

Medyczny model choroby w psychiatrii (środowiskowej) jako źródło cierpienia*

W żadnej dziedzinie medycyny nie znajdzie się teorii, która miała i ma tak fatalne skutki dla nas, osób niegdyś i dziś dotkniętych przez psychiatrię, jak "medyczny obraz choroby" nieuleczalnych psychoz endogennych, zwłaszcza schizofrenii, spowodowanej nie czynnikami psychicznymi, lecz genetycznymi i somatycznymi - dziś mówi się o uwarunkowanym genetycznie zaburzeniu przemiany materii w mózgu.

- Ponieważ uniemożliwia to rozmowę na temat treści psychoz i ich związku z poprzedzającymi je kryzysami życiowymi, przez które przeszły osoby dotknięte.

- Ponieważ przyznaje się lekom psychotropowym najwyższą wartość terapeutyczną, chociaż usuwają jedynie symptomy, ale nie potrafią uleczyć.

- Ponieważ osobom dotkniętym odbiera się w ten sposób sens ich szczególnych doświadczeń duchowych a tym samym pozbawia się je możliwości rozwoju.

- Ponieważ blokuje to chęć do samopomocy i zniechęca osoby dotknięte.

"Medyczny obraz choroby" skłania biologicznie zorientowanych psychiatrów do wyjaśniania pacjentom, jakoby cierpieli oni na "nieuleczalną schizofrenię" i w związku z tym

musieli przez całe życie zażywać leki. Ta zniechęcająca perspektywa, że ze stygmatem "nieuleczalnego schizofrenika" będzie się musiało przez całe życie zażywać leki wpływające negatywnie na uczucia i inicjatywę doprowadziło wiele osób, które nie chciały już żyć z tym piętnem i tymi ograniczeniami do samobójstwa.

Ten biologistyczny pogląd, dziś coraz silniej reprezentowany, wymaga cofnięcia się do psychiatrii z lat 1945 - 55, ponieważ tak jak dzisiejsza psychiatria biologistyczna ze swoim "medycznym obrazem choroby" ma nadzieję, że dzięki udoskonalonym lekom psychotropowym uda się w najbliższym czasie zapanować nad genomem wywołującym schizofrenię, tak i ówczesni psychiatrzy wierzyli, że dzięki przymusowej sterylizacji i mordowaniu pacjentów, czyli tzw. "eutanazję" usuną z tego świata "choroby duszy", jak się wtedy nazywało te schorzenia.

Ale skoro dzisiejsi psychiatrzy uważają, że psychozy spowodowane są w pierwszym rzędzie przez zaburzenia przemiany materii w mózgu, a ambitni naukowcy sądzą, że znaleźli geny odpowiedzialne za psychozy, to nie wiemy, czy wszystko skończy się na diagnostyce prenatalnej z zaleconym przerwaniem ciąży, czy znów nie dojdzie do przymusowych sterylizacji.

Także wtedy w innych krajach istniały już alternatywne formy wobec niemieckiej psychiatrii z jej "medycznym obrazem choroby", całkowicie pozbawionej rozmowy z pacjentami, dla której byliśmy mniej wartościowymi

* Od lat, rokrocznie grupa polskich, ukraińskich i litewskich psychiatrów jest zapraszana i goszczona przez naszych niemieckich przyjaciół i organizatorów Forum Rehabilitacji w Hamburgu a PNTZP jest jednym ze współorganizatorów. W tym zeszycie "Dialogu" drukujemy wystąpienia Dorothei Buck i Klaus Dörnera otwierające forum.

albo nie wartymi życia pacjentami obciążonymi chorobą dziedziczną. W tym samym czasie, gdy niemieccy psychiatrzy przeprowadzali przymusowe sterylizacje i dopuszczali się mordu na pacjentach, psychiatrzy i psychoterapeuci w innych krajach jeszcze przed erą leków psychotropowych prowadzili rozmowy psychoterapeutyczne z tzw. "chronicznymi schizofrenikami".

Alexander Mitscherlich pisał o tym w swoich studiach "Choroba jako konflikt" opublikowanych w 1966 roku w wyd. "edition suhrkamp". Cytat: "W roku 1951 Bleuler (syn Eugeniusza Bleulera), dyrektor Burghölzli (klinika uniwersytecka w Zurychu) wydał swoją słynną pracę przeglądową "Badania nad schizofrenią i zmiany w jej pojmowaniu w latach 1941 - 1950", w której uwzględnił publikacje angielsko - amerykańskie, francuskie, włoskie i niemieckojęzyczne. Zreferował około 1100 prac. I jaki jest wynik tego starannie opracowanego przeglądu? Są to w tym kontekście bardzo interesujące fakty, podzielone na 12 punktów, które zacytuję słowo w słowo..."

