

Maria Golczyńska

CIERPIENIE PSYCHICZNIE CHOREGO

THE SUFFERING OF THE MENTALLY DISORDERED

Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Summary: Many authors, e.g. V. Frankl, A. Kępiński, M. Opoczyńska, have been deeply interested in the nature of psychic suffering and suffering of the mentally disordered in particular. This paper is an attempt to refer to some opinions of these authors. It describes a threat of feeling of emptiness, a label of insanity, reduction and isolation. Consequences of regression, dissociation and somatisation are also shown. A particular problem of the mentally disturbed is a violation of their spiritual base and religious domain. In addition, there is a problem of a role of the ill person and a patient's role.

Three possibilities of solution for psychic suffering are discussed: 1. Acceptance of the suffering and finding sense in it or finding sense in being ill and cured; 2. Rejection of the suffering and an endeavour to recover (paradoxically a very difficult approach); 3. Rejection of the sense of suffering and any possibility of recovery, i.e. suicidal death.

**suffering
mentally disordered**

*„Każdy człowiek jest historią świętą”
(pacjentka)*

Cierpienie psychiczne

Cierpienie nie jest patologią, choć o niej zaświadcza. Cierpienie psychiczne nie jest chorobą, lecz stanem egzystencjalnym. „Cierpiącym się jest — dolegliwości się ma” [1]. Słowo „cierpienie” podobne jest do słowa „cierpliwość” i pewnie jakoś te dwa pojęcia są ze sobą związane, np. w ten sposób, że cierpienie kształtuje w nas cierpliwość, a więc umiejętność znoszenia cierpień, życia bez prób ucieczki przed tym, co przykre. A więc cierpienie nie jest patologią — wskazuje jedynie na to, że coś dzieje się z człowiekiem — w jego ciele, w jego duszy, w jego egzystencji. Gdy to, co się dzieje w człowieku, jest nieznanne, wywołuje zamęt i niepokój, często mówimy wtedy: tak musi być, to cierpienie jest nieuniknione, jeżeli chcesz rozwijać się, tworzyć, iść dalej.

Cierpienie natychmiast wprowadza pytanie o jego przyczynę i sens, przynagla do odszukania przyczyny i zaradzenia złu; nawet nie pozwala skupić się na niczym innym. Naprawdę straszne jest cierpienie, którego przyczyny usunąć się nie da, naprawdę tragiczne jest cierpienie bez sensu.

W chorobach psychicznych znalezienie przyczyny jest problemem. Mimo postępów medycyny, mimo coraz szerszego „holistycznego” spojrzenia na czynniki etiopatogenetyczne, możemy co najwyżej uznać choroby psychiczne za zaburzenia o genezie wieloczynnikowej. Pamiętajmy, że współczesna psychiatria, a z nią klasyfikacje chorób psychicznych datują się raptem od końca XIX wieku (ICD I powstała w 1893 r.).

Współczesna psychiatria stara się wyeliminować pojęcie choroby psychicznej zamieniając je na pojęcie zaburzenia psychicznego, co ma uwypuklać ich bardziej czynnościowy i zmienny charakter. Ucieczka od nazwy „choroba psychiczna” być może jest także próbą ucieczki od stygmatyzacji, od bezradności wobec uchwycenia przyczyny, wreszcie, być może, jest wynikiem coraz większej niejasności, co jest normą psychiczną. Do tej niejasności przyczyniła się, moim zdaniem, sama psychiatria, zajmując się — niesłusznie — orzekaniem, co nie jest zaburzeniem psychicznym, zamiast zajmować się orzekaniem, co nim jest (jak np. w sporze o homoseksualizm).

Przyglądając się chorobie psychicznej przede wszystkim dostrzegamy bezsens. Lęki, smutki, wrogość, przerażenie, dziwaczne zachowania chorego wydają się bezsensowne, niczym nie uzasadnione. Dziwi nas, gdy ktoś kilka godzin myje ręce, żeby nie zarazić się chorobą weneryczną, gdy pali nocną lampkę, kiedy śpi, gdy zabezpiecza się przed wpuszczeniem przez sąsiadów „trującego gazu” przez dziurkę od klucza. Jeżeli ktoś to robi i cierpi — budzi w obserwatorze zdumienie i niecierpliwość: niechże porzuci to, co nie jest uzasadnione w sposób logiczny, nie jest nawet uzasadnione odczuwaną, mimo bezsensu, przyjemnością. Rodzą się pytania: Dlaczego on to robi? Dlaczego boi się sąsiada, który wcale nie ma wobec niego złych zamiarów, a nawet wcale się nim nie interesuje? Dlaczego ona nie wychodzi z domu przez całe upalne lato? Dlaczego on pije, mimo ruiny, jaką zrobił ze swojego ciała i życia bliskich? Dlaczego ta ładna dziewczyna zrobiła z siebie „szkielet”?

Pierwsze, z czym może się spotkać człowiek z zaburzeniami psychicznymi, to zdziwienie i nieustanne pytania: „dlaczego?”. Na takie „dlaczego?” nie uzyskamy odpowiedzi — badany nie rozumie samego siebie. Takie pytania krępują go — unika ich, jak może. Myśląc i czyniąc bezsensownie, tracąc kontrolę nad sobą, traci wiarę w sens swojej egzystencji: jego życie traci swoje jutro. Jego wczoraj jest porażką, a jego dziś — próbą unikania cierpienia.

Cierpienie związane z chorobą psychiczną

O chorych psychicznie wiadomo tak naprawdę jedno — są „nienormalni”. A więc oddzieleni od reszty społeczności. Są rozszczepieni, ich uczucia są w konflikcie, albo oderwane od pojęć czy woli, czasem funkcje cielesne nie współgrają z psychiką. Być nienormalnym — to nie znaczy być nijakim. Nie być normalnym, ale być schizofrenikiem, histeryczką, alkoholikiem, psychopatą, narkomanem, paranoikiem, erotomanem, żarłokiem, wyschlikiem czy świrem oznacza, z jednej strony, być wyjątkowym, budzić respekt i niepokój swoją nieprzewidywalnością, z drugiej — mieć jakieś zaburzenie, deficyt, nie mieć tego, co mają ci inni, normalni, a więc — cierpieć.

Drugie, z czym się może spotkać osoba z zaburzeniami psychicznymi, to ocena. Oczywiście ocena negatywna i do tego trwała — etykieta, która kształtuje dalsze postawy otoczenia wobec chorego, włączające ich do ludzi drugiej kategorii. Liczne są etykiety psychiatryczne.

W ocenach psychiatrów powtarza się szczególnie często jeden wątek: przeciwstawianie sobie psychoz i nerwic. Nawet najbardziej ceniony z polskich psychiatrów za szacunek i sympatię do pacjentów — profesor Antoni Kępiński, pisał: „Psychotyk nie może być egocentrykiem [...] egocentryzm jest w nerwicy jedyną możliwą postawą...”[2].

Zapewne jest wiele słuszności w etykietach. Jednakże przy próbie przyjrzenia się cierpieniu chorych psychicznie ludzi należy omijać podobne porównania i wynikające z nich oceny. W cierpieniu „bytujący poza ego” schizofrenik może zachować się egocentrycznie, a nadwrażliwy neurotyk altruistycznie. Przeżywając cierpienie człowieka z zaburzeniami psychicznymi psychoterapeuta przestaje kłaść nacisk na klasyfikacje i podziały zaburzeń. Liczy się sytuacja pacjenta, jego los. Wtedy, poznając indywidualną historię jego życia, możemy zrozumieć zarówno sens jego cierpienia, jak i sens terapii.

