

Rak tkwi uśpiony w każdym z nas.
Od nas zależy, czy zdołamy się przed nim obronić!

anty**rak**

NOWY STYL ŻYCIA



DR DAVID SERVAN-SCHREIBER

NATURALNE METODY WALKI Z RAKIEM I RYZYKIEM NOWOTWORÓW

ALBATROS

Rozdział 1

PEWNA HISTORIA

Mieszkałem w Pittsburghu od siedmiu lat, a ojczysty kraj opuściłem przed dziesięcioma laty. Odbywałem staż psychiatryczny, a równocześnie kontynuowałem badania związane z moją rozprawą doktorską z neurologii. Wspólnie z przyjacielem, Jonathanem Cohenem, prowadziłem laboratorium badań funkcjonalnych mózgu metodą obrazowania, finansowane przez Narodowy Instytut Zdrowia. Usiłowaliśmy zrozumieć procesy myślenia, łącząc je ze zjawiskami zachodzącymi w mózgu. Ani przez chwilę nie wyobrażałem sobie, że te badania doprowadzą do wykrycia mojej choroby.

Bardzo przyjaźniłem się z Jonathanem. Obaj byliśmy lekarzami specjalizującymi się w psychiatrii. Razem rozpoczęliśmy studia doktoranckie w Pittsburghu. On pochodził z kosmopolitycznego środowiska San Francisco, ja dotarłem tam z Paryża przez Montreal. Nieoczekiwanie obaj znaleźliśmy się w położonym w głębi kontynentu amerykańskiego Pittsburghu, który był nam zupełnie obcy. Niedawno opublikowaliśmy artykuł w prestiżowym piśmie „Psychological Review” na temat roli kory przedczołowej, słabo zbadanego rejonu mózgu, która odgrywa pewną rolę w łączeniu świadomości przeszłości i przyszłości. Dzięki komputerowym symulacjom działania mózgu mogliśmy przedstawić nową teorię psychologiczną. Artykuł wywołał pewne poruszenie, dzięki czemu – choć jeszcze byliśmy studentami – otrzymaliśmy dotację rządową na założenie laboratorium badawczego.

Zdaniem Jonathana komputerowe symulacje nie mogły już doprowadzić do dalszego postępu naszych badań. Musieliśmy sprawdzić nasze teorie, bezpośrednio obserwując działanie mózgu za pomocą najnowszych technik badawczych – czynnościowego rezonansu magnetycznego (MRI). W owym

czasie technika ta była jeszcze w powijakach. Tylko najnowocześniejsze ośrodki naukowe dysponowały precyzyjnymi skanerami. Skanery szpitalne były znacznie bardziej rozpowszechnione, ale też bez porównania mniej dokładne. W szczególności nikomu jeszcze nie udało się zmierzyć aktywności kory przedczołowej – przedmiotu naszych badań – za pomocą szpitalnego skanera. W odróżnieniu od kory wzrokowej, której zmiany można łatwo mierzyć, obserwacje aktywności kory przedczołowej są niezwykle trudne. W celu zademonstrowania jej działania na obrazie MRI trzeba wymyślić złożone zadania, które „pobudziłyby” ją do ujawnienia się. W tym samym czasie Doug, młody fizyk specjalizujący się w technikach MRI, wpadł na pomysł nowej metody rejestracji obrazów, mogącej umożliwić obejście tej trudności. Nasz szpital zgodził się udostępnić nam skaner w godzinach od ósmej do jedenastej wieczorem, po godzinach konsultacji, dzięki czemu mogliśmy sprawdzić nasze koncepcje.

Doug, jako fizyk, zajmował się aparaturą, natomiast Jonathan i ja wymyślaliśmy zadania umysłowe, mające maksymalnie pobudzić ten rejon mózgu. Po kilku niepowodzeniach udało się nam uchwycić na ekranach obraz działania sławnej kory przedczołowej. To była wyjątkowa chwila, kulminacja pewnej fazy intensywnych badań, którą przeżyliśmy szczególnie silnie, gdyż wiązała się również z naszą przyjaźnią.

Muszę przyznać, że byliśmy nieco arogancy. Wszyscy trzej niedawno przekroczyliśmy trzydzistkę i zrobiliśmy doktoraty, a już mieliśmy swoje laboratorium. Dzięki nowej teorii, która wszystkich zainteresowała, Jonathan i ja staliśmy się wschodzącymi gwiazdami amerykańskiej psychiatrii. Opanowaliśmy najnowszą technikę badawczą, której dotąd nikt nie stosował. Uniwersyteccy psychiatrzy stosunkowo słabo znali metody komputerowych symulacji sieci neuronowych i czynnościowego obrazowania mózgu za pomocą rezonansu magnetycznego. Tego roku profesor Widlöcher, wybitny francuski psychiatra, zaprosił Jonathana i mnie do Paryża w celu ogłoszenia seminarium w L'Hôpital La Pitié-Salpêtrière, gdzie kiedyś pod kierownictwem Charkota studiował Freud. Przez dwa dni, występując przed licznie przybyłymi francuskimi psychiatrami i neurologami, wyjaśnialiśmy, jak komputerowe symulacje sieci neuronowych mogą pomóc zrozumieć mechanizmy działania i zaburzeń ludzkiej psychiki. W wieku trzydziestu lat mieliśmy z czego być dumni.

Żyłem pełnią życia – choć dziś to życie wydaje mi się nieco dziwne. Byłem pewny sukcesów, ufałem solidnej nauce, nie interesowałem się

nawiązaniem kontaktu z pacjentami. Miałem dość zajęć związanych ze stażem i prowadzeniem laboratorium, dlatego unikałem pracy klinicznej. Pamiętam, że kiedyś poproszono mnie o zastąpienie kogoś w programie szkoleniowym. Podobnie jak większość rezydentów, nie zareagowałem na tę propozycję szczególnie entuzjastycznie. Przez sześć miesięcy miałem się zajmować problemami psychicznymi pacjentów przebywających w szpitalu z powodu różnych dolegliwości somatycznych – po bajpasach, przeszczepie wątroby, chorych na raka, toczeń, stwardnienie rozsiane... Nie miałem ochoty na to zastępstwo, gdyż uniemożliwiłoby mi ono prowadzenie badań laboratoryjnych. Poza tym wszyscy ci ludzie ze swoimi schorzeniami niewiele mnie obchodzili. Chciałem badać mózg, publikować prace naukowe, występować na konferencjach i przyczynić się do rozwoju wiedzy.

Rok wcześniej pojechałem jako wolontariusz do Iraku, w ramach działalności organizacji „Lekarze bez Granic”. Widziałem dziejące się tam okropieństwa i ze wszystkich sił starałem się, dzień po dniu, łagodzić ludzkie cierpienia. To doświadczenie nie uświadomiło mi jednak, co mógłbym robić po powrocie do szpitala w Pittsburghu. To były dla mnie dwa całkowicie różne światy. Byłem młody i ambitny, tylko to się liczyło.

Dominujące znaczenie pracy w moim życiu niewątpliwie przyczyniło się do bolesnego rozvodu, do którego doszło w tym okresie. Przyczyn zerwania było wiele, między innymi moja żona nie mogła zaakceptować, iż ze względu na karierę zawodową postanowiłem zostać w Pittsburghu. Chciała wrócić do Francji lub przynajmniej przeprowadzić się do miasta takiego jak Nowy Jork, gdzie życie jest znacznie ciekawsze. Dla mnie Pittsburgh był miejscem, gdzie mogłem szybko zrobić karierę naukową. Nie chciałem zostawiać swojego laboratorium i kolegów. W ten sposób skończyliśmy w sądzie i później przez rok mieszkaliśmy sam w małym domku z sypialnią i gabinetem.

Pewnego dnia, gdy szpital praktycznie opustoszał – między Bożym Narodzeniem i Nowym Rokiem, w najspokojniejszy tydzień roku – zobaczyłem w stołówce młodą kobietę czytającą Baudelaire’a. W Stanach Zjednoczonych rzadko się widuje, by ktoś w trakcie lunchu czytał dziewiętnastowieczną poezję francuską. Przysiadłem się do niej. Była to Rosjanka. Miała wysokie kości policzkowe i duże, czarne oczy. Wydawała się zdystansowana i niezwykle inteligentna. Chwilami milkła, co trochę mnie peszyło. Spytałem, co robi. „Przeprowadzam test szczerości tego, co

pan przed chwilą powiedział” – wyjaśniła. Roześmiałem się. Spodobało mi się, że sprawuje nade mną taki nadzór. To był początek tej znajomości. Z biegiem czasu nasz związek się pogłębił. Nie śpieszyłem się, ona również nie.

