

MOJA WĘDRÓWKA

MOJA WĘDRÓWKA

Refleksje studentów i wykładowców UJ
o chorobie psychicznej i studiowaniu

Kraków 2010

Źródło: „MOJA WĘDRÓWKA”, www.KonstelacjaLwa.pl

Opieka redakcyjna: *Ireneusz Białek, dr Hubert Kaszyński, Marta Lupa, Dagmara Nowak-Adamczyk, Urszula Szczocarz*

Opracowanie graficzne okładki: *Przemysław Stachyra*

Rysunki: *Lucyna Małgorzata Szok-Ciechacka*

Adiustacja i korekta: *Katarzyna Mróz*

Skład i łamanie: *Marta Lupa*

Copyright © 2010 by Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych UJ

Wydawca:

Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych Uniwersytetu Jagiellońskiego

ul. Retoryka 1/210

31-108 Kraków

www.bon.uj.edu.pl

ISBN: 978-83-62600-00-7

W celu ochrony wrażliwych danych niektóre imiona i nazwiska autorów niniejszej publikacji zostały zmienione. Wszelka zbieżność wymienionych osób jest przypadkowa.



Publikacja współfinansowana ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Źródło: „MOJA WĘDRÓWKA”, www.KonstelacjaLwa.pl

Spis treści

Wstęp	9
Początek wędrówki.....	11
CZĘŚĆ I. SZLAKIEM WYKŁADOWCY	
DR HUBERT KASZYŃSKI	
Profilaktyka w obszarze zdrowia psychicznego.....	19
URSZULA SZCZOCARZ	
Okiem konsultanta BON.....	33
JOLANTA BIELICKA	
Refleksje wykładowcy	44
ANNA KAPUSTA	
O (której) <i>Godzinie myśli?</i>	47
CZĘŚĆ II. SZLAKIEM STUDENTA	
WERONIKA JUNG	
Moja wędrówka	53
ALEKSANDRA GRACEL	
<i>Abre los ojos</i>	62
PIOTR BERESTECKI	
Historia mojego studiowania.....	84
EWA KOWALSKA	
Moje studia, moja choroba.....	92

KAMILA SOŁOWIEJ	
Nerwica – okazja na dostrzeżenie samego siebie	102
ANNA LIBERADZKA	
Jedna z miliona	114
KAROLINA WIANECKA	
Dążąc do perfekcji.....	131
JAKUB KRAKOWSKI	
Ratować siebie.....	159
MARTA RYNDA	
Kilka refleksji na temat spotkań „Porozmawiajmy o chorobie psychicznej”	170
To jeszcze nie koniec wędrówki.....	177
Słownik pojęć.....	179
Bibliografia	183

Jako nauczyciele, doradcy i przedstawiciele instytucji musimy dbać o to, aby świat był otwarty dla studentów i nie możemy go zamykać. Jesteśmy odpowiedzialni za otwieranie świata. Za dawanie, a nie blokowanie możliwości jakie mają nasi studenci i w ten sposób ich wolność leży w naszych rękach. Oni muszą wziąć za nią odpowiedzialność, ale to my ją mamy w naszych rękach. My możemy uczynić świat szerszym lub węższym. Możemy nawet go zamknąć.

Willy Aastrup

Wstęp

Jako Prorektor UJ ds. dydaktyki często spotykam się z sytuacjami studentów mających rozmaite problemy natury psychicznej. Z reguły trudno wyczuć, czy wystarczy danej osobie pomoc w rozwiązaniu jakiejś sprawy na uczelni i będzie to już wystarczające wsparcie, czy też należałoby skierować studenta po bardziej fachową pomoc. Wiem, że moi poprzednicy na tym stanowisku mieli podobne dylematy.

Od jakiegoś czasu obserwujemy na Uniwersytecie wzrost liczby osób chorujących psychicznie i niniejsza publikacja szerzej o tym traktuje. Z tego powodu, po pierwszym roku sprawowania przeze mnie funkcji Prorektora, poprosiłem Kierownika podległego mi Biura ds. Osób Niepełnosprawnych o przedstawienie propozycji rozwiązań wychodzących naprzeciw temu wyzwaniu tak, aby pomóc studentom w ich sytuacji na uczelni. W ten sposób narodził się pomysł opracowania programu adaptacyjnego dla studentów chorujących psychicznie znanego na Uniwersytecie pod nazwą Konstelacja Lwa, w którym znaczący wkład finansowy ma Europejski Fundusz Społeczny. Dzięki niemu chcielibyśmy dowiedzieć się, ilu studentów doświadcza trudności natury psychicznej, jakiego potrzebują wsparcia i jak przedstawia się ich sytuacja akademicka. Wiedza ta posłuży do zaplanowania długofalowego i efektywnego wsparcia tej grupy osób. Być może będzie konieczne wprowadzenie

zmian do istniejących procedur i regulaminów tak, aby były one bardziej elastyczne i uwzględniały tego typu sytuacje.

Szerokie upowszechnienie informacji o projekcie spotkało się z ogromnym zainteresowaniem ze strony społeczności akademickiej i mediów. To cieszy, ponieważ pragniemy zainicjować otwartą dyskusję na temat chorób psychicznych i studiowania tak, aby minimalizować wiele szkodliwych stereotypów dotyczących osób chorujących. Stereotypy te nakazują studentom żyć w ukryciu, bez żadnej pomocy tak ludzkiej jak i medycznej, w obawie, że ujawnienie swojej sytuacji skaże ich na wykluczenie i dyskryminację. Niechęć w zwróceniu się o pomoc pogłębia z kolei ich problemy, które mogą przerodzić się w zaawansowaną chorobę, co może znacząco utrudnić studiowanie.

Pragniemy przerwać to błędne koło. Trzeba do tego wiele odwagi ze strony chorujących studentów, ich rodzin, bliskich znajomych i partnerów życiowych. Trzeba też odwagi do debaty na ten temat w szeroko pojętym środowisku akademickim, a nade wszystko otwartości na taką debatę i różnorodność problemów, jakie w jej wyniku będziemy mieli do rozwiązania. Jest to jednak konieczne, aby tworzyć Uniwersytet odpowiedzialny społecznie – wspólnotę akademicką, w której wszyscy będziemy się czuć bezpieczniej wiedząc, że w sytuacji dla nas skrajnej możemy liczyć na innych jej uczestników.

Mam nadzieję, że ta publikacja pomoże nam wszystkim w zrozumieniu wyzwań jakie stoją przed nami na tej drodze. Dziękuję studentom i wykładowcom Uniwersytetu Jagiellońskiego, którzy zgodzili się tu podzielić swoimi refleksjami. Lektura ta umacnia mnie w przekonaniu, że obrana droga jest właściwa.

Prof. dr hab. Andrzej Mania
Prorektor UJ ds. dydaktyki

Początek wędrówki

„To nie jest kierunek dla kalek” – usłyszałem od ważnej osoby na jednym z popularnych wydziałów Uniwersytetu Jagiellońskiego. Ta swoista diagnoza została postawiona w 1999 roku, kiedy rozpoczynałem swoją pracę jako Pełnomocnik Rektora ds. Osób Niepełnosprawnych i poprosiłem tę osobę o rozmowę w sprawie studenckiej. Dotyczyła ona zamiany pisemnej formy egzaminu na ustną – tego typu zagadnienia są obecnie na UJ rozwiązywane standardowo przez konsultantów w formie jednego pisma. To brutalne stwierdzenie pamiętam jednak do dziś i myślę, że jako osoba niepełnosprawna, a jednocześnie absolwent naszej *Alma Mater* odczułem je wówczas niezwykle boleśnie. Nazwalibyśmy obecnie taką postawę dyskryminacją i to zupełnie jawną, ale wtedy patrzyłem na to raczej jak na jedną z trudności, z jakimi przyjdzie mi się zmierzyć pracując na tym stanowisku. Myślę też, że podejmując się tej misji miałem poczucie osamotnienia i choć wiedziałem, że gra toczy się o ważną ideę społeczną, chyba nie wierzyłem w jej powodzenie.

Wiele razy słyszałem, że jestem zwolennikiem uprzywilejowywania ludzi, którzy nie nadają się na studia i wykorzystując swoją niepełnosprawność, proszą za moim pośrednictwem o różnego rodzaju ulgi powodujące, że inni studenci czują się pokrzywdzeni. Niewiele

pomagało tłumaczenie sensu idei wyrównywania szans polegającej na tym, że uczelnia najpierw powinna dostosować się do potrzeb osób z różnymi niepełnosprawnościami, a dopiero później wymagać od nich wypełniania swoich obowiązków na tym samym poziomie, co od pozostałych studentów. Odwrotna kolejność podtrzymuje błędne koło polegające na tym, że osoby niepełnosprawne nie przychodzą na uczelnię, bo nie chcą funkcjonować w ramach niedostosowanej do ich potrzeb instytucji. Zakładałem oczywiście, że wśród osób niepełnosprawnych mogą się znajdować również tacy studenci, którzy wykorzystują swoją niepełnosprawność do uzyskiwania nieproporcjonalnych do tego faktu korzyści, ale przecież nie znaczy to, że nie należy się starać o dawanie szansy edukacji tym, którzy mając pewne ograniczenia fizyczne, spełniają wszelkie kryteria jakościowe, aby móc z sukcesem studiować. Eliminacja rozmaitych nadużyć jest zresztą kwestią odpowiedniego zbalansowania systemu wsparcia i procedur, a poza wszystkim problem ten dotyczy nie tylko osób niepełnosprawnych.

Spróbujmy się jednak przyjrzeć innym postawom, o których także należy się tu wzmianka, a dzięki którym mam obecnie możliwość pisania tych słów. „Wie Pan, kiedy byłem studentem, to miałem niewidomego kolegę, który z powodzeniem studiował, choć były to lata pięćdziesiąte, to pewnie teraz da się to wszystko dużo łatwiej zorganizować – to bardzo ważne, co Pan planuje i będę Panu w tym pomagał” – powiedział ówczesny Rektor Uniwersytetu Jagiellońskiego jakiś czas po zatrudnieniu mnie na stanowisku Pełnomocnika. Niedługo potem jeden z instytutów, wbrew procedurom i wcześniejszym ustaleniom, nie zgodził się na wydłużenie czasu dla zdających na studia niewidomych kandydatów. Pan Rektor interweniował, ze skutkiem pozytywnym dla kandydatów. „Nic o was bez was” – to znane hasło przyświecające ruchom na rzecz partycypacji osób niepełnosprawnych w życiu

społecznym usłyszałem od mojej bezpośredniej przełożonej już na pierwszym spotkaniu, kiedy prezentowałem jej jako Prorektorowi ds. dydaktyki ideę działania Biura. I tak się też stało, wkrótce potem radykalnie rozszerzyła się oferta Biura i wachlarz usług dla studentów, pozyskaliśmy nowe przestrzenie i stworzyliśmy najnowocześniejsze w kraju zaplecze technologiczne. W 2012 roku poszerzymy je znacznie i to w zupełnie nowym budynku Uniwersytetu Jagiellońskiego jakim będzie Collegium Paderevianum II, to z kolei efekt dobrej współpracy z innym prorektorem.

Utkwiło mi w pamięci jeszcze inne wydarzenie. Przyszedł pewnego dnia do Biura profesor, który żadnej funkcji oficjalnej nie sprawował, a jego polem badań były nauki ścisłe. Byłem więc ciekaw, w jakim kierunku potoczy się rozmowa. „Spędziłem dziesięć lat w Szwecji i wiem jak to jest ważne, czym się Pan tutaj zajmuje. Chciałbym się jakoś przydać” – tak zaczął. Kilka miesięcy później testowaliśmy z zespołem jego pracowników szkolenie dla nauczycieli akademickich¹ mające na celu podnoszenie świadomości niepełnosprawności za pomocą bardzo nowoczesnych metod szkoleniowych, które sprawdziły się doskonale na rynku brytyjskim. W tej chwili szkolenia takie odbywają się u nas regularnie i jesteśmy jedyną polską uczelnią tego typu kursy wdrażającą.