I dalej Mitscherlich pisze:

"Przegląd Bleulera wykazał, że terapeutyczne potraktowanie ciężkich i chronicznych psychoz poprzez indywidualną, intensywną psychoterapię okazało się skuteczne, ale że brakuje nam jeszcze dokładnej znajomości specyficznych duchowych urazów, zależności pomiędzy konstytucją psychiczną a środowiskiem. Zdobycie tej wiedzy stanowi niewątpliwie zadanie nauk podstawowych, a więc uniwersytetów. Czy w naszym kraju wydarzyło się coś, co pod względem skali przeprowadzanych prób, cierpliwości badawczej, wolności, jaka potrzebna jest dla tego typu badań, dałoby się porównać z wysiłkiem, jaki widoczny jest w Szwajcarii, Francji, Ameryce? Z ginącymi (i słynnymi) wyjątkami: nie. Wyjaśnianie postawy niemieckiej psychiatrii poprzez jej wielką przeszłość, więcej jeszcze - poprzez jej swoiste położenie, które w naszym kraju oscyluje pomiędzy autorytetem wynikającym ze sprawowanego urzędu a brakiem pewności siebie, nietolerancją i nadużywaniem autorytetu, doprowadziłoby nas zbyt daleko. Jedno jest pewne, że jak do tej pory nie dołączyliśmy do wielkiego programu ba-

dawczego, że nie wolno prowadzić badań podstawowych (ponieważ napotykają na veto autorytetów), że dlatego brak jest szerokich doświadczeń i dlatego nikt nie ma odwagi żądać od władz podstawowych reform w zakładach leczenia psychiatrycznego." (Tyle cytaty z wywodu Alexandra Mitscherlicha, 1966)

To zrozumiałe, że ówczesni profesorowie psychiatrii odrzucali prowadzenie badań, które mogłyby udowodnić ich mylną postawę w sprawie "nieuleczalnej schizofrenii" i jej skutki w postaci takich środków wyniszczających, jak przymusowa sterylizacja i mordowanie pacjentów w latach 1933 - 45. Chyba do dzisiejszego dnia nie nadrobiono tego zapóźnienia w rozwoju niemieckiej psychiatrii względem psychiatrii w innych krajach. Do dzisiaj stosuje się metody kompletnie pozbawionej rozmowy z pacjentem, nozologicznej psychiatrii Emila Kraepelina. Według ankiety przeprowadzonej w 1995 roku przez nasz "Federalny Związek Doświadczonych przez Psychiatrię" tylko u 10% ankietowanych starano się wyjaśnić rzeczywiste przyczyny, które doprowadziły do przyjęcia ich do szpitala psychiatrycznego ("Sozialpsychiatrische Informationen", zeszyt 4/95)

Po ukazaniu się mojego artykułu na temat schizofrenii i wyjścia z choroby pt. "W poszukiwaniu gwiazdy porannej - psychoza jako odnalezienie samego siebie" napisał do mnie kierownik pewnej instytucji psychiatrycznej, opatrując swój list anagramem "schizofrenia" = Sofia Zerchin 1990:

"Wiem, jakie to było okropne dla wszystkich pacjentów, że my jako lekarze aż do początków lat siedemdziesiątych nauczyliśmy się w miarę możliwości nie rozmawiać osobiście z pacjentami, a ich przeżycia psychotyczne zaliczać do zjawisk całkowicie niezrozumiałych. Odczucie, że nie jest się traktowanym poważnie, że jest się pozostawionym samemu sobie wobec zalewu leków i przeżyć, że jest się zbywanym niezobowiązującymi uwagami i lekami - to wszystko przez długi okres czasu stanowiło codzienność w psychiatrii."

Jak wynika z ankiety przeprowadzonej w naszym związku jeszcze w 1995 roku tak właśnie wyglądała codzienność w psychiatrii.