Sześć miesięcy później wyjechałem do San Francisco, żeby latem pracować w laboratorium psychofarmakologicznym Uniwersytetu Kalifornijskiego. Szef laboratorium wybierał się już na emeryturę i chciał, żebym objął po nim stanowisko. Pamiętam, jak mówiłem Annie, że jeśli poznam kogoś w San Francisco, może to oznaczać koniec naszego związku. Zapewniłem ją, że w pełni zrozumieję, jeśli ona zrobi to samo. To chyba ją zasmuciło, ale chciałem być całkowicie szczery.

Gdy we wrześniu wróciłem do Pittsburgha, Anna przeprowadziła się do mnie. Zamieszkaliśmy razem w moim domku dla lalek. Czuję, że coś między nami powstaje, i byłem szczęśliwy. Nie miałem jednak pewności, do czego to zmierza. Dobrze pamiętam, że zachowywałem ostrożność – nie zapominałem jeszcze rozwodu, ale moje życie wyglądało coraz lepiej. W październiku przeżyliśmy dwa magiczne tygodnie. Było babie lato. Pisałem scenariusz do filmu o swoich doświadczeniach z pracy dla „Lekarzy bez Granic”. Anna pisała wiersze. Zakochałem się. I w tym momencie w moim życiu nastąpił radykalny zwrot.

Pamiętam, że był piękny, październikowy wieczór. Pojechałem motocyklem do laboratorium MRI ulicami, wzdłuż których drzewa płonęły wszystkimi kolorami jesieni. Jonathan i Doug już na mnie czekali. Mieliśmy przeprowadzić doświadczenie ze studentami występującymi w roli świnek doświadczalnych. Za minimalne wynagrodzenie kładli się w skanerze i wykonywali zleczone zadania umysłowe. Fascynowały ich nasze badania; cieszyli się również, że na koniec sesji otrzymają cyfrowy obraz swojego mózgu, który będą mogli wysłać rodzicom lub powiesić na komputerze. Pierwszy student przyszedł o ósmej. Drugi miał przyjść ok. dziewiątej, ale się nie pojawił. Jonathan i Doug zaproponowali, żebym go zastąpił. Oczywiście się zgodziłem. Z nas trzech to ja miałem najmniej zdolności „technicznych”. Położyłem się w skanerze – wąskiej rurze, gdzie musiałem trzymać ramiona ciasno przy ciele, jak w trumnie. Wielu ludzi źle znosi ograniczenie swobody w skanerze: od 10 do 15% pacjentów wykazuje taką klaustrofobię, że badanie MRI jest wykluczone.

Leżę zatem w skanerze. Jak zawsze zaczynamy od serii obrazów, których celem jest ustalenie struktury mózgu badanego. Mózgi, tak samo

jak twarze, różnią się nieco między sobą. Przed wykonaniem pomiarów trzeba zrobić coś w rodzaju obrazu mózgu w spoczynku (tak zwany obraz anatomiczny). Porównuje się go następnie z obrazami otrzymanymi, gdy badany wykonuje zleczone zadania umysłowe (obraz czynnościowy). Podczas pracy skaner głośno dzwoni, tak jakby ktoś wielokrotnie stuknął metalową łaską o posadzkę. Źródłem tych dźwięków są ruchy elektromagnesu, który jest szybko włączany i wyłączany w celu wywoływania zmian pola magnetycznego w mózgu. Częstotliwość dzwonięcia zależy od tego, czy wykonywany jest obraz anatomiczny czy czynnościowy. Z tego, co słyszałem, wynikało, że Jonathan i Doug robili obrazy anatomiczne mojego mózgu.

Po dziesięciu minutach część anatomiczna jest skończona. Na małych ekranach nad moją głową powinny się pojawić zaprogramowane przez nas zadania umysłowe, stymulujące aktywność kory przedczołowej – to właśnie jest celem naszego doświadczenia. Mam nacisnąć guzik, ilekroć kolejne litery, szybko pojawiające się na ekranach, będą takie same (kora przedczołowa zostaje pobudzona, ponieważ jej zadaniem jest zapamiętanie przez kilka sekund liter, które już znikły, w celu porównania ich z następnymi). Czekam, aż Jonathan zainicjuje zadanie i na charakterystyczny, pulsujący dźwięk skanera rejestrującego aktywność mózgu. Jednak przerwa się przedłuża. Nie rozumiem, co się dzieje. Jonathan i Doug siedzą w pokoju kontrolnym, za wielką szybą. Możemy się kontaktować tylko przez interkom. Nagle słyszę w słuchawkach: „David, mamy problem. Coś jest nie tak z tymi obrazami. Musimy je zrobić jeszcze raz”. Dobra. Czekam.

Zaczynamy od początku. Znowu przez dziesięć minut wykonują obrazy anatomiczne. Przychodzi pora na zadanie umysłowe. Czekam. „Słuchaj, coś jest źle – słyszę głos Jonathana. – Idziemy do ciebie”. Obaj wchodzą do pomieszczenia skanera i wysuwają stół, na którym leżę. Gdy wyłaniam się z rury, widzę, że mają dziwne miny. Jonathan kładzie mi rękę na ramieniu. „Nie możemy przeprowadzić eksperymentu. Masz coś w mózgu”. Proszę ich, żeby pokazali mi obrazy, które dwukrotnie zarejestrował komputer.

Nie byłem ani radiologiem, ani neurologiem, ale widziałem wiele obrazów mózgu – na tym polegała nasza codzienna praca. Po prawej stronie mojej kory przedczołowej widać było kulkę wielkości orzecha włoskiego. To, co znajdowało się w tym miejscu, mogło być jakimś niegroźnym guzem, który nie należy do najbardziej złośliwych – jak na

przykład oponiak lub gruczolak – i który można usunąć operacyjnie. Mogła to być też cysta, rodzaj łagodnego nowotworu wywoływanego przez takie choroby, jak na przykład AIDS. Byłem jednak zupełnie zdrow. Uprawiałem sport, byłem kapitanem drużyny squasha. Nie była to zatem żadna choroba tego typu.

Nie można było udawać, że odkryliśmy coś nieistotnego. Guz mózgu w zaawansowanej fazie może spowodować śmierć w ciągu sześciu tygodni, jeśli nie jest leczony, a jeśli podejmuje się terapię – w ciągu sześciu miesięcy. Nie miałem pojęcia, w jakiej jestem fazie, ale znałem dane statystyczne. Żaden z nas nie wiedział, co powiedzieć. Milczeliśmy. Jonathan wysłał obrazy do działu radiologii, żeby następnego dnia spojrzeć na nie jakiś specjalista. Powiedzieliśmy sobie „dobranoc”.

Jechałem motocyklem do mojego małego domku po drugiej stronie miasta. Była jedenasta wieczorem, na pogodnym niebie świecił piękny księżyc. Anna spała. Położyłem się do łóżka i wbiłem wzrok w sufit. To było nie do pomyślenia, że moje życie mogło się tak skończyć. Trudno mi było to sobie wyobrazić. Zbyt duża przepaść dzieliła to, czego się właśnie dowiedziałem, od wszystkiego, czym żyłem przez tyle lat – nabrałem rozpędu przed długim wyścigiem, który mógł się zakończyć znaczącymi osiągnięciami. Miałem wrażenie, że dopiero teraz zaczynam zbierać pierwsze naprawdę istotne wyniki w mojej pracy. Wiele zainwestowałem w wykształcenie i karierę zawodową, w moją przyszłość. Zdecydowałem się na wiele ofiar. Teraz nagle stanąłem w obliczu groźby, że nie mam już żadnej przyszłości.