Minęła dekada od momentu utworzenia stanowiska Pełnomocnika ds. Osób Niepełnosprawnych. Obecnie tworzymy kilkunastuosobowy zespół z pełnym zapleczem technologicznym i wachlarzem usług specjalistycznych mogącym równać się z wieloma znakomitymi uczelniami europejskimi. To owoc konsekwentnej postawy władz we wdrażaniu polityki wyrównywania szans i determinacji coraz większej

¹ Chodzi o szkolenia podnoszące świadomość nauczycieli akademickich w zakresie niepełnosprawności opracowane w ramach europejskiego projektu DARE (www.DareProject.eu).

grupy pasjonatów idei Uniwersytetu odpowiedzialnego społecznie. Z perspektywy tej dekady zadaję sobie jednak pytanie, skąd brało się tak wiele uprzedzeń i stereotypów wśród ludzi przecież z reguły świetnie wykształconych. Odpowiedzi jest pewnie wiele, ale jedna wydaje mi się w tym momencie dość istotna – z lęku przed kontaktem z „Innym”. Kiedy niepełnosprawność staje się codziennością, przestaje jednocześnie być sensacją, czymś rzadkim, niespotykanym i nieznanym, co trzeba oswoić. Kiedy okazuje się, że studenta niepełnosprawnego można kształcić tak samo jak wszystkich pozostałych, dostosowując jedynie metodologię lub korzystając z określonych technologii, przestaje to być uciążliwością, a staje się fascynującym wyzwaniem dydaktycznym. Studentów niepełnosprawnych jest coraz więcej, bo uczelnia się na nich otwiera. Inność stała się codziennością, spowszedniała, zmieniła się norma, błędne koło zostało przerwane.

Mimo wciąż obecnych problemów do rozwiązania, bo te zawsze będą istnieć, Uniwersytet w pełni zasługuje na miano instytucji działającej w zgodzie z bardzo wymagającym art. 24 Konwencji Narodów Zjednoczonych o Prawach Osób Niepełnosprawnych. Wszystko to jednak dotyczy tak zwanych niepełnosprawności tradycyjnych, jeśli takiego sformułowania wolno tutaj użyć. Stoimy właśnie przed kolejnym wielkim wyzwaniem związanym z różnymi problemami psychicznymi, których z roku na rok jest coraz więcej wśród naszych studentów. Temu z kolei wyzwaniu zdecydował się wyjść naprzeciw mój obecny przełożony, prof. dr hab. Andrzej Mania, prosząc mnie o przygotowanie programu, którego realizacja odpowiadałaby nam przynajmniej na część pytań dotyczących przyczyn tak gwałtownie rosnącej liczby studentów z problemami psychicznymi i pozwoliłaby na zdefiniowanie najistotniejszych priorytetów działania. Warto bowiem odpowiedzieć sobie na pytanie, czy codzienne życie akademickie nie

generuje atmosfery, która może sprzyjać zachorowaniom, czy istniejące procedury są wystarczająco plastyczne, aby uwzględnić obecność studentów chorujących i umożliwić im codzienne funkcjonowanie na uczelni bez konieczności rezygnacji ze studiów. I wreszcie, czy możemy tym studentom zaoferować coś od siebie, niezależnie w którym miejscu uczelni na co dzień funkcjonujemy.

Mam nadzieję, że choć na część tych pytań uda się odpowiedzieć w tej publikacji. Powstała ona z myślą o wszystkich, którym zależy na tworzeniu Uniwersytetu odpowiedzialnego społecznie, uczelni wspierającej, a nie wykluczającej, otwartej na wyzwania współczesnego świata, a nie wieży z kości słoniowej. Z myślą o tych wszystkich, czyli o większości naszej społeczności, powstała Konstelacja Lwa. Jest to program nie tylko dla tych, którym trzeba pomóc, ale także dla tych, którzy chcą pokonać lęk przed kolejnym „Innym”, jakim jest student z problemami psychicznymi, dowiedzieć się czegoś więcej o nim i spróbować go zrozumieć.

Dla Konstelacji Lwa znaleźliśmy hasło – odwaga pomaga. Jak bardzo jest ono prawdziwe, przekonamy się po lekturze esejów tu zamieszczonych. Podziękowania należą się wszystkim studentom i wykładowcom, którzy zdecydowali się podzielić tu swoimi doświadczeniami. Każda z tych historii jest subiektywnym punktem widzenia danej osoby, jej światem, prywatnymi emocjami, dramatem, przemyśleniami. Tak właśnie należy na te opowieści patrzeć. Oznacza to, że nikt nikomu nie chce żadnego spojrzenia narzucić, wręcz przeciwnie, raczej pobudzić do dyskusji, chwili zastanowienia, refleksji. Do pierwszych takich przemyśleń dochodziło, kiedy rozdawaliśmy maskotkę towarzyszącą naszemu programowi – małe, pluszowe lwiatko. Wielu pracowników uśmiechało się ciepło na widok pluszaka i mówili: „to bardzo potrzebne, co robicie”, „wreszcie jest taki program”, „czy będzie

też wsparcie dla pracowników?”, „znowu coś wymyśliliście pożytecznego”. Lwiątko spełniło swoją rolę, ponieważ wywołało ciepły uśmiech i chwilę refleksji. Reszta zależy od rezultatów programu, podjętych decyzji i działań, a być może i od następstw tej publikacji. Wierzę, że ma ona wystarczający potencjał, abyśmy postawili kolejny krok na drodze ku odpowiedzialnemu Uniwersytetowi.

Ireneusz Białek
Kierownik BON UJ

CZĘŚĆ I

SZLAKIEM WYKŁADOWCY



Dr Hubert Kaszyński
Instytut Socjologii UJ

Profilaktyka w obszarze zdrowia psychicznego

Trud odzyskiwania zdrowia psychicznego polega przede wszystkim na znoszeniu nadmiernego stanu napięcia powstającego w osobie w wyniku zderzenia naturalnej i – co podkreślam ze szczególną mocą – możliwej do zaspokojenia potrzeby bycia zdrowym oraz społecznego procesu krystalizowania niepełnosprawności, którego fundamentem jest brak wiedzy o chorobie, stereotypy z nią związane, uprzedzenia i dyskryminacja. Proces społecznego tworzenia niepełnosprawności w obszarze zdrowia psychicznego przebiega bardzo gwałtownie, a jego wynikiem jest skuteczne blokowanie lub ograniczanie szansy na powrót do świata zdrowych. Niepełnosprawność będącą faktem społecznym powinniśmy rozumieć jako występowanie w danym środowisku niekorzystnych warunków ograniczających indywidualną aktywność. To sytuacja związana ze współczesną organizacją społeczeństwa, która nie uwzględnia istniejących bądź też potencjalnych możliwości rozwojowych konkretnych osób, tym samym wyłączając je z udziału w głównym nurcie życia. Inaczej, to gorsze traktowanie osób – określanych jako „inne”, „obce” – w obszarze aktywności zawodowej, pozyskiwania wykształcenia, funkcjonowania w rodzinie lub szerzej uczestnictwa w codziennym życiu wspólnoty.

W opiniach Polaków wspomniane gorsze traktowanie jest udziałem również osób chorujących psychicznie. Stanowi ono przejaw braku wiedzy związanej z budzącymi lęk i niezrozumienie słowami: schizofrenia, psychoza, bulimia lub anoreksja.

W badaniach J. Wciórki¹ społeczne postawy wobec osób chorujących psychicznie cechują stereotypowe i nieprawdziwe wyobrażenia, emocje, dla których fundamentem jest lęk oraz stała gotowość do unikania jakiegokolwiek wspólnego działania. Z cytowanych badań wynika, iż 83% respondentów ocenia, że osoby chorujące psychicznie doświadczają dyskryminacji w zakresie prawa do pracy, 67% wskazuje na brak poszanowania godności osobistej, natomiast 65% twierdzi, iż nierówne traktowanie jest udziałem chorujących również w zakresie wykształcenia i edukacji. Postawy wobec osób cierpiących psychicznie są źródłem tworzenia zróżnicowanych psychologicznych, społecznych, prawnych i ekonomicznych barier, które podtrzymują ich niekorzystne położenie w społeczeństwie. W procesie kształtowania postaw oraz ich podtrzymywania szczególne znaczenie ma brak bezpośredniego kontaktu z chorującymi psychicznie oraz przeświadczenie, iż choroba jest zdarzeniem wstydliwym dla pacjenta i jego bliskich.

Problem dostępności uczelni wyższych dla studentów chorujących lub – mówiąc inaczej – zdrowiejących psychicznie jest ważny również dla szerszej grupy osób radzących sobie z niepełnosprawnością z innych przyczyn. Twierdzę tak dlatego, iż poziom otwartości na problemy zdrowia psychicznego jest miarą naszej gotowości na przyjęcie odmiennych sposobów przeżywania i definiowania świata, jest miarą siły więzi społecznej i odpowiedzialności za indywidualną ludzką tożsamość. To

¹ Zob. B. Wciórka, J. Wciórka, *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie. Komunikat z badań*, CBOS (BS/124/2008), Warszawa 2008.

równocześnie test naszych metod pracy bazujących na osobistej wrażliwości, na nieraniącej emocjonalności potrzebnej do rozwoju każdego człowieka. Warto podjąć trud refleksji nad kondycją zdrowotną środowisk studenckich, bowiem problem jest i będzie obecny na uczelniach wyższych i – czy dostrzegamy go dzisiaj, czy też staramy się skrywać nie zawsze wygodną rzeczywistość – jest i będzie on udziałem naszej akademickiej pracy².

Zwracam również uwagę na szerszy kontekst zagadnienia. Mianowicie, w Polsce blisko 80% osób z niepełnosprawnością nie pracuje, ponad 95% z grupy osób z niepełnosprawnością psychiczną cierpi na trwały brak zatrudnienia. Fakt ten jest dotkliwy tak z humanistycznej, jak również czysto ekonomicznej perspektywy. Koszty tego dotkliwego zaniedbania ponosimy wszyscy, a równocześnie wiemy, iż kluczowym determinantem tego stanu rzeczy jest niski poziom wykształcenia osób niepełnosprawnych.

Zaburzenia psychiczne, choroba psychiczna

Zaburzenia psychiczne definiowane są jako szczególny splot dysfunkcji czynności psychicznych i zachowania zależny od uwarunkowań biologicznych, psychicznych oraz społecznych właściwych danej osobie. Tradycyjnie zaburzenia psychiczne dzielimy, posługując się językiem diagnostycznym, na: psychotyczne (tzn. stany chorobowe, w których występują urojenia, omamy, zakłócenia świadomości, sfery

² W świetle raportu *The mental health of students in higher education* (Royal College of Psychiatrists, Londyn 2006) około 20% studentów cierpi na szeroko rozumiane zaburzenia zdrowia psychicznego, przede wszystkim fobie, stany lękowe, zaburzenia nerwicowe; w ostatnich latach wzrasta liczba studentów uczelni wyższych z głębokimi problemami zdrowia psychicznego: schizofrenią, depresją lub zaburzeniami jedzenia.

emocjonalnej i nastroju) oraz na niepsychotyczne obejmujące między innymi nerwice, upośledzenie umysłowe (tzw. niepełnosprawność intelektualna), zespoły organiczne, poważne problemy osobowościowe, uzależnienia od substancji psychoaktywnych i niektóre nieprawidłowości funkcjonowania sfery seksualnej³.

Najgłębszy problem psychiczny jest diagnozowany jako choroba psychiczna (np. ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne, zaburzenia urojeniowe, schizofrenia, zespoły schizofrenopodobne, ciężkie epizody depresji, psychotyczne zaburzenia afektywne, zaburzenia jedzenia). Jest to stan, w którym dochodzi do zatarcia wyraźnej granicy między światem realnym a światem urojeń i halucynacji, to stan rozbicia granic własnego „ja”, któremu towarzyszą poważne zaburzenia emocjonalne. Choroba wiąże się z silną potrzebą wycofywania się z dotychczasowych kontaktów społecznych, które stają się zbyt obciążające. W izolacji chory stara się odzyskać utracony wpływ na własne życie, bezskutecznie poszukuje przyczyny głębokiej depresji lub nagłych zmian nastroju. Osoby doświadczające zaburzeń psychicznych potrzebują dostosowanego do stanu zdrowia leczenia, odpowiednich oddziaływań psychoterapeutycznych i rehabilitacyjnych. Szczególne znaczenie w odzyskiwaniu zdrowia mają wszelkie bodźce, których celem jest ukształtowanie w miejscu zamieszkania chorego zróżnicowanych form wsparcia społecznego. Dzięki nim oraz swoim staraniom człowiek doświadczony kryzysem psychicznym może stopniowo powracać do aktywnego życia; może pracować, studiować, mieszkać, przyjaźnić się, czyli – używając ogólnego sformułowania – uczestniczyć w życiu społecznym ze względnie wysokim poczuciem bezpieczeństwa.

