

Czy bycie innym jest normalne? Czy nasza inność może być zdrowa?*

Zbierając myśli do napisania tych refleksji postawiłam pytanie członkom redakcji „Dla Nas” „Czy bycie innym jest normalne?” „Dla Nas” – pismo krakowskich środowisk psychiatrycznych powstało jako głos ludzi po kryzysach, działając najpierw w kręgu oddziału dziennego, później skupiając osoby z różnych placówek psychiatrii. Pismo trafia do szerokiego grona odbiorców.

W redakcji wszyscy mamy za sobą wieloletnie doświadczenia chorowania i kontaktów z psychiatrią. Większość z nas działa w Stowarzyszeniu „Otwórzcie Drzwi”, którego głównym celem jest edukacja rozmaitych grup odbiorców oraz przeciwdziałanie stygmatyzacji osób chorujących psychicznie. Staramy się, więc pokazać, że nie różnimy się zbytnio od „normalnych” ludzi.

Pytanie wzbudziło niepokój w grupie, do tego stopnia, że nie poszliśmy dalej w naszych rozważaniach. Dominowało lekkie oburzenie: przecież każdy jest inny!

Różnorodność wzbogaca! A właściwie, jakie jest znaczenie słowa inność w tym kontekście?

Nie pojawiło się określenie, że „inny” znaczy „gorszy”, ale czuło się ten niepokój i wzbudził on powiew walki z kolejną stygmatyzacją.

Może dlatego, że pytanie „Czy bycie innym jest normalne?” dwuznacznie sugeruje jednak nienormalność... i ma się ochotę zaprzeczyć temu, odpowiadając gromkim „TAK”!

Co więc oznacza bycie „innym”?

Jeżeli nasza odmienność jest tylko oryginalnością, zachowaniem, które nas wyróżnia, ale nie powoduje wykluczenia z grupy, izolacji, wtedy inność jest tolerowana, budzi zaciekawienie, wzbogaca o nowe spojrzenie na przeżywanie świata. Ale kiedy inność przeszkadza w kontaktach z ludźmi i z samym sobą, staje się zagrażająca.

Kiedy mamy głęboką depresję, zagrażamy samym sobie. Inność staje się brzemieniem, którego nie potrafimy już unieść i jedynym „wyzwoleniem” wydaje się samobójstwo. W naszym widzeniu siebie jesteśmy gorsi, a nawet najgorsi, zasługujący na potępienie.

A kiedy przechodzimy okres manii, jesteśmy bardzo męczący dla otoczenia. Przechodzimy jak burza, wprowadzamy zamęt i niepokój, przeszkadzamy. Trudno wytrzymać z człowiekiem, który pędząc przez życie wciąga innych do tego szaleńczego pędu, pragnie „uszcześliwić” znajomych na siłę, wytykając im ich błędy, pokazując „prawdę”, która wyzwala, a tak naprawdę głęboko rani. Zaczepiamy ludzi na ulicy, burząc ich spokój.

W psychozie niszczyliśmy siebie i najbliższych, nasz świat urojony tak odbiega od rzeczywistości, że trwanie w nim wpływa destrukcyjnie także na nasze otoczenie. Do tej pory pamiętam okresy panicznego lęku w psychozie, kiedy przebywałam na oddziale psychiatrycznym, którego nie mogłam zaakceptować. Brak psychoterapii, rozmów z lekarzem, duże dawki leków wzbudziły mój protest, który w

* XXIII Sympozjum PNTZP, Bielefeld-Bethel 2012

psychozie przejawiał się w przekonaniu, że tutaj właśnie mam zostać zabita. Byłam na etapie walki z szatanem, który próbował mnie zgładzić, a szpital stał się pułapką zastawioną przez niego. Musiałam działać bardzo sprytnie, żeby się ratować, nie wzbudzając podejrzeń, że wiem o wszystkim. Dlatego nikomu nie mówiłam o tym, co przeżywam. Próbowałam dostać się do ordynatora tego oddziału, co nie było proste, bo był bez przerwy zajęty. Wystawałam przed drzwiami jego gabinetu i kiedy tylko wychodził, nagabywałam, że koniecznie musi mnie wypisać ze szpitala. Oczywiście nie chciał się zgodzić, w końcu powiedział, że może się to stać tylko za zgodą najbliższej rodziny. Z każdym dniem zbliżała się godzina mojego unicestwienia, więc zaczęłam męczyć moją mamę, żeby mnie stamtąd zabrała. Mama mieszkała sama, miała wtedy ponad siedemdziesiąt lat, nie miała siły opiekować się dorosłą córką, która w psychozie stała się dzieckiem. A jednak w końcu uległa, nie potrafiła stawić czoła moim rozpaczliwym błaganiom. Było to dla niej bardzo trudne, wyczerpujące doświadczenie. Terapeuci też byli wtedy bezradni, pozostał kontakt ambulatoryjny, który długo niczego nie zmieniał w moim życiu.

