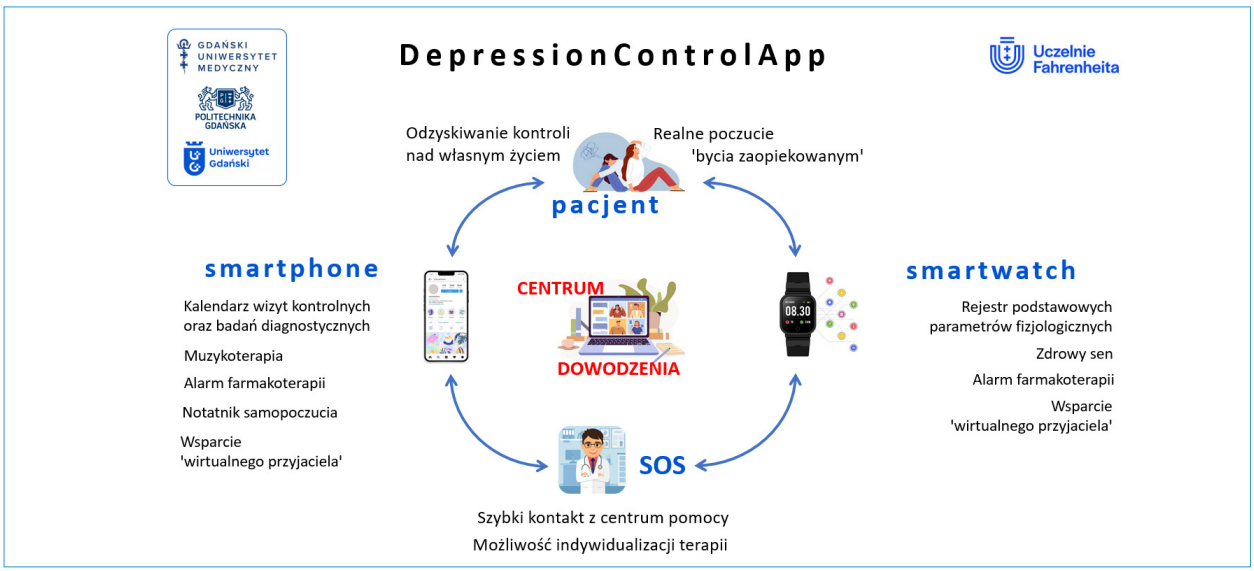
Chcielibyśmy również, aby dzięki naszemu projektowi pacjent mógł czuć się „zaopiekowany", czuł, że nie jest sam, oraz aby miał możliwość obserwacji, jak z dnia na dzień odzyskuje kontrolę nad własnym życiem. Ma do tego służyć przede wszystkim wsparcie dającego poczucie bezpieczeństwa „wirtualnego przyjaciela". Stanowiłby on element mobilizujący do podejmowania aktywności. Jego główne zadanie to pokazywanie pacjentowi dobrych stron jego życia, aktualnych osiągnięć, tych wszystkich małych kroków stawianych na drodze do lepszego samopoczucia, a dzięki temu – motywowanie go do dalszego leczenia. Rolą wirtualnego przyjaciela jest ponadto tworzenie systemu gratyfikacji w celu pokazania postępów leczenia oraz generowanie inteligentnych porad o możliwościach poprawy nastroju. Taki „przyjaciel pacjenta" ma stymulować go do podejmowania działań w realnym świecie.

By zabezpieczyć pacjenta przed najgorszym skutkiem depresji, jakim jest próba targnięcia się na własne życie, aplikacja ma za zadanie ocenę bieżącej sytuacji chorego. W razie oznak zagrożenia życia do dyspozycji pacjenta pozostaje system SOS. Ma on umożliwiać kontakt z centrum pomocy lub – w zależności od możliwości – lekarzem/terapeutą zajmującym się pacjentem. Należy pamiętać, że w tak trudnych sytuacjach rozmowa z żywym człowiekiem jest nie do zastąpienia.

Nasz projekt nie tylko zajął trzecie miejsce podczas Hackathonu FarU, ale spotkał się również z dużym zainteresowaniem uczestników i organizatorów tego wydarzenia. Rozpoczynamy właśnie współpracę z **dr Anną Supernat** z Centrum Analiz Biostatystycznych i Bioinformatyki GUMed, która wspierała nasz zespół już na Hackathonie. Pragniemy rozwijać projekt i w obecnym roku rozpocząć pierwsze testy podstawowej wersji aplikacji.

Mamy nadzieję że znajdą się instytucje, które zechcą zaangażować się i wesprzeć nasz projekt. Pamiętajmy – depresja to choroba, która może dotknąć każdego z nas. Nie bądźmy obojętni. ■

DR KRZYSZTOF PIETRUCZUK



Schemat funkcjonowania aplikacji *DepressionControlApp*

Melancholia i muzyka

MGR DAGNA MACIEJEWSKA
Absolwentka psychologii klinicznej
GUMed

LEK. JANUSZ SPRINGER
Wydawnictwo GUMed

Prawie 40 lat temu Elton John śpiewał w utworze *Sad Songs (Say So Much)* o tym, że czasem gdy jest nam smutno, pomóc może słuchanie starych bluesowych piosenek. Czy założenie, że muzyka jest dobrym lekarstwem na smutek, znajduje potwierdzenie w badaniach naukowych? Zdecydowanie tak. Muzyka wykorzystywana jest w terapii depresji [1], bólu, lęku [2] czy w celu poprawy jakości życia pacjentów hospicyjnych [3]. Czy jednak jesteśmy w stanie określić, na czym polega jej terapeutyczne działanie?

Słodka muzyka

Dla naszego mózgu muzyka jest bodźcem tak uniwersalnie stymulującym, iż postrzegamy ją poprzez synestezję, czyli wrażenie modalności innej aniżeli sam bodziec. Kto z nas, opisując wrażenia dotyczące utworu muzycznego, nie używa słów takich jak: „chłodny", „słodki", „wesoły" czy „ciężki", mimo że żadne z tych określeń nie jest związane ze słuchem? Oznaczenia przymiotnikowe w dziełach muzycznych także odnoszą się do emocji (np. *allegro*, czyli „żwawo", „wesoło") oraz kinetyki (np. *presto*, czyli „śpiesznie") i raczej nie budzi to niczyjego zdziwienia. Autorzy artykułu *Synesthesia and music perception* stawiają tezę, iż zjawisko synestezji jest powszechnym i kluczowym mechanizmem odbioru muzyki, wpływającym na indukcję emocji nawet wówczas, gdy wrażenia te pozostają nieuświadomione [4].

Amerykańska filozof Susanne K. Langer twierdzi, że muzyka *wyjawia naturę uczuć z dokładnością i prawdą, jakiej nie osiąga język* [5]. Intuicyjnie czujemy to, kiedy w chwili radości albo smutku sięgamy po konkretny utwór muzyczny. Teza Langer była przedmiotem wielu badań z dziedziny neuronauki, ale to, czy potrafimy w pełni poznać sposób, w jaki muzyka wpływa na nasz mózg, pozostawia wiele wątpliwości. Philip Ball, fizyk, chemik oraz redaktor prestiżowego pisma naukowego „Nature", w jednej ze swoich publikacji podsumował problem następująco: *Próba zrozumienia muzyki jest trochę jak próba zrozumienia biologii. Problem jest tak trudny, że musisz być redukcjonistą – podzielić go na bloki konstrukcyjne i [wskazać] sposób ich funkcjonowania. Następnie okazuje się, że pierwotny problem wyparował – w tym atomistycznym ujęciu „życie" lub „muzyka" w ogóle przestają być widoczne* [6].

Co jednak dokładnie wiadomo na temat relacji ludzkiego umysłu i doświadczania bodźców muzycznych?

Gra dźwięków przed pierwszym słowem

W pierwszej kolejności warto przyjrzeć się ludzkiemu aparatowi słuchowemu z perspektywy teorii ewolucji. Charakterystyczne dla ssaków ucho środkowe powstało z gadziej kości szczęki i jest naturalnie dostosowane do przetwarzania częstotliwości właściwych dla wokalizacji. Dzieje się tak za pośrednictwem odpowiedniego napinania strzemiączka i mięśnia napinacza błony bębenkowej, które współpracują w taki sposób, abyśmy byli bardziej wrażliwi na dźwięki związane z mową aniżeli pozostałe [7].

Ucho środkowe sprzężone jest z nerwem błędnym, który dzieli się na część brzuszną i grzbietową. Ma to bezpośrednie przełożenie na unikalną dla ssaków umiejętność stosowania bodźców dźwiękowych do redukowania pobudzenia emocjonalnego. Dla kontrastu, gady za pośrednictwem wrażeń słuchowych mogą osiągać wyłącznie wzrost napięcia emocjonalnego [8].

Uczyliśmy się, że ewolucja jest dość utylitarna i każda zmiana w budowie i funkcjonalności organizmów ma głęboki sens. Warto więc zapytać, dlaczego człowiek potrzebował możliwości kojenia emocji i uczuć poprzez wrażenia słuchowe. Odpowiedzią na to pytanie może być fakt, że rodzimy się z w pełni rozwiniętym zmysłem słuchu, zarazem jednak na początku swojego życia jesteśmy niedojrzali emocjonalnie i wymagamy zewnętrznego wsparcia w regulowaniu naszego stanu afektywnego (emocjonalnego i uczuciowego) [9]. Co ciekawe, dzieci reagują na głos matki zmianą pobudzenia już w 32. tygodniu życia płodowego, co możemy zaobserwować w zmianie rytmu ich serca. Prozodia, czyli brzmieniowe cechy mowy (np. melodia, głośność, tempo mówienia, akcent, siła dynamiczna, rytmiczność, pauzy, intonacja, wysokość czy tembr głosu), odgrywa kluczową rolę w tej regulacji. Chociaż dzieci rodzą się z naturalną predyspozycją do przyswajania i nauki języka, potrzebne im jest narzędzie znacznie bardziej uniwersalne, dostępne jeszcze przed nabyciem chociażby biernego rozumienia mowy. Tę właściwość posiada właśnie prozodia. Jej działanie wśród ssaków ma okazję zaobserwować każdy szczęśliwy posiadacz domowego zwierzaka. Mały szczeniak czy kocię, nawet zanim dobrze nas pozna, doskonale rozumie, czy przemawiamy do niego czule, karcimy go czy stanowczo wydajemy komendę.