³ Zob. S. Pużyński, *Zaburzenia psychiczne* [w:] tegoż (red.), *Leksykon Psychiatrii*, Warszawa 1993.

Spoleczna orientacja w ochronie zdrowia psychicznego odwołuje się do modelu „podatność na zachorowanie – społeczny stres”. Zgodnie z nim do wybuchu choroby dochodzi pod wpływem społecznego stresu związanego z ważnymi wydarzeniami życiowymi opisywanymi przez chorych jako sytuacje nieoczekiwane, niemożliwe do przewidzenia, jak również jako związane z poczuciem niezdolności do ich uporządkowania, nadawania im adekwatnych znaczeń i hierarchii ważności. Przed wybuchem choroby mogą chronić trzy podstawowe czynniki. Po pierwsze, nabyte przed kryzysem umiejętności radzenia sobie z trudnościami codziennego życia. Po drugie, posiadane w rodzinie oraz w innych grupach społecznych wsparcie emocjonalne, informacyjne czy też finansowe. Po trzecie wreszcie, przyjazne środowisko, otwarte na odmienność, krytykę, w którym występuje wzajemne zaufanie i gotowość do współpracy. Dlatego też w programach wsparcia dla osób chorujących psychicznie szczególne miejsce zajmuje psychoedukacja skierowana bezpośrednio do nich, jak również do ich bliskich: rodziny, przyjaciół oraz innych znaczących kręgów społecznych (na przykład pracodawców, nauczycieli akademickich, pracowników służby zdrowia).

O znaczeniu kontaktu z osobą chorującą psychicznie

Krakowski humanista, autor klasycznych opracowań naukowych z zakresu psychiatrii Antoni Kępiński, osobie z zaburzeniami psychicznymi przypisał szczególną rolę: „pacjenta i nauczyciela”⁴. Utrzymywał, iż profesjonaliści zajmujący się leczeniem, terapią, jak również świadczeniem pomocy powinni być równocześnie zdolni do uczenia się od chorych o ich potrzebach. Zgodnie z tą perspektywą codzienna praktyka,

⁴ Zob. A. Kępiński, *Schizofrenia*, Warszawa 1972.

terapeutycznego „spotkania i rozmowy” to próba zrozumienia poza samym zaburzeniem zdrowia psychicznego czegoś więcej, być może wartości, jaką jest społeczna więź łącząca ludzi słabych z silnymi, chorych ze zdrowymi. Lecznicza metoda Antoniego Kępińskiego polegała na pracy nad intelektualnym wglądem pacjenta we własne przeżycia chorobowe, czyli poznawaniem potencjalnych przyczyn problemów zdrowotnych i sposobów ich rozwiązywania. Kluczowe znaczenie w jego sposobie pracy miało dostarczanie pacjentowi doświadczenia związku emocjonalnego w relacji z lekarzem, bowiem – jak utrzymywał – związek ten wpływa pozytywnie na poprawę sposobu przeżywania przez pacjenta siebie i innych. Ostatni z elementów opisywanej metody terapeutycznej polegał na prowadzeniu z osobą dialogu o wartościach, o sensie życia, o znaczeniu często bolesnych egzystencjalnych poszukiwań i własnej roli jako osoby z niepełnosprawnością⁵.

Budowanie kontaktu z chorym można opisać, odwołując się do powszechnie przyjmowanego przez praktyków twierdzenia, że bez względu na fakt, jak bardzo typowe są objawy choroby, jej doświadczenie jest zawsze manifestowane poprzez konkretną osobę i szczególne okoliczności społeczne, które są jej udziałem. W konsekwencji za każdym razem, kiedy pomagamy choremu, mamy możliwość zaobserwować wyjątkową manifestację objawów. Podkreślanie pierwiastków indywidualnych w przeżyciach, postawie i możliwościach pacjenta jest ważnym antidotum na panującą w świecie medycznym tendencję, aby traktować osoby, które mają tę samą diagnozę tak, jakby posiadały one wiele innych wspólnych cech. Istotą oddziaływań leczniczych i rehabilitacyjnych jest indywidualizacja sytuacji każdego z pacjentów, poszukiwanie znaczeń, jakie dla chorego ma kliniczna manifestacja jego przeżyć oraz odkry-

⁵ Zob. A. Kokoszka, *Jak pomagał i leczył profesor Antoni Kępiński*, Kraków 1999.

wanie, jak owe przeżycia są powiązane z jego wcześniejszą i terażniejszą obecnością w świecie.

W postępowaniu leczniczym istotna jest umiejętność rozgraniczania pomiędzy formą a treścią zaburzenia psychicznego. Dla psychiatry forma, czyli pewien wzorzec zachowania lub ujawniania emocji, ma podstawowe znaczenie, ponieważ prowadzi do postawienia diagnozy. Jednakże zgodnie z podejściem społecznym uwaga powinna zostać zwrócona również, a może przede wszystkim, na treść zaburzenia. Forma prowadzi do zdiagnozowania choroby i determinuje plan przyszłego leczenia. Treść wskazuje na szczególne trudności, z którymi boryka się chory, określa ważne z jego perspektywy priorytety w terapii, zawiera informacje o szczególnie obciążających sytuacjach społecznych, które współtworzą lub zaostrzają przebieg choroby, jak również są determinantami dla zdrowienia. Analizując treść zaburzenia psychicznego poznajemy, jakie znaczenie posiada ono dla konkretnego pacjenta, dla jego rodziny i bliskich. Jak w zwykły, najprostszy sposób, poprzez odniesienie do czegoś, co zdarzyło się w przeszłości, próbują oni wyjaśnić fakt utraty zdrowia. Opis tak zwanego znaczenia choroby zawiera zwykle wiele informacji o emocjach, konfliktach, tajemnicach i mitach towarzyszących zaburzeniu psychicznemu. Niewątpliwie, pewne szczególne uwarunkowania związane z chorobą mają wpływ na udział pacjenta we własnym leczeniu, na jego stosunek do kryzysu psychicznego oraz na siłę motywacji, z jaką pragnie on zmienić własną sytuację życiową, czyli zdrowieć.

W bezpośrednim kontakcie terapeutycznym ważne jest, abyśmy dostrzegali, że osoba chorująca próbuje kontrolować swoje emocje związane z przeżyciami psychotycznymi. Chory walczy o to, aby wydawać się tak normalnym jak tylko to jest możliwe, stara się ukryć przed światem swoje uczucia, przekonania i idee z obawy, że ich ujawnienie będzie dla innych źródłem przerażenia, a dla niego przyczyną społecznego odrzu-

czenia, cierpienia lub kary. Chory odczuwa silną potrzebę „odgrodzienia się” od ludzi, którzy mogą poznać jego tajemnice. Jego bliscy mogą nazywać ten stan małomównością, emocjonalnym zamknięciem lub autyzmem. Wysiłek włożony w specyficzną pracę nad sobą, której celem jest ochrona własnego „ja”, może być tak wielki i maksymalnie absorbujący, że chory stanie się napięty, poirytowany i nade wszystko wstrzemięźliwy wobec innych.

Zrozumienie indywidualnych prób przezwycięzania przez osobę objawów chorobowych jest dla nas wszystkich warunkiem koniecznym, aby dialog z chorym stał się możliwy. Dialog jest wartością fundamentalną dobrej praktyki nie tylko w leczeniu czy rehabilitacji, lecz także w naszym codziennym życiu. Należy podkreślić, iż to, co kształtuje społeczną perspektywę w pracy z osobami chorującymi psychicznie, to właśnie świat wartości. Można opisywać go, uwzględniając tak zwaną etyczną zasadę naczelną, dla której podstawą jest filozofia Immanuela Kanta i jego imperatyw kategoryczny, zgodnie z którym człowiek bez względu na okoliczności zawsze ma być celem naszych starań, a nigdy środkiem do jego osiągnięcia.

Dialog umożliwiający poznawanie społecznego funkcjonowania osób wymagających naszej pomocy nie jest zwieńczeniem profesjonalnych działań, lecz przeciwnie, punktem wyjścia do tego, aby odkrywać splot złożonych powiązań i szerszych uwarunkowań obecności chorego w świecie. To założenie wiąże się z koniecznością wielowymiarowego postrzegania osoby i jej problemów oraz poszukiwania rozwiązań w obrębie wszystkich sfer życia, tak indywidualnego, jak i społecznego. Innymi słowy, pożądana jest praktyka zogniskowana na dostrzeganiu czegoś więcej niż tylko patologii i medycznej diagnozy. Taka praktyka uwzględnia wpływ, jaki na poziom (dys)funkcji mają relacje z innymi ludźmi, ubóstwo, bezrobocie, dezintegracja rodziny, labirynt przepisów

prawa socjalnego albo słabo rozbudowany system wsparcia społecznego. Można bowiem osiągnąć górną granicę tego, co da się zrobić dla zmniejszenia tak zwanych deficytów jednostki, lecz niewykluczone, że da się zrobić coś jeszcze, aby zmniejszyć jej potencjalne ograniczenia przez zmianę warunków zewnętrznych.

Dialog nie tylko pomaga nam lepiej rozumieć własne doświadczenia, lecz również pozwala je kontrolować i przekształcać, tym samym otwiera możliwość zmiany sytuacji życiowej, w której się znajdujemy. Założenie to leży u podstaw procesu terapeutycznego. Początkową jego fazę, którą określimy mianem umacniania (*empowerment*), rozumiemy jako kształtowanie w trakcie relacji z osobą poszukującą pomocy zrębów wzajemnego zaufania, współbrzmienia, nazywanego często sojuszem terapeutycznym. Konsekwentne stosowanie tego podejścia może zaowocować tym, iż potrzeby chorującego będą zaspokojone, a jego szczególne doświadczenia związane ze zmaganiem się z chorobą wysłuchane i zrozumiane. Ostatecznie, możemy mieć nadzieję, iż programy wsparcia będą przynajmniej w minimalnym stopniu współtworzone nie tylko „dla”, ale i razem „ze” swoimi odbiorcami.

„Wiedza z pierwszej ręki” jako metoda profilaktyki w zakresie ochrony zdrowia psychicznego

Zgodnie z raportem Światowej Organizacji Zdrowia⁶ zaburzenia psychiczne dotyczą 20% ludności, a w samej Unii Europejskiej aż 27%. W Polsce – na tle ogólnie korzystnych przemian w sytuacji zdrowotnej ludności – uderza znaczący wzrost częstości hospitalizacji i porad

⁶ Zob. Zielona Księga. Poprawa zdrowia psychicznego ludności. Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej, Komisja Wspólnot Europejskich, Bruksela 2005.

ambulatoryjnych z powodu zaburzeń psychicznych, w tym szczególnie z powodu uzależnień. Podstawowym znaczeniem dla profilaktyki w zakresie zdrowia psychicznego, jak również dla zwiększania skuteczności kampanii społecznych promujących zdrowie psychiczne w różnych grupach społecznych, w tym w grupach studenckich, jest możliwość bezpośredniego kontaktu z osobą, która pokonała głęboki kryzys psychiczny. Nasze postawy wobec osób chorujących – stereotypowe i nieprawdziwe wyobrażenia, lęk oraz stała gotowość do unikania wspólnego działania – są kluczową barierą, która utrudnia wczesne rozpoznawanie zaburzeń psychicznych. Metoda pracy polegająca na włączaniu osób chorujących psychicznie w pracę edukacyjną odwołuje się do powszechnie akceptowanego roboczego założenia „nic o nas, bez nas”. Współcześnie prowadzone są badania⁷ potwierdzające skuteczność edukacji społecznej, polegającej na bezpośrednim spotkaniu różnorodnych grup społecznych z osobami chorującymi psychicznie występującymi w roli prowadzących zajęcia. Ich podstawą teoretyczną są klasyczne koncepcje E. Goffmana⁸, który opisywał niszczący i dehumanizujący wpływ stygmatyzacji. W jej wyniku ludzie, często nieświadomie i niecelowo, skazują „innych” na życie według negatywnego społecznego skryptu. Stopniowo, w toku codziennych interakcji, piętno ulega uwewnętrznieniu, wypierając i zastępując dotychczasowe „ja”. Chorujący psychicznie muszą się zmierzyć nie tylko z faktem choroby, często zdehumanizowanymi praktykami klinicznymi, niskimi oczekiwaniami społecznymi, ale także z uwewnętrznionym piętnem. Istnieje bowiem duże niebezpieczeństwo, że mogą zamiast być osobą, stać się uogólnionym, krzywdzącym wyobrażeniem innych o własnej chorobie. A ten stan nie pozostawia żadnej

⁷ Zob. R. I. Shor, J. Sykes, *Introducing Structured Dialogue with People with Mental Illness into the Training of Social Work*, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26 (1) 2002.