Aby zmienić tę psychiatrię, w której brakuje rozmów z pacjentem lub jest ich zbyt mało, w psychiatrię empiryczną, opartą na doświadczeniach osób dotkniętych, rozpoczęliśmy przed ponad 10 laty naszą pierwszą równouprawnioną wymianę doświadczeń - dialog pomiędzy ludźmi, którzy przebyli psychozę lub depresję, z ich bliskimi i fachowcami na seminariach, których odbyło się jak do tej pory ponad 100 zarówno w Niemczech jak i w sąsiednich krajach. Tutaj dotknięci po raz pierwszy mogli mówić o swoich przeżyciach psychotycznych bez obawy, że zwiększy się im dawki leków, czego normalnie musieliby się obawiać na psychiatrii.

Właściwie powinno to być oczywiste, że zaczyna się od doświadczeń osób dotkniętych, od wypytania ich o wszystko, poważnego ich traktowania. W medycynie psychosomatycznej jest to oczywiste. Tutaj takie choroby somatyczne jak np. wrzody żołądka mogą mieć podłoże psychiczne, natomiast zgodnie z "medycznym modelem choroby" zaburzenia psychiczne takiego podłoża mieć nie mogą. A dlaczego nie mogą, wyjaśnia studium Bettiny Kroll: "Z Soterią w kierunku reform - alternatywny projekt poruszył psychiatrię", które ukazało się w 1998 roku w wydawnictwie Jakob van Hoddis-Verlag. Autorka cytuje tu znamienitych amerykańskich psychiatrów, Loren Mosher i Almę Menn, założycieli pierwszej Soterii na Florydzie, którzy wymieniają (cytat): "Cztery przeszkody na drodze do sytuacji klinicznej sprzyjającej wyleczeniu. Pierwszą przeszkodę stanowi medyczny obraz choroby. Ponieważ psychiatria ubiega się o pełne uznanie jako gałąź medycyny, dominuje w niej medyczny obraz choroby, co w porównaniu z innymi grupami zawodowymi wyposaża lekarza w nieproporcjonalnie dużą dawkę autorytetu i odpowiedzialności, a równocześnie przyznaje lekom psychotropowym najwyższą wartość terapeutyczną. Pacjenci postrzegani są w związku z tym nie jako ludzie, lecz w pierwszym rzędzie jako cierpiący z różnymi przypadłościami i zaburzeniami, które to dolegliwości należy opatrzyć jakąś etykietką w formie diagnozy. Skutkiem takiego postępowania jest stygmatyzacja tych ludzi, którzy w przyszłości będą

uchodzić za chorych psychicznie." (koniec cytatu)

Podczas gdy gastrolog akceptuje jako coś oczywistego, że stres psychiczny atakuje ścianki żołądka, to psychiatra czułby się zagrożony w swojej kompetencji, gdyby mu przyszło zaakceptować zaburzenia przemiany materii w mózgu, których przyczyna jest natury psychicznej. Dlatego też członkowie naszego Związku Federalnego oraz Związków Krajowych skarżą się w grupach samopomocy na to, że psychiatrzy w ogóle nie pytają ich o kryzysy w ich życiu, które miały miejsce przed wystąpieniem psychozy.

To biologizacyjne nastawienie psychiatrii nie docenia pacjentów, patologizuje ich, podkreśla ich deficyty a nie ich mocne strony, dlatego Loren Mosher przeciwstawiła mu jako alternatywę swój model Soterii, doceniającej możliwości rozwoju i dojrzewania poprzez schizofrenię. Ale w tym celu osoby dotknięte muszą zostać wysłuchane i potraktowane poważnie, aby psychiatra mógł uznać ich psychozy za próbę uleczenia poprzedzających je kryzysów życiowych. Tak jak choroby somatyczne są próbami leczenia, samoregulacją.

W RFN Soteria została wprowadzona tylko częściowo. Nasz Federalny Związek Doświadczonych przez Psychiatrię polecał jako możliwy do wprowadzenia na każdym ostrym oddziale psychiatrycznym model stosowany w "Hermann-Simon-Haus II" w Gütersloh, stworzonym przed laty przez dr Theiß Urban i dr Iris Jiko z ich pełnym zaangażowaniem zespołem, co niestety zmienia się prawdopodobnie na skutek wymuszonej przez Münster zmiany na stanowisku kierowniczym.

To, że oddział ten spełniający funkcję oddziału rejonowego zintegrował najważniejsze elementy Soterii, a więc zasadę kierowania się potrzebami pacjentów a nie lekarzy, instytucji czy też płatników, stanowił dla nas wszystkich zachęcający przykład funkcjonowania oddziału ostrego bez powodowania dodatkowych kosztów.