Brzmienie to cecha wspólna prozodii mowy oraz muzyki, jednakże łączy je znacznie więcej. Badacze zauważają, iż nasze pierwsze doświadczenia społeczne w okresie niemowlęcym mają charakter głównie muzyczny – to swoista gra dźwięków i gestów. Nie bez przyczyny pierwszy etap rozwoju kompetencji językowych nazywa się okresem melodii. Cechy melodyczne przeważają w tzw. mowie skierowanej do dziecka (ang. *child-directed speech*), którą opiekunowie często stosują w komunikacji z małymi dziećmi [10].

Wiemy, że mowa ludzka rozwinęła się na bazie form komunikacji opartych na muzyce oraz mowie ciała, dlatego nie powinniśmy być zaskoczeni, iż przetwarzanie prozodii mowy oraz muzyki odbywa się na tych samych ścieżkach neurokognitywnych. Dekodowanie emocji przekazywanych przez bodźce słuchowe, pochodzące zarówno z mowy, jak i muzyki, odbywa się za pośrednictwem ciała migdałowatego oraz hipokampa, czyli struktur mózgowych odpowiedzialnych generalnie za emocje i pamięć. Bardzo ścisłą zależność w obszarze przetwarzania prozodii oraz muzyki zaobserwowano u pacjentów z uszkodzeniem mózgu, u których rozpoznano amuzję (zaburzenie percepcji muzyki), ale bez zdiagnozowanej afazji (zaburzenie czynności mowy). W takim układzie objawów teoretycznie powinny zostać zachowane wszystkie kompetencje związane z mową. W praktyce jednak amuzja implikowała zaburzenia przetwarzania prozodii, co prowadziło do trudności komunikacyjnych, które nie wynikały z zaburzenia przetwarzania samej mowy. Wniosek z takich obserwacji był bardzo konkretny: pomimo faktu, iż prozodia jest cechą języka, jest znacznie bliższa muzyce niż językowi [11].

Uwolnić emocje

Nawet jeżeli jesteśmy w stanie wytłumaczyć modelowanie afektu poprzez bodźce słuchowe, mechanizm ten nie wyjaśnia jeszcze, dlaczego tak chętnie sięgamy po muzykę postrzeganą jako smutna w stanach głębokiego przygnębienia. Dokładnego wyjaśnienia przetwarzania emocji przez nasz mózg w korelacji z bodźcem muzycznym podjęli się badacze indyjscy [12], którzy w skrupulatnie zaplanowanym metodologicznie badaniu zaprezentowali wpływ smutnej muzyki na proces radzenia sobie z emocjami wynikającymi ze smutnych doświadczeń życiowych. Do badania aktywności mózgu wykorzystano elektroencefalografię. Wyniki pozwalają stwierdzić, iż słuchanie w takich przypadkach smutnej muzyki (1) intensyfikuje połączenie neuronalne pomiędzy obszarami mózgu odpowiadającymi za przetwarzanie emocji oraz pamięci, (2) integruje pracę określonych obszarów korowych odpowiedzialnych za przetwarzanie emocji i pamięci oraz (3) zwiększa poziom uwagi kierowanej do wewnątrz, co wiąże się z ułatwionym przetwarzaniem emocji. Badanie wykazało ponadto, iż (1) uczestnicy faktycznie odczuwali smutek – zarówno w sytuacji przywołania smutnego wspomnienia, jak i słuchania smutnej muzyki; (2) muzyka, w sposób znaczący, modyfikuje stan wywołany smutnym wspomnieniem.

Smutna muzyka umożliwiała uczestnikom badania lepszą kontrolę nad własnym nastrojem, co tłumaczy się wzmożonym przetwarzaniem bodźców pomiędzy określonymi obszarami mózgu odpowiedzialnymi za emocje i pamięć. Podobną zależność zaobserwować można w terapii pacjentów cierpiących na PTSD (zespół stresu pourazowego, ang. *post-traumatic stress disorder*). Niezależnie od zastosowanej metody terapia skutkuje poprawą funkcjonowania pacjentów, jeżeli dochodzi do zwiększenia aktywności przetwarzania neuronalnego w określonych strukturach mózgu [13].

Paradoks wyboru muzyki smutnej, a nie wesołej, został też stwierdzony w dużym badaniu ankietowym przeprowadzonym *online* [14]. Słabe strony badania kwestionariuszowego zostały zrekompensowane wielkością i jakością próby badawczej. Dane zostały pozyskane od 772 osób, zarówno kobiet, jak i mężczyzn, dorastających na sześciu kontynentach, z uwzględnieniem takich zmiennych jak trening muzyczny oraz codzienne zaangażowanie w słuchanie muzyki. Co niezwykle istotne, uczestnicy oceniali zarówno muzykę wesołą, jak i smutną. Wyniki były bardzo jednoznaczne. Uczestnicy wyraźnie wskazywali, że to wybór smutnej muzyki pozwala im na lepsze regulowanie negatywnych emocji i nastroju oraz osiągnięcie komfortu psychicznego.

Giorgio de Chirico, *Tajemnica i melancholia ulicy*; 1914 r. | źródło – tiny.pl/cbqh1

Zauważono także, iż smutna muzyka powoduje skierowanie naszej uwagi do wewnątrz (co zbiega się z ustaleniami przywołanych już badaczy indyjskich), a to z kolei pozwala bardziej świadomie przeżywać własne myśli i uczucia. Tymczasem wesoła muzyka ukierunkowuje nas na przeżycia zewnętrzne, związane z naszą siecią społeczno-kulturową.

Kiedy więc następnym razem dosięgnie nas melancholijny nastrój, śmiało sięgnijmy po muzykę w podobnym klimacie. Nasz umysł łatwiej opanuje wtedy emocjonalną burzę i znajdzie motywację potrzebną do tego, aby iść dalej.

Melancholijne piosenki

Przyjrzyjmy się teraz, w jaki sposób muzycy oddawali melancholijne emocje w tzw. muzyce popularnej. Być może w pierwszym odruchu pojawi się skojarzenie z **muzyką bluesową**. Życiowe tragedie, zdrady, rozłąki, ubóstwo, brak nadziei to tematy tekstów niezliczonej ilości piosenek z tego gatunku muzyki. Nawet jego nazwa (*blues* w języku angielskim jest potocznym odpowiednikiem słowa „melancholia") dobitnie sugeruje, czego słuchacze powinni w nim poszukiwać. Jednakże gdy wsłuchamy się uważnie w bluesowe teksty, zauważymy, że większość z wokalistów bluesowych śpiewa o wyraźnie określonych przyczynach smutku. Jeśli zaś uznamy, że melancholia to stan ducha, którego przyczyny nie są możliwe do wskazania, będzie to stało z nią w sprzeczności.

Znacznie pewniejszym posunięciem będzie zwrócenie uwagi na twórczość australijskiego wokalisty, kompozytora oraz multiinstrumentalisty **Nicka Cave'a**. Ten człowiek-instytucja muzyki popularnej, z ponad 20 albumami studyjnymi na koncie, przeżył tyle tragicznych wydarzeń oraz przepracował tyle żałoby, że wystarczyłoby ich, by wypełnić życiorysy kilku osób. Twórczość Cave'a (np. płyty *Ghosteen* oraz *Skeleton Tree*) z pewnością potrafi wprawić słuchaczy w refleksyjny, wręcz smutny nastrój, ale znalezienie konkretnej piosenki melancholijnej okazać może się nie tak prostym zadaniem, a to z uwagi na mnogość metafor i odniesień, których interpretacja pozostaje niemałym wyzwaniem.

Należy także pamiętać, że szukając śladów melancholii w muzyce, nie można sugerować się samym tytułem utworu czy też jego wersją oryginalną. Na przykład ***Still I'm Sad*** wydaje się idealnym tytułem dla melancholijnej piosenki, lecz zespół Rainbow w 1975 r. zagrał ten utwór „troszkę" inaczej. Partia wokalna (w oryginale nagranym przez Yardbirds brzmiąca niemalże jak gregoriański chorał) została zastąpiona gitarą elektryczną, która w rękach Ritchiego Blackmore'a (znanego z klasycznych rockowych hitów, które wcześniej nagrał z zespołem Deep Purple) po prostu płynie, ale bynajmniej nie w kierunku smutku. Do tego dodajmy silną obecność rozpędzonego do 135 uderzeń na minutę duetu gitara basowa – perkusja (skąd się wziął ten pulsujący rytm na krowim dzwonku?), który jest zaprzeczeniem delikatnych, majestatycznych akcentów wygrywanych na tamburynie i bębnach, jakie słyszymy w wersji oryginalnej. I tak otrzymujemy kompletną reinterpretację utworu, którego tytuł wydawał się aż nadto jednoznaczny.

Melancholia zawarta w muzyce jest jak ocean, więc przedstawiam tylko fragment mapy. Piosenki opisuję w kolejności chronologicznej. Dla ułatwienia teksty – z wyjątkiem *Sodade* – przetłumaczyłem samodzielnie.

Paint it Black, Rolling Stones, *Aftermath*, 1966

Najstarsza piosenka na tej liście jest nietypowa pod wieloma względami: ma najszybsze tempo (aż 158-160 uderzeń na minutę), słychać w niej egzotyczne instrumenty (sitar, kastaniety) oraz „ciężko" brzmiące partie basowe (jedna grana na bezprogowej gitarze basowej, a druga na organach). Współautor tekstu oraz muzyki, Mick Jagger, w wywiadach unikał dyskusji na temat interpretacji tej piosenki (słynna wypowiedź: Paint it black *oznacza* Paint it black). Słuchając tego hipnotyzującego utworu, możemy jedynie zgadywać, że jest opowieścią o śmierci ukochanej osoby oraz o pogrążaniu się w smutku i braku nadziei.

Melancholia, The Who, 1967 (opublikowane w 1995)

Wokalista Roger Daltrey w prosty i bezpośredni sposób opowiada o stanie, w którym dosłownie wszystko jest nie tak, ponieważ odeszła od niego bezimienna „ona". Co ciekawe, w tekście możemy usłyszeć medyczne nawiązanie: *Nigdy nie czułem się tak źle, wirus pcha mnie do szaleństwa*. Pomimo licznych „delikatnych" partii wokalnych harmonizujących z Daltrey'em oraz jakże „nierockowej" treści tekstu, „niespokojna" perkusja Keitha Moona przypomina nam, że nadal słuchamy zespołu znanego z bezkompromisowo ostrego, głośnego brzmienia, które słyszymy w zakończeniu utworu.