⁸ Zob. E. Goffman, *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, Gdańsk 2005.

zdrowej części osobowości, jaka umożliwiłaby pracę nad zdrowieniem oraz odbudowywaniem życia wedle własnych marzeń.

Wszelkie nauczanie zamknięte w uniwersyteckich murach nie sprzyja kształtowaniu przychylnych postaw wobec osób chorujących psychicznie w takim stopniu, w jakim czyni to nauczanie połączone z praktycznym doświadczeniem spotkania. Uczestnicy tych szczególnych spotkań często przyznają, iż dowiadują się, że różnica pomiędzy nimi a chorującymi nie zawsze jest wyraźna. Zastąpienie stygmatyzującego obrazu obrazem mającym odzwierciedlenie w rzeczywistości, z którą można się identyfikować sprawia, że członkowie grup edukowanych uświadamiają sobie, iż choroba mogła czy też może stać się również ich udziałem. Wysłuchanie osobistych historii doświadczonych przez psychiatrię pozwala zrozumieć, co czuje chorujący, jakiej pomocy wymaga oraz umożliwia lepsze poznanie jego potrzeb i możliwości⁹.

Funkcja uczelni wyższej w ochronie zdrowia psychicznego

Uczelnia ma ważną rolę do odegrania we wspieraniu studentów z problemami psychicznymi w zakresie rozwijania ich psychicznego, społecznego oraz intelektualnego potencjału. Studiowanie w środowisku otwartym na odrębność i stymulującym intelektualnie pomaga w budowaniu indywidualnej pewności siebie i poczucia kompetencji. Kontynuowanie i kończenie rozpoczętej aktywności – pomimo choroby – może sprawić, że studenci poczują się odpowiedzialni i godni za-

⁹ Od kilku lat prowadzi ten szczególny rodzaj edukacji społecznej w Instytucie Socjologii UJ we współpracy z członkami Stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi”, zob. A. Liberadzka, *Sprawozdanie z projektu „Przez edukację do akceptacji”* [w:] H. Kaszyński (red.), *Edukacja społeczna jako metoda przeciwdziałania stereotypizacji osób chorujących psychicznie na rynku pracy*, Kraków 2008.

ufania. Wreszcie, uczelnia sprzyja budowaniu więzi z innymi osobami i tworzeniu sieci wsparcia społecznego, która jest tak bardzo potrzebna osobom z głębokimi trudnościami emocjonalnymi. Nauka i wrażliwe na specyficzne potrzeby chorujących środowisko dodaje sił i wiary w to, że uda się im zrealizować własne plany i prowadzić szczęśliwe życie. Zdecydowanie podkreślam, iż dostosowane do indywidualnych możliwości studiowanie, konsekwentne pełnienie roli studenta jest zasadniczym czynnikiem hamującym proces uwewnętrzniania piętna¹⁰.

Zgodnie z informacjami Biura do spraw Osób Niepełnosprawnych Uniwersytetu Jagiellońskiego możliwe konsekwencje choroby psychicznej dla procesu studiowania to:

- potrzeba wydłużenia okresu rozliczeniowego (roku akademickiego lub całych studiów) ze względu na nawrót choroby i konieczność hospitalizacji psychiatrycznej,
- wzrost liczby nieobecności na zajęciach, związany z nasileniem objawów chorobowych,
- potrzeba wydłużenia czasu trwania egzaminów lub zmiana ich formy, wynikająca z trudności z koncentracją uwagi,
- okresowe trudności w aktywnym uczestniczeniu w zajęciach spowodowane skutkami ubocznymi przyjmowanych leków, takimi jak senność czy spowolnienie czasu reakcji,
- utrudnione relacje z wykładowcami i innymi studentami za co odpowiadać mogą: wysoki poziom lęku w sytuacjach społecznych, tendencje do wycofywania się społecznego, obniżona samoocena,
- niedopełnianie obowiązków studenckich spowodowane nieadekwatną oceną własnych możliwości i trudnościami w organizacji pracy.

¹⁰ Zob. M. Adamczyk, H. Kaszyński, *Studenci z zaburzeniami psychicznymi w systemie edukacji. Próba konceptualizacji problemu*, Kraków 2010 (złożone do druku).

Należy podkreślić, iż szczególne znaczenie ma odpowiedź na pytanie, w jaki sposób pracownicy uczelni są w stanie wspierać studentów, doświadczających konsekwencji zaburzeń psychicznych w przeciężaniu trudności związanych z codziennym życiem akademickim. Autorki artykułu *Kryzys zdrowia psychicznego a studia*¹¹ twierdzą, że pracownicy uczelni mogą być pomocni studentom w zachowywaniu dystansu do własnej choroby oraz sytuacji silnie stresujących, we właściwym podejściu do innych osób, w rozwiązywaniu problemów natury formalnej związanej ze studiami, wreszcie w nieinterpretowaniu przejawów choroby lub skutków leczenia w kategoriach „złego” lub „śmiesznego” zachowania.

Podkreślam, iż w kształtowaniu wspierających postaw u pracowników akademickich wręcz niezbędna jest edukacja społeczna odwołująca się do filozofii spotkania i wiarygodnego przekazu z pierwszej ręki. Przeświadczenie swoje opieram na refleksji nad postawami Polaków wobec osób chorujących psychicznie. W ostatnich latach gwałtownie zmniejsza się nasza deklarowana wobec nich życzliwość, natomiast wzrasta obojętność. Na ten fakt zwracają uwagę – w cytowanym już raporcie *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie* – B. Wciórki i J. Wciórki¹². Zgodnie z przedstawionymi w nim wynikami jedynie w podgrupie osób mających osobisty kontakt z chorującymi do „życzliwości” przyznaje się znaczący odsetek badanych, tj. 72%, w całej grupie badanej – 65%, natomiast w podgrupie nie mającej żadnego kontaktu z chorującymi tylko 54%. Można przyjąć założenie, iż emocjonalny dystans i negatywne wyobrażenia o chorujących, jak również krzywdzące stereotypy będą skutecznie modyfikowane dzięki wprowadzaniu na uczelniach wyższych

¹¹ Zob. D. Życzyńska-Ciołek, K. Boguszevska, *Kryzys zdrowia psychicznego a studia* [w:] *Pełno(s)prawny student*, Fundacja na Rzecz Rozwoju Regionalnego, Kraków 2008.

¹² Zob. B. Wciórka, J. Wciórka, dz. cyt.

pracy edukacyjnej z udziałem tych, którzy wsparcia potrzebują najbardziej – studentów chorujących psychicznie.

Na zakończenie pragnę podkreślić, iż przygotowana publikacja przyczynia się do tego, aby spotkanie osób zdrowych i tych, którzy zdrowie psychiczne odzyskują bądź odzyskali stało się możliwe. Prace autorów – w znakomitej większości studentów Uniwersytetu Jagiellońskiego – zasługują na uznanie, bowiem są one świadectwem szczególnej formy znoszenia społecznego piętna towarzyszącego osobom podatnym na zranienie. Chodzi tutaj o uznanie i szacunek dla wiedzy i rozumienia, które pochodzą z osobistego doświadczenia, co umożliwia postrzeganie ludzi jako posiadających własne poglądy i własny głos, a nie tylko jako przedmiot wiedzy innych.

Urszula Szczocarz

Okiem konsultanta BON

Zdrowie i choroba psychiczna

W Biurze ds. Osób Niepełnosprawnych pracuję od kilku lat, zajmując się między innymi wsparciem dla studentów chorujących psychicznie. „Kim oni są? Jak się zachowują? Jakim cudem w ogóle studiują? Jak sobie radzą?” – zdarza mi się słyszeć takie pytania dotyczące naszych klientów. „Jacy są?” – uśmiecham się, zanim odpowiem. Zazwyczaj zupełnie normalni. Nie gonią innych z siekierą po uczelni, nie myślą, że są Napoleonem Bonaparte, nie wykrzykują wulgarnych słów w tramwajach... – tak prezentują się tylko postacie ze stereotypów, a nie realni ludzie. Natomiast studenci chorujący psychicznie chodzą na zajęcia ze wszystkimi innymi studentami, zdają egzaminy, piszą prace magisterskie, mieszkają w akademikach i uczestniczą w życiu studenckim. Bardzo często nikt z ich otoczenia nie ma pojęcia, jak ciężką walkę toczą codziennie z chorobą.

W takim razie – czym się różnią „chorzy” od „zdrowych”? Moim zdaniem tych kategorii nie da się jednoznacznie rozgraniczyć. Czy chorujący to ten, który zachowuje się nienormalnie? Czy może chorujący to ten, który przyniósł zaświadczenie podpite pieczętką psy-

chiatry? Czy też ten, który, przychodząc do BON, milczy przez całe spotkanie, niepohamowanie płacze albo odzywa się z wyraźną agresją? Oczywiście, zdarzają się sytuacje, w których dany student zachowuje się całkowicie nieadekwatnie, jednak zdecydowana większość naszych studentów wygląda i zachowuje się zgodnie z szerokimi standardami normy. Osoby te mają – oprócz choroby – cały szeroki wachlarz różnicujących ich cech osobowości. Na przykład u niektórych od razu zaznacza się poczucie humoru, u innych powaga, niektórzy są szybcy i porywczy, inni powolni, niektórzy bardziej pracowici, inni leniwi i tak dalej. Staram się nigdy nie patrzeć na człowieka przez pryzmat choroby, tego co mu się przydarzyło, a raczej widzieć to, jaki ktoś jest w swojej indywidualności. Sama diagnoza choroby psychicznej nie wydaje mi się też kryterium wystarczającym do zaszufładowania wszystkich osób ją posiadających do jednej kategorii ludzi o wspólnych cechach i problemach.

