

KS. HENRYK KRZYSTECZKO

DUSZPASTERSTWO CHORYCH PSYCHICZNIE

(Komunikat)

Do Diecezjalnej Poradni Życia Rodzinnego w Katowicach zgłaszają się m.in. osoby chore psychicznie i ich rodziny¹. Jedną z nich, Agatę, ma za sobą bolesne doświadczenia związane ze zdrowiem psychicznym. Oto fragment rozmowy przeprowadzonej w poradni, a emitowanej przez radio w ramach cyklu *Nasze rodziny – Rozmowy w poradni*²:

– *Czy chciałabyś nam powiedzieć, kiedy zaczęły się trudności, które doprowadziły cię potem do szpitala psychiatrycznego?*

Agata: Trudności zaczęły się w wieku 20 lat. Miałam kłopoty ze swoją osobowością, niepewność w rozwiązywaniu problemów, trudności w obcowaniu z ludźmi nowymi, z nowego otoczenia i stopniowo zaczynałam się izolować od nich. Czułam się z tym źle i nie umiałam się przeciwstawić temu.

– *Czy wówczas spotkałaś wśród swoich koleżanek, kolegów kogoś takiego, kto ci pomógł? Czy czułaś pomoc wówczas ze strony otoczenia, w którym się znajdowałaś?*

Agata: Takiej pomocy nie spotkałam. Były osoby, które chciały mi pomóc, ale nie wiedziały, jak wyciągnąć tę dłoń, żeby przysłała ta pomoc.

– *No i potem nadszedł taki moment bardzo trudny dla ciebie – szpital. Jak to przeżyłaś?*

Agata: Były to bolesne dla mnie doświadczenia, izolacja, niezrozumienie i wielka niewiadoma, co to mi przyniesie. Trwało to dwa miesiące. Skończyło się z dobrym efektem. Wróciłam do szkoły. Skończyłam szkołę, maturę zdałam, dyplom obroniłam. Podjęłam później pracę i wydawało mi się, że to już nigdy nie nastąpi. Byłam spokojna, nie brałam żadnych lekarstw. Z czasem trudności się nawarstwiały, zwłaszcza w pracy, i przyszedł taki krytyczny moment, kiedy to wszystko nie wytrzymało.

– *I drugi raz trzeba było pójść do szpitala?*

Agata: Tak.

– *Jak w tej chwili na siebie patrzysz? Jako na osobę w pełni już zdrową, czy czujesz pewne obciążenie na sobie?*

¹ 4 XI 1957 r. rozpoczęła swoją działalność Katolicka Pomoc Psychiczo-Pedagogiczna, która w 1958 r. zmieniła nazwę na Diecezjalną Poradnię Życia Rodzinnego przy Kurii Diecezjalnej w Katowicach. Zob. H. Krzyszczo, *Powiernicy rodzin*, [w:] W. Świątkiewicz (red.), *W trosce o rodzinę*, Katowice 1995, s. 152.

² 30 XII 1994 r. abp Damian Zimoń spośród pracowników Wydziału Duszpasterstwa Rodzin powołał Redakcję ds. Rodzin, mającą przygotowywać audycje dla Radia Archidiecezji Katowickiej z prawem odstępstwa ich innym rozgłoszom radiowym. Zob. H. Krzyszczo, *Pomoc Kościoła rodzinie w archidiecezji katowickiej*, [w:] W. Świątkiewicz (red.), *Rodzina w województwie katowickim. Opracowania i raporty*, Katowice 1998, s. 190.

Agata: W pewnym sensie tak. Mam taką niejasną sytuację. Czy to się nie powtórzy? Wiem, że nie dostanę nigdzie odpowiedzi. Tutaj trzeba być czujnym i wszelkie lęki, obawy zaraz konsultować z lekarzem.

– *Zapewne miałaś kiedyś takie swoje, osobiste bardzo plany życiowe. Czy pod wpływem choroby zmieniłaś je?*

Agata: W dużym stopniu tak. Kiedyś myślałam, że będę miała normalną rodzinę, wyjdę za mąż i wszystko się jakoś ułoży. Teraz patrzę na to trochę inaczej. Wydaje mi się, że lepiej będzie, gdy zostanę osobą samotną i w jakiś sposób zawodowo będę się realizować. Może dotrę do takich osób, które mają podobne problemy jak ja i pomogę im.

– *Pracujesz w szpitalu...*

Agata: Tak.

– *A więc spotykasz się na co dzień z osobami cierpiącymi. Czy czujesz, że ta twoja choroba jakoś zbliżyła cię do tych ludzi?*

Agata: Tak, znacznie mi pomaga. Jestem bardziej wrażliwa i czuję ich cierpienie. Tak mi się wydaje, że to jest to właśnie.

Przytoczony fragment rozmowy pokazuje nam, że chorym psychicznie można pomóc. Pomoc ta będzie tym skuteczniejsza, im lepsza będzie współpraca lekarza, psychologa i duszpasterza.

I. PODSTAWOWE POJĘCIA ZWIĄZANE Z CHOROBA PSYCHICZNĄ

Od osób udzielających pomocy chorym psychicznie w zakresie ich kompetencji wymaga się znajomości specyfiki tej pomocy udzielanej przez inne osoby. Dlatego duszpasterz pragnący pomagać osobom chorym psychicznie i ich rodzinom powinien posiadać elementarną znajomość zaburzeń psychicznych, ich diagnozy i terapii. Powinien np. umieć odróżnić stan depresji i lęku, spowodowany wyłącznie brakiem prawdziwej wiary w Boga, od przypadku depresji wynikłej z zaburzeń psychicznych. Powinien znać różnicę między urojeniami, halucynacjami i natręctwami.