Zegarmistrz światła, Tadeusz Woźniak, 1972

Tadeusz Woźniak nagrał wiele wersji swojego najbardziej znanego utworu, ale szczególnie polecam tę, którą wykonał w 1972 r. podczas X Krajowego Festiwalu Piosenki Polskiej w Opolu. Właśnie w tej konkursowej wersji słyszymy coś wyjątkowego – utwór na temat przemijania wszystkiego, co nas otacza, oraz zmierzania ku śmierci wykonany *a capella* kończy się tuż po pierwszej minucie, a po kilkusekundowej pauzie uderza w nas jego głośna rhythm'n'bluesowa interpretacja z rozbudowaną sekcją dętą oraz rytmiczną, która rozpędza utwór i prowadzi go niczym lokomotywa. To nie wszystko: wisienką na tym muzycznym torcie jest wokal legendarnej grupy Alibabki, która podkreśla refleksyjny nastrój *Zegarmistrza*, śpiewając w harmonii prymy akordów utworu. Co ciekawe, kompozytor wspominał, że nagroda, którą zdobył na wspomnianym festiwalu, *doprowadziła do wściekłości* jego kolegów po fachu, a *niemalże każdy felietonista szydził z utworu i uważał tekst za grafomański*. Moim skromnym zdaniem Woźniak udowodnił w Opolu, że można wykonać utwór, który traktuje o tematach trudnych i godnych melancholijnej zadumy, a jednocześnie pasuje w sam raz do tańca.

Modlitwa, Breakout, *Kamienie*, 1974

Jedna z niewielu znanych mi prawdziwie melancholijnych blues-rockowych piosenek. Autorem tekstu, w którym podmiot

→

liryczny prowadzi monolog z Bogiem, jest poeta Bogdan Loebl. Do wspomnianego monologu – prośby o jeszcze jedną szansę na naprawienie nieokreślonego życiowego błędu – dołącza na gitarze Tadeusza Nalepa, uważany za ojca polskiego bluesa. Mam jednak wrażenie, że niezauważonym liderem w tym utworze jest Zdzisław Zawadzki. Jego gitara basowa jest nie tylko głośniejsza (nawet w trakcie znakomitego solo Nalepy!), ale nieustannie prowadzi zespół oraz słuchacza, szczególnie przez fragmenty, w których gitary i perkusja są prawie całkowicie wyciszone. Uważni słuchacze zauważą tutaj dominację melancholijnych akordów molowych.

Krakowski spleen, Manaam, *Nocny patrol*, 1983

Już sam tytuł tego znanego utworu jest bardzo melancholijny. Greckie słowo *splēn* oznaczało śledzionę, czyli narząd, w którym według starożytnych lekarzy powstawała czarna żółć (*melaina chole*). Do dziś w polszczyźnie mianem splinu określa się *stan przygnębienia, apatii i nudy wywołany poczuciem beznadziejności życia*. Trudno o bardziej zwięzłą definicję melancholii. Tekst i muzyka powstały jeszcze w trakcie stanu wojennego, więc wielu słuchaczy dostrzega w piosence odniesienie do gazu łzawiącego rozpylanego przez ZOMO lub do żelaznej kurtyny (*Ciemne skłębione zasłony*) oddzielającej Polskę od reszty Europy, a także do wyczekiwanych zmian (*Z tęsknotą myślę o burzy*). Emocje opisane w tekście można jednak odczytywać także w perspektywie indywidualnej, jako dość dokładny opis apatii, anhedonii oraz stanu depresyjnego (*Ciemno i wstać nie mogę / Naciągam głębiej kołdrę / Znikam, kulę się w sobie*). Uważny słuchacz zauważy ciekawy kontrast pomiędzy stosunkowo wartkim, stałym tempem 102 uderzeń na minutę, a „snującymi się" molowymi akordami granymi na gitarze na tyle powoli, że wyraźnie słyszymy każdą ich nutę. Jednakże zespół nie pozostawia słuchaczy w melancholijnym odrętwieniu – w refrenach muzycy grają prawie wyłącznie durowe akordy, a Kora przypomina nam, że jeszcze ma w sobie pokłady nadziei oraz siły: *Czekam na wiatr, co rozgoni / Ciemne skłębione zasłony / Stanę wtedy na raz / Ze słońcem twarzą w twarz.*

Czarne słońca, Kult, *Spokojnie*, 1988

Czarne słońce to jeden z wiodących symboli melancholii w sztuce. Polecam wersję piosenki, która ukazała się na płycie, a nie tę pochodzącą ze ścieżki dźwiękowej do filmu o tym samym tytule. *Czarne słońca* to kompozycja zupełnie odmienna od sarkastycznych rockowych komentarzy na temat polskiego społeczeństwa oraz polityków, z których dziś słynie zespół Kult. W piosence usłyszeć możemy klasycyzujący pasaż Janusza Grudzińskiego na pianinie (pełne *arpeggio*, którego nie stosują rockowi klawiszowcy), nie jedno, a dwa oddzielne sola na gitarze elektrycznej, rytm żywcem przeniesiony z argentyńskiego tanga oraz molowe akordy nadające piosence mroczny, majestatyczny nastrój. Kazik Staszewski powiedział w wywiadzie, że jego tekst *oddaje po prostu beznadzieję życia w miasteczku pokazanym w filmie, wręcz wegetację tych ludzi*. Ale to nie wszystko – w trzeciej minucie cały zespół zwalnia tempo, ścisza instrumenty i oferuje nam interludium, w którym Kazik lirycznym głosem parafrazuje tekst swego ojca Stanisława, kulminując drugim solo, kiedy gitara w rękach Krzysztofa „Banana" Banasika wręcz lamentuje ze smutku, a perkusista akcentuje smutne frazy na werblu.

Plainsong, The Cure, *Disintegration*, 1989

Pierwsze takty pierwszego utworu z tej płyty potwierdzają, że zespołowi udało się osiągnąć to, o czym wspomniał w wywiadzie jego lider Robert Smith: zbudować bardziej kinowy (*vel* orkiestralny) nastrój niż na poprzedniej, „popowej" płycie. To właśnie dlatego zespół gra przez dwie i pół minuty, zanim usłyszymy pierwszą linijkę tekstu śpiewanego przez Smitha. Utwór ten, podobnie jak cała płyta, kojarzony jest jako smutny oraz depresyjny, paradoksalnie jednak Smith skomponował go, będąc *delirycznie szczęśliwy*, krótko po ślubie, a co więcej, wszystkie jego akordy są durowe. Smutek zdaje się jednak nieustannie podążać za muzyką. Można odnaleźć go w echu, które towarzyszy wokaliście i gitarzyście, w majestatycznych 86 uderzeniach na minutę oraz w samym tekście (np. w wersach *Wiatr wieje, jakby był koniec świata* lub *Jest tak zimno, jakbyś umarł*).

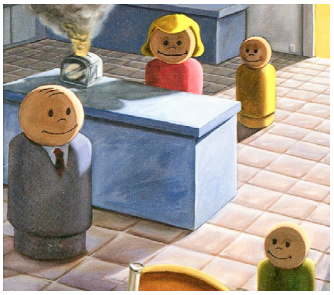
Outshined, Soundgarden, *Badmotorfinger*, 1991

Soundgarden, kluczowy zespół sceny grunge-rockowej z Seattle, nagrał wiele utworów o zmaganiu się ze smutkiem, bezsilnością lub depresją. Jednakże *Outshined* jest wyjątkowy, ponieważ to jedyny utwór Soundgarden, w który muzycy wpletli „optymistycznie" brzmiące (czyli durowe) mosty pomiędzy wersami a refrenami. Jakby tego było mało, dodali jeszcze dwa interludia z bluesowymi ozdobnikami w wokalu Chrisa Cornella. Durowe fragmenty piosenki służą jako ciekawy kontrast dla reszty tekstu, który opisuje emocje towarzyszące trudnym chwilom: *Wyglądam [jak] Kalifornia i czuję się [jak] Minnesota* (odniesienie do stanów w USA o diametralnie różnym klimacie), */ Czuję, że jestem trzeźwy, mimo że piję, / ale nie mogę być niżej, / wciąż czuję, że tonę*. W utworze można usłyszeć prawdziwe rarytasy, takie jak nietypowe metrum 7/4 (w kontraście do typowego dla muzyki rockowej 4/4) oraz gitary nastrojone o całą nutę niżej niż zazwyczaj (stąd „ciężkie" brzmienie utworu). Zainteresowanych zapraszam do wysłuchania audycji *What makes this song great? Ep.62 SOUNDGARDEN (#2)*, w której muzykolog Rick Beato omawia więcej szczegółów dotyczących tej piosenki.

Sodade, Cesária Évora, *Miss Perfumado*, 1992

Skąpane w tropikalnym słońcu Wyspy Zielonego Przylądka wcale się nie kojarzą z melancholijną muzyką, jednakże właśnie z tego zakątka świata pochodzi cały gatunek melancholijnych piosenek pożegnalnych o nazwie *morna*, których znanym przykładem jest właśnie *Sodade*. W afroportugalskim języku kreolskim, rozpowszechnionym na Wyspach, tytułowe *sodade* oznacza „pragnienie" lub „tęsknotę za domem". Nazywana bosą diwą Cesária Évora śpiewa o emigracji na Wyspę Świętego Tomasza (*Kto pokazał ci tę daleką drogę? Drogę na São Tomé*), tęsknocie za rodzinnym miastem São Nicolau oraz o emocjach, jakie towarzyszą rozłące z ukochaną osobą (*Jeśli do mnie napiszesz, to ja napiszę do Ciebie / Jeśli o mnie zapomnisz, to ja zapomnę o Tobie, do dnia, kiedy wrócisz*). Mimo że została nagrana zaledwie trzy dekady temu, piosenka brzmi jak utwory z pierwszej połowy XX w. Być może jest to spowodowane techniką wokalną Évory oraz dominującym instrumentem w tym utworze, czyli czterostrunowym portugalskim cavaquinho.