Spróbujmy przyrzeć się sytuacji chorego

Każdy człowiek poważnie chory przeżywa regresję: staje się jak dziecko, które potrzebuje silniejszego, żeby przeżyć, żeby zwalczyć chorobę. Sytuacja życiowa dorosłego, zregresowanego w chorobie, zazwyczaj jednak różni się od sytuacji dziecka. Dziecko wymaga opieki w sposób oczywisty. Nie musi nawet płakać — sam fakt, że jest dzieckiem, zmusza otoczenie do opieki. Dorosły, żeby uzyskać pomoc, musi okazać, że jej potrzebuje. Musi ujawnić cierpienie, musi odkryć słabość. Sygnalizowanie choroby fizycznej zazwyczaj nie jest trudne, objawy przemawiają same za siebie. Spieszy ambulans, czuwają służby medyczne, czekają laboratoria, sale operacyjne, szpitalne. Cały aparat medyczny w sposób oczywisty nastawiony jest na niesienie pomocy. Nawet obcy ludzie podniosą zemdlonego na ulicy, wezwą lekarza pogotowia ratunkowego.

Chory psychicznie **nielatwo komunikuje** otoczeniu swoje potrzeby i słabości. Często nie potrafi ich rozeznaczyć albo rozpaczliwie, jak długo się da, ukrywa przed samym sobą i przed otoczeniem fakt słabości i bezradności wobec dziejących się w nim przemian. Jego widzenie, odbiór rzeczywistości są zmienione przez chorobę, więc sposób komunikacji jest wypadkową lęku, bezradności, potrzeby chęci ukrycia objawów choroby, szukania opieki i konieczności znajdowania się pod kontrolą. W tej sytuacji regresja — potrzebowanie stałej opieki, niesamodzielność, poszukiwanie bezpieczeństwa nie budzą tak serdecznego oddźwięku jak w przypadku choroby fizycznej. Ludzie na ulicy nie pomogą, raczej odsuną się od „wariata”. Rodzina uruchamia postawy obronne. Jak długo się da, nie zauważa choroby, kładąc dziwactwa chorego na karb źle ukształtowanego charakteru. Sam pacjent długo — czasem latami — zaprzecza chorobie, nie daje do siebie dostępu, broni się przed leczeniem, przed szpitalem, przed lekiem. Broni się nierzadko agresywnie, więc pomoc jest często też agresywna; hospitalizacja i leczenie narzucane są siłą. Np. chora na schizofrenię, która po śmierci matki opuściła mieszkanie, już ósmy rok tuła się bezdomna, nocując w nocnych barach, podczas gdy jej mieszkanie stoi puste. Pisuje czasem do przyjaciółki z dzieciennych lat, że nie potrzebuje leczenia, tylko pieniędzy. Skarży się, że jest coraz słabsza i kolejnej zimy może już nie przetrzymać. W jej odbiorze ratunkiem może być jedynie rozplątanie zawilej intrygi kryminalnej, która się toczy wokół niej, i zdemaskowanie przestępców, którzy ukradli w jej mniemaniu jej mieszkanie. W tym celu skrupulatnie przesyła przyjaciółce numery rejestracyjne podejrzanych samochodów. Zaprzecza chorobie i ignoruje opiekuńczy charakter instytucji medycznych, dopatrując się

w nich jedynie aspektu przymusu, którego unika, jak może.

Brak poczucia sprawstwa często towarzyszy regresji chorego psychicznie. Jedną z najbardziej oburzających otoczenie cech osób z zaburzeniami psychicznymi jest ich lekkomyślność, beztroska, brak poczucia obowiązku, zrzucanie odpowiedzialności za własne życie na innych. Np.: paranoiczny i nadużywający alkoholu chory pobił dotkliwie ośmioletniego syna, po nocy spędzonej w piwnicy, gdyż dziecko zasnęło czy obawiało się otworzyć mu drzwi, gdy późną nocą wrócił z libacji. Próby ustalenia z pacjentem, kto kim miał się opiekować tamtej nocy, gdy wyjechała żona, spełzły na niczym. Pacjent nie był w stanie przyjąć, że syn faktycznie nie był jego opiekunem i że on sam, wychodząc z domu, mógł być wziąć klucz.

Somatyzacja. Ponad 50% chorób psychicznych z początku jest sygnalizowanych dolegliwościami cielesnymi. Ból fizyczny, cierpienie fizyczne w najkonkretniejszy sposób wyrażają to, czego szczególnie na początku wielu zaburzeń psychicznych wyrazić się nie da: rozbicia i chaosu wewnętrznego, cierpienia, które trudno uchwycić w konkretne określenia — te przyjdą później, wraz z rozwojem choroby.

W zaburzeniach nerwicowych często objawy fizyczne dominują w obrazie klinicznym, np. w zaburzeniach somatyzacyjnych, ale także w nerwicy lękowej, w hipochondrii, neurastenii. Interesujące są opisy cierpień pacjentów z jednym z rodzajów zaburzeń somatyzacyjnych, tj. bólem psychogennym. Np. pewien pacjent opisywał swoje dolegliwości następująco: „Dziś od rana strasznie źle się czuję, okropnie boli mnie brzuch, a właściwie głowa; strasznie boli, szczególnie jak stoję. Więc poprosiłem o zmierzenie ciśnienia, miałem osiemdziesiąt na sto, zawsze takie mam. Jak się położyłem, to dopiero zaczęło boleć”. Opisy dolegliwości chorych są często bardzo zagmatwane, oni sami gubią się, bezradni wobec uściślających pytań terapeuty. Jedna z moich pacjentek rozróżniała ból ciała i ból duszy, przy czym nie była w stanie podać definicji ani opisu żadnego z nich, tłumacząc tylko, że „ból ciała przemieszcza się w sposób, który sprawia straszne cierpienie, ale określić się tego nie da inaczej jak ból duszy”.

Psychotyczni chorzy wyrażają cierpienia fizyczne już bez cenzury realizmu i wprost mówią o gnijących jelitach, robakach pod skórą, obcych ciałach czy istotach wewnątrz.

Dolegliwości fizyczne, zgłaszane często w sposób niejasny i niespójny, przynajmniej tłumaczą lęk, który im towarzyszy i który jest uważany przez chorego za ich skutek, a nie za przyczynę, i faktycznie jest skutkiem — ale nie uszkodzeń fizycznych, lecz psychicznego rozbicia. Osoby z zaburzeniami psychicznymi i zaprzeczające dolegliwościom psychicznym sygnalizują cierpienie w sposób najbardziej akceptowany społecznie, tj. jako cierpienie ciała. Wielu zaburzonych psychicznie starannie unika psychiatry i psychologa. Szuka pomocy u internisty, neurologa lub w ostrym stanie lękowym pojawia się w izbie przyjęć szpitala, celem wykonania EKG lub wykluczenia laboratoryjnym badaniem jakiejś groźnej choroby, jak rak czy AIDS. Somatyzacja ułatwia cierpiącemu człowiekowi oddzielenie tego, co w nim chore, od tego, co w nim zdrowe — a raczej chroni go przed zagrażającym mu uznaniu siebie, swojej osoby, za całkiem chorego i na zawsze chorego.