Dlatego taka inność nie jest normalna, bywa uciążliwa i może zagrażać nawet życiu.

Parę lat temu przeżyłam lekki nawrót psychozy. Znowu wszystko łączyło się w całość, pojawiały się różne znaki, mające mnie naprowadzić na „właściwe” odbieranie rzeczywistości. Lekarz psychiatra zalecił zwiększenie dawki leków, na co z początku nie chciałam się zgodzić (nigdy nie pogodziłam się całkowicie z działaniem leków psychotropowych...). A wtedy lekarz zadał mi na pozór oczywiste pytanie, które mnie otrzeźwiło: „Czy pani chce być zdrowa”? Zdałam sobie sprawę z tego, że wcale nie chciałam być zdrowa, bo znowu sytuacje, które przeżywałam były dla mnie za trudne i „lepsza” była ucieczka w psychozę, upiększenie rzeczywistości.

Mimo tej kuszącej perspektywy obcowania z aniołami i duchami zmarłych w końcu odrzuciłam taką „inność”, brałam większe dawki leków i pozostałam w trudnych sytuacjach.

Moja psycholog czasem powiada, że normalne życie jest bardzo trudne. I tą prawdę potrafię teraz przyjmować.

Dobrze, że jest psychiatria, która leczy takie przeżywanie kontaktów z ludźmi, ze sobą i codziennymi problemami. Byłoby jeszcze lepiej, gdyby psychiatria była naprawdę humanitarna, traktująca chorującego jak człowieka, któremu trzeba pomóc tak, żeby jego inność nie przeszkadzała mu w życiu. Teraz nazywa się pacjentów „klientami”, dając do zrozumienia, że „usługi” medyczne są „towarem”, który możemy nabyć. Takie podejście spycha na dalszy plan etykę, szczególne powołanie lekarza, jego podejście do chorego. Bycie tylko „klientem” jest poniżające, zwłaszcza w psychiatrii, która ma leczyć tak delikatną i intymną sferę, jaką jest psychika.

Szpitalne i oddziały dzienne to za mało, potrzebna jest terapia zorientowana na środowisko, w jakim człowiek żyje. Wciąż za mało jest programów nastawionych na aktywizację chorujących, takich jak Zakłady Aktywizacji Zawodowej, zespoły pomagające chorym znaleźć odpowiednią pracę, która ma szczególną wartość dla osób po kryzysach psychicznych. W broszurce wydanej przez Małopolską Filię Sekcji Naukowej Psychiatrii Środowiskowej i Rehabilitacji Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w ramach Inicjatywy Wspólnotowej EQUAL w 2008 roku Hubert Kaszyński pisze:

„Ludzie chorujący psychicznie muszą nie tylko zmierzyć się ze swą chorobą, ale również ze zdehumanizowanymi praktykami klinicznymi, niskimi oczekiwaniami innych oraz zinternalizowanym piętnem. Istnieje duże niebezpieczeństwo, że mogą oni przejść zmianę „z bycia osobą do bycia chorobą”, który to stan nie pozostawia żadnej zdrowej części osobowości chorującego, która umożliwiłaby mu pracę nad zdrowieniem oraz odbudowywaniem życia wedle własnych marzeń. Będąc tego świadomymi beneficjenci i organizacje ich zrzeszające popierają postulaty, zgodnie z którymi specjaliści muszą poznawać perspektywę chorujących w sposób mniej nacechowany negatywnymi uprzedzeniami i rokujący nadzieję na zrozumienie ich potrzeb. Propozycja zmiany jest oparta na stopniowym

gromadzeniu argumentów przemawiających za tym, iż przyszłość wielu osób chorujących psychicznie jest w rzeczywistości dużo mniej ponura niż wizja zakładana przez specjalistów." (str. 47).