Grendel, Sunny Day Real Estate, *Diary*, 1994



Słuchając muzyki, wiele osób odruchowo zwraca największą uwagę na śpiew i tekst. Odbiór *Grendel* w takiej kolejności nie jest prosty, ponieważ przez większość utworu słyszymy szepty: jeden głos szepcze po angielsku, a drugi po grecku. Może się to wydawać dziwnym rozwiązaniem stylistycznym, a u niektórych słuchaczy kakofonia zlewających się ze sobą szeptów może wywołać niepokój. Można jednak spojrzeć na to inaczej: wersy sprowadzone właśnie do szeptów w tle oddają przestrzeń dla muzyków, dzięki czemu możemy delektować się duetem kojąco i „ciepło" brzmiących gitar. Mocne akcenty na werblu podpowiadają nam z kolei, że perkusista William Goldsmith mocno hamuje swoją ekspresję. Tę obserwację potwierdza sposób, w jaki Goldsmith gra w innych utworach z tej samej płyty (np. *Seven*), oraz fakt, że jego główną inspiracją jest wspomniany wcześniej legendarny Keith Moon. Piosenka płynie w tempie aż 120-130 uderzeń na minutę, a gitarzyści grają głównie durowe akordy oraz zaledwie trzy molowe, czyli zupełnie odwrotnie, niż może się wydawać. Mimo to wielu słuchaczy zinterpretuje ten utwór jako smutny lub wręcz dołujący. Być może ma to związek z enigmatycznymi metaforami zawartymi w refrenie (*Deszcz padał po to, aby zmyć moje łzy / Chciałem być nimi, ale w zamian zniszczyłem moją szansę / Aksamitne blizny*).

Z rejestru strasznych snów, Hey, *[sic!]*, 2001

Słowa w utworze znanego szczecińskiego zespołu rockowego są tak osobiste i szczere, że słuchacz może mieć poczucie winy z powodu podsłuchiwania wokalistki podczas sesji z terapeutą lub lektury jej pamiętnika. W głosie Katarzyny Nosowskiej prawie nie ma emocji. W wyrazisty sposób przedstawia ona życie w głębokiej anhedonii oraz samotności, którego rutyna powoduje, że niektórych miesięcy nawet nie pamięta. Mimo wszystko utwór nie jest nudnym wywodem na temat wybranych elementów obrazu klinicznego depresji. W piosence akordy durowe przeplatają się z molowymi, tempo jest spokojne, jednak spostrzegawczy słuchacz zauważy subtelnie narastające napięcie. Okazuje się, że propozycja Nosowskiej (*późno już… chodźmy spać…*) jest tylko preludium do rozładowania tego napięcia w stylu, z którego znany jest ten zespół. Słuchając ostatnich taktów, w szczególności ostrych, wysokich nut gitar oraz „ciężkiej" sekcji rytmicznej, można szybko dojść do wniosku, że sen, do którego zaprasza wokalistka, faktycznie jest straszny.

Czekamy, Ryszard Stopa, *Szafa*, 2005

W tym spokojnym utworze wyraźnie wpadają w ucho molowe akordy grane na fortepianie oraz słowa opisujące trudne chwile, w których nie wiadomo dokąd pójść i co ze sobą zrobić. W jednym z wywiadów Ryszard Stopa powiedział, że miał na celu przekazać nastrój, w którym *tęsknisz wciąż i nie wiesz, za czym […], jest też żal […] [i] też nie wiadomo do kogo*. Innymi słowy, kompozytor idealnie trafił w sedno definicji melancholii jako zadumy i smutku, którego źródła nie da się zidentyfikować. W ostatnim wersie wokalista zmienia jednak dynamikę głosu, co w połączeniu z durowymi akordami wyraża bunt i sprzeciw (*stoimy jeszcze z żaglem rozpostartym…*).

Nocny lotnik, Armia, *Ultima Thule*, 2005

Już okładka tego albumu zwraca naszą uwagę, ponieważ nie jest namalowana przez Tomasza Budzyńskiego (lidera zespołu, który z wykształcenia jest malarzem) ani też nie jest utrzymana w typowej dla poprzednich albumów Armii biało-czarnej tonacji. W zamian widzimy obraz Giorgia de Chirico *Tajemnica i melancholia ulicy*. Wybór nie jest przypadkowy, bo nawiązanie do tego dzieła pojawia się w utworze: *Słoneczna melancholia, zagadka tej ulicy / powstrzymaj moje ręce, zatrzymaj moje myśli*. Sam utwór wyróżnia się na tle reszty płyty (oraz całego dorobku zespołu) swoim minimalizmem – jeden gitarzysta gra na przemian zaledwie dwa akordy: D oraz G moll. Gdy dodamy do tego frazę *Myślę i nie jestem*, czyli antytezę *Cogito ergo sum*, prawdopodobnie najbardziej znanej konkluzji Kartezjusza, otrzymujemy szczerze melancholijny utwór.

Klimt, Jesienne odcienie melancholii, 2008

Mieszkając w Trójmieście, nie powinniśmy zapominać o albumie, na którego okładce widać sopockie molo z lampami rozświetlonymi na tle granatowego nieba. Debiutancki solowy album Antoniego Budzińskiego zawiera dość różnorodne piosenki, których wspólnymi mianownikami faktycznie wydają się być melancholia, dominujące molowe akordy oraz stosunkowo spokojne tempo ok. 80 uderzeń na minutę. Na uwagę zasługują tu utwory *Donikąd* (instrumentalny, mogący służyć jako znakomite „tło" do refleksji), *Ennui* (w którym delikatny śpiew unosi

→

się nad spokojnymi, pełnymi przestrzeni molowymi akordami granymi na klawiszach oraz gitarze, zakończony podwojonym tempem i crescendo), *Happinessless* (z mocno modulowanym brzmieniem gitary elektrycznej, pełne szeptu i echa gitarowych akordów), *Małe skrzydła* oraz *Oceany* (z piętrzącymi się warstwami partii instrumentalnych).

One to Three, Cholera Jasna, *Vlaar, Carr and Here's Djemba Djemba*, 2010

Tekst piosenki szwedzkiego zespołu jest jak opis kilku scen (*cisza odbija się echem od ścian, połknij tabletkę i nastaw zegar, życie ma taki sam odcień jak beton*) z życia w smutku. Nie usłyszymy w niej jednak sennej muzyki. W zamian trio oferuje nam wartki rytm, kilka zmian dynamiki oraz elektryczną gitarę z echem, które tworzy wrażenie gry kilku gitarzystów jednocześnie. Nie znam drugiej piosenki na temat depresji, która ma w sobie tyle rockowego hałasu i energii, oraz innej, w której wokalista w tak bezpośredni sposób pyta słuchaczy: *czy jesteście szczęśliwi?*.

How to never stop being sad, Dandelion Hands, *It's All In Your Head*, 2013

W tym utworze nie ma śpiewu, tylko monolog, w którym wokalista szczegółowo podpowiada, co należy robić, aby pozostać w stanie smutku, wręcz depresji. Słuchaczowi trudno przejść obojętnie obok fraz takich jak: *całymi tygodniami unikaj swoich przyjaciół, mimo że oni są jedynym elementem stałości w twoim życiu* albo *pozwól sobie stracić zainteresowanie tym, co lubisz […], nie walcz z tym, zostań postacią drugoplanową w swoim własnym filmie*. Nasuwa się pytanie: czy wokalista jest toksycznym szydercą, którego bawi zmaganie z depresją, czy też jest na odwrót – próbuje pomóc w trudnych chwilach, dzieląc się rezultatem dokładnego przepracowania własnych emocji i zachowań związanych z epizodami depresyjnymi? Słowa wywołują na tyle silne emocje, że łatwo stracić z pola uwagi minimalistyczną warstwę muzyczną. Uważny słuchacz usłyszy tu dwa (a nie jeden) akordy, które co prawda mają tę samą prymę (nutę D), jednak jeden z nich jest durowy, a drugi molowy.

Chandelier, Sia, *1000 Forms of Fear*, 2014

Słuchając dyskotekowego rytmu oraz radośnie brzmiącego refrenu (dominują tu akordy durowe), łatwo dojść do wniosku, że hit australijskiej kompozytorki to kolejna imprezowa piosenka nastawiona na komercyjny sukces. Jednak gdy posłuchamy uważniej, okaże się, że w tekście zawarte są zupełnie inne i dość sprzeczne emocje. Z jednej strony wokalistka opisuje pełen imprez i przyjemności styl życia (*będę żyła, jakby nie było jutra*), a z drugiej dodaje, że to wszystko jest tylko fasadą, ucieczką przed wstydem oraz smutkiem (*jestem wrakiem, ledwo trzymam się życia*). Właśnie sposób, w jaki kompozytorka balansuje na cienkiej linii pomiędzy gloryfikowaniem a obnażaniem stereotypowego stylu życia *party girl* (u którego podstaw znajduje się alkoholizm), zdobył uznanie wielu krytyków. Być może to wszystko wybrzmiewa wyraźniej w wersji akustycznej piosenki, w której piosenkarka zredukowała muzyczną warstwę utworu jedynie do pianina.

Wszystkie opisane powyżej piosenki są dostępne w serwisie YouTube. Życzymy miłego słuchania oraz świadomego odbioru muzyki.

Evelina Johansson pomogła nam w poszukiwaniach melancholijnych piosenek – serdecznie dziękujemy! ■

MGR DAGNA MACIEJEWSKA
LEK. JANUSZ SPRINGER

Bibliografia

1. Aalbers S, Fusar-Poli L, Freeman RE, Spreen M, Ket JC, Vink AC, i in. Music therapy for depression. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017
2. Danek J, Danek E, Danek M. Wpływ muzyki na odczuwanie bólu, lęku i depresji oraz jakość życia u ludzi z problemami bólowymi różnego pochodzenia. Pol Forum Psychol. 2016;2(XXI):206–20
3. Prokopska M, Mielnik M. Wpływ muzykoterapii na pacjentów przebywających w wybranych trójmiejskich hospicjach w ocenie personelu medycznego. Ann Acad Med Ged. 2015;45(1):45-54
4. Bragança GFF, Fonseca JGM, Caramelli P. Synesthesia and music perception. Dement Neuropsychol. 2015;9(1):16-23
5. Langer SK. Philosophy in a new key: a study in the symbolism of reason, rite, and art. Wyd. 3; Harvard University Press 2009
6. Ball P. Facing the music. Nature 2008;453(7192):160-2
7. Vuust P, Heggli OA, Friston KJ, Kringelbach ML. Music in the brain. Nat Rev Neurosci. 2022;23(5):287-305
8. Porges SW, Lewis GF. The polyvagal hypothesis: common mechanisms mediating autonomic regulation, vocalizations and listening. W: Handbook of Behavioral Neuroscience. Elsevier 2010. s. 255-64
9. Kolacz J, DaSilva EB, Lewis GF, Bertenthal BI, Porges SW. Associations between acoustic features of maternal speech and infants' emotion regulation following a social stressor. Infancy 2022;27(1):135-58.
10. Maratos A, Crawford MJ, Procter S. Music therapy for depression: it seems to work, but how? Br J Psychiatry 2011;199(2):92-3
11. Hausen M, Torppa R, Salmela VR, Vainio M, Särkämö T. Music and speech prosody: a common rhythm. Front Psychol. 2013;4:1-16
12. Gupta A, Bhushan B, Behera L. Neural response to sad autobiographical recall and sad music listening post recall reveals distinct brain activation in alpha and gamma bands. PLoS One 2023;18(1):e0279814
13. Malejko K, Abler B, Plener PL, Straub J. Neural correlates of psychotherapeutic treatment of Post-traumatic Stress Disorder: a systematic literature review. Front Psychiatry 2017;8.
14. Taruffi L, Koelsch S. The paradox of music-evoked sadness: an online survey. PLoS One 2014;9(10):e110490

Stan zawieszenia

JUSTYNA TRAWIŃSKA
Biblioteka Główna GUMed

Współczesność jest smutna – czasem bywa uwierająco szara i melancholijna, czasem nieznośnie przygnębiająca i bolesna. To paradoksalne, bo przecież żyjemy w bezprecedensowej epoce nieograniczonych możliwości; licznych i barwnych rozrywek, łatwości podróży, funkcjonalnych udogodnień, powszechnego dobrobytu. A jednak jesteśmy – lub bywamy trochę nazbyt często – smutni. Współczesne problemy z poczuciem bezużyteczności, bezsilności, samotności stały się na tyle alarmujące, że pochyla się nad nimi medycyna, socjologia, a także szeroko pojęta sztuka. Jak mówić o tych problemach, aby nie brzmiały sztampowo, banalnie, miałko czy ckliwie?