Do rzeczywistości człowieka chorego należy też **redukcja**: jest ona związana z utratą lub ograniczeniami narzuconymi przez chorobę — utratą zdolności twórczych w związku ze stereotypią i lękiem, utratą swobodnego myślenia, ograniczeniem koordynacji ruchów, ograniczeniem „normalnych” zachowań społecznych itp. Każda choroba skłania do ego-

centryzmu. Jest to zrozumiałe: żeby wyzdrowieć, trzeba skupić się na swoich potrzebach, dopilnować siebie, zmniejszyć wysiłek, zadbać o siebie, zrezygnować ze wspierania innych osób. Choroba psychiczna — a więc sytuacja zagrożenia i to zagrożenia niejasnego dla samego chorego — wyzwała postawę egocentryczną, niezależnie od rodzaju zaburzenia. Człowiek w silnym lęku ucieka na oślep, często odbywa się to kosztem innych. A więc podstawowa redukcja dotyczy empatii. Jest to daleko idące w skutkach ograniczenie życia chorego. Szczególnie wyraźnie widać to w depresjach różnego kalibru. Przytoczę tu słowa pewnego chasyda, rabiego z Aleksandrowa, który powiedział: „Smutek nie jest grzechem, ale nic nie czyni serca tak twardym, jak on”. Wydaje się, że w chorobie psychicznej redukuje się empatia, czyli zdolność wczuwania się w świat przeżyć czy też sytuację innych. Ginie zainteresowanie otoczeniem; ginie zainteresowanie ważnymi przed chorobą sprawami osobistymi, takimi jak dbałość o wygląd czy higienę, dbałość o prestiż, o rozwój. W miejsce różnorodnych doznań związanych z bogactwem ról społecznych, pojawiają się stereotypowe wątki związane z procesem chorobowym, jak np. wrogość do sąsiada, ucieczka przed prześladowcami, niepokój o zdrowie, obsesyjne marzenia itp.

Redukcja dotyczy najwyraźniej sfery zachowań społecznych. Dekompensacja psychiczna w gruncie rzeczy polega na wycofaniu się z pełnionych wcześniej ról funkcji społecznych lub na niemożności podjęcia tych ról, do których chory się przygotowywał i których pragnął. Załamuje się linia życiowa, czasem następuje rozpad małżeństwa, utrata pracy zawodowej, wycofanie się z dotychczasowych ulubionych aktywności lub zerwanie kontaktów towarzyskich. Osoba z zaburzeniami psychicznymi rzadko dzieli radość z innymi członkami rodziny. Często pozostaje tylko rola chorego i rola dziecka, marzenia o założeniu rodziny i nieustanny żal do rodziców za własne, nieudane życie.

Niekiedy osoba z zaburzeniami psychicznymi, poprzez obsesyjne skupianie się na wywołujących napięcie potrzebach, redukuje do nich swój świat przeżyć „stając się” niejako swoim przewodem pokarmowym (jak w zaburzeniach jedzenia) czy genitaliami (jak w erotomanii). Chory uzależniony redukuje przeżycia i zainteresowania do tych, które są związane z używką, dzieląc swoje życie na okres przed zastosowaniem środka zmieniającego jego stan psychiczny i po zastosowaniu. W tych dwóch okresach występujących na przemian staje się jakby innym człowiekiem, o innym usposobieniu i systemie wartości.

Chory psychicznie, rozbity wewnątrz, zawsze ulega jakiejś redukcji: czy to na poziomie swobodnego myślenia, czy to funkcjonowania cielesnego i ruchowej aktywności, czy to na poziomie kontaktów z otaczającym światem. W kontaktach z ludźmi czasem zdarza się, że uzależniając się emocjonalnie od drugiej osoby redukuje się do przedmiotu, jakby tracąc swoje „ja”. Ma to miejsce czasem także w relacji z terapeutą, jak opisał to profesor A. Kępiński w książce pt. *Poznanie chorego* [3]: „... neurotyk wobec lekarza stwarza pozory bycia przedmiotem, walcząc, żeby być uznanym za chorego somatycznie”. (Neurotyk być może raczej próbuje doszukać się chorej „części” w sobie, żeby móc tę znaną chorą część uznać za chorą i zaprezentować ją lekarzowi jako przedmiot leczenia. Są to zabiegi mające na celu obronę przed tym, co nieuchronne — tj. całościową zmianą.)

U chorego z psychozą lub osobowością borderline redukcja może, moim zdaniem, przebiegać odwrotnie — może on zredukować osobę, z którą wchodzi w relację, do roli przedmiotu — czasem przedmiotu pierwszej potrzeby, co zdarza się nieraz w relacji lekarz — pacjent. Wtedy nie ma końca zdumieniu chorego i oburzeniu, że lekarz nie jest

zawsze na miejscu, gdy chory go potrzebuje. Rzadko na szczęście dochodzi do tragedii, gdy chory redukuje do przedmiotu drugiego człowieka, gdy ten mu przeszkadza — usuwa go, zabijając. Podobna redukcja u ludzi zaburzonych psychicznie może doprowadzić do nadużywania seksualnego innych i agresji.

Izolacja jest cechą każdego cierpienia. Skupiając się na cierpieniu, człowiek mimo woli zaprzestaje komunikacji z otoczeniem innej niż sygnalizacja cierpienia i wołanie o pomoc. Przestaje „być” z innymi — zaczyna „być” z cierpieniem. Izolacja cierpiącego psychicznie jest szczególna — poprzez rozpad, rozszczenie lub konflikt emocjonalny, staje się izolacją nie tylko od otoczenia, ale jakby od siebie samego, przynajmniej od części swoich myśli i przeżyć. Zdarza się, że osoba zaburzona psychicznie nie wyraża swoich przeżyć, tylko opisuje swoje zachowanie, tak jak obserwator z zewnątrz; często — jako krytyczny obserwator — nie szczędząc sobie złości i pogardy, np. w stanach depresyjnych, czasem natomiast beznamiętnie dystansując się od przeżywanych emocji, np. w głosach komentujących w schizofrenii. Izolacja psychicznie chorej osoby nie wynika jedynie z trudności w komunikacji swoich przeżyć sobie i otoczeniu. Wynika także z dereizmu, z poczucia braku afiliacji, z poczucia odrzucenia społecznego i nie tylko z poczucia — również z powodu faktycznego odrzucenia. Wynika z poczucia małej wartości, zbyt małej atrakcyjności, żeby kogoś do siebie przyciągnąć, z poczucia porażki w próbach kontaktu z otoczeniem, z lęku przed kontaktem, z lęku przed konfrontacją swoich marzeń o sobie z rzeczywistością, z braku płaszczyzny, na której kontakt z otoczeniem mógłby być realizowany. Izolacja od ludzi oddziela od doświadczeń realnych i skłania do przebywania w świecie iluzji, marzeń. Chory psychicznie nie jest „chory”, ale jest „z chorobą” — bytuje z „wrogami” w urojeniach prześladowczych, bytuje z natręctwami, z doznaniem cenestetycznymi. Stara się wejść w relację z przedmiotami nie mogąc wejść w relację z ludźmi. Np. człowiek cierpiący na erotomanię, który podczas zdrad małżeńskich, jak twierdzi „wyłącza w sobie męża”, w sklepie kupuje jakiś płyn do mycia naczyń nie dlatego, że go potrzebuje (wolałby inny), ale dlatego, że wyobraża sobie, że skoro go wzięł do ręki i odstawi, to będzie mu (tj. płynowi do naczyń) smutno.