Urojenie jest przekonaniem, które pod względem treści jest niezgodne z obiektywną rzeczywistością i nie podlega korekcji pod wpływem odwoływania się do rozsądku osoby, która je wypowiada. Kiedy człowiek ma „wizje” lub słyszy „głosy”, mówi się o nim, że ma halucynacje. Słyszane „głosy” mogą być dziwaczne i mogą prowokować człowieka, który je „słyszy”, do gwałtownego działania skierowanego przeciwko sobie samemu lub przeciw innym ludziom. Natręctwa natomiast objawiają się poczuciem przymusu wykonywania pewnych czynności, mówienia lub myślenia o czymś. W łagodnej formie występują również u ludzi zdrowych, np. uczucie przymusu stapania po szczelinach w chodniku, dotykania słupów lamp ulicznych itp. W formie nasilonej (chorobowej) objawy tego rodzaju mogą stać się bardzo dokuczliwe. Człowiek, który doznaje natręctw, jest przeświadczony o ich niedorzeczności. Próba odsunięcia ich od siebie powoduje pojawienie się silnego lęku. Lęk ten ustępuje dopiero po wykonaniu czynności natrętnych.

Lęk występuje nie tylko w związku z natręctwami, ale stanowi częsty objaw różnych zaburzeń psychicznych – zarówno psychotycznych, jak i nerwicowych. Psychologowie zajmujący się badaniem zaburzeń emocjonalnych dostrzegają związek pomiędzy lękiem a zakłóceniem stosunków międzypersonalnych i bra-

kiem poczucia bezpieczeństwa. Karen Horney (1885–1953) twierdziła, że człowiek potrzebuje sprzyjających warunków – atmosfery ciepła zapewniającej poczucie bezpieczeństwa i wewnętrznej wolności, gwarantującej możliwość wyrażania prawdziwych swoich uczuć i myśli, możliwość wypowiadania siebie. Potrzebuje dobrej woli innych ludzi, zachęty do osiągania pełnej dojrzałości. Potrzeba jej także zdrowego ścierania się z życzeniami i wolą innych.

Wskutek rozmaitych ujemnych wpływów dziecka może nie być dane rozwijać się zgodnie ze swymi potrzebami i przyrodzonymi dyspozycjami. Rodzi się wówczas tzw. lęk podstawowy, który wyraża się w poczuciu izolacji i bezradności w świecie odczuwanym jako potencjalnie wrogim.

Lęk podstawowy paraliżuje spontaniczne przejawy autentycznych uczuć wobec innych osób i zmusza do układania z nimi takich stosunków, by nie rozbudzać ani nie wzmacniać lęku, lecz łagodzić swój niepokój. Rodzą się postawy zdeterminowane przez wrodzony temperament, jak i przez zdarzenia zachodzące w otoczeniu. Człowiek może łączyć się do osoby mającej w jego otoczeniu największą władzę, może próbować buntować się i walczyć, może zamykać swoje wnętrze przed innymi i odsuwać się od nich uczuciowo.

Opisane tutaj postawy osoby zaburzone mogą kierować również do duszpasterza. Wówczas powinien on pamiętać, że manifestowane postawy i uczucia mogą mieć swoje źródło we wcześniejszych przeżyciach i doświadczeniach. Analiza tych przeżyć i uczenie osób zaburzonych psychicznie korzystania ze swoich doświadczeń życiowych należy do zadań psychoterapii. Psychoterapeuta poprzez rozmowę uczy dostrzegania związków pomiędzy objawami, odczuwanymi jako przykre, a sytuacjami życiowymi, w jakich one powstały czy nasiliły się. Jeśli można dostrzec wyraźny związek pomiędzy objawami a sytuacją życiową, wówczas mówimy o zaburzeniach psychicznych reaktywnych. Najczęściej są to nerwice, objawiające się występowaniem lęków i nieadekwatnymi do sytuacji reakcjami. Osoby z nerwicą chętnie manifestują swoje objawy, przyznają się do różnego rodzaju dolegliwości somatycznych. Chętnie też zasięgają rady i udają się do lekarza, w przeciwieństwie do osób chorych psychicznie.

Choroba psychiczna – psychoza – jest rodzajem zaburzeń psychicznych, nieprawidłowym stanem psychiki, którego nie można wyjaśnić w powiązaniu (przyczynowym) z najbliższym otoczeniem. Jeśli ktoś jest przygnębiony bez widocznej przyczyny i stan ten utrzymuje się przez dłuższy czas; jeśli jest w stanie podwyższonego nastroju bez wyraźnego powodu albo widzi różne przedmioty, osoby i słyszy różne głosy i jest przekonany, że to, co widzi i słyszy, rzeczywiście istnieje, mimo że nie ma to żadnego odpowiednika w rzeczywistości; jeśli zaszła zmiana w jego osobowości lub zaistniała w niej jakaś przesada, człowiek ten prawdopodobnie cierpi na poważne zaburzenia psychiczne, jakim jest właśnie psychoza. Rzadko zwraca się do lekarza po poradę, a jeśli już pójdzie, to często z innych powodów niż tych, które wskazują bezpośrednio na psychozę. Pacjenci na przykład mówią o zakładaniu w ich mieszkaniu podsłuchu, grożeniu im przez radio; upatrują bliskość diabła i domagają się egzorcyzmów. Z psychologicznego punktu widzenia psychoza jest całkowitym oderwaniem się od rzeczywistości, bowiem psychotyk żyje w świecie wewnętrznych doznań, w świecie fantazji.