Człowiek, który śpi Georges'a Pereca wydaje mi się jedną z najbardziej udanych literackich prób wyrażenia, czym jest/może być depresja. Powieść Francuza, pozbawiona powszechnych w tym temacie w kulturze (szczególnie w kinie) melodramatycznej fabuły i sentymentalnego kaznodziejstwa, wyróżnia się swoją strukturą formalną. Bohatera powieści, dwudziestopięcioletniego studenta, dzień po dniu ogarnia apatia i chłodne poczucie bezsensowności życia, krok po kroku – niezauważalnie, a jednak jakby z nagła – pogrąża się on w swoistym stanie zawieszenia, *pełnym martwych chwil, pustych przebiegów* (s. 25).

Georges Perec, *Człowiek, który śpi*, przeł. A. Wasilewska, Kraków 2020

I to właściwie wszystko, co wydarzyło się bohaterowi *Człowieka, który śpi* – na 140-stronicową książeczkę składa się w zasadzie opis owego ustawicznego spowolnienia, bezruchu, obojętności, która kontroluje bohatera. Wyjątkowość powieści polega na tym, w jaki sposób zostaje nam ten stan zaprezentowany. Perec sięga po niezwykle rzadko stosowaną formę opowieści, narrację diadyczną, to znaczy używa form gramatycznych drugiej osoby liczby pojedynczej. Ten sposób organizacji tekstu sprawia, że my, czytelnicy, zostajemy niejako wciągnięci w czasoprzestrzeń bohatera, w jego sposób doświadczania depresji, i zmuszeni do zobaczenia siebie w nim. Co znaczące, Perec koncentruje się nie na opisie emocji czy przemyśleń (jak to najczęściej bywa przy temacie depresji w literaturze), lecz na sensorycznym opisie odczuć bohatera, na fizycznej apatii, której doświadcza:

Z początku to tylko znużenie, zmęczenie, jakbyś nagle spostrzegł, że już od dawna, od wielu godzin, jesteś ofiarą podstępnej dolegliwości, otępiającej, w małym stopniu bolesnej, a jednak nieznośnej; ogarnia cię mdłe i dławiące uczucie, że jesteś pozbawiony mięśni i kości, że jesteś workiem gipsu pośród innych worków gipsu. […]

Coś pękło, coś pękło. Już nie czujesz – jakby to powiedzieć? – żadnego wsparcia: coś, co jak się zdawało, jak się zdaje, krzepiło cię do tej pory, dodawało ducha, napełniało poczuciem własnego istnienia, niemal własnej wartości, wrażeniem, że należysz do świata, że jesteś w nim zanurzony, zaczyna cię zawodzić. (s. 15, 20)

Taki sposób ustrukturyzowania (możemy powiedzieć: udziwnienia) tekstu nie jest efekciarskim popisem awangardowego stylu autora; wybór takiej narracji jest przemyślany i… konieczny do sprawiedliwego oddania, czym jest/może być depresja. Często mylona z melancholią wpatrzonego w siebie narcyza, w obrazie literackim podmiotu depresyjnego stworzonym przez Pereca, okazuje się ona całkowitym zanikiem ego, czyli unicestwieniem wszelkich przekonań, złudzeń, ambicji, jakie człowiek tworzy, aby zyskać tożsamość, swoje własne, wyjątkowe „ja". Podmiot depresyjny nie wierzy w siebie; przekonany jest o swojej bezwartościowości, uważa się za nieudacznika niezdolnego do snucia jakichkolwiek planów i realizacji celów:

Jesteś próżniakiem, lunatykiem, ostrygą. Definicje zmieniają się zależnie od pory, zależnie od dnia, ale sens pozostaje mniej więcej taki sam: nie czujesz się stworzony do życia, do działania, do kształtowania; chcesz tylko trwać, chcesz tylko oczekiwania i zapomnienia. (s. 23)

Główną cechą depresji bohatera jest obojętność, z jaką podchodzi zarówno do samego siebie, jak i do świata. Nie jest to obojętność wyrachowana, obojętność cynika, który chce korzystać z wolności i przyjemności za cenę nieposzanowania innych. Nie jest też ona wyrazem ignorancji, mizantropii czy egoizmu. Obojętność podmiotu depresyjnego łączy się z absolutną – fizyczną, a w konsekwencji intelektualną – niemożliwością podjęcia jakichkolwiek aktywności:

→

Obojętność nie ma początku ani końca: jest stanem niezmiennym, ciężarem, bezwładem, którym nic nie może zachwiać. Komunikaty ze świata zewnętrznego niewątpliwie docierają jeszcze do twoich ośrodków nerwowych, ale nie mogą się przełożyć na żadną wyczerpującą odpowiedź, która wciągnęłaby do gry cały twój organizm. […] Obojętność unieważnia język, gmatwa znaki. Jesteś cierpliwy i nie czekasz, jesteś wolny i nie wybierasz, jesteś do wzięcia i nic cię nie pobudza. O nic nie prosisz, niczego się nie domagasz, niczego nie narzucasz. Słyszysz, niczego nie słuchając, widzisz, na nic nie patrząc. (s. 85-86)

Obojętność podmiotu depresyjnego wiąże się z bólem nieprzystawania do świata – jedyne, czego pragnie owładnięty nią człowiek, to odsunąć się od władzy, jaką sprawują nad nim imperatywy współczesnej kultury – użyteczności, nieustannego dowodzenia swojej wartości, osiągania sukcesów, wyznaczania sobie coraz to nowych, mniej lub bardziej płytkich, celów. Jest to, w mojej ocenie, jeden z najważniejszych elementów książki. O depresji zbyt często mówimy jednostkowo, przypisując ją człowiekowi, który z powodu jakichś swoich indywidualnych uwarunkowań, predyspozycji czy traum popada w apatię. Nie neguję specyfiki każdego przypadku, pragnę jedynie zwrócić uwagę, że często nie dostrzegamy innych sił – na przykład wartości, które promuje współczesna kultura, czy sił ekonomicznych – które stany depresyjne pogłębiają, a także romantyzują. Stan depresyjny, w który popadł bohater *Człowieka, który śpi*, przedstawia bolesne napięcia między jednostką przygniecioną presją nadawania sensów, nieprzygotowaną na spełnianie oczekiwań, które świat przed nim stawia. Jak to zgrabnie ujął inny bohater w depresji, innego francuskiego pisarza: *Nie żebym czuł się bardzo nisko: to raczej otaczający świat wydaje mi się bardzo wysoko*[1]. Perec pokazuje, że depresja to nie tylko wewnętrzny problem konkretnej osobowości. Oskarżycielski palec subtelnie, niemalże niezauważalnie, wymierzony jest we współczesną kapitalistyczną kulturę, politykę i ekonomię, nakazującą nam bycie nieustanie przebodźcowanymi, konsumującymi rozkosze życia podmiotami, pełnymi ambicji i głodnymi sukcesów; bycie interesującymi i niebanalnymi – za cenę zdrowia i szczęścia:

Współczesność na ogół niezbyt poważa takie usposobienie: wokół siebie zawsze widziałeś, jak nagradzano działanie, wielkie plany, entuzjazm: w cenie jest człowiek zmierzający do przodu, człowiek ze wzrokiem utkwionym w horyzont, człowiek patrzący prosto przed siebie. Jasne spojrzenie, silny podbródek, stanowczy krok, wciągnięty brzuch. Upór, inicjatywa, przebojowość, triumf wytaczają nazbyt świetlisty szlak nazbyt modelowej egzystencji. Pobożne kłamstwa, zwodnicze sny tych wszystkich, którzy drepczą i grzęzną, stracone złudzenia tysięcy ludzi pozostawionych własnemu losowi, tych, którzy przybyli za późno, tych, którzy postawili walizkę na chodniku i usiedli, aby obetrzeć z potu czoło. Ale ty nie potrzebujesz wymówek, nie masz czego żałować, za niczym nie tęsknisz. Niczego nie odrzucasz, niczego nie odmawiasz. Przestałeś zmierzać do przodu, ale ty już nie szedłeś do przodu, nie zaczynasz od nowa, ty już doszedłeś, bo nie wiesz, co mógłbyś robić dalej […]. (s. 23)

Stan zawieszenia, spowolnienia, który już niejednokrotnie przywoływałam, wiąże się także z tytułowym snem; a jak wiemy, tytuły, prawie zawsze, są znaczące. Bohater powieści, bohater depresyjny, jest przede wszystkim jakimś, jakimkolwiek (oddaje to nieistniejący w polszczyźnie przedimek *un*) człowiekiem, który śpi. Sen jest jednym z podstawowych wskaźników diagnostycznych depresji; podmiot depresyjny albo śpi za dużo, albo nie śpi wcale. Podmiot depresyjny chce spać; bo sen to przede wszystkim nadejście upragnionej utraty świadomości, perspektywa bezwolnego, bezbolesnego zanurzenia się w stanie czysto pasywnym i… bezużytecznym. Postawę podmiotu depresyjnego można odczytywać jako – być może instynktowną – formę buntu wobec nakazów produktywności i użyteczności nowoczesności (bo człowiek nowoczesny jest nade wszystko produktywny i użyteczny). Ponadto, nadejście snu jest symbolicznym zburzeniem pomostu łączącego ze światem, relacji, która tak mocno boli naszego bohatera. Jest formą ucieczki, kojącego zagubienia, szansą na zapomnienie, odcięcie się od tego, co niepokoi i męczy:

Masz się tylko zagubić, jeszcze raz, na zawsze, za każdym razem zagubiać się coraz bardziej, masz błądzić bez końca, odnaleźć sen, spokój ciała: zaniedbanie, zniechęcenie, gnuśność, dryfowanie. Prześlizgujesz się, dajesz się życiu unosić, jesteś uległy, chcesz szukać pustki […]. (s. 86-87)

Georges Perec napisał *Człowieka, który śpi* po wielu latach terapii psychoanalitycznej. W innych tekstach, na przykład w listach, siebie samego z okresu depresji opisuje jako przekonanego o własnej bezużyteczności i przeciętności, a także głęboko samotnego młodego człowieka. Jego melancholia była też skutkiem nieprzepracowanej żałoby po utracie rodziców, zwłaszcza mamy, która zginęła w niemieckim obozie koncentracyjnym, kiedy Georges miał 7 lat. Nie musimy jednak odczytywać *Człowieka, który śpi* przez pryzmat biografii jego autora – powieść ta wydaje mi się tak dobrze napisana, że każdy, kto ma za sobą, mniej czy bardziej dotkliwe, dłuższe czy krótsze, epizody depresyjne, momenty przygnębienia czy dotkliwej samotności, odnajdzie samego siebie w bohaterze powieści. A jeśli wśród czytelników są tacy, którzy (na szczęście!) takich doświadczeń nie mają, to być może powieść Pereca stanowić będzie dla nich szansę na zrozumienie, czy raczej poczucie, jak to jest być paraliżująco przygnębionym i bezsilnie samotnym. Narracyjny dwugłos sprawia, że powieść spełnia funkcje nie tylko terapeutyczne – dla wzorowanego na autorze bohatera opisującego swój stan ducha – ale także autopoznawcze – dla nas, czytelników.

Człowiek, który śpi jest dostępny do wypożyczenia w naszej Bibliotece. ■

JUSTYNA TRAWIŃSKA

[1] M. Houellebecq, *Poszerzenie pola walki*, przeł. E. Lubiewa-Wieleżyńska, Warszawa 2015, s. 145.

Moja podróż do Sudanu Południowego

MARTA HNAT
Dział Obsługi Programu IDUB

Od dłuższego czasu czułam, że chcę pojechać na misję do Afryki. Nie do końca rozumiałam dlaczego, ale zaryzykowałam i podążyłam za głosem serca. Do wyjazdu postanowiłam przygotować się w sposób odpowiedzialny i świadomy, dlatego wybrałam Salezjański Ośrodek Misyjny, gdzie formowałam się od października do maja. Sama formacja nie była jeszcze zielonym światłem do wyjazdu. Po niej należało zdać specjalistyczny test psychologiczny oraz odbyć rozmowę z psychologiem. Przez długi czas nie miałam więc pewności, czy mój wyjazd dojdzie do skutku.

Gdy otrzymałam wiadomość, że zostałam zakwalifikowana do wyjazdu, a moim kierunkiem będzie Sudan Południowy, pojawiło się we mnie wiele obaw o to, czy aby na pewno jest to odpowiednie i bezpieczne miejsce. Zgoda przełożonego na wyjazd utwierdziła mnie jednak w przekonaniu, że misje były właściwym wyborem.

W Sudanie Południowym spędziłam dwa miesiące. Początkowo wydawało mi się, że to długi okres, jednak na miejscu czas biegł tak szybko, że pod koniec wyjazdu miałam chęć zostać na kolejne dwa miesiące. Pobyt w Sudanie Południowym nie był łatwy, lecz to miejsce ma w sobie coś wyjątkowego, coś, co trudno opisać słowami. Spodziewałam się wprawdzie, że zobaczę biedę, ubóstwo i dzieci na ulicach, jednak zetknięcie się z tym twarzą w twarz było czymś znacznie mocniejszym. Takich widoków nie mogłam się spodziewać, a na pewno nie w takiej skali…

Zajęcia w przedszkolu

Na początku wylądowałam w stolicy Sudanu Południowego, mieście Dżuba. Następnego dnia miałam lot do Wau, skąd wyruszyłam do mojego ukochanego Tonj. Trafiłam na placówkę edukacyjną prowadzoną przez trzy siostry salezjanki. Byłam zszokowana tym, że zespół, na który składały się przedszkole (3 klasy), szkoła podstawowa (8 klas), szkoła średnia (4 klasy), szkoła dla dziewcząt, które nie odbyły wcześniej edukacji, i przeznaczone dla kobiet warsztaty zawodowe pracy w ogrodzie, koordynują jedynie trzy osoby.

Moim zadaniem było wsparcie pracy z maluchami w przedszkolu. Prowadziłam także zajęcia artystyczne dla dzieci w pierwszej klasie szkoły podstawowej. Na początku nie było łatwo – musiałam odnaleźć się w nowym miejscu i zbudować zaufanie. Dlaczego wsparcie w placówkach edukacyjnych jest tak ważne? Dlatego, że w jednej klasie, w pomieszczeniu, które nie odbiega znacząco od naszych szkolnych klas, uczy się ok. 80 uczniów.

Gdy pojawiłam się na placówce, najmłodsi dziwili się, że przyjechał do nich biały człowiek. Dotykali rąk, patrzyli na widoczne pod skórą żyły, łapali za włosy. Dla nich było to zjawiskowe i niespotykane. Dzieci po prostu były ciekawe i powoli się otwierały, co spowodowało, że pojawiła się między nami mocniejsza więź. Od samego początku czułam ogromną niezgodę na to, jak traktuje się dzieci, na to, że są bite, momentami traktowane jak zaganiane bydło. Dlatego też, gdy tylko mogłam, starałam się poświęcić im jak najwięcej uwagi i troski. Po prostu być przy nich i je wspierać. Czasami wystarczyło przytulić płaczące dziecko, poświęcić mu czas, aby się uspokoiło, aby jego oddech się unormował.

Dla miejscowych byłam *kaładzia*, czyli biała. Gdzie bym nie poszła, biegły za mną dzieci i wołały: *idzie biała*. Dla najmłodszych dzieci, które po raz pierwszy miały kontakt z białym człowiekiem, był to czasem przerażający widok, więc zaczynały płakać. W Sudanie Południowym większość ludzi żyje w lepiankach krytych sianem. To najczęściej jedna izba, bez kuchni, bez łazienki, bez mebli. Nie ma tam prądu, a po wodę trzeba chodzić do studni, które najczęściej wymagają pilnych napraw.

→

Widząc tak skąpe warunki, wciąż zadawałam sobie pytania: *Dlaczego między nami są takie rozbieżności? Skąd tyle niesprawiedliwości na świecie? Dlaczego mamy aż tak nierówny start?*. Cóż, świata nie zmienimy, ale małymi gestami możemy zdziałać naprawdę wiele.

Uczniowie szkoły i „dzieci ulicy”

Dziwiłam się, gdy niektóre dzieci kładły na ławki swoje buty. Zwracałam uwagę, że tak nie można. Najpierw pomyślałam, że może chcą się pochwalić nowymi, często pierwszymi butami. Prawda okazała się jednak bardziej brutalna. Otóż dzieci najczęściej nie rozumiały, do czego służy krzesło czy ławka, ponieważ nie miały tych mebli w domu.

Gdy byłam otoczona lokalnymi mieszkańcami, nie czułam się obco, nie czułam niebezpieczeństwa, miałam wrażenie, że również jestem częścią lokalnej społeczności. Idąc, nie myślałam, że jestem biała, a z biegiem czasu przestałam zupełnie zwracać na to uwagę.

W pamięć zapadła mi też sytuacja, która wydarzyła się w pierwszych dniach mojego pobytu. Przestraszyłam się, kiedy w oddali zauważyłam duży płomień ognia. Od razu przyszło mi na myśl, że to pożar. Znajdowałam się przecież w kraju, w którym w ciągu dnia temperatura sięga ponad 40 °C, a w nocy oscyluje w okolicy 28 °C. Okazało się jednak, iż w Sudanie Południowym oraz w większości krajów afrykańskich właśnie w taki sposób usuwa się śmieci (a mimo to i tak wszędzie leżą plastikowe torby i butelki). Wszelkie odpady po prostu się pali, ponieważ nie istnieje system ich wywozu.

Trzeba też wspomnieć o tym, jak trudna jest sytuacja sudańskich kobiet. Na ogół samotnie wychowują one dzieci, ponieważ ich mężowie mają po kilkanaście żon. Co ciekawe, żony kupuje się w Sudanie Południowym za krowy. Na szczęście świadomość młodych ludzi w tym kraju ponoć powoli się zmienia.

Dlatego tak ważna jest edukacja, wspieranie programów, które pomagają dzieciom w Afryce zdobywać wiedzę. Wolontariusze, misjonarze oraz pracownicy pomocy humanitarnej robią wiele, ale nie są w stanie wprowadzić długotrwałych zmian, które będą rzutować na przyszłe pokolenia. Smutne jest to, iż większość sudańskich dzieci nie chodzi do szkoły, ponieważ ich rodzinom brakuje na to środków bądź też one same muszą opiekować się młodszym rodzeństwem, zostając w domach.

Wróciłam z Sudanu Południowego z ogromną wdzięcznością za wszystko, co otrzymałam na miejscu. Dałam wiele, jednak nie jestem w stanie wyrazić, jak bardzo mnie obdarowano: w relacjach, doświadczeniach, nawet trudnościach dnia codziennego. Było i pięknie, i trudno. Momentami chodziłam głodna, musiałam uważać na to, co jem, i jak się zachowuję, ale wiem, że było warto. Za nic nie zamieniłabym tamtego czasu. Niekiedy przychodzą chwile, w których bardzo tęsknię za moją afrykańską rzeczywistością.

Sudańczycy nauczyli mnie czerpania radości z najmniejszych rzeczy i sytuacji. Mimo tego, że mają tak niewiele, potrafią cieszyć się, śmiać, tańczyć i doceniać drobne rzeczy. Dzięki temu, że czas płynie tam wolniej, można zauważyć więcej dobra, które nas otacza.