Czasem jednak cierpienie psychiczne jest wyjątkową szansą na otwarcie się w relacjach z otoczeniem. Może dzieje się tak dlatego, że trudności w kontakcie ze światem stają się zbyt oczywiste, żeby nic z nimi nie robić. Cierpienie katapultuje człowieka z jego dotychczasowej egzystencji. Ostre objawy psychotyczne, ataki lęku panicznego są jakby saltami w powietrzu, a zetknięcie się z nową rzeczywistością jakby upadkiem na ziemię. Wtedy rzadko komu udaje się wdzięcznie opaść na nogi, najczęściej zdarza się rozbić albo połamać. Pamiętam pacjenta, którego depresyjne przeżywanie zmusiło do przełamania pewnych utartych rytuałów rodzinnych mających na celu ochronę przed bliskością. To rozpoczęło kryzys rodzinny, dekompensację kolejnych członków rodziny i dopiero po dłuższym okresie wewnętrznych przekształceń rodzina odzyskała się nawzajem już w innych zdrowszych relacjach. O „zdolności do przeciwstawienia się chorobie psychicznej, a nawet przetworzenia jej w osobiste osiągnięcie” pisała pięknie Małgorzata Opoczyńska w książce *Kim jestem?* [4]. Chorzy psychicznie, czasem zajmujący obronne pozycje w relacjach z rodziną, nieoczekiwanie potrafią być otwarci, a nawet stworzyć więź z innymi psychicznie chorymi — na tym ostatecznie bazuje idea społeczności terapeutycznej i wiele innych programów psychoterapeutycznych czy rehabilitacyjnych.

Kompromitacja. Psychicznie chorzy boją się ujawnienia choroby. Boją się np., że inni ludzie odkryją ich lęk, zobaczą go w ich twarzy, w oczach. To już będzie katastrofą. Żadna inna choroba nie jest tak wstydliva, jak choroba psychiczna. Lęk wywołuje utratę kontroli, dewastacja życia, utracony prestiż np. w epizodzie urojeniowym. Częściowa przynajmniej pamięć niewłaściwych zachowań z okresu zaburzeń świadomości sprawia, że trudno potem spojrzeć w oczy członkom rodziny, kolegom z pracy. Na przykład: u pielęgniarki rozwinęły się urojenia dotyczące miłości do niej jednego z lekarzy. Mężczyzna początkowo żartował z niej, potem umieścił ją na oddziale psychiatrycznym. Po przeminięciu epizodu psychotycznego dziewczyna została przeniesiona z pracy na oddziale do innej pracy szpitalnej i długo nie mogła sobie poradzić z lękiem przed spotkaniem kogoś z poprzedniego miejsca pracy. Dramat choroby psychicznej ujawnia się w pełni, gdy delikatna i subtelna osoba, do tej pory nienaganna w zachowaniu, w ostrej psychozie wyrzuca z siebie wulgaryzmy i zachowuje się prowokacyjnie seksualnie lub agresywnie. Otaczający ją ludzie przeżywają szok i zaczynają mieć wątpliwości, czy ta kulturalna osoba w gruncie rzeczy nie ukrywała przed światem drugiego oblicza, czy nie ujawniło się w chorobie to, co miała głęboko schowane przed światem zewnętrznym.

Przerażenie chorobą psychiczną, lęk przed utratą kontroli nad swoim zachowaniem są większe u ludzi wysoko usytuowanych w środowisku społecznym, a kompromitacja bardziej dotkliwa w skutkach. Te skutki to odrzucenie społeczne, potępienie, wyszydzenie. W depresji popsychotycznej ten czynnik odgrywa swoją rolę — do „utrąty” bujnych przeżyć psychotycznych oprócz innych możliwych utrat dołącza się utrata pozycji społecznej, dobrego imienia.

Uczucie wstydu i kompromitacji może dotyczyć oczywiście wszystkich zaburzeń psychicznych, nie tylko psychoz. Np. w nerwicy lękowej, o charakterze lęku panicznego, pacjenci bardzo często wypowiadają obawy, że napad lęku zastanie ich wśród ludzi, którzy będą się im podejrzliwie przyglądać i nie udzielą pomocy. W nastawieniach ksobnych chorzy przebywając wśród ludzi podejrzewają ich o agresywną ciekawość, doszukiwanie się w nich mankamentów, plotkowanie o nich, śmianie się z nich za ich plecami. W socjofobii chory nierzadko rezygnuje z wszelkich rozrywek kulturalnych w lęku przed możliwym burczeniem w brzuchu, spoceniem się lub zaczerwienieniem się. Z lęku przed odsłonięciem czegoś, czego nie można w sobie zmienić, a co wiąże się ze sferą wstydu, chory potrafi zrezygnować z bliskości ważnych dla niego osób. Np. młoda kobieta z natręctwami, o rytuale bandażowania palca z osobna przed czynnościami higienicznymi mogła powiedzieć terapeutce dopiero po urodzeniu dziecka, gdy uświadomiła sobie, że jej niemowlę widzi i jest świadkiem jej dziwacznych zachowań. A dopiero, gdy pozwoliła sobie odkryć rytuał (przed terapeutką, następnie przed rodziną) – mogła zobaczyć, jak jest absurdalny i zrozumieć go nie w kategorii przymusu psychicznego, ale przeżywanego obronnie lęku i wstydu. Wówczas dopiero potrafiła skorzystać z pomocy bliskich osób przy pielęgnacji dziecka.

Inna z pacjentek, zapytana, czego się obawia w swojej chorobie, odpowiedziała: „Nie chcę dojść do tego stanu, gdy będę chodziła rozebrana albo polewała pielęgniarkę wrzaskiem, jak to robiły inne, gdy byłam w szpitalu”.

Rozszczepienie. Człowiek zaburzony psychicznie traci integralność. Rozszczepienie czy rozpad psychiczny dotyczy nie tylko cech psychicznych czy funkcji psychicznych.

Istotne dla losu chorego jest przeciwstawienie się dwóch światów — świata realnego, realnych możliwości chorego, realnych kontaktów z otoczeniem i świata nierealnego: marzeń, lęków. Niezależnie od tego, jak kontrastowe są te światy (a oczywiście są), zawsze istnieje między nimi walka o prymat. Na tym polega choroba, że w tej walce świat realny przegrywa jako trudniejszy, blebszy, mniej satysfakcjonujący lub bardziej przykry. Chory żyje w świecie fantazji, a w świecie realnym jedynie stara się przetrwać. W miarę jak chory psychicznie realizuje się w świecie nierealnym — oraz mniej „inwestuje” w świat realny, coraz bardziej dystansuje się i w końcu przyjmuje wobec świata realnego postawę obronną lub zgoła wrogą. Np. depresyjna pacjentka z uszkodzeniem toksycznym mózgu (wskutek przewlekłego alkoholizmu) była od czasu depresji i abstynencji alkoholowej ciągle załęczniona i podporządkowana. Okres picia wspominała jako niezwykle atrakcyjną sytuację, gdy stawała się śmiała towarzyszka, dominująca i uwodzicielska. W toku psychoterapii zaczęły pojawiać się krótkie stany podobnych jak podczas picia alkoholu zachowań towarzyskich, budząc w niej niesłychany zamęt i lęk. Miała trudność z integracją swoich zachowań, czuła się jakby w dwóch osobach. Wcześniej, gdy było to „uzasadnione” picie alkoholu, nie odczuwała tej zmiany jako zagrażającej. Nie mając kontroli nad swoim zachowaniem i nie mogąc usprawiedliwić utraty tej kontroli upijaniem się — traciła poczucie tożsamości reagując silnym lękiem. Niedawno rozpoczęłam terapię z pacjentką, która stworzyła kilka światów, żeby uciec od rzeczywistego. W każdym z tych światów staje się kimś innym. W świecie realnym natomiast — rozczarowana jego ograniczeniami, dokonuje aktów autoagresji.

Być może coraz częściej pojawiają się obecnie pacjenci z dysocjacjami, np. legendarną osobowością mnogą. Ciekawa jestem, czy koledzy spotykają też pacjentów z grup fantazy — gry, w której grupa ludzi odgrywa role ze świata fantazji pod przewodnictwem lidera gry. Coraz częściej słychać też w opisie przeżyć pacjentów wyjaśnienia, że jakieś zdarzenie miało miejsce „w realu” lub w IRL-u, tj. w świecie realnym!