Wielokrotnie zdarzało mi się słyszeć bardzo pochlebne opinie dotyczące tego, jak to dobrze, że „my-zdrowi” pomagamy „im-chorym”, biednym, niepełnosprawnym. Osobiście nigdy nie odważyłabym się użyć takiego rozróżnienia, tym bardziej uwierzyć w istnienie dychotomii „my-zdrowi” – „oni-chorzy”. Moim zdaniem podejście takie jest krzywdzące nie tylko w stosunku do „chorych”, ale i dla „zdrowych”, którym z powodu etykiety zdrowia nie przystoi od czasu do czasu zachować się dziwnie czy depresyjnie, doświadczyć kryzysu lub okresu wzmożonej wrażliwości. Idąc tropem rozważań Kępińskiego¹, można sobie postawić pytanie: która „dusza” jest zdrowa, a która chora? Wgłębiwszy się w temat, nietrudno dojść do wniosku, że nie da się tego jednoznacznie określić. Każdy z nas ma swoje lepsze i gorsze dni: oso-

¹ Zob. A. Kępiński, *Jak leczyć i poznawać człowieka*, Kraków 2005.

by uznane za permanentnie chorujące miewają okresy bardzo dobrego samopoczucia, podczas gdy nawet najzdrowsi ludzie obserwują u siebie objawy, które można by określić jako psychopatologiczne. Każdy prawie zachował się kiedyś w życiu „nienormalnie”, a wielu studentów, czytając podręcznik psychiatrii, odnosi wrażenie, że posiada większość z opisywanych zaburzeń. To wszystko skłania do tego, by w rozważaniach o zdrowiu i chorobie przyjąć założenie, że znajdujemy się gdzieś na *continuum*, pomiędzy absolutnym zdrowiem (które przecież w praktyce nie istnieje), a skrajną chorobą (o której też nie do końca wiadomo, jak powinna być zdefiniowana). W dodatku pozycja na tej osi nigdy nie jest stała – nie możemy przewidzieć, czy nasze obecne „bardziej zdrowie”, czy też „bardziej choroba” ulegną raczej pogorszeniu czy poprawie. Wielokrotnie najcięższe nawet przypadki psychoz mijają bezpowrotnie, a najzdrowszym ludziom choroba w ciągu kilku dni potrafi diametralnie odmienić życie.

Wsparcie

Studenci przychodzą do BON z najróżniejszymi sprawami. Czasem jest to tylko krótkie pytanie o regulamin studiów, czasem długa zagmatwana historia naprzemiennego chorowania i kształcenia się. W większości wypowiedzi pojawia się mniej lub bardziej zakamuflowana (czasem nawet zupełnie niema) prośba o wsparcie, o trochę nadziei, o dobre słowo. Czasem ktoś zgłasza się na spotkanie, ale nie umie powiedzieć „przyszedłem po to i po to” – wtedy wspólnie przyglądamy się sytuacji, odkrywamy zakryte karty, szukamy tego, co jest trudne, co ważne, co potrzebne w kontekście studiowania. Wsłuchując się w czy-

jąś opowieść i skupiając uwagę na osobie, wzorem Rogersa² staram się nigdy nie narzucać się z własną interpretacją. Moją rolą jest wczucie się w sytuację danego człowieka, towarzyszenie mu i współpraca w odkrywaniu najlepszych rozwiązań akademickich. Człowiek sam pozostaje najlepszym ekspertem w zakresie własnego życia, ponieważ ma bezpośredni dostęp do odczuć płynących ze swojego wnętrza, do których ja nigdy nie sięgnę w tak głęboki sposób – niezależnie od tego, jak bogata będzie moja wiedza i doświadczenie. Służę natomiast chętnie informacjami na temat regulaminowych możliwości, procedur załatwiania różnych spraw na uczelni, podsuwam pomysły dotyczące strategii uczenia się, organizacji czasu pracy, radzenia sobie ze stresem.

Empatia, zrozumienie i akceptacja okazują się bardzo ważne podczas spotkań ze studentami chorującymi psychicznie. Niemniej jednak istotne jest także stawianie wyzwań, motywowanie, urealnianie planów i ambicji. Bardzo trudną i zarazem ogromnej wagi sprawą jest dobranie odpowiednich strategii działania w określonej sytuacji akademickiej i zdrowotnej danej osoby. Nie ma tutaj złotych recept, ani zawsze słusznych rozwiązań, które można by zastosować w większości przypadków. Do każdego studenta trzeba podchodzić indywidualnie – dwie osoby studiujące na tym samym kierunku, z identyczną diagnozą mogą potrzebować zupełnie różnych rozwiązań. Nawet ten sam student w różnych okresach swojego życia może wymagać skrajnie odmiennych adaptacji. Na przykład pójście na urlop dziekański – w niektórych sytuacjach najlepsze możliwe wyjście, w innych może okazać się kompletną katastrofą. Jako konsultant staram się więc być bardzo ostrożna i kilkakrotnie przemyśleć każdą decyzję. W niektórych okresach proponowane rozwiązania powinny przede wszystkim zapewniać

² Zob. C. Rogers, *Sposób bycia*, Poznań 2002.

studentowi poczucie bezpieczeństwa i stabilności sytuacji akademickiej w przypadku nasilenia objawów lub rzutu choroby. W innym czasie ważne są działania motywujące do realizacji obowiązków związanych z uczelnią czy też dające pole do aktywności i rozwoju.

Mimo tego, że w ramach BON nie oferujemy psychoterapii, staram się zawsze dowiadywać, co się dzieje w życiu studentów w tym zakresie – czy pozostają w stałym kontakcie z psychiatrą, psychologiem, czy biorą przepisane im leki, a nawet – czy są zadowoleni z własnej terapii i tego, w jakim kierunku ona zmierza. To wszystko jest bardzo ważne, ponieważ nawet najlepsze wsparcie edukacyjne i maksymalna życzliwość środowiska akademickiego nie wystarczą, jeśli chorujący student nie będzie stale otrzymywał profesjonalnej pomocy w zakresie całego własnego życia i zdrowia psychicznego.

Adaptacje

Słowo „adaptacja” dla niektórych brzmi dosyć doniośle i niezbyt jasno. Pod tym pojęciem kryją się bardzo proste technicznie rzeczy, jak na przykład umożliwienie studentowi chorującemu psychicznie nagrywania wykładów na dyktafon, zdawanie egzaminów w zmienionej formie, rozłożenie sesji w czasie dłuższym od standardowego. Adaptacje zawsze ustaliam wspólnie ze studentem, niejednokrotnie w trakcie dyskusji dotyczącej tego, jakie rozwiązania będą najlepsze w obecnej sytuacji. Zawsze mam na uwadze specyficzne potrzeby danej osoby, jak również jej dotychczasowe problemy związane ze studiowaniem. Tutaj także nie ma jednoznacznie dobrych rozwiązań, i często dopiero po jakimś czasie okazuje się, czy pomysły były słuszne, a działania skuteczne. Na przykład pewien student miał trudności z przyswajaniem naraz dużych ilości materiału, dobrą adaptacją okazało się podzielenie

niektórych większych egzaminów na „połówki”. Innemu studentowi, pomimo podobnych trudności z uczeniem się, na myśl o takiej adaptacji ścierpła skóra. Okazało się, że stres egzaminacyjny tak go paraliżował, że konieczność dwukrotnego pójścia na ten sam egzamin wiązała się z dużym ryzykiem rezygnacji ze zdawania.

Kiedy najlepsze dla danej osoby w danej sytuacji adaptacje zostają określone i spisane, trafiają – oczywiście za zgodą studenta – do rąk wykładowców i pracowników dydaktycznych prowadzących ćwiczenia. Informacja dotycząca powodu przyznania komuś określonych adaptacji zawiera wyłącznie niezbędne informacje. Wykładowca dowiaduje się zatem, że jeden z jego studentów ma problemy zdrowotne czy chorobę przewlekłą, której skutkiem są określone trudności edukacyjne. Dowiaduje się także, jak może zniwelować część problemów, jak wesprzeć studenta, nie obniżając przy tym wymagań. Przekazując osobom prowadzącym zajęcia tak zwane wskazówki dydaktyczne jestem otwarta na dyskusję z nimi, bowiem specyfika niektórych przedmiotów wymaga czasem innych adaptacji niż przewidziane. Wykładowca ma także prawo poznać wyjaśnienia związane z koniecznością zastosowania określonych strategii dydaktycznych w przypadku danego studenta. Nigdy jednak nie przekazuję informacji na temat stanu zdrowia psychicznego klientów BON. Podobnie wszelką dokumentację medyczną trzymam pod kluczem i studenci wielokrotnie mówią, że to jest dużo korzystniejsze i bezpieczniejsze – przyniesienie zaświadczenia wypisanego przez psychiatrę do BON niż prosto do rąk pracownika z dziekanatu. Oczywiście od studenta zależy, ile spośród wrażliwych danych na swój temat chce ujawnić i komu chce je przekazać. Ze strony BON nigdy jednak takie dane nie są przekazywane do innych jednostek uczelni. Chciałabym jeszcze zwrócić uwagę na to, że nawet gdyby student nie otrzymał zgody na określone adaptacje,

mógłby ukończyć swój kierunek. Byłoby to z pewnością trudniejsze, ale wciąż możliwe. Niemniej jednak wszystkie działania zmierzające do poprawy jakości funkcjonowania w środowisku akademickim są warte rozpatrzenia. Sama doświadczyłam trudnego okresu na studiach, sesja egzaminacyjna wydawała mi się wtedy murem nie do pokonania. Regulamin mojej uczelni pozwalał wtedy na przesuwanie egzaminów na wrzesień bez podawania uzasadnienia. Skorzystałam z tej opcji, dzięki czemu mój indeks nie zaroił się w czerwcu od dwój, a sytuacja akademicka nie pogłębiła kryzysu. Moim zdaniem każdy student – niezależnie od swojej aktualnej pozycji na *continuum* zdrowia i choroby – powinien mieć prawo do pewnych adaptacji, takich jak opcja odpoczynku od obowiązków. Regulamin studiów UJ jak najbardziej przewiduje takie sytuacje – urlopy, przedłużanie sesji, indywidualny tok studiów – to wszystko są adaptacje przydatne w przypadku każdego studenta, niezależnie czy w danej chwili uznany jest za „zdrowego”, „chorego”, czy „niepełnosprawnego”. Niejednokrotnie skorzystanie jeden raz z jakiejś formy zmiany – choćby przełożenia egzaminów na wrzesień – rozwiązuje problem (albo przynajmniej go nie powiększa) i pozwala na ukończenie studiów.

Jako podsumowanie tego tematu chciałabym podkreślić, że nigdy żadna z adaptacji nie wiąże się ze zmniejszeniem wymagań czy obniżeniem poprzeczki edukacyjnej. Przewidziany programem studiów harmonogram musi być zrealizowany przez każdego, kto chce być absolwentem, także przez tego, który ma za sobą historię choroby psychicznej. Kryteria zaliczenia poszczególnych przedmiotów i poziom wiedzy niezbędny do ich zaliczenia w żadnym wypadku nie mogą ulec zmianie. Studenci chorujący psychicznie nie mają zatem „łatwiej” w sensie merytorycznym, a przyznane im adaptacje sprowadzają się wyłącznie do wyrównania szans edukacyjnych.

Bariery

Mając wsparcie ze strony BON i indywidualnie dobrane adaptacje na studiach, i pozostając w kontakcie z zaufanym psychoterapeutą posiada się teoretycznie wszystko, co jest potrzebne do ukończenia studiów mimo choroby psychicznej. Gdzie zatem ulokowana jest przyczyna pozostałych problemów? Określam je w skrócie słowem często występującym w kontekście wszelkiego rodzaju niepełnosprawności: „bariery”. Student chorujący psychicznie boryka się z wieloma rodzajami barier, począwszy od tych, którymi naszpikowane jest otoczenie i społeczeństwo, poprzez te funkcjonujące na uczelni, aż do barier – niejednokrotnie najtrudniejszych do przełamania – ukrytych wewnątrz siebie. Nie chcę tutaj rozwodzić się nad stereotypami i uprzedzeniami, a także głęboko zakorzenionym w społeczeństwie lękiem przed osobami chorującymi psychicznie. Studenci, którzy ujawnili fakt chorowania, niejednokrotnie opowiadają o dyskryminacji doświadczanej ze strony swoich znajomych, personelu medycznego, a nawet najbliższej rodziny. Boją się, że podobnie będzie wyglądała sytuacja w środowisku akademickim i czasami – choć nie zawsze – ich obawy są słuszne. Nawet jeśli osoby chorujące psychicznie nie spotykają się już z jawnym wytykaniem palcami czy obelgami, bywają jednak obiektem komentarzy, ciekawości oraz uprzedzeń lub po prostu skrajnego braku zrozumienia. Taką barierę na uczelni może stworzyć na przykład wykładowca definitywnie odmawiający zastosowania określonych adaptacji lub współlokatorka z akademika, imprezująca i zakłócająca ciszę i spokój. Imponujące bariery potrafią także tworzyć osoby pracujące w dziekanatach. Przykładem może być odmowa przybicia pieczętki w legitymacji, ponieważ pracownik z urzędu uważa, że dana osoba w najbliższym czasie „wyleci” ze studiów. Innym przykładem jest nie-

chęć wobec wszelkich próśb studenta spowodowana wyłącznie tym, że od trzech lat jest na drugim roku. Kiedy jako konsultant dzwonię do dziekanatu w sprawie studenta chorującego psychicznie, przygotowuję się jak na bitwę i faktycznie czasem muszę ją przeprowadzić. Gdy jednak spotykam się ze zwykłą życzliwością i otwartością, moje zdumienie i radość są tym większe, im mniej się tego spodziewałam. Mam wrażenie, że tak niewiele potrzeba, żeby po prostu nie utrudniać komuś i tak już ciężkiej sytuacji akademickiej.