Psychozy dzielą się na dwie główne grupy: psychozy organiczne i funkcjonalne.

II. PSYCHOZY ORGANICZNE

Psychozy organiczne są podobne w swoich cechach zasadniczych, ponieważ powstają wskutek uszkodzenia komórek mózgu przez substancje toksyczne, bakterie, schorzenie tętnic, czy też z powodu starości.

Jednym z organicznie uwarunkowanych zaburzeń psychicznych jest padaczka. Padaczka nie jest jednostką nozologiczną, ale zespołem objawów i podobnie jak inne objawy, na przykład kaszel czy gorączka, może być spowodowana rozmaitymi przyczynami. Określenie to odnosi się do różnego rodzaju napadów, z których najczęściej występującym i najlepiej poznanym jest napad padaczkowy duży (*grand mal*). W czasie takiego napadu pacjent traci przytomność, pada na ziemię, występuje u niego wyprężenie całego ciała, a następnie uogólnione drgawki. W tym czasie u pacjenta występuje bezdech prowadzący do sinicy, oddanie moczu i stolca, i przygryzienie języka. Po napadzie na kilka minut zapada w sen, a kiedy obudzi się, jest w stanie przymglenia świadomości, ale zazwyczaj powraca do stanu normy w ciągu godziny. Ponadto istnieją liczne typy małych napadów (*petit mal*). Nie we wszystkich pacjent traci świadomość i napady te mogą trwać zaledwie kilka sekund. Czasem pacjent odczuwa osobliwe doznania, będące zapowiedzią napadu padaczkowego dużego, tak zwaną aurę, przeważnie polegające na osobliwym odczuciu w żołądku. Doznania te mogą niekiedy występować samodzielnie, bez dalszego ciągu w postaci pełnego napadu.

Przyczyn padaczki istnieje bardzo dużo. Wbrew popularnemu przypuszczeniu wpływ dziedziczności w etiologii padaczki nie odgrywa większej roli, z wyjątkiem względnie prostych typów napadów padaczkowych, takich jak na przykład drgawki gorączkowe czy drgawki przy ząbkowaniu u niemowląt. W większości innych przypadków występują oznaki uszkodzenia tkanki mózgowej. To, która część mózgu jest uszkodzona, rozstrzyga w znacznym stopniu, jakiego rodzaju napady padaczkowe się pojawiają.

Padaczka zaczyna się o wiele częściej w okresie dzieciństwa niż dojrzałości i większość dzieci epileptycznych ma tendencję do wyrastania ze swoich napadów. Ważne jest, by zdać sobie sprawę, że we wszystkich przypadkach epilepsji występują wyraźne oznaki zaburzeń funkcjonowania mózgu i że napady padaczkowe nigdy nie są spowodowane wyłącznie przez stresy emocjonalne czy zdenerwowanie.

Chorzy na padaczkę mogą mieć także objawy o obrazie zaburzeń psychotycznych. Jednakże przeważająca większość pacjentów, u których występują ataki epileptyczne, prowadzi normalne życie, zdobywa wykształcenie i sama zarabia na swoje utrzymanie. Niemniej jednak ci pacjenci, u których padaczce towarzyszą zaburzenia psychiczne, stanowią grupę, której dość trudno jest przyjść z pomocą. Pacjenci tacy często są drażliwi i wybuchowi, mają skłonność do posępnego nastroju i nastawienia urojeniowego oraz zachowań, których nie sposób przewidzieć. Często tok myślenia ulega zwolnieniu i utrudnieniu.

Chorzy na padaczkę mówią wolno, rozwlekłe, zacinają się. Występuje lepkosć myślenia. Wypowiedzi chorego są pełne niepotrzebnych słów i nieistotnych dygresji, co powoduje zatracenie się wątku myślowego w mnóstwie szczegółów. Niekiedy występują u takich pacjentów okresy wyraźnie psychotycznego zachowania, trudnego do odróżnienia od schizofrenii. Tak się paradoksalnie składa, że owe poważne zmiany psychiczne często pojawiają się u ludzi dorosłych, kiedy

już same ataki zdarzają się coraz rzadziej. Występują jednak pewne epizodyczne zaburzenia psychiczne, które mogą przebiegać gwałtownie i być niebezpieczne. Może wystąpić tzw. zwany szal epileptyczny, który jest przeważnie zaburzeniem świadomości występującym po serii napadów.

We wszystkich przypadkach padaczki, przede wszystkim w tych, którym towarzyszą objawy psychotyczne, istnieją oznaki uszkodzenia mózgu. Stosuje się to nawet i do tych pacjentów, u których czynniki emocjonalne – jak się wydaje – wyraźnie wpływają na zwiększenie liczby napadów, co się spotyka szczególnie często u dzieci. Ponadto zaburzenia psychiczne u chorych na padaczkę pogarszają się znacznie wskutek postawy, jaką zajmuje wobec nich społeczeństwo.