Ucieczka od myślenia. Czasem psychicznie chory człowiek nie zdaje sobie sprawy, że cierpi — i faktycznie wiele objawów zaburzeń psychicznych sprzyja przede wszystkim ukryciu cierpienia przed samym sobą. Kiedy stawianie sobie trudnych pytań, konfrontacja z własną niespójnością boli, ingerencja z zewnątrz budzi wściekłość. Chory myśli o sobie kategoriami samooskarżeń, samoponiżeń lub włącza „zagłuszacze” tych przeżyć (np. pacjentka mówi: „żeby przestać na chwilę wyrzucać sobie, co mogłam zrobić złego na przyjęciu — zaczynam liczyć barany do stu”). Ucieczka od myślenia utrwala zachowania chorobowe — wraz z niepokojącymi objawami następuje zmiana sposobu życia — choroba zwalnia z obowiązków, które zawsze były dla chorego przykre; broni się on atakami złości przed naciskami rodziny, by podjął ciężary życia. Broni prawa do choroby: do wyszukanej rygorystycznej diety, do natrętnych rytuałów, do upijania się, do zachowań kompulsywnych, walczy nawet o prawo do samobójstwa. Czasem agresywnie broni swoich przywilejów — np. bycia w centrum uwagi czy wysypiania się do wieczora.

Cierpienie związane z procesem zdrowienia. W odwróconej hierarchii wartości chorego zdrowie oznacza utonięcie, rozpuszczenie się w pospolitości, w nijakości — zdrowienie oznacza utratę „ja”. Zdrowienie zaczyna być cierpieniem większym niż choroba. Wychodzenie z ostrej psychozy często pociąga za sobą depresję, podobnie jak wychodzenie z anoreksji, wyzwalanie się z objawów konwersyjnych nierzadko wiąże się z nasilonymi

lękami, „utrata” zachowań kompulsywnych, „nałogowych” pozostawia trudne do zniesienia uczucie pustki. Oczywiście zdrowienie w niektórych chorobach jest wspaniałą nagrodą, np. podwyższenie nastroju po depresji czy pozbycie się agorafobii prowadzące do bardzo ożywionego życia towarzyskiego. Często jednak chory w zdrowieniu upatruje możliwości odwrótności swojego stanu — a więc popadnięcia z jednej przesady w drugą — np. z anoreksji w bulimię.

Brak poczucia choroby nie oznacza jedynie reakcji obronnej, ucieczki przed zbyt trudnym dla chorego faktem bycia chorym. Myślę, że może on wynikać z braku wiary w zdrowie jako fakt, w możliwość zdrowia. Chory nie dostrzega zdrowia w otoczeniu, często jest przekonany, i wyraża to przekonanie, że żadna z otaczających go osób nie jest zdrowa, że nie wytrzymałby ani chwili, gdyby „musiał” być taki lub żyć tak, jak ktokolwiek ze znanych mu osób. Często uważa otaczające go osoby za głupie; wyraża to, używając często zwrotów: „ty głupia, ty głupi”. Nie mając odniesienia — chory idealizuje stan zdrowia, co znajduje wyraz w wieloletnich, niekończących się terapiach. Chociaż dawno ustąpiły objawy, z którymi się zgłosił, on ciągle domaga się leczenia. Pytany o cel, który chciałby osiągnąć — milczy w zakłopotaniu, przed równie jak on zakłopotanym terapeutą.

Czasami mam wrażenie, że te intuicje pacjenta zawierają dużo prawdy o faktycznym niekończącym się procesie psychicznego zdrowienia człowieka oraz o pożałowania godnym stanie psychicznym ogółu ludzi. Dziwią czasem raporty WHO. Np. wg raportu WHO z 2001 r. co 4. osobę dotykają zaburzenia psychiczne i nerwowe – liczbę chorych psychicznie szacuje się na 450 milionów. W innym raporcie — jedynie 1/5 osób z zaburzeniami psychicznymi zgłasza się do służb medycznych o pomoc.

W chwili cierpienia trudno sobie wyobrazić rzeczywistość bez niego, podobnie jak w chwili zdrowia trudno sobie wyobrazić cierpienie. Podstawowe pytania, jakie zadaje sobie cierpiący człowiek to — kiedy się to skończy i czy będzie jeszcze gorzej niż jest. Nadzieja końca w cierpieniu jest sprawą zasadniczą i przesądza o zwycięstwie nad nim lub porażce.

Brak nadziei. Cierpienie człowieka chorego psychicznie jest cierpieniem przewlekłym, albo nawet — stałym. Można usłyszeć od chorego: „Tego się nie da znieść dłużej — to nigdy się nie skończy”. Coś złego dzieje się z chorym u podstawy jego przeżyć duchowych — wiary, nadziei, miłości. Przeżywany lęk, napięcie, rozpad, bezsilność, rozpacz, gniew wydają się nie mieć końca. Nie ma nadziei na lepsze jutro: wewnętrzny stan projektuje się na zewnątrz i świat jest postrzegany jako straszny, odrażający. Inaczej jest w chorobie ciała, gdyż fizycznym dolegliwościom zazwyczaj towarzyszy przekonanie, że cudownie będzie wyzwolić się z choroby i powrócić do normalnego życia, do normalnych obowiązków, do normalnego trudu i wysiłku, do życia poza szpitalem, poza łóżkiem. W chorobie psychicznej najczęściej nie istnieje takie przekonanie, nie ma oczekiwań, że po ustąpieniu objawów będzie cudownie — normalność jest raczej odstręczająca, praca zawodowa postrzegana jako beznadziejne niewolnictwo, współżycie z ludźmi przeżywane jako męka, jako jakaś bezlitosna gra wszystkich ludzi przeciwko choremu. Cierpiącemu psychicznie często towarzyszy pragnienie radykalnej zmiany tego świata lub zgoła opuszczenie go. Chorzy psychicznie nierzadko widzą rozwiązanie swoich cierpień w samobójstwie. Wg WHO każdego dnia na świecie 1500 osób odbiera sobie życie, a 15 000 podejmuje nieudane próby (10% schizofreników, 15% osób depresyjnych kończy życie samobójstwem; ryzyko

samobójstwa jest kilkakrotnie wyższe u alkoholików, narkomanów, osób z zaburzeniami jedzenia). Niemal do reguły, u osoby zamierzającej popełnić samobójstwo, należy głębokie niezadowolenie z rodziny, a nawet wrogość i oskarżycielskie postawy wobec niej. Nastawienie pełne pretensji o zły wpływ rodziców, szczególnie matki, jest częstym zjawiskiem wikłającym i tak już trudną relację z najbliższymi. Cała sfera nacisków, szantaży, uwiedzeń, którą przeżywa w życiu rodzinnym, wyraźnie jest pozbawiona równoważącego jej poczucia własnej wolnej woli — tej chory nie dostrzega, albo nie bierze jej pod uwagę uważając siebie za marionetkę w rękach dominujących opiekunów. Tej dominacji wytacza następnie bezpardonową walkę nie zgadzając się na żadne ustępstwa ani uzgodnienia. Świat zewnętrzny z jego wyzwaniem wydaje się straszny i tylko może się pojawić niejasne przekonanie, że gdzieś jest nadzwyczajny lek, nadzwyczajny terapeuta lub wyjątkowy partner uczuciowy, który przeniesie do innej, lepszej rzeczywistości — te rojenia nie są w gruncie rzeczy zbyt odległe od myśli samobójczych.