Poza tym byłem sam. Moi bracia przez pewien czas studiowali w Pittsburgu, ale już zdobyli dyplomy i wyjechali. Nie miałem żony. Mój związek z Anną był zupełnie świeży. Nie wątpiłem, że się rozstaniemy, bo kto ma ochotę wiązać się z partnerem skazanym na śmierć w wieku trzydziestu jeden lat? Czułem się jak kawałek drewna spływający z nurtem rzeki, który nagle został wyrzucony na brzeg i utknął w stojącej kałuży. Nigdy nie dotrze do oceanu. Zrządzeniem losu stałem się więźniem miejsca, z którym nie miałem żadnych prawdziwych związków. Miałem umrzeć. Samotny. W Pittsburgu.

Pamiętam, że gdy tak leżałem, wpatrując się w dym unoszący się z niewielkiego, indyjskiego papierosa, stało się coś niezwykłego. Nie chciało mi się spać. Pogrzyżyłem się w rozmyślaniach. Nagle usłyszałem w głowie własny głos. Mówiłem łagodnym tonem, ale z pewnością,

jasnością i przekonaniem, które były dla mnie czymś zupełnie nowym. To nie mówiłem ja, ale z pewnością był to mój głos! „To nie może mi się przytrafić, to niemożliwe”, powtarzałem, a jednocześnie drugi głos mówił: „Wiesz co, David? To całkowicie możliwe i wszystko jest w porządku”. Stało się coś, co było równocześnie zdumiewające i niezrozumiałe. Od tej chwili nie byłem już jak sparaliżowany. To było oczywiste, tak, to było możliwe. To stanowiło element ludzkiego doświadczenia. Wielu innych przeżyło to przede mną, nie byłem kimś wyjątkowym. Nie było niczego złego w zwykłym, ludzkim losie. Mój umysł sam znalazł sposób, żeby odczuć ulgę. Później, gdy znowu zacząłem się bać, musiałem nauczyć się poskramiać emocje, ale tej nocy udało mi się w końcu zasnąć. Następnego dnia byłem już gotów zabrać się do pracy i podjąć wszelkie niezbędne kroki, aby stanąć oko w oko z chorobą i dalszym życiem.

Rozdział 2

UCIECZKA PRZED STATYSTYKĄ

Stephen Jay Gould był profesorem zoologii, specjalistą w dziedzinie teorii ewolucji na Uniwersytecie Harvarda. Należał do najbardziej wpływowych uczonych swojego pokolenia; wielu uważało go za drugiego Darwina, gdyż sformułował pełniejszą wersję teorii ewolucji.

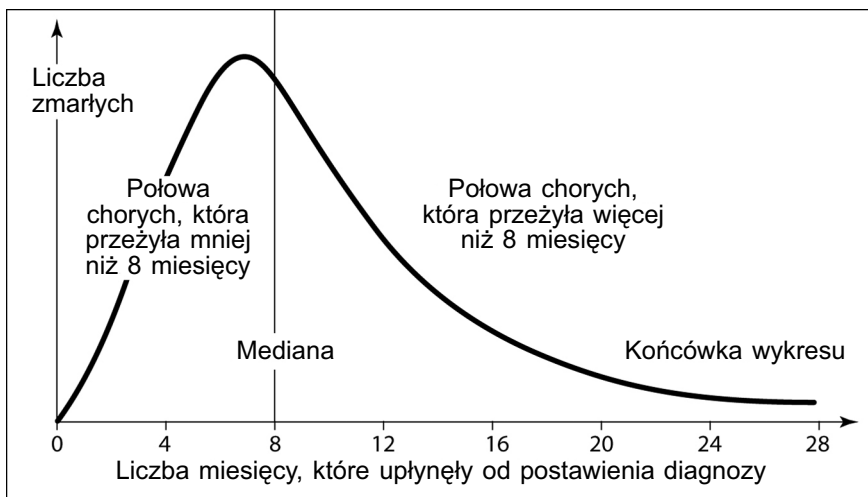
W lipcu 1982 roku, w wieku czterdziestu lat, Gould dowiedział się, że ma międzybłoniaka otrzewnej – rzadką i groźną odmianę raka, przypisywaną kontaktom z azbestem. Po operacji spytał lekarkę: „Jakie są najlepsze naukowe artykuły na temat międzybłoniaka?”. Dotąd lekarka rozmawiała z nim bardzo szczerze, ale teraz stwierdziła, że „w literaturze medycznej nie ma na ten temat nic naprawdę wartego przeczytania”. Próba powstrzymania uczonego takiej klasy przed sięgnięciem do interesującej go literatury przypomina nieco – jak napisał później Gould – „zalecanie cnoty przedstawicielom *homo sapiens*, najbardziej skoncentrowanego na seksie gatunku naczelnych”.

Wyszedłszy ze szpitala, skierował się prosto do uniwersyteckiej biblioteki medycznej i usiadł przy stole ze stosem niedawno opublikowanych pism naukowych. Godzinę później z przerażeniem zrozumiał, dlaczego lekarka wołała udzielić wymijającej odpowiedzi. Badania naukowe nie pozostawiały żadnych wątpliwości: międzybłoniak jest „nieuleczalny”, a mediana czasu przeżycia od diagnozy wynosi osiem miesięcy. Podobnie jak zwierzę, które nagle znalazło się w szponach drapieżnika, Gould poczuł, jak poddaje się panice. Był fizycznie i umysłowo wstrząśnięty; potrzebował dobrych piętnastu minut, żeby wziąć się w garść.

W końcu zwyciężył jego naukowy trening. To uratowało go przed rozpaczą. Ostatecznie przez całe życie Gould zajmował się badaniem

i ilościowym opisem zjawisk naturalnych. Z tych badań wynikała przynajmniej jedna lekcja: w naturze nie obowiązuje żadna sztywna reguła, którą stosuje się jednakowo do wszystkiego. Istotą natury jest zmienność. „Mediana” to abstrakcja, „prawo”, które umysł ludzki narzuca na ogromne bogactwo indywidualnych przypadków. Dla Goulda, jako jednostki różnej od wszystkich innych, zasadnicze pytanie brzmiało, gdzie jest jego miejsce w zakresie wariacji wokół mediany.

Skoro mediana czasu przeżycia wynosiła osiem miesięcy, oznaczało to, że połowa osób chorych na międzybłoniaka żyła krócej niż osiem miesięcy. Druga połowa żyła dłużej. Do której połowy on należał? Był młody, nie palił, cieszył się dobrym zdrowiem (pomijając raka), nowotwór został zdiagnozowany we wczesnej fazie rozwoju, mógł liczyć na najlepszą możliwą terapię. Gould z ulgą doszedł do wniosku, że ma podstawy, aby przypuszczać, iż należy do bardziej obiecującej połowy. To już było coś.



Rysunek 1. Wykres czasu przeżycia chorych na międzybłoniaka, jaki znalazł Gould.

Następnie Gould skupił się na bardziej istotnym problemie. Wszystkie krzywe ilustrujące czas przeżycia mają taki sam asymetryczny kształt. W przypadku międzybłoniaka połowa przypadków mieści się po lewej stronie wykresu, w przedziale od zera do ośmiu miesięcy.

Druga połowa, po prawej stronie, obejmuje przedział znacznie szerszy

niż osiem miesięcy. Krzywa – tak zwany rozkład – zawsze ma ogon, który sięga dużych wartości czasu przeżycia. Gould nerwowo poszukiwał w pismach pełnego wykresu czasu przeżycia chorych na międzybłoniaka. Gdy znalazł, przekonał się, że ogon krzywej sięga aż do kilku lat. Nawet jeśli mediana wynosi tylko osiem miesięcy, ogon przedstawia nieliczną grupkę chorych, którzy żyli przez lata od momentu wykrycia choroby. Gould nie widział powodu, dlaczego on nie miałby trafić do tego ogona. Odetchnął z ulgą.

Podbudowany tymi odkryciami biolog zwrócił uwagę na trzeci fakt, równie istotny, jak dwa pierwsze: krzywa przeżycia, którą znalazł, dotyczyła ludzi leczonych od dziesięciu do dwudziestu lat wcześniej. Korzystali oni ze znanych wówczas metod terapii, w warunkach, jakie wtedy panowały. W takiej dziedzinie jak onkologia dwie rzeczy stale się zmieniają: konwencjonalne metody leczenia i wiedza o tym, co każdy z nas może zrobić, żeby zwiększyć ich skuteczność. Jeśli te dwa czynniki się zmieniły, musiała się również zmienić krzywa czasu przeżycia. Gould mógł liczyć na to, że jeśli dopisze mu szczęście, to dzięki nowym metodom terapii jego przypadek będzie opisywała nowa krzywa, z wyższą medianą i dłuższym ogonem rozkładu – być może nawet sięgającym starości i śmierci z przyczyn naturalnych*.