Tu w Hamburgu pokładamy nadzieję w oddziale psychiatrycznym i psychoterapeutycznym w Rissen, kierowanym przez profesora Michaela Starka. Zarówno on, jak i jego

zespół od samego początku zaangażował nas w opracowywanie koncepcji. Na dwóch z trzech oddziałów, na których przebywa ogółem 56 pacjentów tworzą się już grupy samopomocy. Już sam fakt, że w klinice wspiera się ideę samopomocy wskazuje na współpracę osób dotkniętych z profesjonalistami. Oddział ten powstał w sierpniu ubiegłego roku w szpitalu prowadzonym przez Niemiecki Czerwony Krzyż.

Nawet psychiatria biologizyczna akceptuje fakt, że najlepsze nawet leki psychotropowe nie leczą, a jedynie przytłumiają symptomy. Tak więc "medyczny obraz choroby" nie ma przed sobą innej przyszłości, jak tylko taką, która tłumi objawy. Mimo to, 98% publicznych środków przeznaczonych na prace badawcze w dziedzinie psychiatrii przeznaczonych jest na doświadczenia biologiczne. Dlatego też, nasz Związek Doświadczonych przez Psychiatrię stworzył własny projekt badawczy: "Doświadczeni przez psychozy i depresje badają siebie samych" przy pomocy doświadczonych dyplomowanych psychologów, którzy formułują pytania i analizują odpowiedzi. Wprawdzie brakuje nam jakiegokolwiek wsparcia finansowego, ale za to sami eksperci zajmują się swoimi własnymi psychozami i depresjami. Choć wszystkie osoby uczestniczące w projekcie - i nie tylko one - przeżyły psychiczne przyczyny swoich psychoz w postaci np. nagromadzonych uczuć i impulsów, które mogą ujawnić się nagle w formie psychozy, to chyba nikt z nas nie wątpi w to, że powodują one również jakieś zmiany w mózgu. Tak jak np. złość alarmuje mózg, co sprawia, że czerwienieje nam twarz i gwałtownie gestykulujemy. Ale są to skutki a nie przyczyny złości. Także i fizyka już dawno temu obaliła materialistyczny obraz człowieka w "medycznym obrazie choroby".

Ale gdy ktoś tak jak ja, przed ponad 40 laty, po przeżyciu 5 epizodów schizofrenii (1936 - 1959) zdobył odpowiednią wiedzę i zamiast tłumić swoją psychozę, zintegrował ją ze swoim życiem, to znaczy, że nie mogła to być schizofrenia, ponieważ "medyczny obraz choroby" nie dopuszcza w tym przypadku wyzdrowienia. Tak więc podczas XIV Światowego Kongresu Psychiatrii Społecznej

w 1994 roku profesor Bach z Drezna oświadczył mi w sali nr 2, że nie mogłam mieć schizofrenii, ponieważ w przeciwnym razie nie mogłabym stać tu na podium i wygłaszać referatu o schizofrenii, co właśnie wtedy robiłam. Zamiast zapytać tych, którzy wyleczyli się o własnych siłach, co im pomogło, uczęszczać na nasze seminaria o psychozach, to powodując obciążenie psychiczne pacjentów i ich bliskich lepiej jest reprezentować pogląd, że schizofrenia jest wprawdzie nieuleczalna, ale dzięki lekom można usunąć objawy.

Nawet i dzisiaj, jeżeli ktoś chce się wyleczyć ze schizofrenii, to z reguły sam musi zdobyć potrzebną do tego wiedzę. W ciągu tych ostatnich 9 minut, jakie mam do dyspozycji, chciałabym opowiedzieć o tym, co mnie dopomogło w zrozumieniu mojej schizofrenii i zamiast wypierania jej - w zintegrowaniu jej z moim życiem, chociaż dla tych, którzy znają mnie i moje teksty nie jest to nic nowego.

Pierwszy impuls w kierunku zrozumienia psychozy zawdzięczam pewnej pacjentce, z którą dzieliłam pokój w szpitalu podczas mojego 4 epizodu w 1946 roku. Ze snu obudziła się z ciężką psychozą, której treść stanowiły budzące lęk halucynacje z wężami. Najdziwniejsze w tym wszystkim było to, że mówiła jakimś obcym, brzmącym z francuska językiem, w którym akcentowała drugą sylabę zamiast pierwszej jak w języku niemieckim. Nigdy nie uczyła się francuskiego, ale wiedziałam o niej, że pochodziła z rodziny hugenotów. Ten francusko brzmiący język wyjaśniłam sobie jako ujawnienie się rytmu językowego odziedziczonego po przodkach. Po raz pierwszy przyszło mi na myśl, że urojenia i impulsy napędzające moją własną psychozę nie zostały "zadane" z zewnątrz, lecz że mogą pochodzić ze mnie samej, z podświadomości. Ale co to jest ta podświadomość, co zawiera?