Ci chorzy, którzy decydują się na leczenie w szpitalu, o powrocie do rodziny i do tzw. normalności często myślą z lękiem. W Klinice Nerwic, w której pracuję, pacjenci stworzyli określenie „syndrom wyjścia” — oznacza on nasilenie objawów związane ze zbliżającym się końcem leczenia. W gruncie rzeczy wydaje się, że chory psychicznie człowiek traci odniesienie do „normalności”. Nawet gdy jest leczony przez wiele lat, ciągle oczekuje dalszej pomocy, gdyż każde cierpienie psychiczne, każdy lęk czy przygnębienie już traktuje jako objaw choroby. Podam przykład pacjentki, która miała ataki lęku panicznego i kiedyś zapytała mnie, czy mogę ją zapewnić, że nie umrze. Inna pacjentka domagała się zapewnień, że nigdy nie zdarzy się jej drugi epizod depresyjny.

Jeszcze inna przychodziła do mnie przez ponad rok, za każdym razem utwierdzając siebie i mnie w przekonaniu, że jest znacznie lepiej niż było po przedniej wizycie, aż gdy zapytałam, czy w związku z tym możemy już zakończyć terapię — rozplakała się.

Lęk przed wyleczeniem i niekończące się oczekiwania pomocy być może wiążą się z brakiem umiejętności sformułowania swoich deficytów, a więc i celów terapii.

Przeżycie miłości i seksu. W zaburzeniach psychicznych chory często tak angażuje się w miłość, że im więcej chce się zbliżyć do drugiej osoby, tym mniej bliskości odczuwa, a raczej — większą tęsknotę za bliskością i lęk, albo pełną rozdrażnienia niechęć do osoby bliskiej. Szczególny wyraz znajduje to w fizycznej bliskości: sprawy seksu często przeżywa jak dramat. Znalezienie partnera seksualnego jest sprawą podstawową, decydującą o porażce bądź sukcesie życiowym, natomiast faktyczne znalezienie partnera często kończy się rozczarowaniem, złością i odrzuceniem. Nierzadko związek małżeński osób chorych psychicznie zaczyna się szantażem samobójczym, a po krótkim okresie bycia razem osoba, która groziła samobójstwem, równie dramatycznie domaga się rozwodu. Chorzy psychicznie czasem uprawiają nawykowy onanizm, który w praktyce bardzo utrudnia, jeżeli nie wręcz uniemożliwia, satysfakcjonujące kontakty seksualne z drugą osobą — właśnie dlatego, że nawyki, rytuały seksualne, schematyczność tych doznań wykluczają spontaniczne bycie we dwoje. Dramatem dzisiejszych czasów są małżeństwa młodych ludzi, znakomicie zaopatrzonych bytowo: dobre wykształcenie, duże zarobki, wysoki standard życia, a poza godzinami pracy — on spędza czas z pornografią internetową, a ona marzy tylko o tym, żeby on wyszedł z domu, żeby mogła wreszcie przejeść się produktami pobliskiego McDonalda i zwymiotować. Bliskość i poczucie wspólnoty

on uzyskuje na mityngach AE, a ona na mityngach AŻ.

Cierpienia duchowe chorego psychicznie

Chorzy psychicznie, tak jak wszyscy, stają wobec zagadnień losu i bytu człowieka: wobec śmierci i wieczności; osoby religijne również wobec zbawienia lub potępienia, nieba i piekła. Przeżywają swoją unikalną drogę do Boga. O tej drodze ludzi chorych psychicznie można powiedzieć jedno, niezależnie od rodzaju i kalibru zaburzeń — że dominującym klimatem w ich przeżyciu duchowym jest niepokój. Groza piekła, lęk przed śmiercią, obawy przed wiecznym potępieniem, pełne lęku skrupuły moralne, np. w nerwicy natręctw, trwoga lub wstręt w poczuciu obcowania z szatanem w halucynacjach psychotycznych dominują nad pozytywnymi przeżyciami duchowymi — radością, ufnością, poczuciem bliskości Boga czy zachwytem i ekstazą religijną. Jeżeli chory, wrażliwy religijnie, zaczyna intensywnie przeżywać modlitwę, nabożeństwa, to bywa tak, że z początku zaangażowaniu religijnemu towarzyszą stany wzniosłe i piękne, halucynacje dotyczą postaci aniołów, Pana Jezusa, Matki Bożej. Szybko jednak te piękne wizje zamieniają się w halucynacje związane z piekłem, demonami i diabłami. Chory początkowo olśniony przeżyciami religijnymi zaczyna gorliwie praktykować, co później zamienia się w dewocję opartą na lęku i przymusie. W tym stanie chory często przymusza do praktyk religijnych rodzinę. Np. pewien chory na halucynozę alkoholową ucieszył rodzinę, gdy zaczął chodzić do kościoła, ale w końcu zaczął niepokoić, wreszcie — udręczać, gdy zaczął zmuszać żonę i dzieci do codziennych kilkugodzinnych modlitw. Doświadczenia religijne chorych psychicznie są częścią ich doświadczeń psychotycznej dezorganizacji, neurotycznej dysocjacji, obsesji lub lęku. Wspomnę o pacjentce z chorobą schizoafektywną, która w kolejnych fazach podwyższenia nastroju przeżywała uniesienia religijne, pisała po kilkanaście godzin na dobę poezje religijne, a potem w stanach depresyjnych, traciła wiarę i przeżywała silny lęk przed niebytem. Po kilku takich cyklach pacjentka w obawie przed kolejną manią zdeklarowała się jako niewierząca.

Antoni Kępiński użył ciekawego określenia świata przeżyć psychotycznych: „katarstrolny przerost tego co ludzkie”. Chory psychicznie człowiek nie potrafi być obojętny duchowo, chociaż może być obojętny religijnie. Jeden z moich pacjentów, z depresją, zaciekły ateista, gdy nieostrożnie zapytałam go, czy nie ma niepokojów o swoje życie po śmierci, powiedział: „Pan Bóg mnie kocha i tylko przeprowadza przez trudne doświadczenia”. Duchowość chorych psychicznie często nie ma związku z ich religijnością, natomiast jest jakby bardziej odsłonięta. Bardziej odsłonięta jest ich tęsknota za miłością bożą. Kiedyś, gdy uczestniczyłam we mszy św. dla pacjentów w Instytucie Psychiatrii i Neurologii usłyszałam po podniesieniu wzruszony głos pacjentki: „Kochani. Wypełniło się. Jesteśmy uratowani”. Jest to moim zdaniem najlepsza praktyka duchowa psychiatrii: poznawać chorych z punktu widzenia komunii. Zastanawiam się, czy religijni psychiatrzy i psycholodzy potrafią dostrzec chorego pacjenta z tej perspektywy i czy dostrzegają występującą czasem niespójność w odczuwaniu wspólnoty chrześcijańskiej z wszystkimi, ale nie z chorymi psychicznie.

Zaburzenia psychiczne nie stanowią o świętości ani o jej braku w życiu chorego. Ze spektakularnym tego przykładem spotkałam się przed laty na jednym z oddziałów psychiatrycznych. Leczyłam starszą już kobietę z tetraplegią i ostrą psychozą. Chora była wulgarna

i niespokojna. Z powodu paraliżu wymagała nieustannej pielęgnacji. Po ustąpieniu ostrych objawów psychotycznych chora ściągała do siebie personel medyczny swoją niesłychaną łagodnością, poczuciem humoru i taką serdecznością, która powodowała, że przy jej łóżku każdy chciał choć trochę posiedzieć. Miłość promieniowała z niej, a my, nie zdając sobie sprawy, czerpaliśmy z niej ile się dało.