Stephen Jay Gould zmarł dwadzieścia lat później na zupełnie inną chorobę. Miał mnóstwo czasu na godną podziwu pracę naukową. Dwa miesiące przed śmiercią był świadkiem wydania swego *magnum opus* – „The Structure of Evolutionary Theory”. Żył trzydzieści razy dłużej, niż przewidywali onkolodzy.

Przykazanie, jakie zawdzięczamy temu wielkiemu biologowi, jest bardzo proste: statystyka to informacja, a nie wyrok. Gdy ktoś ma raka i chce walczyć z losem, musi dążyć do tego, żeby znaleźć się w ogonie rozkładu.

Nikt nie jest w stanie precyzyjnie przewidzieć przebiegu choroby nowotworowej. Profesor David Spiegel z Uniwersytetu Stanforda od trzydziestu lat organizuje grupy wsparcia dla kobiet z przerzutami raka

* Stephen Jay Gould opisał swą reakcję na dane statystyczne dotyczące jego rodzaju nowotworu w doskonałym eseju *The Median isn't the Message*, który można znaleźć na stronie www.cancerguide.org. Jestem wdzięczny Steve'owi Dunnowi za udostępnienie tej informacji szerszej publiczności na swojej stronie internetowej.

piersi. W wykładzie dla onkologów, wygłoszonym na Harvardzie i opublikowanym w „New England Journal of Medicine”, wyjaśnia przyczyny swojej dezorientacji: *Rak to bardzo dziwna choroba. Znamy pacjentów, którzy mieli guzy wtórne w mózgu [uwaga autora: często bardzo groźne zjawisko w przypadku raka piersi] osiem lat temu, a dziś są w doskonałym stanie. Dlaczego? Nikt nie wie. Jedną z wielkich tajemnic chemioterapii jest to, że niekiedy guzy znikają, jakby się roztopiły, i nie mają wpływu na czas życia. Związek między oporem somatycznym i rozwojem choroby, nawet z czysto onkologicznego punktu widzenia, wciąż jest bardzo trudny do ustalenia*¹.

Wszyscy słyszeliśmy historie o cudownych przypadkach uzdrowienia, o ludziach, którzy mieli przed sobą tylko kilka miesięcy życia, a jednak przeżyli lata, a nawet dziesięciolecia. „Nie zapominajcie – ostrzegają nas – że to bardzo rzadkie przypadki”. Często spotyka się opinię, że nie jest to przykład wyleczenia raka, lecz błędnej diagnozy. W celu wyjaśnienia tej sprawy w latach osiemdziesiątych dwaj uczeni z Uniwersytetu Erazma w Rotterdamie systematycznie zbadali przypadki spontanicznej remisji raka, gdy diagnoza nie budziła już żadnych wątpliwości. Ku ich wielkiemu zdumieniu w ciągu osiemnastu miesięcy badań w niewielkim rejonie Holandii znaleźli aż siedem takich przypadków równie niewątpliwych, jak niedających się wyjaśnić². Z całą pewnością takie przypadki są znacznie częstsze, niż się powszechnie uważa.

Uczestnicząc w pewnych programach, takich jak w Commonwealth Center w Kalifornii, pacjenci usiłują zapanować nad rakiem, nauczyć się żyć w większej harmonii z własnymi ciałami i przeszłością, szukać wewnętrznego spokoju, uprawiając jogę i medytując, oraz wybierając jedzenie sprzyjające walce z rakiem, a unikać takiego, które przyspiesza jego rozwój. Analiza ich przypadków wskazuje, że żyją dwa lub trzy razy dłużej, niż żyją przeciętnie ludzie mający taki sam rodzaj raka w tej samej fazie rozwoju*.

Zaprzyjaźniony onkolog z Uniwersytetu w Pittsburghu, któremu opowiedziałem o tych danych, miał pewne zastrzeżenia: „To nie są typowi pacjenci. Są lepiej wykształceni, bardziej zmotywowani, w lepszym ogólnym stanie zdrowia. To, że żyją dłużej, niczego nie dowodzi”. Nie

* Nie jest to wynik badań naukowych, lecz wniosek oparty na obserwacji stanu pacjentów uczestniczących w programie³.

miał racji. Nawet jeśli te wyniki nie pasują do kanonów podwójnie ślepych, losowych testów, to i tak dowodzą, że niektórzy ludzie mogą wygrać ze statystycznym prawdopodobieństwem. Ci, którzy więcej wiedzą o swojej chorobie, lepiej troszczą się o swoje ciało i umysł, w konsekwencji otrzymują to, czego potrzebują dla poprawy stanu zdrowia; potrafią zmobilizować funkcje życiowe organizmu do walki z rakiem.

Bardziej formalnych dowodów dostarczył później profesor medycyny Uniwersytetu Kalifornijskiego w San Francisco, doktor Dean Ornish, pionier medycyny integracyjnej. W 2005 roku opublikował on wyniki bezprecedensowych badań onkologicznych⁴. Dziewięćdziesięciu trzech mężczyzn mających raka prostaty we wczesnej fazie – co potwierdziła biopsja – zdecydowało się na rezygnację z operacji, żeby – pod nadzorem onkologów – śledzić rozwój nowotworu. W tym celu regularnie mierzono poziom PSA (swoisty antygen gruczołu krokowego) we krwi. Antygeny wydzielane przez komórki raka prostaty powodują wzrost poziomu PSA, co wskazuje na mnożenie się komórek rakowych i powiększanie się guza.

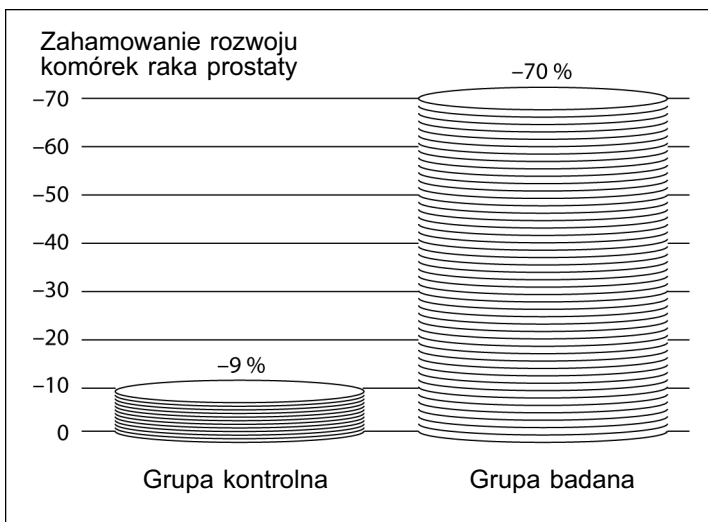
W czasie prowadzenia obserwacji pacjenci ci zrezygnowali z wszelkich form konwencjonalnej terapii, co umożliwiło ocenę działania metod naturalnych. Podzielono ich na dwie grupy metodą losowania, dzięki czemu były one całkowicie porównywalne. Osoby z grupy kontrolnej pozostawały po prostu pod nadzorem – regularnie mierzono ich poziom PSA. Dla pacjentów drugiej grupy doktor Ornish opracował kompletny program zabiegów mających poprawić ich zdrowie fizyczne i psychiczne. Przez rok przestrzegali oni wegetariańskiej diety z suplementami (antyutlenicze – witaminy E, C i selen, gram kwasów tłuszczowych omega-3 dziennie), uprawiali ćwiczenia fizyczne (półgodzinny spacer sześć razy w tygodniu), praktykowali panowanie nad stresem (joga, ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia wyobraźni i pogłębionego relaksu) i raz na tydzień brali udział w godzinnym spotkaniu grupy wsparcia, złożonej z pacjentów uczestniczących w tym programie.

Przyjęcie takiego planu oznaczało radykalną zmianę stylu życia, zwłaszcza dla żyjących w stresie menedżerów i głów rodzin, odpowiedzialnych za wiele spraw. Takie metody długo uważano za dziwaczne, nieracjonalne lub oparte na przesądach. Dwanaście miesięcy później wyniki były zupełnie jednoznaczne.