Padaczka jest zespołem objawów, których się ludzie boją, i wielu wstydzi się swoich krewnych chorych na padaczkę. Panuje przekonanie, że chorzy na padaczkę degenerują się, mogą się stać niebezpiecznymi lub niemoralnymi, a leki przez nich przyjmowane sprzyjają dalszemu pogłębieniu zmian. Żadne z tych twierdzeń nie jest prawdziwe, a chorzy na padaczkę bardziej niż wszyscy pozostali pacjenci cierpią wskutek niesprawiedliwej alienacji społecznej.

Ludziom cierpiącym na padaczkę pomaga zrozumienie i akceptacja dla ich sposobu bycia. Istnieje jednak i zawsze pozostaje stała grupa trudnych pacjentów, którzy będą wymagali leczenia w szpitalu. Bezpośrednie psychoterapeutyczne podejście do takich pacjentów rzadko kiedy ma większy sens, lecz ogromnie dużo można osiągnąć, udzielając porad osobom, które opiekują się nimi, a zwłaszcza ucząc rodziców dzieci cierpiących na padaczkę właściwych sposobów postępowania z nimi.

III. PSYCHOZY FUNKCJONALNE

1. Schizofrenia

Najczęściej spotykaną psychozą funkcjonalną jest schizofrenia. Częstotliwość jej występowania szacuje się na około 1% populacji³. Schizofrenia rozpoczyna się zazwyczaj w okresie między 16 a 25 rokiem życia. Rzadko występuje po przekroczeniu 35 lat, chociaż rejestruje się także bardzo znikomy procent przypadków choroby, które przypadają na późniejszy wiek (po 50 roku życia)⁴.

Chory na schizofrenię wycofuje się w świat wytworzony przez siebie samego, ponieważ świat rzeczywisty zatracił dla niego cechy realności. Skłonny jest na przykład do śmiechu, gdy nic zabawnego się nie dzieje, albo popada w rozdrażnienie bez żadnego widocznego powodu. Przestaje zupełnie interesować się przyjaciółmi, krewnymi i bliskimi. Wykazuje skrajną obojętność wobec spraw, które przedtem najżywiej go obchodziły. Na sytuacje, które zazwyczaj wzbudziłyby w nim strach, gniew czy smutek, obecnie reaguje całkowitą obojętnością. Można mu na przykład powiedzieć, że stracił wszystko, co posiadał, lub że zmarła jego matka, a on wtedy spokojnie może zrobić uwagę, że wielka szkoda, i robi dalej to, czym się dotąd zajmował.

³ S. S t e u d e n, *Dynamika zmian osobowości u osób z rozpoznaną schizofrenią*, Lublin 1997, s. 9.

⁴ K i m T. M u e s e r, S. G i n g e r i c h, *Życie ze schizofrenią*, Poznań 1996, s. 17.

W schizofrenii występuje brak zgodności między reakcjami uczuciowymi a treścią myślenia. Uwidacznia się to u pacjenta, który na przykład opowiada bez żadnego okazywania uczuć, że wszyscy, włącznie z członkami jego własnej rodziny, są przeciwko niemu. Karykatury i artykuły w gazetach, a także komentarze wypowiadane przez radio i telewizję interpretuje tak, jakby odnosiły się do niego.

Dość często występują halucynacje słuchowe. Pacjent słyszy głosy kierujące jego zachowaniem lub komentujące jego życie. Bezpośrednią przyczyną wielu jego czynów gwałtownych jest podjęcie działania pod wpływem nakazów tych głosów, które do niego mówią.

Kontakty z takim człowiekiem są trudne, gdyż robi on wrażenie, jakby cofał się przed każdym zbliżeniem. Może doznawać halucynacji, wypowiadać urojenia czy nawet wykazywać objawy katatoniczne, ale przede wszystkim występuje u niego element niezwykłości, dziwaczności czy obcości. Nie dba o swój wygląd zewnętrzny, brak mu poczucia odpowiedzialności, od czasu do czasu bywa wulgarny w wysławianiu się i stale wzrasta jego podejrzliwość w stosunku do wszystkich ludzi w otoczeniu.

Kontakt słowny z pacjentem chorym na schizofrenię charakteryzuje się znaczną zmiennością – począwszy od pacjenta milczącego (autystycznego), który nie odpowiada na ogóle na pytania i nie reaguje na to, co się do niego mówi, a skończywszy na pacjencie ożywionym, pobudzonym, wyrzucającym z siebie potok niezrozumiałych słów.

Schizofrenia występuje pod czterema postaciami.

Schizofrenia prosta jest zazwyczaj przewlekłą postacią tej choroby, rozwijającą się stopniowo w sposób utajony. Proces chorobowy postępuje powoli, ale stale pogłębia objawy choroby, a często w miarę upływu lat prowadzi do stanu utrwalonego, czyli do defektu psychicznego, w którym pacjent jest zupełnie niedostępny dla otoczenia, pragnącego nawiązać z nim jakikolwiek zwyczajny, codzienny kontakt. Wiele można jednak osiągnąć przez odpowiednio wczesne leczenie.

W hebefrenii występują częściej omamy i halucynacje. Ekscentryczne i dziwaczne zachowanie, nadmierna gestykulacja i przybieranie dziwacznych póz idzie w parze z brakiem związku logicznego w myślach. Początek choroby u większości chorych z hebefreniczną postacią schizofrenii przypada na okres dojrzewania.