Staram się nie traktować napotykaných barier jako tragedii, lecz jako kolejne wyzwanie dla BON. W tym zakresie czeka nas naprawdę jeszcze wiele pracy, bo zmiana świadomości nie jest sprawą, którą można załatwić od ręki. Tym bardziej wszelkie obserwowane postępy i choćby drobne sukcesy cieszą i pozwalają mieć nadzieję, że z dnia na dzień nasza uczelnia staje się coraz bardziej przyjaznym miejscem dla studentów chorujących psychicznie.

Nadzieje

W swojej książce Arnhild Lauveng³ opisuje, jak myśl o studiach na wymarzonym kierunku trzymała ją przy życiu w czasie najtrudniejszych kryzysów psychicznych. W pewnym okresie marzenie było najważniejszą i jedyną istotną rzeczą w tym życiu. Początkowo nikt nie traktował poważnie jej zamiaru uzyskania wyższego wykształcenia, a jednak dopięła swego, poszła na studia psychologiczne, ukończyła je i pracuje w zawodzie. Proste, konkretne marzenie, jasno określony cel może mieć duże znaczenie w chorobie psychicznej. Motywuje, daje nadzieję, określa sposób realizacji planów na przyszłość, wytycza kierunek,

³ Zob. A. Lauveng, *Niepotrzebna jak róża*, Sopot 2009.

mimo, że podczas trudnego okresu chorowania cel wydaje się bardzo odległy. Niejednokrotnie perspektywa pójścia na studia czy zdobycia wykształcenia sprawia, że osoba chorująca czuje, że ma po co żyć i wie, że ma powód, by walczyć z chorobą. Moim zdaniem to ogromny potencjał na przyszłość, dlatego warto zainwestować we wsparcie procesu studiowania. Zdarza się, że otoczenie i rodzina traktują chęć kształcenia się jako marzenie z najwyższej półki – niedostępnej dla osoby chorującej psychicznie. „Skończę studia” – brzmi w ich uszach jak: „będę modelką” albo „będę kosmonautą” w deklaracjach przedszkolaków. Jeśli osoba, u której pojawiły się objawy choroby psychicznej, pomimo niesprzyjających opinii ze strony otoczenia nie rezygnuje ze swoich planów związanych ze studiami, świadczy to wówczas o jej dużej determinacji. Dlaczego w takiej sytuacji wątpić, że komuś się powiedzie? Niektórzy studenci wstydzą się swojej historii studiowania przeplatane go chorowaniem, czy też chorowania przeplatane go studiowaniem. W takich sytuacjach mówię, że przecież dyplom – uzyskany po pięciu, siedmiu czy dwunastu latach studiowania – pozostaje takim samym dyplomem magistra prawa, fizyki, filologii angielskiej... Nigdzie nie ma wypisanej informacji: „uwaga pracodawcy! ten absolwent studiował dwa razy dłużej niż reszta!”. W chwili otrzymania dyplomu te kwestie nie mają już znaczenia, podobnie jak to, ile leż ktoś wylał nad książkami i ile utyskiwań ze strony rodziców i dziekanatu przyszło mu wysłuchać. Na co dzień w mojej pracy widzę u studentów skrajne emocje – od zapału i entuzjazmu przez nieśmiałą nadzieję, resztki wiary w siebie po głęboką rozpacz, załamanie i poczucie klęski. Nigdy jednak nie tracę wiary w kogoś. Może to wydaje się dziwne, szczególnie jeśli na danym etapie swojego życia ktoś spędza większą część roku akademickiego w szpitalach niż na uczelni, bierze trzeci roczny urlop albo przez kilka lat usiłuje zaliczyć jeden rok studiów. Bardzo często samym studentom

zdarzają się chwile zwątpienia, nadzieja gaśnie w obliczu piętrzących się trudności albo zbliżającej się sesji egzaminacyjnej. Czasami słyszę od nich, że jestem ostatnią osobą, która wierzy, że uda im się ukończyć studia. Okazuje się, że wykładowcy kręcą tylko głową, gdy widzą ich kolejny raz na tym samym kursie, rodzice powtarzają, że od początku wiedzieli, że studia to zły pomysł, znajomi już nawet nie pytają, na którym roku utknęli. W takich warunkach samemu nietrudno zwątpić w osiągnięcie sukcesu, stąd rezygnacja, która przejawia się w słowach: „nigdy nie skończę tych studiów”, „wałę tylko głową w mur”, „wciąż kręcę się w kółko”... Słyszę te słowa, jednak widzę osobę, która przyszła do mnie jako przedstawiciela uczelni z zamiarem przedsięwzięcia czegoś w kontekście swojej edukacji. Być może dlatego wierzę, choć czasami wbrew nadziei, że danemu studentowi uda się skończyć wymarzony kierunek, osiągnąć zamierzony cel. Wiem, że dla niektórych studentów jest to bardzo ważne i że dzięki temu moje wsparcie jako konsultanta jest pełne. Dlatego zgadzam się wziąć na siebie tę rolę, nie dam się zniechęcić.

Jolanta Bielicka
Wydział Polonistyki UJ

Refleksje wykładowcy

Tak się składa, że nigdy dotychczas nie otrzymałam informacji, że któryś z moich studentów choruje psychicznie, zatem – jeżeli nawet miałam styczność z osobami mającymi tego typu problemy – nie jestem tego świadoma. Pamiętam natomiast kilka przykładów studenckich zachowań, które wzbudziły moje zdziwienie, jednak nie jestem osobą kompetentną do orzekania, czy były to przejawy lub dowody problemów psychicznych, czy może efekty stresu związanego ze studiowaniem. W ubiegłym roku akademickim jeden ze studentów pierwszego roku bardzo agresywnie zareagował na niedostateczną ocenę z kolokwium. W niewybrednych słowach przekazał przy grupie, co myśli o przedmiocie, którego przyszło mu się uczyć i o mnie jako prowadzącej zajęcia. Na pewno nie była to przyjemna sytuacja, ale obróciłam ją w żart (raczej pobłażliwy niż złośliwy), szukając źródła zachowania studenta we wrodzonej ambicji młodych polonistów i dopatrując się w pasji młodego człowieka zapалу godnego zagospodarowania. Student się uspokoił, ale na następujące w dalszym ciągu niepowodzenia reagował podobnie. Pociuszające było to, że pobłażliwy żart również okazał się trwały jako lekarstwo. Pamiętam, że co najmniej dwa razy poprosiłam tego człowieka o pozostanie po zajęciach i rozmawiałam z nim o zaistniałej sytuacji. Zawsze kulturalnie przeproszał. Czy jest

osobą chorującą psychicznie? Nie wiem. Zachowywał się nieźrównoważenie, ale być może po prostu ma porywczy temperament. Podejrzenie o chorobę psychiczną byłoby – w moim odczuciu – nadużyciem.

Przyznam, że nie mam pojęcia, gdzie miałabym się udać z podejrzeniami, że student ma problemy psychiczne, ani skąd sama miałabym tego rodzaju informacje czerpać. Gdybym jednak wiedziała, którzy z moich studentów są chorzy, mogłoby to ułatwić naszą współpracę. Taka wiedza z pewnością wyculiłaby mnie w pewien sposób na to, że w sytuacjach stresowych osoby chorujące mogłyby zareagować w inny sposób niż ich rówieśnicy bez tego typu trudności. Być może udałoby mi się w takim wypadku przeciwdziałać ewentualnej agresji bądź łagodzić takie zachowania. Jak? Załóżmy, że chorujący student nie zaliczył kolokwium. Z pewnością choroba nie spowoduje, że zasłużona ocena zostanie zmieniona na wyższą, ale wiedza o problemach danego człowieka pozwoliłaby mi przygotować się na jego ewentualną reakcję bądź zrobienie odpowiedniego, mobilizującego, wyjaśniającego wstępu do omówienia wyników kolokwium.

Nie jestem zwolenniczką usuwania przeszkód z drogi osobom mającym problemy. Sam fakt, że podejmują one studia świadczy o tym, że są ambitne i nie podporządkowują świata swojej chorobie. Jako niefachowiec, nie potrafiłabym pewnie zareagować adekwatnie do każdej nietypowej sytuacji. Kierowałabym się zapewne intuicją, która w połączeniu z pozytywnym nastawieniem do ludzi i z optymizmem pomaga w osiągnięciu dobrych rezultatów. Gdybym wiedziała, że któryś z moich studentów ma problem, usiłowałabym porozmawiać z nim na osobności i dowiedzieć się, jak mogłabym mu ułatwić uczestnictwo w zajęciach, nie obniżając poprzeczki edukacyjnej. Z pewnością byłabym gotowa zmodyfikować na przykład sposób prowadzenia zajęć, o ile nie utrudniłoby to pozostałym osobom uczestnictwa w nich.

Gdyby zaistniała taka potrzeba, nie byłaby problemem na przykład zmiana formy zaliczenia z ustnej na pisemną czy odwrotnie. Na pewno nieocenioną pomocą byłyby wskazówki odpowiedniej jednostki uczelnianej, jak podchodzić do chorującego studenta i jak ułatwić mu studiowanie.

Spotkałam się z opinią, że osoby chorujące psychicznie nie powinny studiować. Nie podzielałam tego poglądu. Rodzi się on zapewne ze stereotypowego myślenia o chorujących psychicznie jako o nieobliczalnych szaleńcach, których zachowanie jest nie do ujarzmienia. Mam świadomość, że choroby psychiczne są różne i mają rozmaite objawy. W tej sytuacji ciężko przyjąć tak szerokie uogólnienie dotyczące wyższej edukacji. Moim zdaniem, bardzo przytłaczający jest także społeczny odbiór zjawiska choroby. Spójrzmy choćby na to, jakie skojarzenia wywołuje już samo miejsce leczenia osób chorujących psychicznie. W całej Polsce osoby zachowujące się „niedorzecznie” odsyła się (często żartobliwie) do miejsca, w którym znajduje się najbliższy duży szpital lub ośrodek dla umysłowo chorych. W Krakowie takim miejscem jest Kobierzyn, w Warszawie – Tworki, na Śląsku – Toszek, w okolicach Rzeszowa – Dębica. Samo przywołanie nazwy miejscowości (czy dzielnicy miasta) niesie w sobie negatywny ładunek wartościujący. Choroba psychiczna jest w naszej kulturze stygmatem, znamieniem, czymś wstydlivym. To sprawia, że należy do sfery tabu. Zapewne nie jest łatwo być chorym i studiować.