Z czterdziestu dziewięciu pacjentów, którzy niczego nie zmienili w swoim życiu i ograniczyli się do regularnego śledzenia rozwoju choroby,

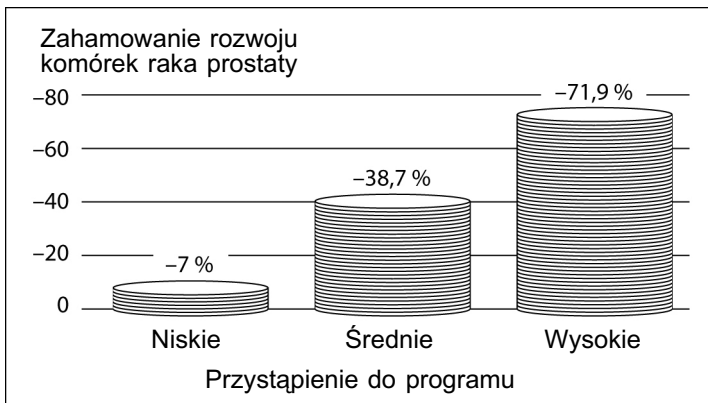
stan sześcici wyraźnie się pogorszył i musieli przejść zabieg usunięcia prostaty, a następnie chemioterapię i radioterapię. Natomiast żaden z czterdziestu jeden chorych, którzy brali udział w programie poprawy zdrowia fizycznego i psychicznego, nie musiał skorzystać z takiej terapii. W pierwszej grupie poziom PSA (wskaźnik rozwoju guza) wzrósł średnio o 6%, pomijając chorych, którzy musieli wycofać się z badania z powodu pogorszenia stanu zdrowia (ich poziom PSA był jeszcze bardziej niepokojący – gdyby ich uwzględnić, wzrost średniego poziomu byłby jeszcze wyższy). Ten wynik wskazuje, że ich guzy stale rosły – powoli, ale systematycznie. Natomiast w drugiej grupie, złożonej z pacjentów, którzy zmienili styl życia, poziom PSA obniżył się średnio o 4%, co dowodzi, że nastąpiła regresja w rozwoju guzów.

Jeszcze większe wrażenie robi zmiana, jaka nastąpiła w organizmach pacjentów, którzy przyjęli nowy styl życia. Ich krew, w zetknięciu z typowymi rakowatymi komórkami prostaty (komórkami z linii LNCaP używanymi w testach różnych czynników stosowanych w chemioterapii) siedem razy skuteczniej hamowała rozwój rakowatych komórek niż krew pacjentów, którzy nie zmienili niczego w swoim życiu.



Rysunek 2. Krew pacjentów uczestniczących w programie dr. Ornisha siedem razy skuteczniej blokuje rozwój rakowatych komórek prostaty niż krew pacjentów, którzy niczego nie zmienili w stylu życia.

Najlepszym dowodem związku między zmianami w stylu życia i powstrzymaniem rozwoju komórek raka jest to, że im pilniej chorzy przestrzegali rad doktora Ornisha i stosowali je w praktyce, tym aktywniej ich krew walczyła z komórkami raka! *.



Rysunek 3. Zdolność krwi do zablokowania rozwoju komórek raka prostaty jest tym większa, im bardziej rygorystycznie pacjent realizuje program poprawy zdrowia fizycznego i psychicznego.

Krótko mówiąc, dane statystyczne dotyczące czasu życia po zachorowaniu na raka, jakie zwykle widzujemy, nie różnicują ludzi biernie akceptujących wyrok lekarza od tych, którzy mobilizują swoje naturalne systemy obronne. Ta sama mediana uwzględnia chorych, którzy nadal palą, mają kontakt z substancjami rakotwórczymi, stosują się do typowej, zachodniej diety będącej – jak się przekonamy – prawdziwym nawozem dla raka oraz sabotują swój układ odpornościowy nadmiernymi stresami i kiepsko kierują swoimi emocjami lub którzy wyrzekają się swoich ciał, pozbawiając je fizycznej aktywności. Na tę samą medianę składają się również ci, którzy żyją znacznie dłużej. Dzieje się tak najprawdopodobniej dlatego, że oprócz konwencjonalnej terapii w jakiś sposób zachęcają do

* Trudno dokładnie określić, które z symultanicznych działań doktora Ornisha i w jakiej mierze przeciwdziałały rozwojowi komórek nowotworowych oraz czy nie jest to bardziej efektem swoistej synergii. Jest to kwestią dalszych intensywnych badań.

działania swoje naturalne mechanizmy obronne. Udało im się połączyć w harmonijną całość następujący kwartet: detoksykacja organizmu z substancji rakotwórczych, dieta antyrakowa, odpowiednia aktywność fizyczna, dążenie do emocjonalnego spokoju.

Nie istnieje naturalna metoda leczenia raka, ale też nikt nie jest skazany na zagładę. Podobnie jak Stephen Jay Gould możemy spojrzeć na dane statystyczne z odpowiedniej perspektywy i zrobić wszystko, aby trafić do długiego ogona rozkładu po prawej stronie. Nie ma lepszego sposobu na osiągnięcie tego celu niż poznanie sposobów wykorzystania potencjału własnego organizmu, umożliwiającego dłuższe i bogatsze życie.

Nie każdy wybiera tę drogę na mocy świadomej decyzji. Niekiedy decyduje o tym choroba. Po chińsku słowo „kryzys” zapisuje się jako kombinację znaków oznaczających „niebezpieczeństwo” i „okazję”. Rak jest tak groźny, że niekiedy oślepia – trudniej nam wtedy docenić jego twórczy potencjał. Choroba zmieniła moje życie pod wieloma względami na lepsze, i to w sposób, którego nie potrafiłbym sobie wyobrazić, gdybym sądził, że jestem skazany. Zaczęło się to wkrótce po tym, jak lekarze postawili diagnozę...

Cytowana literatura

1. Spiegel D., *A 43-year old woman coping with cancer* (Czterdziestotrzyletnia kobieta, która radzi sobie z rakiem), JAMA, 282 (4) 1999, s. 371–378.
2. Van Baalen D.C., de Vries M.J., Gondrie M.T., *Psycho-social correlates of „spontaneous” regression in cancer* (Psychospołeczne korelaty „spontanicznej” regresji raka), w: *Monograph*, Department of General Pathology, Medical Faculty, Erasmus University, Rotterdam, Holandia, 1987.
3. Lerner M., informacja ustna, Smith Farmer Retreat, 2001.
4. Ornish D., Weidner G., Fair W.R. et al., *Intensive lifestyle changes may affect the progression of prostate cancer* (Radykalna zmiana stylu życia może wpłynąć na postęp raka prostaty), „Journal of Urology”, 174 (3), 2005, s. 1065–1069, dyskusja s. 9–70.

Rozdział 3

NIEBEZPIECZEŃSTWO I OKAZJA

Przemiana w pacjenta

Dowiedziawszy się, że mam guza mózgu, z dnia na dzień odkryłem świat, który do tej pory wydawał się znajomy, ale w rzeczywistości był mi całkiem obcy – świat pacjenta. Neurochirurga, do którego natychmiast zostałem skierowany, poznałem już wcześniej. Mieliliśmy pacjentów, którymi wspólnie się zajmowaliśmy, on interesował się moimi badaniami. Gdy stwierdzono, że jestem chory, nasze rozmowy zupełnie się zmieniły. Koniec ze wzmiankami o doświadczeniach naukowych. Poprosił mnie o przedstawienie intymnych szczegółów mojego życia i dokładne opisanie wszystkich symptomów. Rozmawialiśmy o bólach głowy, mdłościach, prawdopodobieństwie ataku. Pozbawiony zawodowych atrybutów, znalazłem się wśród zwykłych pacjentów. Czulem, że ziemia usuwa mi się spod nóg.