Po moim następnym, piątym i ostatnim epizodzie 15 lat później (1959) uzmysłowiłam sobie, że na kilka miesięcy przed wybuchem psychozy ustały marzenia senne, które być może rano zapomniałam. Mogłam to sobie wyjaśnić tylko w ten sposób, że miejsce moich nocnych marzeń sennych zajęły teraz urojenia. Po tym jak przed piętnastoma laty u tam-

tej pacjentki psychoza rozpoczęła się od jej snów z francusko brzmiącym językiem, wysnułam wnioski, że i w moim przypadku psychoza i sny mają źródło w podświadomości. I dalej: tak samo jak marzenie sennie nie jest "psychicznie chore", tak i urojenie psychotyczne nie może takim być. Nasza "choroba" może żyć tylko dzięki temu, że uważamy nasze doświadczenia psychotyczne za ważne, co czynimy także we śnie, ale tylko podczas jego trwania. Skoro zrozumiałam, że urojenia mojej przebrzmiałej psychozy znajdują się na "płaszczyźnie snu", mogłam zachować sobie ich sens, ale nie ich rzeczywistość. Takie pojmowanie psychozy jako dojście do głosu własnej podświadomości pozwalające na rozwiązanie kryzysu życiowego, który poprzedzał wybuch psychozy, a którego nie dało się rozwiązać w sposób świadomy, uwolniło mnie od wielkiego ciężaru, jakim było dla mnie określenie schizofrenii jako "psychozy endogennej" spowodowanej nie przyczynami natury psychicznej lecz uwarunkowanymi genetycznie zaburzeniami przemiany materii w mózgu. Podczas moich pięciu epizodów psychozy, które spędziłam w pięciu różnych instytucjach psychiatrycznych, m.in. w klinice uniwersyteckiej we Frankfurcie, nie rozmawiano ze mną ani raz na temat tego, co zdarzyło się przed psychozą i ani na temat związku tych wydarzeń z treścią moich urojeń. Bez przeprowadzenia rozmowy ówcześni psychiatrzy nie mogli a także i ich współcześni koledzy nie mogą wiedzieć nic o psychicznych przyczynach naszych psychoz.

Ścisłe pokrewieństwo pomiędzy marzeniem sennym a psychozą rozpoznamy także po takiej samej technice, jaką stosują i sen i psychoza. Bo tak samo jak nocą emocje i problemy dnia przekształcamy (albo się przekształcają, bo jest to proces nieświadomy) obrazowo w konkretne wyobrażenia, w naprawdę przeżyte sytuacje, dzięki którym stają się dla nas bardziej dostępne, w których możemy zrealizować nasze fantazje, tak i w naszych psychozach minione kryzysy życiowe przekształcają się w dotykalne, konkretne urojenia. To mogą być urojenia budzące lęk, ale i uwalniające od niego. Lecz, najważniejsze jest chyba to, że nieokreślona sytuacja kryzysu

życiowego, z którego nie było wyjścia, którego nie potrafiliśmy rozwiązać w naszych psychozach nabrała kształtu, zwykle kształtu symbolicznego jak w marzeniach sennych.

Tak więc nieokreślone lęki stają się konkretnymi prześladowcami. Równocześnie prześladowany ma jakąś wartość dla prześladowcy, w przeciwnym razie ten nie zadałby sobie trudu prześladowania go. W takiej sytuacji w urojeniach pacjentki, z którą kiedyś dzieliłam pokój występowały węże jak żywe. Równocześnie wąż zmieniający skórę jest symbolem odnowy duchowej, symbolem rozwoju często pojawiającym się w psychozach. Młoda kobieta widzi w sobie a potem także i w partnerze diabła. Skoro nawet diabeł miesza się do ich związku, to ani ona ani on nie ponoszą winy za zerwanie tego związku.