Schizofrenię katatoniczną można rozpoznać łatwiej niż pozostałe dwie postaci i czasem daje się w niej wyodrębnić trzy rodzaje epizodów: depresję, stupor i podniecenie. W stanie przygnębienia występują urojenia prześladowcze i samooskarżenia oraz często halucynacje. Występują także takie objawy jak bezsenność, depresyjne obniżenie aktywności i wycofanie się z kontaktów z otoczeniem. Pacjent sprzeciwia się jakiegokolwiek próbie troski o niego ze strony otoczenia i nierzadko odmawia przyjmowania pokarmów.

W stanie osłupienia (stuporu) twarz pacjenta jest nieruchoma (maskowata), a on sam niewiele uwagi zwraca na to, co się wokoło niego dzieje. Może pojawić się mutyzm. Pacjenci tacy nieraz całymi miesiącami nie wypowiadają ani słowa i nie wykonują żadnych ruchów, także często muszą być karmieni przez sondę. Podniecenie katatoniczne charakteryzuje bezładne podniecenie psychoruchowe – pacjent wykonuje dziwaczne ruchy, gwałtownie wymachuje ramionami, miota się, krzyczy. Nieraz wyrzuca z siebie stereotypowo te same słowa.

W tym stanie może być bardzo niebezpieczny dla otoczenia – może zaatakować nagle kogoś z personelu pielęgniarstwa lub innych pacjentów ze swojego oddziału. Często te dwa stany: podniecenia i osłupienia występują na przemian.

W schizofrenii paranoidalnej (urojeniowej) lub parafreni pacjent jest przekonany, że inni ludzie działają przeciwko niemu. Jeśli ujrzy grupę osób stojących w pobliżu, nabiera przekonania na przykład, że spiskują przeciw niemu lub że mają zamiar dodać mu trucizny do jedzenia albo do herbaty. W pracy człowiek taki może żywić przekonanie, że kierownik lubi wszystkich pracowników oprócz niego. Ma skłonność do skrupulatności, dokładności, nie umie pójść na kompromis i bywa agresywny.

Często jest rzeczą trudną uświadomić sobie, iż ludzie owi są poważnie chorzy psychicznie aż do momentu, gdy w rozmowie zostanie poruszony pewien szczególny temat. Nierzadko spotyka się wśród nich pacjentów o niepospolitej inteligencji i rokujących nadzieję na zrobienie kariery.

2. Ch o r o b a a f e k t y w n a

Inną często spotykaną chorobą psychiczną jest psychoza maniakalno-depresyjna, zwana inaczej chorobą afektywną. Znamionują ją stany, z których jeden jest przeciwieństwem drugiego, mianowicie stan maniakalny (mania) i stan depresyjny (depresja). Czasami u jednych osób mogą występować jedynie stany depresyjne, a u innych tylko stany maniakalne, lecz w przebiegu choroby mogą występować zarówno stany maniakalne jak i depresyjne naprzemiennie. Każdy z nas przeżywa zmiany nastroju: podwyższenie nastroju i przygnębienie. Jednakże dopiero wtedy są one oceniane jako chorobowe, gdy wahania są przesadne, a pacjent staje się niezdolny do kontynuowania swojej dotychczasowej działalności.

Opis stanu maniakalnego przedstawia następująca wypowiedź żony chorego: – *Jestem mężatką i do niedawna jeszcze uważałam, że dokonany przed kilkunastu laty wybór partnera życiowego był wyjątkowo trafny i szczęśliwy. Mąż był człowiekiem spokojnym, rozsądnym, zrównoważonym, bez skłonności do nadużywania alkoholu. W sytuacjach konfliktowych szedł na kompromis bądź ustępował. Od jakiegoś czasu wszystko zaczęło się zmieniać. Zmieniło się jego zachowanie i sposób reagowania. Początkowo była to nienaturalna dla niego wesołość, dowcipkowanie, gadatliwość. Później zaczął snuć różnorodne, nierealne moim zdaniem plany i projekty, aż w końcu zwolnił się z pracy argumentując, że zamierza rozpocząć budowę własnej fabryki.*

Istotą manii jest wzmożenie nastroju i aktywności ruchowej i umysłowej. Chorym wszystko wydaje się łatwe, proste, bezproblemowe. Opór z zewnątrz wywołuje w nich gniew i posądzenie o złą wolę⁵. Liczba godzin snu często ulega zmniejszeniu wskutek nadmiernej aktywności i ożywienia.

W fazie depresji obserwujemy objawy przeciwne: życie staje się trudne do zniesienia, a nieokreślony smutek zdaje się zabarwiać każdą myśl. Człowiek zazwyczaj pewny siebie i wierzący w swoje możliwości zmienia się w człowieka zachowującego się z rezerwą, biernego i milczącego. Jego praca, dotychczas interesująca, teraz staje się dla niego ciężarem.

⁵ K. C z u m a, *O psychiatrii popularnie*, [w:] K. C z u m a (red.), *Lecznictwo psychiatryczne, odwykowe i pomoc społeczna w województwie katowickim*, Katowice 1995, s. 41.

Może mu się wydawać, że uczynił wiele zła i z tego powodu ma duże poczucie winy, czemu towarzyszy zwykle przekonanie, że na tę sytuację nic nie można poradzić. Jest zdeprimowany sądząc, iż skompromitował się haniebnie lub że jest pełnym wykołajcem i przypadkiem beznadziejnym. Często mówi tonem jednostajnym, pytania trzeba mu zadawać po kilka razy, zanim na nie odpowie, a kiedy już dochodzi do odpowiedzi, to przeważnie jest ona niezrozumiałym mamrotaniem. Żywi przekonanie, że jest największym z grzeszników i że popełnił grzech nie do wybaczenia.