W miarę możliwości starałem się zachować swój dotychczasowy status. Na wizyty do lekarza chodziłem w białym fartuchu, z nazwiskiem wypisanym niebieskimi literami. Wpadało to dość żałośnie. W moim szpitalu, gdzie hierarchia jest dość wyraźna, pielęgniarki i sanitariusze zwracali się do mnie z szacunkiem „doktorze”. Gdy jednak leżałem na noszach, bez białego fartucha, mówili do mnie „pan” lub – częściej – „skarbie”. Jak wszyscy siedziałem w poczekalni, przez którą jako doktor przechodziłem szybkim krokiem, unikając kontaktu wzrokowego z pacjentami, żeby nie mogli mnie zatrzymać. Jak wszystkich, zabierano mnie na badanie w fotelu na kółkach. To, że poza tymi krótkimi chwilami sam biegałem po korytarzach, nie miało żadnego znaczenia „Takie są reguły obowiązujące w szpitalu” – tłumaczył sanitariusz. Musiałem się poddać i pozwolić, żeby traktowano mnie jak kogoś, o kim nie wiadomo, czy może chodzić.

Znalazłem się w świecie pozbawionym kolorów. W tym świecie nie uznaje się kwalifikacji i zawodów. Tu nikogo nie obchodzi, co robiłeś w życiu i o czym myślisz. Często jedyną interesującą rzeczą związaną z twoją osobą jest najnowszy skan. Większość lekarzy nie wiedziała, jak się do mnie zwracać jako do pacjenta i równocześnie kolegi. Pewnego wieczoru spotkałem na kolacji mojego ówczesnego onkologa, znakomitego specjalistę, którego bardzo lubiłem. Na mój widok pobladł, a niedługo potem wyszedł pod jakimś kiepskim pretekstem. Nagle poczułem, że istnieje klub żywych, którzy dają mi sygnał, że już nie jestem jego członkiem. Przestraszyłem się, że stanowią oddzielną kategorię ludzi, zdefiniowaną przez chorobę. Bałem się, że stanę się niewidoczny, że przestanę istnieć jeszcze przed śmiercią. Jeśli nawet miałem wkrótce umrzeć, chciałem normalnie żyć, aż do końca.

Kilka dni po wieczornej sesji eksperymentalnej z Jonathanem i Dougiem, do Pittsburga przyjechał w sprawach służbowych mój brat Edward. Wcześniej nie podzieliłem się złą wiadomością z nikim poza Anną. Choć ścisłało mnie w gardle, starałem się normalnie rozmawiać z Edwardem. Nie chciałem sprawiać mu przykrości, a równocześnie, co dziwne, wydawało mi się, że ta rozmowa przyniesie mi pecha. W jego pięknych, niebieskich oczach pojawiły się łzy, ale nie wpadł w panikę. Po prostu mocno mnie objął. Przez chwilę płakaliśmy, potem pogadaliśmy o możliwych metodach leczenia, danych statystycznych, o wszystkim, z czym będę musiał sobie teraz radzić. Potem udało mu się mnie rozśmieszyć, co zawsze świetnie mu wychodziło. Przypomniał mi, że z ogoloną głową będę wreszcie wyglądał jak punk, nad czym rozmyślałem, gdy miałem osiemnaście lat, ale wówczas zabrakło mi odwagi. Dla niego należałem do świata żywych.

Następnego dnia Anna, Edward i ja poszliśmy na lunch do restauracji blisko szpitala. Wyszliśmy z niej w doskonałych humorach. Pod wpływem wspomnień śmiałem się tak bardzo, że aż musiałem oprzeć się o latarnię. W tym momencie podszedł do nas Doug. Wydawał się ponury i zaskoczony. W jego oczach dostrzegłem nawet dezaprobatę. Zdawał się pytać: „Jak możesz się tak śmiać, skoro niedawno otrzymałeś taką złą wiadomość?”.

Byłem oburzony. Większość ludzi najwyraźniej sądzi, że ludzie ciężko chorzy nie mają prawa do śmiechu. Od tej pory do końca życia miałem się zachowywać jak osoba skazana na śmierć.

Śmierć? To niemożliwe...

No i jeszcze prześladował mnie problem śmierci. W pierwszej chwili po zdiagnozowaniu raka człowiek często nie może w to uwierzyć. Gdy próbujemy sobie wyobrazić własną śmierć, umysł się buntuje. Śmierć to coś, co zdarza się innym. Tolstoj doskonale opisał tę reakcję w *Śmierci Iwana Iljicza*. Jak wielu przede mną, rozpoznałem w tym opowiadaniu siebie. Iwan Iljicz jest sędzią w Sankt Petersburgu. Prowadzi uporządkowane życie, dopóki nie zapada na jakąś chorobę. Nikt mu jednak nie mówi, jak poważnie jest chory. Gdy wreszcie zdaje sobie sprawę, że umiera, jego cała istota buntuje się przeciw temu. To niemożliwe!

W głębi duszy Iwan Iljicz wiedział, że umiera, jednak nie mógł nie tylko przyzwyczaić się do tej myśli, ale po prostu nie pojmował tego, nie mógł tego zrozumieć.

Przykład wnioskowania, jakiego się uczył w podręczniku logiki Kiesewettera: Kaj jest człowiekiem, ludzie są śmiertelni, dlatego Kaj jest śmiertelny, zdawał mu się w ciągu całego życia słuszny w zastosowaniu do Kaja, ale nigdy do niego. Kaj był człowiekiem, człowiekiem w ogóle, i wszystko było w porządku; ale on przecie nie był Kajem i nie człowiekiem w ogóle, tylko zawsze zupełnie, zupełnie innym niż wszyscy stworzeniem; był Wanią z mamą i tatą, z Mitią i Wołodką, i z zabawkami, i z furmanem, i z nianią; potem z Katieńką, ze wszystkimi radościami, wszystkimi smutkami, wszystkimi uniesieniami dzieciństwa, chłopięcych lat, młodości. Czy to dla Kaja istniał zapach skórzanej paskowanej piłki, którą tak kochał Wania? Czyż to Kaj tak całował rękę matki i czyż to jemu tak szeleścił jedwab przymarszczonej sukni matczynej? Czyż to on namawiał kolegów w szkole do buntu z powodu leguminy? Czyż to Kaj był taki zakochany? Czyż to Kaj tak umiał prowadzić sesje?

Kaj rzeczywiście jest śmiertelny i musi umrzeć, ale nie ja, Wania, Iwan Iljicz, z moimi uczuciami, myślami; ja – to zupełnie co innego. Nie może tak być, abym ja musiał umierać. To byłoby zbyt straszne.*

* Lew Tolstoj, *Śmierć Iwana Iljicza*, przeł. J. Iwaszkiewicz, Wydawnictwo TPPR „Współpraca”, Warszawa 1985, s. 64–65.

Dopóki nie otrzymamy się o śmierć, życie wydaje się nie mieć granic i właśnie tak wolimy o nim myśleć. Wydaje się, że zawsze będziemy mieć czas na szukanie szczęścia. Najpierw muszę skończyć studia, spłacić kredyty, wychować dzieci, przejść na emeryturę... O szczęściu pomyślę później. Gdy odkładamy na jutro poszukiwania rzeczy najważniejszych, możemy się przekonać, że życie przeciekło nam przez palce, nim poczuliśmy jego smak.

Otwarcie oczu

Rak niekiedy leczy tę dziwną krótkowzroczność, ten taniec wahań. Ujawniając krótkość życia, diagnoza może przywrócić jego prawdziwy smak. Kilka tygodni po tym, jak poznałem diagnozę choroby, miałem dziwne wrażenie, że uniósł się jakiś welon, który wcześniej utrudniał mi widzenie. W pewne niedzielne popołudnie, w niewielkim, nasłonecznionym pokoju w naszym domku, patrzyłem na Annę. Skupiona i spokojna, siedziała na podłodze przy stoliku do kawy, próbując przełożyć francuski wiersz na angielski. Po raz pierwszy zobaczyłem ją taką, jaka była, bez zastanawiania się nad tym, czy wolałbym kogoś innego. Po prostu widziałem kosmyk włosów, który zsunął się jej z czoła, gdy pochyliła głowę nad książką, jej delikatne palce zaciśnięte na piórze. Byłem zdumiony, że nigdy nie zwróciłem uwagi, jak wzruszające są drobne ruchy jej szczęki, gdy ma kłopoty ze znalezieniem odpowiedniego słowa. Nagle zobaczyłem ją jako ją samą, niezależnie od moich pytań i wątpliwości. Jej obecność stała się dla mnie niesamowicie poruszająca. To, że byłem świadkiem tej chwili, wydało mi się ogromnym przywilejem. Dlaczego nigdy wcześniej nie patrzyłem na nią w ten sposób?

