

Wywiad z prof. Januszem Rybakowskim, kierownikiem Kliniki Psychiatrii Dorosłych Akademii Medycznej w Poznaniu

Interview with Professor Janusz Rybakowski,
Head of the Department of Adult Psychiatry,
University of Medical Sciences, Poznan



Czy mógłby Pan krótko opowiedzieć o swoim doświadczeniu zawodowym od momentu odebrania dyplomu?

Dyplom uzyskałem w 1969 roku na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Poznaniu i po roku podjąłem pracę w Katedrze i Klinice Psychiatrii Akademii Medycznej w Poznaniu. Psychiatrią zajmuję się od 37 lat, a od 32 lat — jako specjalista. Już w 1970 roku zastosowałem terapię litem w celu profilaktyki nawrotów u pacjentów z chorobami afektywnymi — wówczas był to jedyny sposób profilaktyki farmakologicznej zaburzeń psychicznych. Niektórzy pacjenci dotychczas z powodzeniem kontynuują tę terapię od 30 lat i dłużej. W latach 1976–1977 przebywałem jako stypendysta Fundacji Fogarty Narodowych Instytutów Zdrowia Stanów Zjednoczonych w Katedrze Psychiatrii *University of Pennsylvania*

w Filadelfii. Uczestniczyłem tam w pracy zespołu, który jako jeden z pierwszych wykrył mechanizm transportu litu przez błonę komórkową. Stanowiło to częściowo temat mojej habilitacji, którą obroniłem w 1980 roku. W latach 1985–1995 byłem kierownikiem Katedry i Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej w Bydgoszczy, gdzie w 1990 roku uzyskałem tytuł profesora. Od 1994 roku kieruję Kliniką Psychiatrii Dorosłych Akademii Medycznej w Poznaniu. Utrzymuję nadal związki z Akademią Medyczną w Bydgoszczy, zwłaszcza w zakresie współpracy z Zakładem Neuropsychologii Klinicznej, kierowanym przez prof. Borkowską. W latach 1998–2001 byłem prezesem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

Moje zainteresowania badawcze dotyczą psychofarmakologii, psychiatrii biologicznej i klinicznej. Ulubionym tematem jest choroba afektywna dwubiegunowa (maniakalno-depresyjna) i jej różne aspekty patogenetyczne, kliniczne i terapeutyczne. Niedawno wykazaliśmy, że polimorfizm jednego z genów predysponujących do tej choroby wiąże się równocześnie z większą sprawnością funkcji poznawczych. Może to nawiązywać do częstego występowania zaburzeń dwubiegunowych u osób o wybitnych zdolnościach twórczych. Jestem członkiem komitetów redakcyjnych licznych czasopism międzynarodowych, w tym również *Bipolar Disorders*, renomowanego światowego periodyku dotyczącego choroby afektywnej dwubiegunowej (*impact factor 4,8*). Na temat tej choroby wygłosiłem w październiku 2006 roku wykład inauguracyjny na Akademii Medycznej w Poznaniu, a Klinikę Psychiatrii Dorosłych w Poznaniu ostatnio w rankingu „Wprost” oceniono jako najlepszy oddział psychiatryczny leczący pacjentów cierpiących na tę chorobę.

Co w tym czasie było dla Pana najtrudniejsze, a co sprawiło największą radość?

Problemów różnego rodzaju nigdy nie brakowało, ale istotne było ich przezwyciężanie i osiąganie nowych celów. Oczywiście dla lekarza psychiatrii największą gratyfikacją jest możliwość pomocy pacjentom z dolegliwościami psychicznymi, niekiedy bardzo dramatycznymi. Jest to dla mnie źródło radości od ponad 30 lat. Z kolei dla naukowca bardzo istotna jest satysfakcja z opublikowania artykułu w czasopiśmie o wysokim *impact factor* oraz występowanie jako *invited speaker* na konferencjach międzynarodowych o dużym znaczeniu.

W środowisku funkcjonują dwa główne nurty leczenia psychiatrycznego: psychofarmakologiczny i psychoanalityczny. Czy któryś z nich uważa Pan za właściwszą terapię?