Anna Kapusta
Instytut Socjologii UJ

O (której) *Godzinie myśli?*

Dawno, dawno temu pewien podręcznikowy poeta romantyczny napisał poemat liryczny pod enigmatycznym tytułem *Godzina myśli*¹. Oczywiście pod takim właśnie hasłem kryły się zapomniane dziś melancholijne koncepcje poety, poezji, czasu, wspomnień i procesu twórczego. Ale nie to jest dla mnie najbardziej interesujące. Co bowiem oznacza sam pomysł gry z czasem dla myślenia, koncept kreatywny „godziny myśli”? Czy myśli dające początek tekstowi lirycznemu utkanie zostały właśnie w godzinę? Czy konkretna, biograficzna godzina przyniosła tekst? Jaka to godzina? Która godzina w codziennym harmonogramie? I dlaczego godzina? Ale to opowieść dla poetów, badaczy ich dzieł i bardzo romantycznych czytelników. A teraz opowieść niebaśniowa, dzisiejsza i nieromantyczna. Czy dla Ciebie (i dla mnie także) jakiegokolwiek znaczenie ma fakt, o której godzinie wynaleziona została pralka, do której wrzucasz pranie? Czy w ogóle interesuje Cię godzina, w której ktoś opracował oprogramowanie do Twojego komputera? Czy ma dla Ciebie znaczenie, którą godzinę wybił ścienny zegar w gabinecie Twojego ulubionego pisarza, autora najważniejszej dla Ciebie książki? O której skończył dzieło? Ale to opowieść dnia co-

¹ Zob. J. Słowacki, *Godzina myśli* [w:] tegoż, *Dzieła*, t. 2, *Poematy*, pod. red. J. Krzyżanowskiego, Wrocław 1952 (przyp. red.).

dziennego. Wreszcie opowieść najtrudniejsza, a tak prosta jak zwykle zauważenie cudzego widzenia tarczy godzin zegara. Czy chciałbyś, aby autobus prowadził senny kierowca? Czy marzysz o tym, żeby uczył Cię zmęczony lektor? Czy pragnąłbyś pracować w godzinach, kiedy Twój umysł nie jest w stanie wydać z siebie żadnej myśli? Czy gdybyśmy musieli stosować się do jednej, jednakowej dla wszystkich „godziny myśli” powstałyby: pralka, komputer i *Godzina myśli*?

Myślowe światy możliwe

Zadawszy sobie poprzednie pytania, staniemy przed zadziwiająco kluczową refleksją dnia codziennego, z którą niektórzy z nas muszą mierzyć się całym życiem. Tym pytaniem jest ważna wątpliwość o stałość norm, odpowiedniość ram narzucanych nam przez społeczeństwo, czyli instytucje, a więc... decyzje konkretnych ludzi. Dlaczego niektórzy z nas muszą myśleć w godzinach snu ich umysłu? O czym albo o kim mowa? O ludziach obok, których trudności edukacyjne zasypiają wtedy, kiedy pozwolimy im wyspać się wczesnym, zimowym porankiem. Snując opowieść o „godzinie myśli”, mam w pamięci konkretną w biografii „godzinę dla myśli”.

Pewnej godziny, pewnego zwyczajnego dnia, z obawą o własną, ekscentryczną niefrasobliwość podarowałam ją kiedyś mojej studentce. Jedyną godzinę dla Jej myśli. Na początku tej historii dziewczyna z lękiem powiedziała mi, że właściwie nie jest w stanie „dotrzeć” na zajęcia o 9.00. Zapytała przy tym, czy w przyszłym roku również będę prowadzić ten kurs. Nie dopytywałam, dlaczego „tak z nią jest”. W pierwszej chwili pomyślałam, że chodzi o trudny, zamiejskowy dojazd do Rynku Głównego. Zdziwiło mnie natomiast, skąd zainteresowanie przyszłorocznym harmonogramem. Zapytałam więc i o to.

Wtedy dowiedziałam się, iż „po urlopie dziekańskim z prawem do zdawania egzaminów, harmonogram będzie dla Niej ważny, ale teraz chciałaby spróbować zaliczyć przedmiot”. Minęło kilka tygodni i – rzeczywiście – dziewczynie nie udało się „dotrzeć na 9.00”. W następnym miesiącu otrzymałam maila, w którym studentka pytała, czy „już skreśliłam ją z listy”. Odpowiedziałam, że nie i – żartobliwie – zagadnęłam, czy to Ona „chce ze mnie zrezygnować”, bo ja nie mam żadnej listy obecności, w ogóle nigdy nie tracę czasu na liczenie słupków z „odsia-
dywaniem zajęć”, a właściwie to najbardziej interesuje mnie, czy wybrała już temat referatu zaliczeniowego. Dostałam kolejną wiadomość. Tym razem pytanie było „techniczne”, czy możliwe jest „zaliczenie poprzedniego miesiąca na dyżurze”. Odpisałam, iż nie ma to żadnego sensu, bo lektura i dyskusja służy uczestnikom zajęć, a ja „nigdy nie pytam z przypisów”. Tydzień później na moim dyżurze dydaktycznym bohaterka opowieści pojawiła się osobiście. Okazało się, że po tych – zaledwie kilku – zdaniach, które do Niej skierowałam, dziewczyna odważyła się już oko w oko zapytać, czy „może zaliczyć zajęcia eksternistycznie” i przyjść „tylko na referat, bo ma problemy osobiste”. Zgodziłam się, zachęcając Ją, aby nie traciła czasu i spróbowała śmiało zaliczyć „co się da jeszcze na urlopie”. I w ten sposób to ja sama zyskałam naprawdę wyjątkowe listy, refleksy doświadczenia przychodzące do mnie coraz częściej mailowo, przemyślany i ambitnie przygotowany referat, a na końcu semestru opowieść biograficzną o heroizmie bycia studentką w trakcie epizodu depresyjnego. Egzamin zakończył się sukcesem. Najbardziej inspirującą była jednak dla mnie puenta, którą ofiarowała mi moja rozmówczyni. Dowiedziałam się od Niej, iż „gdybym nie darowała Jej tej godziny 9.00, nigdy nie zaliczyłaby kursu”. Jak się bowiem okazało, Jej świat myśli możliwych zaczynał się po 9.00.

rano. Wcześniej myślenie sprawiało Jej trudność. Nawet podniesienie się z łóżka było o 9.00 niemożliwe.

Chwila (bez)myślenia

Taka niby prosta historia. Móc myśleć po 9.00. Móc uczesać włosy po 9.00. Móc podnieść głowę z poduszki po 9.00. I taka fatalnie trudna opowieść. Być uznanym za pospolitego lenia przed 9.00. Być piętnowanym za brak udziału w dyskusji przed 9.00. Być ocenianym jako niezdolny, nieoryginalny i niedouczony przed 9.00. A skoro skoro tak..., gdybyśmy wyznaczili autorowi *Godziny myśli* czas na twórczość od 8.00 lub 9.00: wtedy i tylko wtedy. Gdybyśmy nakazali wynalazcy pralki czas na innowacyjność tylko pomiędzy np. 9.00 a 10.30: wtedy i tylko wtedy. Gdybyśmy mieli wyłącznie dostęp do technologii wynalezionych obowiązkowo: tylko o 8.30? Czy nasz świat wyglądałby tak samo? Czy na pewno byłby to nasz świat, nasze myśli?

Zadałam sobie takie pytania dzięki historii „godziny myśli” ofiarowanej mi przez Osobę myślącą w innych godzinach niż przewidywał ustalony przeze mnie harmonogram „godziny dla myśli”. Czy dla mnie jakiegokolwiek znaczenie miała godzina, o której powstał znakomity referat? Czy czas kreowania inspirującej myśli w nim zawartej miałby określać tę jakość jako „nieterminową”, „złą”, bo „niewyłoszoną pomiędzy 9.00 a 10.30”? Dla mnie tak rozumiana „godzina myśli” byłaby chwilą bez myślenia. I mam nadzieję, że jest to świat myśli niemożliwych.

CZĘŚĆ II

SZLAKIEM STUDENTA



Weronika Jung

Moja wędrówka

Pisząc o swoich doświadczeniach z anoreksją, chciałabym, by służyło to czemuś dobremu – żeby ktoś, kto przeczyta moją opowieść, mógł wybrać z niej dla siebie coś wartościowego. To, czym się tutaj dzielę, jest czymś bardzo „moim”, trudnym i myślę, że ważnym, pewnie trochę dlatego, że piszę z perspektywy osoby już świadomej swojej choroby, choć jeszcze nie do końca gotowej, by ostatecznie ją pożegnać. Może uda mi się przekazać komuś coś istotnego, może ostrzec, a może zachęcić do poszukania pomocy – bo mimo, iż z anoreksją da się egzystować, jest to tylko półegzystencja, która czyni człowieka niezdolnym do przyjęcia czegokolwiek ze świata.

Anoreksja, jaką poznałam, jest wierną i oczekującą wierności towarzyszką, z którą – jeśli tylko zaprosi się ją do wspólnej wędrówki – można żyć długie lata. Dzielę z nią moją drogę od dawna, czasem wyprzedzając ją o krok, a czasem, kiedy opadam z sił, pozwalając jej iść przodem. Zgadzam się wtedy, by mi przewodziła, wskazywała ścieżki – niekiedy dlatego, że ufam jej wyborom bezgranicznie, innym razem znów – zwyczajnie bojąc się wybrać samej. Patrząc przez jej pryzmat, jej oczami, widzę świat trochę inaczej: jestem w nim samotna, niepasująca, nieadekwatna w boleśnie przygnębiający sposób. Zbyt niedoskonała, by istnieć, niesięgająca standardów, które sama sobie wyznaczam,

a których niespełnienie rodzi we mnie lęk i natrętne myśli, że ktoś tak lichy jak ja – nie zasługuje na szczęście.

Anoreksja odcina mnie od emocji, których nie chcę czuć. Każę wierzyć, że mówienie o uczuciach upokarza, że lepiej posługiwać się intelektem – to mniej zagrażające, zawstydzające, poniżające. Nie pozwala mi przyznać się do słabości, niewiedzy; daje do zrozumienia, że powinnam wiedzieć wszystko, wszystko rozumieć i umieć. Ciężko jest ją zagłuszyć, zwłaszcza kiedy próbuję skomunikować się z własnym sercem: z tym, czego bym chciała, co czuję, za czym tęsknię. Wtedy walczą o wyrwanie mnie światu ze zdwojoną siłą, a ja jej ulegam, sama ten świat opuszczając, żeby uniknąć bólu niewłaściwości.

Idąc z nią za rękę, doszłam do miejsca, w którym zatrzymałam się na dłużej. Otoczyłam się w nim wysokim murem i tkwię – pozornie bezpieczna. Nie jest specjalnie wygodne – mało tu przestrzeni, mało powietrza; mieszczę się tylko ja i ona, anoreksja. Za ciasno jest dla ludzi, którzy chcieliby nakarmić mnie miłością, ciepłem, bliskością. Kurczę się jak małe dziecko; zamykam oczy, zamykam serce, ręce chowam za plecy. Nie wolno mi poprosić o pomoc, nie umiem tego zrobić – za bardzo się wstydzę. Łatwiej jest zakleić oczy, żeby nie widzieć prawdy; zamknąć usta, żeby nie przyznać, że siły się wyczerpały; zacisnąć pięści, żeby nie być w stanie przyjąć pomocy od kogokolwiek. Nie muszę sama starać się o znalezienie odpowiednich słów, w których wybrzmi moje cierpienie – kiedy nie potrafię czegoś wypowiedzieć, robi to za mnie anoreksja – odbierając mi kilka kilogramów wysyła światu sygnał, że należę tylko do niej, że tylko ona potrafi ukoić mój ból.

Czuwa nade mną w każdej chwili, karmiąc mnie swoją lodowatą troską. Nie pozwala mi jeść niczego innego, choć sama ucztuje bez zahamowań, objadając się moim głodem. Dzięki tak pożywnej karmie trwa, rośnie w siłę, by walczyć o wielkość, o przewagę. Może rosnąć

tylko wówczas, gdy ja maleję – gdy chudnę. Dlatego patrzy na mnie, pilnuje przy posiłkach, nie pozwala połknąć za wiele, a jeśli na chwilkę się zagapi i umknie jej kilka przemyconych przeze mnie kęsów, karze mnie za ich przyjęcie. Wkłada mi w głowę moje własne chore myśli, a w gardło – moje własne palce. Dzięki temu cofa czas, a ja wracam do idealnego stanu – czasu przed posiłkiem. Jest ze mną, kiedy zasypiam – wtedy pozwala mi poczuć więcej. Samotność, za dnia trzymana na uwięzi i zakrywana uśmiechem, wypływa strumieniem nocnych łez, kiedy nikt nie patrzy, nie widzi mojej słabości, marności, małości. Wtedy słowa nigdy niewypowiedziane znajdują wyraz w podpuchniętych oczach. Odwiedzają mnie smutek i niepokój – zapraszam ich myślami o swym niedopasowaniu i pytaniami o to, czy będzie dobrze, czy wystarczy sił, by zniszczyć zniewalający mnie mur, by nareszcie wyruszyć z miejsca. Kiedy rano otwieram oczy, ona już nie śpi, na śniadanie podając mi plan kolejnego wspólnego dnia. Jest nadzwyczaj pomysłową towarzyszką – przedstawia mi bogaty katalog zabaw. Najczęściej zabawiamy się ze śmiercią, ignorując naszą wobec niej małość, zapominając, jak wiele możemy zapłacić. Jeśli przegramy, nie wierząc, że w ogóle możemy przegrać, gramy też z życiem, licytując się o sens, którego wciąż nam mało, a po który nie potrafimy wyciągnąć dłoni.