Czas pokaże, czy wrócę kiedyś do miejsca, które okazało się tak dla mnie ważne. ■

MARTA HNAT

fot. archiwum prywatne

Mieszkańcy Tonj przy studni

Pokaż, lekarzu, co masz w garażu

PROF. BOLESŁAW RUTKOWSKI
Samozwańczy Redaktor
Kącika Anegdot

Autorem tytułowej frazy jest były, nieżyjący już, wicepremier jednego z naszych rządów. Trzeba jednak powiedzieć, że zainteresowanie lekarzy automobilami nie jest niczym nowym, gdyż sięga lat 60. i 70. Posiadanie samochodu było podówczas zdecydowanie rzadkie i dotyczyło jedynie wąskiej grupy profesorów. Rzecz, o której pragnę donieść naszym Czytelnikom, dotyczy prof. Zdzisława Kieturakisa oraz doc. Wiktora Taubenfligela. Jako młody adept medycyny miałem przyjemność znać obu panów, co – mam nadzieję – wzmocni wiarygodność poniższych historii.

Prof. Zdzisław Kieturakis

Doc. Wiktor Taubenfligel

Prof. Kieturakis przyjechał do Gdańska z Wilna wraz ze swoim szefem, prof. Kornelem Michejdą. Po wyjeździe prof. Michejdy do Krakowa objął kierownictwo III Kliniki Chirurgii mieszczącej się na zbiegu ulic Śluza i Łąkowej. Stworzył własną szkołę chirurgiczną, a w kierowanej przez niego Klinice powstały oddziały urologii i neurochirurgii, które potem przekształciły się w samodzielne kliniki. Prof. Kieturakis cieszył się ogromną sławą jako chirurg, dlatego wszyscy możni Trójmiasta dążyli do tego, aby oni sami bądź członkowie ich rodzin byli – w razie potrzeby – operowani właśnie przez niego. Profesor jako jeden z pierwszych dojeżdżał do pracy swoją dekawką, która stała się źródłem wielu opowieści. Otóż zdarzyło się, że prof. Kieturakis operował matkę jednego z sekretarzy Komitetu Wojewódzkiego PZPR. Rzeczony sekretarz przyszedł dowiedzieć się o stan mamy, a dziękując Profesorowi za udany zabieg, uprzedził, że interesują się nim określone służby, w tym skarbowe. No i doradzał – na zasadzie „wiecie, rozumiecie" – żeby prof. Kieturakis tak bardzo się nie afiszował z tym samochodem. Na to Profesor wyciągnął przed nim swoje ręce chirurga artysty, pytając, czy chciałby, aby dla przykładu jego mama była operowana przez chirurga, który dojeżdża do pracy, wisząc przez minimum 40 minut na rzemiennej trzymance w tramwaju. Sekretarz pomyślał, raz jeszcze z szacunkiem spojrzał na jego ręce i stwierdził, że sprawi, by rzeczone służby od…iły się od Profesora.

Podobna historia przydarzyła się doc. Wiktorowi Taubenfligelowi, który był bardzo barwną postacią. Studia medyczne rozpoczął w Pradze, a ukończył w Padwie. Bezpośrednio po studiach, w roku 1937, powędrował do Hiszpanii i działał w służbach sanitarnych słynnych dąbrowszczaków. Potem udał się do Chin, gdzie wspomagał swoją wiedzą medyczną Chińczyków walczących z Japończykami. Wieść gminna niesie, iż był także przybocznym lekarzem Mao Tse-tunga, nosząc podówczas miano doktora Tai Wei. Podczas II wojny światowej służył pomocą medyczną Amerykanom walczącym w Birmie i wspomnianym wojskom chińskim. Po zakończeniu działań wojennych, w 1946 r. wrócił do Polski i rozpoczął pracę w charakterze starszego asystenta, a następnie adiunkta w Klinice kierowanej przez prof. Michejdę. Kiedy kierownictwo jednostki objął prof. Kieturakis, uzyskał stopień docenta. W roku 1964 został kuratorem, a następnie kierownikiem I Kliniki Chirurgicznej mieszczącej się w kompleksie na ul. Dębinki. Tutaj miał miejsce incydent podobny do opisanego wydarzenia dotyczącego prof. Kieturakisa. Otóż pewnego dnia w 1967 r. do doc. Taubenfligela zgłosiło się dwóch smutnych panów, którzy przedstawili się jako reprezentanci Wojewódzkiej Komisji Kontroli Partyjnej. Oświadczyli, iż nieobyczajne jest, aby towarzysz docent dojeżdżał do pracy samochodem, ponieważ takie afiszowanie się dobrobytem nie przystoi członkowi partii. Jak wieść uczelniana niesie, doc. Taubenfligel bez długiego zastanowienia wyjął z kieszeni dziesięć złotych, skierował towarzyszy do pobliskiego kiosku Ruchu i zalecił zakup pasty oraz szczoteczek do zębów. Poradził, aby następnie umyli dokładnie zęby i wrócili, by pocałować go w d…

Towarzysze dziesięciu złotych nie wzięli, wyszli jak niepyszni i już więcej nie wrócili. Widać, że obie metody – ta elegancka, zastosowana przez prof. Kieturakisa, i ta mniej elegancka, zastosowana przez doc. Taubenfligela – okazały się skuteczne. Jednocześnie słuszne okazuje się stwierdzenie, które pozwolę

→

sobie zaczerpnąć ze wspomnień prof. Grażyny Świąteckiej zamieszczonych w naszym czasopiśmie w 2019 r. Cytuję: *Sławnej pamięci chirurg docent Wiktor Taubenfligel, partyjny Żyd z polską duszą*. Niestety antysemicka nagonka z roku 1968 spowodowała, iż doc. Taubenfligel wyjechał do Niemiec, a następnie do Kanady. Ale to już jest całkiem inna historia, która pewnie będzie warta osobnej opowieści na łamach „Gazety GUMed".

PS Na początku lat 80. posiadanie samochodu spowszedniało. Jako młody adiunkt jeździłem podówczas doskonałym wytworem polskiego przemysłu automobilowego, czyli Syreną 105L. Samochód ten posiedliśmy dzięki uzyskaniu przydziału (z rozłożeniem opłat na raty) przez moją żonę, która pracowała jako lekarz stomatolog w tzw. ambulansie wiejskim. Któregoś dnia odwiedził nas teść i bardzo pragnął złożyć wizytę znajomemu cukiernikowi, który przeniósł się z Koszalina do Gdyni. Zawiozłem teścia do Gdyni, a pan cukiernik zaczął opowiadać o swoich i rodziny zasobach. Miał on bowiem trzy cukiernie, syn dodatkowo dwie, a zięć jedną. Wymienił także samochody, którymi jeździł on sam i członkowie jego rodziny. W pewnym momencie zapytał mnie, jakim samochodem jeżdżę, co spowodowało, że zaprowadziłem go do okna i pokazałem moją piękną syrenkę w kolorze piasku pustyni stojącą obok jego wypasionego mercedesa. Pan cukiernik spojrzał na mnie spod oka, uśmiechając się ze zrozumieniem, i powiedział: *Rozumiem, to dla niepoznaki, doktor, dla niepoznaki, co?*. Pozostawiłem tę wypowiedź bez komentarza.

I tak to z tą motoryzacją wśród medyków bywało. ■

PROF. BOLESŁAW RUTKOWSKI

rys. Małgorzata Omilian-Mucharska

Walentynki, czyli co wiemy o miłości

WIKTOR WARCHAŁOWSKI
Student III roku psychologii zdrowia, członek SKN Psychologii

Każdego roku 14 lutego obchodzimy Walentynki, święto zakochanych. Jak często zastanawiamy się jednak nad jego pochodzeniem i historią? Czy wiemy w ogóle, jak kochamy i czym jest miłość? Czy miłość jest zawsze taka sama? Czy jesteśmy równi wobec jej siły? A więc to było tak…

Historia Walentynek

W czasach przed Chrystusem starożytni Rzymianie obchodzili Luperkalia, które przypadały w połowie lutego. Było to święto płodności oraz przywitania wiosny. Po upadku Cesarstwa Rzymskiego oraz rozpowszechnieniu się chrześcijaństwa tradycja ta odeszła w zapomnienie, choć nie została całkowicie zniszczona. Kościół ustanowił 14 lutego dniem św. Walentego, duchownego i męczennika straconego właśnie tego dnia 270 r. Ponieważ Walenty, pomimo zakazu cesarza, udzielał ślubów legionistom, a jego ukochana odzyskała ponoć wzrok dzięki sile jego miłości, stał się on patronem zakochanych. W Europie Zachodniej oraz Południowej Walentynki obchodzone były już w średniowieczu. Do Polski zwyczaj ten dotarł z Bawarii, jednakże jego popularność wzrosła dopiero w latach 90. XX w.

Najważniejszym miejscem obchodów święta zakochanych stała się bazylika św. Walentego w Terni. Co roku w niedzielę poprzedzającą 14 lutego pary narzeczonych z całego świata zjeżdżają tam, aby złożyć przysięgę miłości, a małżeństwa dziękują za swą długą miłość. W Polsce najważniejszym ośrodkiem kultu św. Walentego jest Chełmno, gdzie już od średniowiecza znajdują się jego relikwie.

Czym jest miłość?

Miłość to jeden z tematów, o których mówi się, że są uniwersalne. Zgłębiają go literaci, filozofowie, naukowcy, artyści i każdy z nas. Mamy wiele rodzajów miłości – możemy kochać naszych rodziców, dzieci, rodzeństwo, nasze zwierzęta i przedmioty. Walentynki kojarzą się jednak z jednym rodzajem miłości – do naszej ukochanej osoby.

Od wielu wieków próbujemy dociec, czym właściwie jest miłość. Greccy filozofowie, pierwsi psychologowie i współcześni naukowcy zajmujący się badaniami z wykorzystaniem

fot. pexels.com

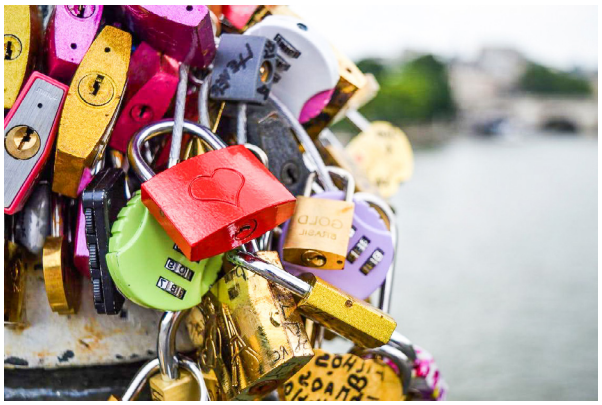
neuroobrazowania – wszyscy oni starali się jak najtrafniej zdefiniować nasze uczucia.