W niektórych placówkach psychiatrycznych organizowane są szkolenia przyuczające do wykonywania pracy w niewielu istniejących Zakładach Aktywizacji Zawodowej. Do tej pory po tych szkoleniach nie uzyskuje się dyplomu pozwalającego szukać pracy gdzie indziej, poza psychiatrią. Prawo jest jeszcze zbyt sztywne, decydujący o nim nie mają świadomości, co potrzebne jest do zdrowia osób chorujących psychicznie. W wyżej wspomnianej broszurze Anna Liberadzka pisze:

„(...) ideę przedsiębiorczości społecznej można zrozumieć nieco głębiej, patrząc oczami beneficjenta, jako postawę, postawę motywacji, postawę zaangażowania czy zmiany własnej niekorzystnej sytuacji na lepszą" (str. 53).

Może dobre byłyby specjalne szkoły dla chorujących psychicznie, gwarantujące dyplom, po otrzymaniu którego można by iść dalej? Taki pierwszy krok w stronę aktywnego życia wspomagany przez psychiatrię mógłby jednak wzbudzać obawy zamykania ludzi w psychiatrycznych enklawach. A może tego niebezpieczeństwa by nie było, gdyby te enklawy były bardziej otwarte?

Na wspomnianym wyżej zebraniu redakcji „Dla Nas” pojawiła się też sprawa kontaktu z psychiatrią, wtedy, kiedy psychiatra lub psycholog jest jedyną osobą, z którą rozmawiamy, a Warsztaty Terapii Zajęciowej jedyną okazją do spotkania z ludźmi. Pozornie jest to niepokojący problem, ale tak naprawdę dobrze, że istnieje taka możliwość kontaktu ze światem. Dla wielu ludzi psychiatria jest jedyną nicią łączącą ich ze światem, wtedy trudno jest mówić o zagrożeniu zamknięcia się w środowisku psychiatrycznym, a raczej należy dostrzegać jego dobro.

Kiedy zdrowiejemy, próbujemy wychodzić poza środowisko psychiatryczne. Nie jest to proste, zwłaszcza po wielu latach przebywania wyłącznie w takim środowisku. Bywa, że tak naprawdę nie chcemy tego, „normalny” świat jest za trudny. Często miałam ochotę,

żeby „matka Psychiatria” – matka współodczuwająca, rozmawiająca, rozumiejąca i wspierająca – prowadziła mnie cały czas za rękę, a kiedy nie czułam tej wspomagającej dłoni, miałam o to pretensje do terapeutów. To jest ryzyko kontaktu z psychiatrią. Ale wcale nie jest ono jednoznaczne, bo dobrze jest, że taki kontakt w ogóle istnieje.

Psychiatria staje się naszym miejscem w świecie, sposobem na życie. Wielu z nas nie ma innych możliwości, nie ma siły na zaczynanie życia od początku, dlatego trwanie w środowiskach psychiatrycznych jest ratunkiem.

Z drugiej strony bywa, że psychiatria wchodzi zbyt głęboko w życie człowieka. Możemy być przeciążeni psychoterapią, rozmowami z terapeutą, które zbyt głęboko wchodzi w nasz sposób przeżywania. Docieramy do źródła bólu, konfliktów, które nas przerastają. Czasami trzeba zatrzymać się, przerwać zbyt intensywną psychoterapię.

Kiedy próbujemy zmieniać nasz sposób zachowania zdarza się, że rodzina nie jest w stanie tego zaakceptować. Gdy człowiek, który przez lata był potulny, tłumił w sobie bunt, ujawniający się tylko poprzez psychozę i depresję, nagle zaczyna otwarcie wyrażać swoje zdanie, protestować, wtedy rodzina nie może tego zrozumieć. Często zdarza się też, że najbliżsi nie chcą rozmawiać z terapeutami, odrzucają kontakt z psychiatrią. Uczymy się więc „normalnego” życia, nie mając wsparcia w rodzinie. Nasze reakcje odczytywane są niekiedy jako nawrót choroby. Takie są skutki uboczne kontaktu z psychiatrią.