U pacjenta z głęboką depresją problemem często występującym są myśli i tendencje samobójcze. Cierpienie i poczucie winy przeżywane przez tych ludzi w ciągu długich okresów nierzadko doprowadza do podjęcia próby samobójczej. Chęć do życia słabnie i przeradza się w niechęć do życia. Pacjent nabiera przekonania, że jest wyrzutkiem, którego nikt nie kocha. Samobójstwo może być aktem buntu przeciwko społeczeństwu lub utajonym pragnieniem odwetu. Mając do czynienia z potencjalnym samobójcą, należy szukać pomocy psychiatry, gdyż odpowiedzialność w tym wypadku jest zbyt duża, żeby ją samemu móc wziąć na siebie.

Znamienny jest fakt, że w krajach najbiedniejszych ilość samobójstw jest najmniejsza, podczas gdy wzrastającemu dobrobytowi materialnemu w Europie towarzyszy większa liczba samobójstw.

Jest wiele dowodów, że wdowy i wdowcy popełniają samobójstwa częściej niż osoby pozostające w związkach małżeńskich. Samotni mężczyźni i kobiety odbierają sobie życie częściej niż żonaci mężczyźni i zamężne kobiety, a najwyższy wskaźnik samobójstw mają osoby rozwiedzione. Odnotowuje się więcej prób samobójczych wśród kobiet niż wśród mężczyzn, a także więcej wśród ludzi młodych niż wśród starszych. Z drugiej strony mężczyźni popełniają więcej samobójstw skutecznych niż kobiety. Stwierdzono, że ludzie dokonują tego czynu najczęściej wiosną, na początku tygodnia (zwłaszcza w poniedziałki i wtorki) i we wczesnych godzinach rannych⁶.

W kontaktach z potencjalnym samobójcą należy się starać przedyskutować problem powodujący frustrację, który często sięga wstecz do okresu wczesnego dzieciństwa. Samobójstwa byłyby na pewno rzadsze, gdyby znalazło się więcej życzliwych i rozumiejących ludzi, skłonnych do wysłuchania smartwień innych ludzi. Rola duszpasterza jest tutaj szczególna. Taką okazją do rozumiejącej rozmowy może być sakrament pokuty.

Życie wykazuje, że nie da się całkowicie zapobiec temu, aby ludzie odebrali sobie życie. Dlatego należy też przygotować się na rozmowę z rodziną samobójcy, która wymaga najwyższej umiejętności i zrozumienia, często bowiem członkowie rodziny czują się winni temu, co się wydarzyło. Nierzadko występuje silne działanie ukrytej wrogości. Nieraz najlepszą pomocą dla takiej rodziny mogą być próby wykazania, iż wiele samobójstw jest rezultatem choroby, a także nakłonienie jej członków do swobodnej rozmowy na ten temat. Dzięki temu będą odczuwali mniejsze przynębnienie i będą mieli mniejsze poczucie winy. Uwolnienie rodziny od poczucia wstydu i winy dopomoże jej przetrwać okres żałoby w sposób bardziej naturalny.

⁶ Ostatnie dziesięciolecia budzą wśród fachowców – suicydologów wiele niepokoju związanego ogromnym nasileniem się problemu śmierci samobójczej i to szczególnie wśród ludzi młodych w wieku od 15 do 24 roku życia. Zob. Z. P ł u ż e k, *Psychologia pastoralna*, Kraków 1994, s. 157.

3. Melancholia inwolucyjna

W czwartej lub piątej dekadzie życia może wystąpić melancholia inwolucyjna, która jest zaburzeniem psychicznym głównie typu depresyjnego. Jest związana ze zmianą sytuacji życiowej. Z różnych względów w tym okresie sprawy zawodowe czy też sytuacja materialna dostarczają powodów do coraz większych zmartwień, dając w rezultacie krańcowy niepokój i lęk. Często można zaobserwować, jak człowiek cierpiący załamuje ręce w skrajnej udręce i rozpacz, nieustannie płacze i lamentuje. Powtarza np.: *Dlaczego to zrobiłem?* lub *Co się ze mną stanie?*; *Nigdy nie uzyskam przebaczenia* itp. Dość często odmawia przyjmowania pokarmów, nie chce rozmawiać, staje się gwałtowny i przejawia tendencje niszczycielskie. Treść jego urojeń nierzadko koncentruje się na grzechu i śmierci. Przejmuje się bardzo popełnionym w przeszłości „niewybaczalnym grzechem”, usilnie sam siebie oskarża i potępia. Zaburzenie to częściej występuje u kobiet, lecz u mężczyzn także zdarza się dość często. U mężczyzn występuje raczej w nieco późniejszym wieku niż u kobiet, często w końcowych latach piątej dekady, kiedy też częstsze są próby samobójcze.

IV. OPIEKA DUSZPASTERSKA

Trzeba podkreślić, że w żadnym wypadku nie wolno kapłanowi próbować leczyć pacjenta psychiatrycznego, ponieważ musi on się znaleźć pod opieką psychiatry. Kapłan nie jest wykwalifikowanym lekarzem, lecz często może się okazać bardzo dobrym „pielęgniarem”, podtrzymując pacjenta poprzez swoją posługę duszpasterską i sakramentalną. Aby skutecznie pomóc choremu psychicznie, potrzeba ofiarować mu wiele czasu i energii. Należy mu okazać życzliwość, serdeczność i zrozumienie, pomagając w przywróceniu kontaktu z otoczeniem.