W książce o transformacyjnej sile śmierci Irvin Yalom, wybitny psychiatra z Uniwersytetu Stanforda, cytuje list napisany przez sześćdziesięciokilkuletniego senatora, wkrótce po tym, jak dowiedział się, że jest ciężko chory na raka¹.

Nastąpiła we mnie zmiana, jak sądzę, nieodwracalna. Zagadnienia prestiżu, sukcesy polityczne, status finansowy – to wszystko stało się dla mnie nieistotne. W ciągu pierwszych godzin po uświadomieniu sobie, że mam raka, ani przez chwilę nie myślałem o miejscu

w senacie, rachunku bankowym czy o przeznaczeniu wolnego świata... Od kiedy moja choroba została zdiagnozowana, ani razu nie klóciłem się z żoną. Przedtem często zwracałem jej uwagę, że wyciska pastę do zębów od góry tubki, zamiast od dołu, nie dba dostatecznie o zaspokojenie mojego wybrednego apetytu, sporządza listę gości, nie konsultując się ze mną, za dużo wydaje na ubrania... Teraz albo nie zwracam uwagi na takie sprawy, albo wydają mi się nieważne.

Zamiast tego zacząłem doceniać rzeczy, które kiedyś wydawały mi się oczywiste – lunch z przyjacielem, podrapanie Muffeta za uchem i słuchanie jego mruczenia, towarzystwo żony, czytanie książki lub gazet przy nocnej lampce, wypad do kuchni po szklanek soku pomarańczowego z lodówki lub kawałek ciasta. Po raz pierwszy pomyślałem, że dopiero teraz czuję smak życia. W końcu uświadomiłem sobie, że nie jestem nieśmiertelny. Czuję wstrząs na myśl o tych wszystkich okazjach, które sam zmarnowałem – nawet gdy cieszyłem się świetnym zdrowiem – z powodu fałszywej dumy, sztucznych wartości i wydumanych uraz.

Perspektywa bliskiej śmierci może zatem doprowadzić do swobodnego wyzwolenia. W jej cieniu życie nagle nabiera intensywności, wibracji i smaku, jakich nie znaliśmy nigdy wcześniej. Oczywiście, gdy nadchodzi kres, czujemy rozpacz z powodu konieczności odejścia, tak jakbyśmy żegnali się z kimś kochanym, wiedząc, że nigdy już go nie zobaczymy. Większość z nas lęka się tego smutku. Czy jednak nie byłoby czymś jeszcze gorszym odejść, nie znając pełnej radości życia? Czy nie byłoby gorzej, gdybyśmy w chwili rozstania nie mieli powodu do smutku?

Muszę wyznać, że na początku miałem przed sobą długą drogę. Gdy Anna przeprowadziła się do mnie, pomagałem jej ustawiać książki. Natknąłem się wtedy na książkę *Czego uczy Budda?* „Dlaczego marnujesz czas na takie rzeczy?” – spytałem zaskoczony. Teraz dobrze pamiętam to zdarzenie: mój racjonalizm graniczył z tępotą. W mojej kulturze Budda i Chrystus byli w najlepszym razie staroświeckimi moralistami i kaznodziejami, a w najgorszym – sprawcami moralnych represji w służbie burżuazji. Przeżyłem niemal szok, gdy stwierdziłem, że kobieta, z którą miałem żyć, zajmuje się takimi bzdurami – koncepcjami, które przywykłem uważać za „opium dla mas”. Anna spojrzała na mnie z ukosa. Postawiła książkę na półkę. „Myślę, że pewnego dnia to zrozumiesz” – powiedziała.

Zmiana drogi

W tym czasie odwiedzałem lekarzy i rozważałem argumenty za i przeciw różnym metodom leczenia. W końcu zdecydowałem się na operację. Szukałem chirurga, który wzbudziłby we mnie największe zaufanie. Ten, któremu w końcu postanowiłem powierzyć swój mózg, nie był wprawdzie szczególnie polecany ze względu na swą technikę operacyjną, ale miałem wrażenie, iż najlepiej mnie rozumie. Czułem, że nie porzuci mnie, jeśli coś źle pójdzie. Nie mógł od razu przeprowadzić operacji. Na szczęście w tej fazie guz rósł bardzo wolno, zatem poczekałem kilka tygodni na okienko w jego rozkładzie zajęć. Przez ten czas czytałem książki autorów, którzy dociekali, czego możemy nauczyć się dzięki konfrontacji ze śmiercią. Anna kochała pisarzy ze swojego ojczystego kraju, dlatego pod jej wpływem czytałem Tolstoja, a także Yaloma, który często cytuje go w swojej znakomitej książce o psychoterapii egzystencjalnej¹. Najpierw przeczytałem *Śmierć Iwana Iljicza*, później opowiadanie *Pan i parobek*, które wywarło na mnie głębokie wrażenie.

W tym opowiadaniu panem jest ziemianin mający obsesję na punkcie własnych interesów. Tolstoj opisuje jego przemianę. Pan, za wszelką cenę pragnąc dobić pewnego targu, który może mu przynieść marny zysk, mimo złej pogody wyrusza nocą w podróż saniami. On i jego parobek, Nikita, błądzą podczas zamieci. Gdy pan zdaje sobie sprawę, że może to być jego ostatnia noc, radykalnie zmienia swoje nastawienie do świata. Kładzie się na marznącym furmanie, żeby ogrzać go swoim ciałem. Umiera, ale ratuje Nikitę. Tolstoj opisuje, jak ofiarowując siebie, przebiegły ziemianin osiąga stan łaski, którego nigdy wcześniej nie doświadczył. Po raz pierwszy żyje terażniejszą chwilą. Gdy przenika go mróz, czuje się zjednoczony z Nikitą, tworzą jedność. Własna śmierć przestaje być dla niego istotna, ponieważ Nikita będzie żył. Wykraczając poza egoizm, odkrywa prawdę związaną z istotą życia. W chwili śmierci widzi światło – wielkie, białe światło na końcu ciemnego tunelu.

W tym okresie zmieniłem kierunek pracy zawodowej. Do tej pory zajmowałem się nauką, niemal dla niej samej. Teraz stopniowo z tego zrezygnowałem. Jak prawie wszystkie badania w dziedzinie medycyny, praca laboratoryjna w niewielkim stopniu miała bezpośredni związek z poszukiwaniem sposobów przyniesienia ulgi w cierpieniach. Wielu naukowców, takich jak ja, w początkowej fazie kariery, z naiwnym

entuzjazmem pograża się w pracy, która – jak wierzą – doprowadzi do znalezienia sposobu leczenia choroby Alzheimera, schizofrenii lub raka. Po pewnym czasie, sami nie wiedząc, jak się to stało, nagle budzą się i stwierdzają, że z pasją opracowują lepsze metody mierzenia receptorów komórkowych reagujących na specyficzne leki. Gromadzą odpowiednią ilość materiału, żeby publikować artykuły w naukowych pismach i otrzymywać dotacje, dzięki którym w ich laboratoriach wrze praca. Jednak to, co robią, jest bardzo odległe od ludzkiego cierpienia.

Hipoteza, którą badaliśmy we dwóch, Jonathan i ja – dotycząca roli kory przedczołowej w schizofrenii – jest dziś powszechnie akceptowaną teorią w neurologii. W dalszym ciągu stanowi podstawę różnych programów badawczych w laboratoriach na całym świecie. Z całą pewnością była to przyzwoita, solidna praca naukowa, ale nie pomogła nikogo wyleczyć. Nie przyczyniła się nawet do poprawy stanu choćby jednego chorego. Teraz, gdy żyłem w ciągłym strachu przed chorobą, cierpieniem i śmiercią, było to coś, czym postanowiłem się zająć.

Po operacji wróciłem do pracy naukowej i szpitalnej. Odkryłem, że wbrew temu, co wcześniej sądziłem, to właśnie praca kliniczna interesowała mnie najbardziej. Zupełnie tak, jakbym sam odczuwał ulgę, ilekroć udawało mi się pomóc pacjentowi cierpiącemu na bezsenność lub którego chroniczne bóle głowy skłaniały do myśli o samobójstwie. Było tak, jakbym wreszcie się z nimi zjednoczył. Z tego punktu widzenia praca lekarza nie wydawała mi się już obowiązkiem, lecz wspnianiałym przywilejem. Poczulem, że w swoim życiu osiągnąłem stan łaski.