Terapia ma prowadzić między innymi do usamodzielnienia. Próbujemy sami decydować o sobie i kiedy nam się udaje, jest to sukces. Taki proces odbywa się etapami. Przechodzimy przez etap żalu do terapeutów, że nie wskazali nam drogi, tylko musieliśmy odnaleźć ją sami. Potem są trudy samej drogi, upadki i powolne powstawanie, jeszcze z niedowierzaniem. Tak przebiegało zbudowanie mojego życia religijnego. Wielu z nas przeżywa wiarę w sposób psychotyczny lub depresyjny. Rozmawiamy z Bogiem, wędrujemy z aniołami czy świętymi, walczymy z szatanem albo obciążamy się przygniatającym poczu-

ciem winy. Długa jest droga do „normalnego” przeżywania prawd wiary i religii. Przez lata nie brałam udziału we mszy świętej, nie modliłam się, ale przeżycia duchowe ujawniały się w psychozie. Po ostatnim kryzysie manii, psychozy przechodziłam długi okres depresji. Poczulałam, że pragnę wrócić do kościoła, uwierzyć w Boga i poznawać go tak, żeby czuć Jego obecność w moim życiu. Przypomniałam sobie, że nie byłam bierzmowana i odkryłam, że mogę przyjąć ten sakrament jako osoba dorosła. Trafiłam do katechumenatu dla dorosłych pragnących przyjąć sakramenty chrztu, komunii, bierzmowania, prowadzonego przez siostry św. Jadwigi Królowej, zgromadzenie, którego powołaniem jest przewodniczenie w takiej drodze. Każdy otrzymuje swoją siostrę katechetkę, z którą spotyka się co tydzień na ponadgodzinnej rozmowie. Tutaj przydało się moje doświadczenie w psychiatrii, takie rozmowy były dla mnie odpowiednią formą. I poczułam Boże prowadzenie – dostałam od Boga siostrę, która studiowała psychologię. Moja droga była dłuższa niż u innych ludzi, zazwyczaj przygotowania do przyjęcia sakramentów trwają rok, moje trwały trzy lata. Musiałam pokonać depresyjne poczucie winy, przeżyłam też w trakcie katechumenatu próbę samobójczą, kiedy nie mogłam już unieść ciężaru życia takiego, jakie jest. Siostra katechetka odwiedzała mnie w szpitalu, a ja bardzo się wstydziłam. Jeździłam na rekolekcje. Pierwsze były bardzo trudne, to było moje wejście w świat poza psychiatrią, kiedy czułam się tylko „pacjentką”. Pokonałam ten etap, następny wyjazd na rekolekcje był łatwiejszy. To były moje pierwsze samodzielne wyjazdy od lat. Teraz wiem, że mogę przeżywać wiarę bez psychotycznych wędrówek, a wiara ta jest jak „normalne” życie, z chwilami zwątpienia, niemocy, radości, która nie jest ekstazą. Doświadczam też krótkotrwałych wzruszeń, takich prywatnych znaków od Boga, które nie prowadzą do świata urojonego, tylko ubarwiają nieco codzienność. Jest to „inność”, która pozwala spokojnie różnić się bez zakłócania kontaktów ze światem.

Do wiary mogli poprowadzić mnie ludzie Kościoła, nie mogli uczynić tego terapeuci.

Rozwiązywanie takich problemów odbywa się poza psychiatrią, ale jest możliwe tylko wtedy, kiedy nie przeżywamy ostrego kryzysu. Psychoza, depresja, mania powinny być leczone. W depresji jest nieco łatwiej podjąć taką drogę, wyjście do ludzi może pomagać w zdrowieniu.

Szanse powrotu do życia społecznego maleją wraz z rosnącą liczbą lat spędzonych wyłącznie w środowiskach psychiatrycznych. Ludzie w starszym wieku lepiej będą się czuli w Centrum Seniora prowadzonym przez zespół psychiatrów niż w „normalnym” ośrodku dla seniorów. W „zwykłym” Domu Seniora znajdują rozmaite aktywności, które mogą podjąć, ale nie znajdują zrozumienia, tolerancji dla inności. Wieloletni kontakt z psychiatrią umożliwia rozmowy o problemach psychicznych, których nie można prowadzić w „normalnym” środowisku, bez narażenia się na etykietkę „wariata”. Oczywiście są osoby, które zaakceptują inność bez potępiania, jednak często to w nas działa autostygmatyzacja, brak poczucia bezpieczeństwa w otoczeniu niewtajemniczonym. Trudno jest zaczynać życie od nowa na tym etapie. Dlatego psychiatryczne Centra Seniora są bardzo potrzebne.