Pytanie nie jest prawidłowo sformułowane. W każdym przypadku choroby zarówno psychicznej, jak i somatycznej powinno się prowadzić leczenie biologiczne, głównie farmakologiczne, wsparte odpowiednim oddziaływaniem psychoterapeutycznym. Wprowadzenie leków psychotropowych stanowiło niewątpliwie kopernikańską rewolucję w psychiatrii, potwierdzając, że choroby psychiczne można skutecznie leczyć dzięki zastosowaniu środków farmakologicznych. Choroby te zyskały wymiar medyczny — jako zaburzenia czynności mózgu. Psychofarmakologia jest gałęzią wiedzy, w której osiągnięto olbrzymi postęp i która daje niezwykłą możliwość pomocy chorym. Natomiast metody psychoterapeutyczne w chorobach psychicznych stanowią cenne uzupełnienie farmakoterapii, a w leczeniu niektórych zaburzeń mogą nawet odgrywać główną rolę. Najlepszy nawet lek nie nauczy przecież pacjenta nowych zachowań, chociaż niektóre w tym procesie mogą pomagać. Zresztą, zgodnie ze współczesną wiedzą, ostatecznym efektem psychoterapii jest reorganizacja połączeń neuronalnych w mózgu, co przekłada się na pożądaną zmianę w zachowaniu pacjenta.

Czy zgłaszają się do Pana pacjenci z chorobą nowotworową, którym trudno jest odnaleźć się w nowej dla nich sytuacji i potrzebują wsparcia?

Nie mam wielu takich pacjentów, ponieważ głównie zajmuję się osobami z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi. Wśród chorych onkologicznych, którzy się do mnie zgłaszają, najczęstszym

problemem jest stan depresji. Stres związany z chorobą nowotworową może stanowić jej bezpośrednią przyczynę, ale może też wyzwolić skłonność do depresji u osób predysponowanych. Depresja może wiązać się również z zaburzeniami metabolicznymi, których przyczyną jest choroba nowotworowa lub jej leczenie (np. terapia interferonem). W każdym wypadku depresję warto i trzeba leczyć. Leczenie depresji powodujące ustąpienie jej objawów doprowadza do istotnej poprawy jakości życia pacjenta. Stosowanie odpowiednich leków przeciwdepresyjnych może przyczynić się do złagodzenia dolegliwości bólowych. W niektórych wypadkach poprawa samopoczucia psychicznego może nawet korzystnie wpłynąć na przebieg choroby nowotworowej.

Proszę powiedzieć, na co lekarz medycyny paliatywnej czy lekarz onkolog powinni zwrócić uwagę, co powinno być dla nich wskazówką do skierowania swojego pacjenta do psychiatrii w odpowiednim momencie?

Myślę, że chodzi tu o takie nasilenie zaburzeń psychicznych: lękowych, depresyjnych czy innych, które w istotny sposób zakłócają samopoczucie i funkcjonowanie pacjenta. W diagnostyce zaburzeń depresyjnych i lękowych pomocne mogą być skale psychometryczne, coraz bardziej popularne wśród lekarzy medycyny paliatywnej i onkologów. Problemem może być ocena objawów somatycznych (np. ból, utrata masy ciała), które mogą się wiązać zarówno z depresją, jak i z chorobą podstawową. W każdym przypadku takich wątpliwości warto zasięgnąć konsultacji psychiatrycznej.

Wiem, że kiedy nadarza się ku temu okazja, siada Pan do fortepianu i nie ma takiej melodii, której Pan nie zagra. Proszę nam zdradzić, jakie są Pana ulubione szlagiery, a może ukochał Pan jednego artystę?

Mogę powiedzieć, że znam i potrafię zagrać na fortepianie większość standardów muzyki rozrywkowej i jazzowej z półwiecza 1920–1970. Mam wiele ulubionych melodii i wielu ulubionych kompozytorów i wykonawców. Wymienienie nawet części z nich zajęłoby tu jednak zbyt wiele miejsca.

Dziękujemy za rozmowę

*Rozmawiały:
dr med. Małgorzata Krajnik i Sabina Bojko*