Zagrozenie

Pamiętam jedno z tych ulotnych zdarzeń, które sprawiają, że odczuwamy kruchość życia i doceniamy cud, jakim jest związek z innymi śmiertelnikami. To nie było nic ważnego – krótkie spotkanie na parkingu na dzień przed moją pierwszą operacją. Dla zewnętrznego obserwatora mogłoby się wydać banalne, ale dla mnie miało ono szczególne znaczenie.

Anna i ja przyjechaliśmy do Nowego Jorku. Zaparkowałem przed szpitalem. Stałem na parkingu, wdychając świeże powietrze. Zostało mi kilka minut wolności przed przyjęciem do szpitala, badaniami i salą operacyjną. Zauważyłem starszą kobietę, która niewątpliwie wracała do

domu po hospitalizacji. Była sama, niosła torbę; poruszała się o kulach. Bez pomocy nie będzie mogła wsiąść do samochodu. Spojrzałem na nią. Byłem zdziwiony, że pozwolili jej wyjść w takim stanie. Ona też mnie zauważyła. Wyraz jej twarzy mówił, że niczego się po mnie nie spodziewała. Niczego. Byliśmy przecież w Nowym Jorku, gdzie każdy musi sobie radzić sam. Poczułem, że ciągnie mnie do niej coś, co wynikało z naszej wspólnoty – oboje byliśmy pacjentami. To nie było współczucie, ale głębokie poczucie braterstwa. Czułem, że jestem jej bliski, że jestem zrobiony z tej samej materii, co ta osoba, która potrzebowała pomocy, choć o nic nie prosiła. Włożyłem jej torbę do bagażnika, wyjechałem jej samochodem z miejsca parkingowego, pomogłem usiąść za kierownicą. Z uśmiechem zatrzasnąłem drzwi. Przez kilka minut nie była sama. Byłem szczęśliwy, że mogę udzielić tej skromnej pomocy. W rzeczywistości to ona pomogła mi, ponieważ potrzebowała mnie właśnie w tej chwili. Dzięki temu miałem szansę poczuć, że oboje należymy do ludzkości. Nawzajem się obdarowaliśmy. Wciąż widzę jej oczy, w których obudziłem coś w rodzaju zaufania do innych, poczucie, że życiu można ufać, skoro w odpowiedniej chwili na jej drodze pojawił się ktoś, kto gotów był pomóc. Prawie nie odzywaliśmy się do siebie, ale jestem pewien, że ona również czuła, jak cenne było to spotkanie. Poczułem ciepło w sercu. My, bezbronni, zagrożeni ludzie, możemy sobie pomagać i wspierać się uśmiechem. Udałem się na operację z wszechogarniającym uczuciem spokoju.

Walka o życie, aż do końca

Wszyscy chcemy czuć się potrzebni i użyteczni dla innych. To poczucie stanowi nieodzowne pożywienie dla duszy. Gdy ta potrzeba nie zostanie zaspokojona, powoduje cierpienie, szczególnie bolesne w obliczu zbliżającej się śmierci. Tak zwany strach przed śmiercią polega w znacznej mierze na przekonaniu, że nasze życie nie miało żadnego znaczenia, że żyliśmy na próżno, a nasze istnienie nie było istotne dla nikogo i dla niczego.

Pewnego dnia wezwano mnie do Joego, młodego mężczyzny z licznymi tatuażami, alkoholika i narkomana, mającego na koncie wiele przestępstw z użyciem przemocy. Gdy dowiedział się, że ma raka mózgu, puściły mu nerwy i zaczął niszczyć wszystko w pokoju. Prerażone pielęgniarki nie

chciały się do niego zbliżyć. Przedstawiłem się jako psychiatra. Joe sprawiał wrażenie lwa w klatce, ale zgodził się ze mną porozmawiać. Usiadłem obok niego. „Słyszałem, jaką wiadomość pan właśnie otrzymał. Wiem, że jest pan zdenerwowany i przygnębiony. Wyobrażam sobie, jak bardzo może to być przerażające”. Joe w odpowiedzi wygłosił długą tyradę, ale po dwudziestu minutach się rozplakał. Jego ojciec był alkoholikiem, matka osobą zamkniętą w sobie i emocjonalnie nieobecną. Nie miał przyjaciół, tylko kolegów z barów, którzy teraz niewątpliwie wypną się na niego. Był zagubiony. „Nie wiem, co będę w stanie dla pana zrobić – odpowiedziałem. – Mogę panu jednak obiecać, że jeśli to panu pomoże, będę się z panem spotykał raz na tydzień”. Uspokoił się i rzeczywiście przychodził do mnie raz na tydzień przez sześć miesięcy, aż do śmierci.

W czasie tych spotkań nie miałem mu wiele do powiedzenia. Słuchałem go. Trochę pracował, był elektrykiem. Latami nie potrafił długo utrzymać pracy i żył z zasiłków. Nie rozmawiał z rodzicami. Całymi dniami oglądał telewizję. Był potwornie samotny. Wkrótce stało się jasne, że perspektywa śmierci była dla niego tak trudna do zniesienia, ponieważ niczego nie potrafił zrobić ze swoim życiem. Spytałem, czy w czasie, jaki mu jeszcze został, mógłby zrobić coś użytecznego dla innych. Nigdy o tym nie pomyślał. Zastanawiał się przez chwilę. „Niedaleko mnie jest kościół – odpowiedział wreszcie. – Myślę, że mogę coś zrobić dla proboszcza. Chce założyć klimatyzację. Mogę się tym zająć”. Zachęciłem go, żeby porozmawiał z księdzem, który oczywiście bardzo się ucieszył z tej propozycji.

Joe wstawał codziennie rano i udawał się do kościoła instalować klimatyzację. Praca szła mu powoli. Z powodu dużego guza mózgu miał kłopoty z koncentracją, ale się nie śpieszył. Parafianie przywykli do jego widoku na dachu. Odzywali się do niego, przynosili mu kanapki i kawę na drugie śniadanie. Gdy o tym opowiadał, miał łzy w oczach. Po raz pierwszy w życiu robił coś, co miało znaczenie dla innych. Zmienił się i już nigdy nie wybuchnął gniewem. W rzeczywistości za jego szorstką powierzchownością kryło się dobre serce.

Pewnego dnia Joe nie mógł już pójść do pracy. Zadzwoił do mnie onkolog, żeby powiedzieć, że Joe jest w szpitalu, zbliża się koniec i trzeba go umieścić w hospicjum. Poszedłem do jego szpitalnego pokoju zalanego słońcem. Joe leżał na łóżku, był spokojny, jakby spał. Pielęgniarki usunęły już wszystkie kroplówki. Usiadłem na brzegu łóżka, żeby się pożegnać.

Otworzył oczy. Chciał coś powiedzieć, ale zabrakło mu siły. Uniósł rękę i wskazał, żebym się zbliżył. Przyłożyłem prawe ucho do jego ust. „Niech pana Bóg błogosławi – wymamrotał. – Uratował mi pan życie”.

Dobrze zapamiętałem tę lekcję. Można uratować czyjeś życie, nawet gdy ktoś jest już na progu śmierci. To dało mi dość siły, żebym podjął się jakiegoś zadania i był gotów, gdy nadejdzie mój czas. W pewien sposób Joe także uratował moje życie.

Niedawno obchodziłem czternastą „rocznicę” diagnozy. Nie pamiętam dokładnej daty tej sesji doświadczalnej przy skanerze z Jonathanem i Dougiem. To musiało być około piętnastego października. Dlatego okres od piętnastego do dwudziestego października ma dla mnie specjalne znaczenie, trochę jak Jom Kippur, Wielki Tydzień lub ramadan. To osobisty rytuał. W tym czasie jestem sam. Czasami odbywam coś w rodzaju prywatnej „pielgrzymki” do kościoła, synagogi lub jakiegoś świętego miejsca. Myślę o tym, co mi się przydarzyło, o cierpieniu, strachu, kryzysie. Dziękuję za przemianę, gdyż teraz, po moich drugich narodzinach, jestem znacznie szczęśliwszym człowiekiem¹.

Cytowana literatura

1. Yalom I., *Existential Psychotherapy* (Psychoterapia egzystencjalna), Nowy Jork, Basic Books, 1977.