Pytanie, czy ostra psychoza tylko zaburza stan psychiczny czy też inaczej — wydobywa z głębin psychiki treści normalnie głęboko ukryte, archaiczne, pogańskie. Gdyby potraktować poważnie poczucie grzeszności wielu świętych osób i ich błagalne „Kyrie elejson” rozumieć jako głęboki wgląd w siebie — to zachowania agresywne, wulgarne czy wyuzdane w ostrej psychozie można by potraktować jako swoiste memento dla tych, którzy nazywają się zdrowymi, bo nie mają ani głębokiego wglądu w siebie (jak święci), ani nie doświadczali podobnych „ruchów tektonicznych” w swojej psychice i utrzymali zadawalający obraz samego siebie. Wracając na chwilę do poruszonej już sprawy kompromitacji w chorobie psychicznej, myślę, że właśnie to poczucie kompromitacji lub powszechnego lęku przed groźbą kompromitacji w chorobie psychicznej świadczy o tym, że ostra psychoza z ekspresją, za którą nie bierze się odpowiedzialności — mimo to nie jest tworem sztucznym, lecz jest wpisana w dynamikę losu chorego. Gdyby tak nie było, nikt nie bałby się kompromitacji, tylko należałoby przypuszczać, że człowiek z ostrymi objawami psychotycznymi miał po prostu pecha.

Z drugiej strony określenia chorych psychicznie, typu: „więcej czują” albo „wydają się mniej egoistycznie nastawieni do świata niż tzw. normalni ludzie — są bardziej od nich oddani innym, więcej w nich życzliwości i gotowości do pomocy” (cyt. poglądy prof. A. Kępińskiego za Małgorzatą Opoczyńską [4]) uważam za nieporozumienie, a nawet swoistą dyskryminację. Choroba psychiczna nie czyni człowieka lepszym — gdyby tak było, jakże byliby oni cenni jako członkowie rodzin, współmałżonkowie — a wiadomo przecież, że tak nie jest. Owszem, cierpienie psychiczne wiele może nauczyć — ale to nie choroba, ale przełamywanie jej i doznawana w jej wyniku zmiana otwiera na serdeczne relacje: prawda ta dotyczy wszelkich zaburzeń psychicznych, np. w społeczności terapeutycznej pacjentów z nerwicą można spotkać wzruszające przykłady wrażliwości i wzajemnego wsparcia zdrowiejących osób.

Jeszcze uwaga związana ze sprawą cierpienia psychicznego i moralnego. Od początków istnienia psychiatrii występują tendencje, żeby niektóre stany i sytuacje psychiczne rozpatrywać nie w kategoriach oceny moralnej, ale oceny medycznej: do takich sytuacji należy np. samobójstwo (które na synodach w VI–VII wieku, w Orleanie w 533 r., w Bradze w 562 r., Toledo w 693 r., zostało określone jako czyn niemoralny, a wg Tomasza z Akwinu jako grzech śmiertelny — obowiązywał przez kilka wieków zakaz posług kościelnych przy pogrzebie samobójców). Chodziło dawniej o osąd aktu raczej, a nie człowieka. Psychiatria stara się nie oceniać aktu, ale interesuje się i stara pomóc konkretnemu człowiekowi. Stąd podobnie stało się z alkoholizmem, narkomanią, a aktualnie też i z erotomanią, które zostały uznane za zaburzenia psychiczne. Chociaż ich początek może być uznany za naganny moralnie, ale gdy nie znamy uwarunkowań i trudno jest uchwycić ów moralnie naganny początek — w dalszym etapie, etapie pozbawienia kontroli, raczej jesteśmy skłonni odnosić się do uwikłanych w nałóg osób jako do chorych i cierpiących niż grzesznych.

Cierpienia związane z leczeniem

Bycie pacjentem. Zaburzony psychicznie człowiek staje wobec decyzji niezmiernie trudnej: być czy nie być pacjentem. Pozostać sobą czy oddać się w ręce specjalistów, którzy zaczną go zmieniać. Wprowadzą w jego ciało jakąś chemiczną substancję, która odbierze moc. To pewne, że zaburzenia psychiczne, szczególnie psychozy, dają siłę: chory jest krańcowo zdeterminowany w swoich decyzjach, nie koryguje ich ani uczuciami, ani zdrowym rozsądkiem. Ma moc, żeby zagłodzić się na śmierć, potrafi przeciwstawić się otoczeniu, walczyć z nim, mówić otwarcie co myśli, odrzucić schematy. Leki mogą tę moc odebrać. To nie jest łatwa decyzja dla chorego. Być pacjentem to także poddać się instytucjom szpitalnym. W moim Instytucie Psychiatrii i Neurologii jest kaplica. Poza czasem mszy św. rano — zamknięta. Pacjent, żeby móc się tam pomodlić, musi prosić o klucz siostrę oddziałową. Można zobaczyć czasem, także w innych szpitalach, np. w szpitalu Bródnowskim w Warszawie, pacjentów klęczących przed drzwiami zamkniętej kaplicy. Poddany instytucji szpitalnej człowiek, ten, który jest „nienormalny” musi wdrożyć się w „normalnego” pacjenta. Alternatywą mogą być pasy. A normalny pacjent to jest ktoś, kto wstaje o siódmej rano, je zupę mleczną, łyka leki, je o czternastej obiad, łyka leki, je o osiemnastej kolację, łyka leki i kładzie się spać o dziesiątej. W tym czasie powinien nie leżeć w łóżku, nie być głośnym ani absorbującym i uprawiać robotki ręczne w wyznaczonych godzinach. Zdumiewająca jest cierpliwość i pokora chorego psychicznie! Czeka go jeszcze spotkanie z lekarzem i jego pytaniami. Jeżeli lekarz jest jego władcą lub wrogiem — to pół biedy. Gorzej, jeżeli przychodzi do lekarza po relację — chce z nim być, a nie poddać się leczeniu. Wtedy nie ma mowy o zebraniu wywiadu albo pracy nad aktualnymi trudnościami jego życia. Pacjent staje się pacjentem naprawdę i domaga się swoją postawą, żeby lekarz był lekarzem naprawdę, tj. żeby ich relacja była lecznicza sama z siebie — była Buberowskim byciem Ty i Ja. Przyznajmy szczerze — nie jest to sytuacja łatwa dla lekarza. Kiedyś moja koleżanka przegadała całą noc z niedoszłą samobójczynią. Nad ranem, kończąc rozmowę zapytała ją: „Czy ta rozmowa coś pani dała?”. A pacjentka odpowiedziała: „A Pani?”.

Etykieta psychiatrii. O ile psycholog w opinii publicznej cieszy się zazwyczaj dobrą opinią, kojarzony jest z kimś w rodzaju mędrca czy filozofa, o ile teolog, szczególnie przystrojony w suknię zakonną, budzi zazwyczaj podziw i szacunek — o tyle psychiatra nie był nigdy i nie jest postacią popularną. Do połowy XIX wieku (a więc w czasach, gdy nie było tzw. nowoczesnej psychiatrii, a chorzy psychicznie byli uważani za upośledzonych) człowiek zajmujący się chorymi psychicznie określany był jako *alienus* (mniej elegancko — alienista), co można różnie tłumaczyć — ja sobie tłumaczę to *alienus* jako „cudak”. Potem przyszedł czas na eleganckich panów analityków — w relacjach z pacjentem powiało chłodem. Potem bywało już różnie. Profesor A. Kępiński opisał interesująco typy psychiatrów[3]: typ znudzony, typ naukowca, który szuka „materiału” badawczego, a nie człowieka, dydaktyk lub artysta, który zajmuje się tylko interesującymi pacjentami, typ usługowy, który chce wszystkich sprowadzić do normy, elitarny psychoterapeuta, społecznik, który zajmuje się kolektywnym szczęściem chorych, moralista walczący ze złem. Czasami psychiatra trochę rozśmiesza. Kojarzy się ewangelicznie z tym, który widzi źdźbło w oku bliźniego, a w swoim belki nie dostrzega.