Platon w *Uczcie* rozprawiał o miłości i jej idealnej formie. Do dziś wielu myślicieli nawiązuje do Platońskiego esencjalizmu, chcąc opisać idealną formę uczucia i jego przeżywane przez nas nieidealne odmiany. Pierwszym badaczem, który odrzucił tę teorię, był Karol Darwin. Przedstawił on koncepcję doboru seksualnego, czyli naturalnego, wrodzonego pędu człowieka do osiągnięcia sukcesu reprodukcyjnego. Z teorii tej wynika, że miłość to nic innego jak chęć wybrania jak najlepszego partnera, z którym można mieć wiele dzieci, które również będą miały swoje dzieci. Takie ujęcie miłości ma charakter czysto mechanicystyczny. Pierwszym badaczem, który opisywał miłość z psychologicznego punktu widzenia, był Sigmund Freud. Mówił on o popędzie – erosie – który służy przetrwaniu gatunku. Innymi ważnymi badaczami w tym zakresie byli John Bowlby oraz Harry Harlow, którzy stworzyli teorię przywiązania matczynego, prowadząc badania na rezusach odłączonych od matek. Koncepcję tę rozszerzyli Cindy Hazan i Phillip Shaver, którzy badali miłość romantyczną dorosłych jako proces przywiązywania się. Psychologowie społeczni również stworzyli wiele teorii miłości. Najważniejszymi z nich są trzyczynnikowa teoria Sternberga oraz systematyczna klasyfikacja leksykalna różnych typów miłości Hendricka.

Wciąż powstają nowe teorie psychologiczne dotyczące miłości. Jedną z nich jest koncepcja psychometryczna, która wyróżnia dwa jej typy – miłość namiętną i romantyczną. Poza tym warto zwrócić uwagę na systemowy model konceptualizacji miłości, który powstał jako odpowiedź na niekonkluzywność jej filozoficznych i teoretycznych definicji. Zakłada on zestawienie odczuć i konstruktów dotyczących miłości i stworzenie jej uniwersalnego modelu, mieszczącego w sobie intymność, przywiązanie oraz namiętność.

Po co nam miłość?

Niedawne badania nad ewolucją bliskich związków międzyludzkich wykazały, jak ważna jest miłość w życiu człowieka. Można powiedzieć, że z ewolucyjnej perspektywy miłość to mechanizm adaptacyjny do życia w społeczeństwie.



fot. pexels.com

Nasz gatunek ma jednak unikalne możliwości związane z wykształceniem języka, umiejętnością introspekcji oraz przeprowadzania innych wyższych procesów poznawczych, dlatego nie ogranicza się jedynie do osiągania sukcesu reprodukcyjnego, o którym wspominałem wcześniej. Najnowsze badania pokazują, że relacje miłosne między ludźmi mają związek z ogólnym stanem zdrowia oraz dobrym samopoczuciem (ang. *well-being*). Zaspokajają przede wszystkim potrzebę przynależności, dzięki czemu ograniczony zostaje negatywny wpływ samotności oraz wykluczenia.

Miłość wiąże się niestety także z problemami i kryzysami – konfliktami, zdradami, przemocą, zazdrością, stratą – które mogą być źródłem poważnych problemów psychicznych. Miłość nie tylko więc nas uskrzydla, ale może też być powodem wielkiego cierpienia.

Jak działa miłość?

Miłość można badać zarówno z perspektywy psychologicznej, jak i fizjologicznej. Oczywiście w tym pierwszym przypadku trudno jest znaleźć uniwersalne formy opisu, a na każde pytanie można odpowiedzieć: *to zależy*. Postrzeganie i wyrażanie miłości różni się w zależności od kultury oraz indywidualnych uwarunkowań. Fizjologia jest zaś trochę bardziej uniwersalna. Miłość namiętna wiąże się z pobudzeniem obszarów odpowiedzialnych za przetwarzanie nowych danych i charakteryzuje się zwiększoną uwagą skierowaną na obiekt westchnień. Za występowanie miłości romantycznej odpowiedzialne są zaś obszary mózgu regulujące uczucie przywiązania. Miłość romantyczna uaktywnia ponadto fale mózgowe odpowiedzialne za stan spokoju. Nie można wskazać jednego obszaru mózgu odpowiedzialnego za miłość. Uczucia wyższe są na tyle skomplikowane, że wymagają wytworzenia i funkcjonowania wielu połączeń i obwodów synaptycznych.

Poliamoria

Miłość jest dla nas na tyle tajemnicza, że tak naprawdę nie wiemy, jaki typ miłości jest naturalny dla ludzi. W naszej kulturze podstawowym założeniem jest to, że każdy człowiek jest monogamiczny, czyli rozwija więź romantyczną tylko z jednym partnerem. Pogląd ten jest wspierany prawną instytucją małżeństwa oraz dominującą religią chrześcijańską. Jednakże badania z zakresu socjologii oraz psychologii podważają to przekonanie. Nie znamy do końca biologicznych dyspozycji człowieka, a ponadto w innych kulturach występują zupełnie inne formy bliskich związków. Stąd w ostatnich latach powstało pojęcie „konsensualnej nie-monogamii". Oznacza to tworzenie bliskich związków z więcej niż jednym partnerem/partnerką, przy zgodzie wszystkich osób pozostających w takim związku.

Miłość jest skomplikowanym zjawiskiem, więc edukacja na jej temat jest niezbędna, aby świadomie przeżywać to uczucie. ■

WIKTOR WARCHAŁOWSKI

29 February 2024 is Rare Disease Day!

According to the National Institutes of Health, there are approximately 7000 known rare diseases, of which about 95% we are not able to cure. Over the decades significant progress was made in terms of the prognosis, diagnosis and treatment of these diseases. Despite using all the available genetics methods, the diagnostic odyssey can last years, and even and we are able to make the diagnosis in less than half of the patients.

The course of the diseases and their treatment is as tricky for the patients as it is for the medical professionals. It is not only about treating the disease, but it is also about the person, taking into consideration their sentiments and the people related to them. An integral part of the entire process is sensitivity and unity, which amplifies the importance of World Rare Disease Day, a globally coordinated movement that unites around 300 million patients across the globe as one community.

Rare Disease Day was first established by the European Rare Disease Organisation (EURORDIS) in the year 2008. Moreover, for the past 15 years, it has been helping society understand the vulnerability of the patients and their families, to empathise with them and to make the environment more open and comfortable for all. And hence, it is extremely critical for the communication about rare diseases to be concise, clear and understood by people from most (if not all) segments of the society. All around the world, several certified organisations have enabled the success of this movement, e.g. 'Rare Diseases Ghana Initiative', 'Child and Youth Care', 'Rare Diseases Bulgaria', 'Indian Organisation of Rare Diseases', 'Rare Diseases Ireland', etc.

At the Medical University of Gdańsk the Scientific Circle of Rare Diseases aims at keeping aspiring medical graduates and medical associates abreast about the movement in a way, where it broadens their perspective not only towards rare diseases but also towards the importance of having a healthy and balanced doctor-patient partnership. Therefore, we invite you to join us on 29th February 2024 for the Rare Disease Day here at our University Clinical Centre. Information about it the same will be posted on our social media, so feel free to keep an eye on our Instagram (@ssc.rarediseases) and Facebook (SSC Rare Diseases GUMed).

In conclusion, Rare Disease Day marks the significance of the unification of medical management doctors, patients and citizens from all over the world. ■

MALLIKA WAGLE
2nd year English Division student
Active Member of the Rare Diseases SSC

rys. Alina Boguszewicz

UCZELNIA BADAWCZA
INICJATYWA DOSKONAŁOŚCI

Wydawnictwo Gdańskiego
Uniwersytetu Medycznego

ul. Dębinki 7
Budynek nr 1,
pok. 316, III piętro
80-211 Gdańsk

Zapraszamy wszystkich, którzy chcą podzielić się wiedzą, pasjami, sukcesami indywidualnymi lub swoich jednostek uczelnianych, do nadsyłania tekstów. Czekamy także na Państwa sugestie oraz opinie.

gazeta@gumed.edu.pl
gazeta.gumed.edu.pl

WYBORY WŁADZ UCZELNI NA KADENCJĘ 2024-2028

TERMINARZ CZYNNOŚCI WYBORCZYCH

	29.01-9.02.2024 r.	zgłaszanie kandydatów do Kolegium Elektorów spośród pracowników niebędących nauczycielami akademickimi
zgłaszanie kandydatów do Kolegium Elektorów spośród nauczycieli akademickich zatrudnionych na stanowiskach innych niż profesor i profesor uczelni i nieposiadających stopnia doktora habilitowanego		
	26.02-6.03.2024 r.	wybory członków Kolegium Elektorów spośród pracowników niebędących nauczycielami akademickimi
wybory członków Kolegium Elektorów spośród nauczycieli akademickich zatrudnionych na stanowiskach innych niż profesor i profesor uczelni i nieposiadających stopnia doktora habilitowanego	**26.02-15.03.2024 r.**	
	do 7.03.2024 r.	powołanie do Kolegium Elektorów studentów i doktorantów
wskazanie (zgłaszanie) kandydatów na rektora przez członków wspólnoty Uczelni określonych w par. 50 ust. 3 Statutu GUMed i zgłoszenie kandydatów na rektora przez Radę Uczelni	**11.03.2024 r.**	
	18.03.2 024 r.	pierwsze zebranie Kolegium Elektorów – wybór przewodniczącego i jego zastępcy
ogłoszenie alfabetycznej listy elektorów	**25.03.2024 r.**	
zaopiniowanie kandydatów na rektora przez Senat	**26-28.03.2024 r.**	wskazanie przez Radę Uczelni kandydatów na rektora
	29.03.2024 r.	
ogłoszenie alfabetycznej listy kandydatów na funkcję rektora wraz z wynikami głosowań nad opiniami dotyczącymi poszczególnych kandydatów	**2-19.04.2024 r.**	zebrania przedwyborcze, prezentacja kandydatów na funkcję rektora
wybory Rektora	**24.04.2024 r.**	
	29.04-10.05.2024 r.	zgłaszanie kandydatów do Senatu dla wszystkich grup pracowników
wybory Senatorów	**20-29.05.2024 r.**	
	do 31.05.2024 r.	wybór członków Senatu spośród studentów i doktorantów

Szczegóły na stronie gumed.edu.pl >> Uczelnia/ Władze/Wybory Władz 2024 oraz w Extranecie >> Wybory 2024-2028.