Nierozwiązywalny konflikt poprzedzający psychozę, obciążenie albo stres emocjonalny, jak się to dzisiaj nazywa, wymagają uwolnienia od własnej świadomej odpowiedzialności. To już nie jesteśmy my, którzy myślimy i działamy, lecz przeżywamy nasze myśli i impulsy jako "zadane" z zewnątrz. Nakazujemy sobie myślenie i działanie. Możemy także świadomie podjąć następującą decyzję: nie żyć już z własnej woli. Gdy na początku mojej pierwszej psychozy w 1936 roku po raz pierwszy doświadczyłam pojawienia się nieznanymi mi dotąd impulsów, postanowiłam: moją wolą jest, nigdy więcej chcieć, tylko dać się prowadzić Tobie. Bo nie miałam żadnego innego wyjaśnienia dla moich nowych doświadczeń, jak tylko słowa św. Pawła: "Ci których unosi duch Boży, są dziećmi Bożymi." A wtedy zniknął lęk, które nie mogą już spowodować samodzielnego myślenia i działania. Ale skoro wiemy, że doświadczenia dręczące nas w psychozie nie są "zadane" z zewnątrz, przez Boga albo inne siły lub innego człowieka, lecz wyłaniają się z naszej własnej podświadomości, to możemy potraktować je bardziej krytycznie, niż mielibyśmy odwagę uczynić tak, gdyby były "zadane". Słowo "zadany" pokazuje, że także człowiek normalny zna to uczucie: To nie pochodzi ze mnie, to jest "zadane", ponieważ całkowicie różni się od normalnego myślenia.

Ścisłe pokrewieństwo pomiędzy marzeniem sennym a psychozą rozpoznajemy także po częstej w psychozie przemianie normalnego myślenia i działania w myślenie i działanie symboliczne. To, że owo myślenie i działanie symboliczne może być dla nas tak wiarygodne, co normalnie nie byłoby możliwe, polega również na zmienionym w psychozie wycuciu rzeczywistości i braku wycucia związków przyczynowo - skutkowych. Z poczucia, że wszystko jest jakoś powiązane, że nie ma nic przypadkowego wynikają także znane psychiatrii "pomysły dotyczące związków i znaczeń" oraz "niemożność różniczenia pomiędzy tym, co istotne i nieistotne". Skoro wszystko posiada jakieś znaczenie symboliczne, jest jakąś alegorią, nie odróżnia się już rzeczy istotnych od nieistotnych, ponieważ nie ma już niczego, co byłoby nieistotne. To zmienione poczucie rzeczywistości i związków przyczynowo - skutkowych stanowi łatwą pokusę, aby nie odnosić siebie do całości lecz całość do siebie. Wiele osób, które przeżyły psychozę zna to mniej lub bardziej zmienione poczucie rzeczywistości, które prawdopodobnie jest podobne do magicznego poglądu na świat naszych przodków. Także i w snach kojarzymy ze sobą różne elementy, których nie łączylibyśmy na jawie.

Inną paralelę pomiędzy marzeniem sennym a psychozą jest częste w schizofrenii identyfikowanie się z innymi osobami lub symbolami, np. z Chrystusem, narzeczoną Chrystusa, Marią i innymi, którzy mieli dla nas lub

dzisiejszych pacjentów ogromne znaczenie. Na oddziale zamkniętym, na którym znalazłam się w 1956 roku byliśmy aż trzy narzeczone Chrystusa. Gdy w domu opanowało mnie to wyobrażenie, po pierwszym ataku strachu poczułam się jak wyzwolona. Bo całymi tygodniami daremnie starałam się nawiązać jakiś kontakt z Jezusem. A teraz wyobraziłam sobie, jak Jezus nudziłby się ze mną jako swoją narzeczoną, gdybym pokonując moją naturę próbowała go naśladować. Umysłowiłam sobie, że właściwie muszę tylko pozostać sobą. Te częste identyfikacje, także z Jezusem mogą nas nauczyć, że każdy z nas tak jak Jezus może uznać się za dziecko Boga i powinien rozwijać swoją własną naturę.

Identyfikacje znamy również z naszych marzeń sennych, ponieważ osoby występujące i działające w naszych snach mają na myśli często nas samych. Są częścią nas, chociaż mają inną tożsamość.

Na zakończenie chciałabym zaapelować do wszystkich pacjentów, aby nie dali się zniechęcać i stygmatyzować przez "medyczny obraz choroby" - nieuleczalnej "psychozy endogennej". Jest wielu psychiatrów i psychoterapeutów, którzy inaczej zapatrują się na tę sprawę. I są też nasze grupy samopomocy, nasze Związki Krajowe i nasz Federalny Związek Doświadczonych przez Psychiatrię. Tutaj my eksperci przemawiamy w naszej własnej sprawie o tym, co każdemu z nas pomogło i co samemu można zrobić.