Często, gdy poznaję nowe osoby i przedstawiam się z zawodu, słyszę pytanie: „Czy to prawda, że psychiatra po jakimś czasie sam fiksuje?”. Wtedy zazwyczaj odpowiadam:

„Tak, to prawda. Im lepszy psychiatra, tym bardziej nienormalny”. A po chwili dodają: „A ja jestem bardzo dobrym psychiatrą...” i śledzę z upodobaniem zmiany na twarzy rozmówcy.

Psychiatra poniekąd dzieli los swojego pacjenta: naraża się na etykietę, na ocenę społeczną, wynikającą z nieustannego dylematu, jak zmieścić się w normie, a jednocześnie od tej normy się odróżnić. A więc w spotkaniu z pacjentem psychiatra nie ma za sobą społecznego poparcia, raczej imperatyw typu: „zrób z nim coś, bo nam zakłóca spokój”. W pierwszej, najważniejszej dla relacji chwili spotkania z pacjentem psychiatra często myśli przede wszystkim o pacyfikacji chorego, a nie o jego poznaniu.

W relacji pacjent — terapeuta cierpienie stanowi o jakości relacji terapeutycznej. Spójrzmy po jak kruchym lodzie chodzimy zajmując się chorymi psychicznie: Victor Frankl cytuje powiedzenie z Talmudu: „Kto zniszczy choćby jedną duszę, podobny jest temu, kto by zniszczył cały świat, a kto jedną jedyną duszę uratuje, ten jakby ratował cały świat”. W Ewangelii Jezus ostrzega: „Kto by stał się powodem grzechu dla jednego z tych małych, którzy wierzą, temu byłoby lepiej uwiązać kamień młyński i wrzucić go w morze” (Mk 9 — 42). To jedno zdanie z Ewangelii, spokojnie przemyślane, może skutecznie ochronić psychiatrę od spóźniania się na spotkania z pacjentem, albo odbierania telefonów prywatnych w trakcie rozmowy z nim.

Brunon Hołyst [5] pisze o samobójcach: „Každy lekarz cieszy się z sukcesu przywrócenia sprawności ciała temu, kto usiłował odebrać sobie życie. W jakie jednak wpada zakłopotanie, jaki musi przeżywać lęk, gdy przyjdzie mu spojrzeć w oczy ciągle przepełnione duchową śmiercią”. Obcowanie z cierpieniem pacjenta, z jego — ośmielię się powiedzieć — zamachami na własną duszę jest losem psychiatry i mimo rozmaitych technik obronnych nie uda mu się uniknąć współcierpienia z pacjentem: może najwyżej próbować o nim zapomnieć. Wąska ścieżka sukcesu terapeutycznego najczęściej prowadzi przez doświadczenie cierpienia terapeuty. Mówię tu oczywiście o prawdziwej terapii, nie o terapii, w której zarówno pacjent, jak i terapeuta stawiają sobie za cel jedynie chwilową ulgę w cierpieniu, lub zamianę objawów bardziej męczących na mniej męczące. O prawdziwej terapii, w której oczy pacjenta „przepełnione duchową śmiercią”, jak je określił Hołyst, napęlnią się wolą życia, pięknie pisał Carl G. Jung [za: 6]: „Bez większej przesady moglibyśmy powiedzieć, że dobra połowa każdej terapii, która sięga dostatecznie głęboko, zależy od samopoznania lekarza, albowiem tylko to, co może on naprawić w sobie, potrafi naprawić w pacjencie. Nic się również nie traci, jeśli czuje on, że pacjent zadaje mu cios lub nawet go przekreśla: jego własna krzywda jest miarą jego zdolności leczenia”.

Rozwiązania. Świat cierpienia jest światem odmiennym od zwyczajnych przeżyć, ale światem realnym. Wydaje się, że między człowiekiem cierpiącym a tym, który aktualnie nie przeżywa cierpienia, nie ma porozumienia: cierpiący pozostaje odizolowany od nawet najbardziej empatycznych osób. Np.: młoda kobieta, tuż po porodzie, oszukuje troskliwego męża i kochającą matkę, żeby wydostawszy się spod ich opieki wyskoczyć oknem z wysokiego piętra.

Wobec powyższego, na co cierpiący psychicznie może liczyć?

Chory psychicznie ma przed sobą trzy rozwiązania: przywiązanie się do choroby, tj. odnalezienie w niej nowego sensu życia (w byciu chorym lub w byciu leczonym), radykalną przemianę, tj. wyleczenie (lub używając terminologii religijnej — nawrócenie), lub śmierć samobójczą. A co na to psychiatra? Zacytujmy jeszcze raz Frankla [1]: „Uwolnienie od cierpienia za wszelką cenę nie jest możliwą maksymą postępowania lekarskiego”; nie

chodzi głównie o „wyprowadzenie człowieka z jego choroby, ale doprowadzenie go do jego prawdy”.

Na zakończenie pragnę wyrazić swój pogląd psychoterapeuty na cierpienie psychiczne i duchowe: przeceniana jest wartość metod prowadzących do redukcji cierpienia. Najbardziej przecenianą z metod jest samobójstwo. Egzystencjaliści gorączkowo poszukiwali odpowiedzi na pytanie, czy należy cierpieć, czy też wolno wycofać się z cierpień popełniając samobójstwo. Dochodziły do głosu idee religijne, które też, aczkolwiek z innych powodów, akceptowały ten sposób uwolnienia się od cierpień. Inną drogę wypracował pełen współczucia dla cierpiących istot szlachetny książę Siddhartha Gautama. W buddyzmie drogą uwolnienia się od cierpień jest uwolnienie się od przywiązań, uznanie cierpienia za iluzję i zdobycie się na dystans w stosunku do tej iluzji. Trudno nie doceniać tej metody — w pewnym sensie każdy ją czasem stosuje. Te wszystkie usiłowania sprawiają wrażenie, że cierpienie jest najważniejszym elementem życia i doświadczenia człowieka, a wynalezienie sposobu, żeby nie cierpieć — priorytetem. Terapeuta, gdy obcuje z cierpieniem drugiego człowieka, musi wierzyć, że jest coś ważniejszego — samo życie. Cierpienie psychiczne: ból po utracie drogiej osoby, bezsenna noc, gdy po raz kolejny nasze iluzje rozsypują się jak domek z kart, a od bolesnej egzystencji nie da się uciec w niebyt snu, wstyd prawdziwej czy wydumanej porażki — to wszystko świadczy o tym, że podjęliśmy ryzyko życia, że otworzyliśmy się na spotkanie z życiem — że na czymś nam zależało i do czegoś dążyliśmy, i — bez względu na koszt — to doświadczenie pomaga nam dojrzeć. Takie rozwiązywanie staram się przekazać swoim pacjentom.

Piśmiennictwo

1. Frankl VE. *Homo patiens*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax; 1998.
2. Kępiński A. Psychopatologia nerwic. Warszawa: PZWL; 1972, s. 164–165.
3. Kępiński A. Poznanie chorego. Warszawa: PZWL; 1978, s. 195.
4. Opoczyńska M. Kim jestem? Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2002.