Wypełniając swoje pasterskie obowiązki, kapłan niejednokrotnie dozna zawodu wskutek reakcji negatywnych ze strony pacjenta. Wiąż między nim a pacjentem może szybko zostać osłabiona, jeśli okaże jakąkolwiek oznakę zniechęcenia lub zniecierpliwienia. Przez cały czas trwania posługi kapłan powinien być pogodny, ale nie wesoły; życzliwy, serdeczny, ale nie hałaśliwy; pełen nadziei, ale nie przesadnie prorokujący. Powinien okazywać współczucie, ale nie litość; zainteresowanie, lecz nie ciekawość; dodawać odwagi i w każdym momencie starać się zrozumieć i nieść pomoc.

Kapłan powinien zdawać sobie sprawę, że istnieją pewne stany w chorobach psychicznych, w których jego czynności duszpasterskie mogą powiększyć napięcie emocjonalne człowieka cierpiącego. Musi uznać, iż niejednokrotnie wypadnie mu drobne szczegóły odnoszące się do wiary i moralności odłożyć do czasu, gdy zadziała leczenie psychiatryczne. Stosuje się to szczególnie do przypadków depresji.

W takich sytuacjach duszpasterz powinien, z przyczyn taktycznych, powstrzymać się od jakichkolwiek pouczeń religijnych lub napomnień. Jego obowiązkiem wtedy jest takie zachowanie się, aby – tak dalece, jak to jest możliwe – pacjent zrozumiał, że ma w nim przyjaciela, na którym może polegać; kogoś, kto troszczy się o cierpiącego człowieka i udziela wszelkiej pomocy w granicach swoich możliwości w celu wzmocnienia i podtrzymania pracy lekarza.

Człowiek, na którego kapłan pragnie wywrzeć wpływ, musi stać się podatnym i zdolnym do właściwego reagowania. Istotną więc sprawą jest cierpliwe czekanie, aż działanie wewnętrznych procesów duchowych doprowadzi do otwarcia się pacjenta na informacje, jakie są mu potrzebne. Van der Veldt i Odenwald, przygotowując duszpasterzy do kontaktu z cierpiącymi na psychozę maniakalno-depresyjną i schizofrenię paranoidalną, radzą, aby „kapłan powstrzymał się od mówienia o motywach religijnych, od nawoływania ich do modlitwy, do chodzenia do kościoła czy przyjmowania sakramentów. Dopiero wtedy, gdy będą powracali do zdrowia, środki religijne mogą wpłynąć na nich pozytywnie. W przypadkach poważnych urojeń kapłan nie może prawie nic zdziałać. Jeśli pacjenci będą rozmawiali z nim o swoich treściach urojeniowych, powinien próbować nie dać się wciągnąć w rozmowę na ten temat”⁷.

Niekiedy sam kapłan może odnieść wrażenie, iż udzielanie pomocy duchowej ludziom nie posiadającym żadnego wglądu w swoje zaburzenia psychiczne jest całkowicie irracjonalne. Musimy jednakże stale przypominać sobie, że jakkolwiek głęboka byłaby psychoza, pacjent pozostaje osobą, choć często zdeintegrowaną. Chrystus Pan przyszedł uzdrawiać zarówno chory umysł, jak i chore ciało, a psychotyk – prawdopodobnie w większym stopniu niż ktokolwiek inny – ma potrzebę odczucia uzdrawiającego spotkania z Tym, który wszystko odnawia.

Najlepszym podejściem duszpasterskim jest to, które wzbudza i miłość, i uzdalnia do przebaczenia, pomnaża wiarę i nadzieję. Jako pośrednik pomiędzy Bogiem i człowiekiem kapłan sam najpierw ma się otworzyć na Ducha Świętego, by wraz z Nim dotrzeć do głęboko ukrytych zakątków psychiki i duszy.

Kapłan musi unikać dwóch skrajności: przesadnego optymizmu i głębokiego pesymizmu. Odczuciu postępu w kontaktach z chorym psychicznie może towarzyszyć pokusa oczekiwania zbyt szybkich efektów, co może doprowadzić do ostatecznego rozczarowania i frustracji, kiedy oczekiwania nie zostaną spełnione. Łatwo jest też przyjąć postawę streszczającą się w słowach: „Cóż na miły Bóg można zrobić dla tych ludzi?” – i przejść obok nie wzbudziwszy w sobie zupełnie poczucia wspólnoty i głębokiej troski. Chory psychicznie jest w wysokim stopniu wrażliwy na atmosferę i takie uczucia łatwo oddziałują na głębszą warstwę jego psychiki. Prędko wyczuwa, czy troszczymy się o niego, czy nie.

Dużą pomocą dla duszpasterza jest przestudiowanie historii chorób pacjentów. Zapoznanie się z wcześniejszym okresem życia, zanim pacjent zachorował, jak również z historią choroby pomaga zrozumieć uczucia i wypowiedzi chorych psychicznie i tym sposobem wejść nieco w ten „świat”, w którym oni spędzają swoje życie. Dzięki temu duszpasterz może zrozumieć rzeczywiste potrzeby i niewypowiedziane tęsknoty ukryte pod pomieszaniem i bezładem. Przez takie podejście może on odkryć sens ukryty w niedorzecznościach pacjenta.

Z dużym powodzeniem można stosować terapię towarzyszenia. Posiedzenie z pacjentem, nawet bez słów, ale z wewnętrzną modlitwą, ma znaczenie większe, niż jesteśmy zdolni sobie wyobrazić.