Czy psychiatrii może być za dużo? Czy może ona przesłaniać „normalność” przeżywania? W przypadku osób chorujących psychicznie raczej nie, chociaż zdarza się brać za objawy choroby całkiem naturalne reakcje na problemy życiowe. Ten błąd popełniają i pacjenci, i rodzina, i terapeuci. Szczególnie my, chorujący, w lęku przed kryzysem, wypatrujemy zwiastunów choroby, wtedy bierzemy smutek za początek depresji, zwiększoną aktywność za manię, przeżycia duchowe za psychotyczne. Terapeuci niekiedy drażą zbyt głęboko psychikę człowieka, zwłaszcza wtedy, kiedy trzymają się jednej szkoły psychoterapii, oraz chcą odnaleźć motywy kierujące chorym, opierając się na jednej teorii. Profesor Antoni Kępiński nie stworzył żadnej nowej szkoły psychoterapii. Opierał się raczej na „poznaniu chorego”, poznaniu człowieka, który jest jedyną i niepowtarzalną jednostką.

A rodziny czasem nie potrafią zaakceptować zmian, jakie zachodzą w nas pod wpły-

wem terapii. Wtedy np. naszą niezgodę na ich natarczywą nadopiekuńczość biorą za objaw choroby, wolą odesłać nas do psychiatry, niż starać się zrozumieć.

Książka Arnhild Lauveng „Niepotrzebna jak róża” nosi podtytuł: „Potrzeba normalności w chorobie psychicznej”. Autorka opisuje między innymi swoje borykanie się z normalną rzeczywistością już jako osoba zdrowa, kiedy odkrywała trudy dnia codziennego. „Normalność” była niekiedy kwestionowana przez innych ludzi, którzy dowiadywali się o jej chorobie. Trudno jest uwolnić się od piętna psychiatrii... Bowiem nadal jest ono „piętnem”.

Potrzebujemy wsparcia, oczywiście nie nadopiekuńczego, ale mądrze prowadzonego. Dobrze by było, żeby psychiatria rozwijała się w kierunku aktywizowania i usamodzielniania osób chorujących, co niesłoby nadzieję na czynne życie, mogące dawać zadowolenie nawet ze świadomością potrzeby wsparcia. Nie bójmy się tych prawdziwie humanitarnych psychiatrycznych enklaw, są to często środowiska bardziej „zdrowe” niż te tworzone we współczesnej cywilizacji, nastawionej na zysk kosztem dobra człowieka. Tempo pracy jest dzisiaj zabójcze, psychiatryczne Zakłady Aktywizacji Zawodowej powinny być wzorem dla „normalnych” zakładów pracy, w których nie dba się należycie o pracowników. Każda praca tak naprawdę powinna być „chroniona” – od wykorzystywania, obciążania wygórowanymi wymaganiami, kierowanymi przez żądze władzy i pieniądza. Czyż jest to dziwne, że często nie wytrzymujemy tempa współczesnej

cywilizacji? Budzi ono niepokój, a przypadki kryzysów psychicznych są coraz częstsze.

A rodzina? Osoby chorujące mogą tworzyć związki małżeńskie, mogą mieć dzieci. Znam wiele takich związków w naszym środowisku. Może takie małżeństwa są trudniejsze, bo okupione większą wrażliwością, podatnością na zranienie. Warto jednak tworzyć takie związki, pomimo trudności. Wypełniają one życie. „Normalne” małżeństwa też przeżywają kryzysy, które są nieodłączną częścią „normalnego” życia.

Czy są jeszcze zdrowi? Balansują na cienkiej linii pomiędzy nadmiernym przeciążeniem obowiązkami w pracy a życiem rodzinnym...

My, chorujący psychicznie, mamy wolniejsze, a więc zdrowsze tempo. Mamy więcej czasu na chwile wytchnienia, na rozmowy nie tylko o pogodzie, zakupach czy pracy, na głębsze kontakty. Oczywiście, te chwile są zakłócane ostrzejszymi kryzysami, ale tym bardziej potrafimy cieszyć się drobiazgami.

Marzymy o tym, żeby psychiatria była humanitarna, otwarta na człowieka i jego potrzeby, środowiskowa, nawiązująca dialog i trialog, starająca się zrozumieć każdego człowieka bez krzywdzących uogólnień. Dobrze by było, gdyby zawód lekarza był prawdziwym powołaniem, przepełnionym troską o chorego i szacunkiem dla jego odrębności.

Wraz z psychiatrią powinna zmieniać się powszechna opinia o ludziach chorujących psychicznie, np. poprzez edukację.

Wtedy nasza inność może stać się zdrową różnicą.