Przydatne jest zorientowanie się w stanie emocjonalnym pacjenta i w tym, jaka jest jego reakcja emocjonalna na to, co się z nim dzieje. Istotne bowiem jest to, jak pacjent odczuwa swoją sytuację.

⁷ J. H. Van der Veldt, R. Odenwald, *Psychiatry and catholicism*, New York 1952, s. 258.

Należy unikać dyskusji czy sporów na tematy religijne, ponieważ choroba psychiczna jest stanem zaburzonej emocjonalności i pacjenci nie są zdolni do podejścia racjonalnego i do wyciągania wniosków. Równie nieprzydatne jest podejście typu zdawkowego pocieszania: „Nie ma tego złego, co by na dobre nie wyszło”, „Wszystko w końcu będzie dobrze”, „Nie trzeba się obawiać” czy też „Za kilka dni będzie pan wypisany ze szpitala”.

Uwagi tego rodzaju często są niezgodne z rzeczywistością i tylko zmierzają do stłumienia uczuć i problemów pacjentów, którzy potrzebują okazania akceptacji i zrozumienia.

Dla psychiczne chorych wielkie znaczenie może mieć sakrament chorych, udzielający łaski potrzebnej do odpierania ataków złego ducha oraz dający wewnętrzne wyzwolenie z mocy grzechu i dysharmonii duszy. Wyrazne odczucie oleju świętego, w momencie gdy kapłan czyni znak krzyża na czole chorego, wzbudza w nim odwagę i ufność. Nigdy jednak nie powinno się udzielać tego sakramentu bez poprzedzenia go dokładnym wyjaśnieniem i przygotowaniem, które powinno obejmować akt skruchy.

Nie należy również udzielać tego sakramentu przed uprzednim ustaleniem rozpoznania i rzeczywistych przyczyn zaburzenia psychicznego. Należy wystrzegać się udzielania sakramentu chorych osobom cierpiącym tylko na nerwicę⁸.

Doniosłą rolą Kościoła może być jego działalność we wspólnocie i opieka nad pacjentami po ich powrocie ze szpitala, kiedy to kapłan może być pośrednikiem w utrzymywaniu łączności między pacjentem a pozostałymi członkami wspólnoty.

Współpracując blisko ze szpitalem, kapłan może dopomóc w rehabilitacji pacjenta przez wprowadzenie go do opartego na tolerancji i akceptacji udziału w życiu wspólnoty parafialnej i działających w niej grup. Kapłan może również pomóc członkom rodziny w ich kontaktach z pacjentem.

O tym, jak rodzina może wspierać chorego psychicznie, a zarazem sama potrzebuje pomocy duszpasterza, świadczy jedna z rozmów przeprowadzonych w poradni życia rodzinnego i emitowanej przez radio – z panią Magdaleną, która ma chorego męża.

Magdalena: Żyję w małżeństwie 25. rok. Kiedy córka osiągnęła piąty rok życia, mąż zachorował. Choroba jest postępująca i stała. Były okresy bardzo tragiczne dla mnie. Kiedy informowałam się lekarzy o stanie jego zdrowia i rokowaniu, otrzymywałam od nich odpowiedź, że najlepiej byłoby dla mnie i mojego dziecka, gdybym odeszła i zaczęła nowe życie. Pamiętam, że trzy noce prawie nie spałam, modliłam się, zastanawiając się, jaką podjąć decyzję. I postanowiłam, że nie opuszczę go.

– *Czy chodzi tutaj o chorobę psychiczną?*

Magdalena: Tak. Zastanawiałam się, na ile będę w stanie wytrzymać do końca, na ile będę w stanie mu pomóc i jaki wpływ będzie to miało na moje dziecko, tzn. nasze dziecko. Postanowiłam, że skoro zawarłam małżeństwo sakramentalne, to zostanę do końca.

– *Jest bardzo ważne, żebyśmy wiedzieli, co może być objawem choroby psychicznej. Czy może Pani powiedzieć, na czym polega ta choroba?*

Magdalena: Są to takie zmiany w strukturze osobowości, które postępują i nie ma sposobu na zatrzymanie ich, degradacji.

⁸ N. A u t t o n, *Żyją wśród nas*, Warszawa 1981, s. 187.

– *Jak to się objawia we współżyciu, w stosunkach międzyosobowych? Czy mąż jest agresywny.*

Magdalena: Nie, jest bardzo spokojny.

– *Trudność może na tym polega, że nie potrafi się wczuć w Pani sytuację?*

Magdalena: Tak.

– *W pewnym sensie jest za spokojny.*

Magdalena: Tak. Jest tak jakby nieobecny czy nie potrafi współuczestniczyć w normalnym codziennym życiu. Wymaga opieki.

– *Czy dziecko rozumie tę sytuację?*

Magdalena: Rozumie tę sytuację. Nie ma negatywnego czy obojętnego stosunku do ojca. A wręcz odwrotnie, jest uczuciowo bardzo zaangażowana. Myślę, że bardzo kocha swojego ojca.

– *Czy on jest świadom tego?*

Magdalena: Myślę, że nie.

– *Pani czuje się osamotniona?*

Magdalena: Poniekąd.

– *Pewne rzeczy rozumiemy, ale to boli. Czy ktoś z Panią dzieli ten ból?*

Magdalena: Nie. Myślę, że dzielę go z Bogiem.

– *Dziękuję.*