Anoreksja daje mi wiele podarków: strach, chłód, bezradność, ale i poczucie bezpieczeństwa wynikające z zapewnienia, że nic na świecie nie musi się zmieniać; że nie muszę się zmieniać i przyjmować odpowiedzialności za kształt, jaki nadam swojemu życiu. Na obdarzanie mnie prezentami ma monopol – wiąże mi ręce, żebym nie mogła przyjąć niczego od innych. Żebym nie umiała dorosnąć i pozostała dzieckiem, cichym, zamkniętym w sobie, cierpiącym – ale dzieckiem. Głodnym miłości, spragnionym uczuć, za to nieludzko idealnym, anielsko czystym. Staję się jej rzeźbą, misternie ukształtowaną

konstrukcją o cudownych proporcjach. Taką chce mnie widzieć, taką uchronić przed realnością, zachować tylko dla siebie. Na tym się jednak nie kończy. Anoreksja nadaje mi formę, którą treścią muszę wypełnić samodzielnie. Oczywiście treść nie może być byle jaka, nie wolno mi zaniechyścić ideału. Powinnam zadbać, by każdy element perfekcyjnie pasował do pozostałych, wygładzić każdą szorstką powierzchnię, każdą nierówność. Budując siebie w ten sposób, coraz bardziej wymykam się własnemu człowieczeństwu, zamrażam uczucia, lekceważę sygnały wysyłane mi przez moje – wciąż żywe i wymagające – ciało. Nie wiem, czy tego właśnie chcę, wiem, że tak właśnie p o w i n n a m .

Ponieważ nie wolno mi głośno mówić o emocjach, potrzebuję maski, która mogłaby zasłonić moją ludzką twarz przed innymi. To również zapewnia mi anoreksja, troskliwie przejmując się przeciw tym, co we mnie zobaczą. Dzięki temu mogę oszukiwać świat, niedostrzegający moich chorujących myśli i mogę oszukiwać siebie, zapominając na chwilę o truciznie, jaką karmię się na co dzień. Toksyčna dawka spływa w kąt mojej głowy, gdzie kryje się, dopóki jej nie naruszę, pytając samej siebie, co czuję. Myśli kierują mnie ku codzienności, w której zdaje się tkwić chwilowe antidotum. Wtedy mogę odnosić swoje drobne sukcesy i cieszyć się rzeczywistością – zachowując pewność, że nikt nie domyśla się, jak buduję swój uśmiech, że zażywam go co rano wraz z pigułkami na radość życia.

Często nie umiem zrozumieć tego, co płynie z mojego wnętrza, domagając się uwagi – pośród wielu kierowanych ku mnie zdań, niełatwo mi rozpoznać głos anoreksji. Choć przesyła dużo sygnałów – w postaci smutku, dyskomfortu, zagubienia – nie przyznaje się do ich stworzenia. Pokazuje ból, nie ujawniając jego przyczyny. Woli pozostać w ukryciu, zapewniając sobie nietykalność niezidentyfikowanego. Pracuje w ciszy, w spokoju i bez pośpiechu, zabijając po kawałku duszę

i ciało swojego żywiciela, pewna, że nikt jej nie przeszkodzi. Patrzy zimno, kiedy dławię się, próbując przełknąć to, co mi przygotowała – wie, że nie przestanę oddychać, że za bardzo zaplątałam się w całą tę torturę, żeby tak po prostu uciec. Zaprzyjaźniając się z chorobą, zapraszając ją do siebie, zobowiązałam się milczeć. Wszystko to, co działo się we mnie od czasu naszego pierwszego spotkania, owiane było tajemnicą, do której dostępu broniłam z całych swoich sił. Kilka lat życia poświęciłam twórczemu udawaniu, zaprzeczaniu, uciszaniu myśli, pragnących przekazać mi coś bardzo istotnego – że przegrywam swój czas, oddaję go w ręce anoreksji, łudząc się, że ona wykorzysta go lepiej niż ja byłabym w stanie to zrobić. Decydując się na ten krok, powierzyłam jej całą siebie – byłam tylko dla niej, stałam się jej własnością. Obiecała mi szczęście, ale w zamian kazała kłamać i odsuwać się od świata. Nie mogłam żyć wśród osób, którym wciąż jeszcze byłam bliska, którzy chcieli do mnie dotrzeć, budując mosty nad przepaścią oddzielającą mnie od rzeczywistości. Musiałam wybrać – albo ona, doskonałość i długo oczekiwane uwolnienie się od wstydu za samą siebie, albo świat i normalność. Wybrałam anoreksję, pojęcia nie mając, czym tak naprawdę jest. To było moje samobójstwo.

Na początku naszej wspólnej wędrówki wcale nie zdawałam sobie sprawy, że nie jestem sama, że ona stała się moim cieniem. Wręcz przeciwnie: byłam pewna, że wreszcie odkryłam taki obszar swojego życia, do którego dostęp mam tylko ja. Pierwotnie nie wiedziałam, że robię sobie krzywdę, szykując dla siebie klatkę, w której zamknę się na kilka lat. Później już wiedziałam, ale tak bardzo nie chciałam być sobą, że uporczywie szykowałam ją dalej. To samotne przygotowywanie nieszczęścia na moje dalsze życie niesamowicie mnie zmęczyło – w końcu nastał czas, kiedy stałam się tak słaba, że prawie wszystko stało się szarą obojętnością. Tylko anoreksja jeszcze coś znaczyła, wciąż z zimnym

uśmiechem drażąc dziurę w mojej głowie. Rzeczywistość zmieniała się w mglisty sen, świat stał się obcy, groźny, odległy. Czułam, jak ulatuje ze mnie życie i wcale mi to nie przeszkadzało. Nie chciałam go. Każdy dzień wydłużał się w nieskończoność, każdy uśmiech innego człowieka budził żal i złość. Kiedy przestałam sobie radzić z czymkolwiek i jedyne, co jeszcze czułam, to tęsknota za nieistnieniem i nienawiść do siebie, pojawił się ratunek – chemiczna reanimacja. Na chwilę było pięknie, radośnie i wiosennie. Później nierozwiązane problemy zaczęły przypominać o swojej obecności. Stałam na granicy – niby chcąc żyć, ale nie czując szczęścia. Znowu zaczęło boleć.

Po długim czasie takiego półgłóstowania przyszedł moment, kiedy bólu nabierało się tak dużo, że nawet ja – ta doskonale nieszczęśliwa resztką, która ze mnie została, nie byłam w stanie dłużej dźwigać go sama. Straciły dla mnie wartość również te pozornie cudowne chwile, w których świat mienił się kolorami, kiedy widziałam w nim siebie samą całkiem dopasowaną i dość szczęśliwą. Straciły wartość, bo zdałam sobie sprawę, że moja radość jest chemiczna, a nadzieja – budowana dzięki resztkom energii produkowanej przez nakarmiony tabletkami mózg. Smutek urósł do takich rozmiarów, że nawet anoreksja wydała się przy nim maleńka. Wtedy odważyłam się jej sprzeciwić i złamać obietnicę, którą złożyłam – przestałam milczeć. Przyznanie przed sobą i przed innymi, że w jakiś sposób jestem chora, troszkę pomogło, ale oczywiście nie zmusiło anoreksji do odejścia. Między innymi dlatego, że wciąż – mimo całego cierpienia związanego z chorobą – ciężko jest mi zachować pokorę. Wobec niej, wobec świata, życia, śmierci. Anoreksja pokazuje mi, jak wspiąć się ponad człowieczeństwo, wysłała w miejsca, których z własnej woli nigdy bym nie odwiedziła, nie mając zwyczajnie na tyle odwagi, pewnie nie mając też chęci odrzucenia tej bardziej ludzkiej i nieidealnej części mnie. Mocno kusi

taką wizją doskonałości. Często ulegam jej nadal, gdy mówi, że rezygnacja z bycia sobą to niepowtarzalna okazja i muszę z niej skorzystać, żeby nie znienawidzić się jeszcze bardziej; przecież ona wie lepiej, co jest dla mnie dobre. Perfekcyjnie dobre.

A gdzie w tym wszystkim jestem ja – ta zwykła, cielesna, niedoskonała? Myślę, że jeszcze niedawno nie było mnie wcale – zdecydowanie nie czułam swojej obecności. Miałam wrażenie, że ta dawna ja gdzieś zaginęła, zgubiła się popełniając zbyt wiele błędów, marnując zbyt wiele szans, skręcając w niewłaściwe ścieżki. Zostałam ja – siebie samą – nieco zdziwioną całą tą sytuacją, próbującą protestować, ale skutecznie zagłuszana wykrzykiwanymi – przez nową wizję mnie – zdaniem o bylejakości. Opuściłam ja – siebie tylko dlatego, że nie spełniała moich oczekiwań. Nie potrzebowałam tak ludzkiej istoty – znalazłam przecież doskonalszą przyjaciółkę.

Kiedy zaczęłam żałować i tęsknić za sobą, wyruszyłam na poszukiwania, jednak odnaleźć coś, co tak bardzo chciało się zagubić, nie jest łatwo. Najtrudniej jest dojrzeć do tego, by o siebie walczyć, zrozumieć, że nie ma cudów i magicznych różdżek; nie na tej ścieżce, nie kiedy mowa o zmaganiu się z anoreksją. Tu jest miejsce tylko na ciężką pracę, na którą trzeba być naprawdę gotowym. Zaczynając tę walkę, nie wolno mieć cienia wątpliwości, bo każda wątpliwość działa na korzyść choroby. Wiem o tym, dlatego moje własne próby wyzwolenia podejmuję jeszcze bardzo nieśmiało – zbyt niegotowa, wciąż ciut za bardzo bojąc się o to, że jeśli opuści mnie anoreksja, zostanę całkiem sama. Bywa, że przeżywam chwile natężonej świadomości, kiedy zdaję sobie sprawę, że w jakiś sposób sama trzymam się w chorobie i nikt nie może mnie wyleczyć bez udziału moich własnych rąk gotowych do pracy; kiedy wiem, że wciąż troszkę za mało mam chęci i odwagi na to, by nadal jeszcze cierpieć, a jednocześnie już wyruszyć ku zdro-

wieniu. Wtedy zaczynam się bać. Potrzebuję uciec z miejsca, w którym stoję, choć nie wyobrażam sobie, jak mogłabym je opuścić – jak mogłabym ją opuścić. To taka szarpanina z anoreksją – trochę tragiczna, bo wiem, że tylko ja mogę ją zakończyć, że zwyczajnie muszę wybrać którąś ze ścieżek – ale cokolwiek wybiorę, będzie bolało; a żeby stawić czoła własnemu bólowi, potrzeba wytrwałości i ogromnej siły – bo poddać się jest łatwiej.

Skąd czerpać siłę, odwagę, chęć, by zdrowieć? Przede wszystkim wiem już, że nie znajdę jej w żadnym miejscu poza samą sobą. Niczyje słowa nie mają uzdrawiającej mocy, dopóki nie uczynię z nich moich własnych – dopóki ich nie przyjmę, nie oswoję, nie wypowiem na swój sposób. Wiele zdań odrzuciłam, nie przysłuchując się dokładnie ich treści tylko dlatego, że bałam się konfrontacji z prawdą, którą mogą nieść, a którą na dnie serca przeczuwałam. Podobnie odepchnęłam wiele wyciągniętych ku mnie dłoni, na własne życzenie oddając się anoreksji – jej poświęcając najwięcej czasu, energii, najwięcej jej wręczając i najwięcej od niej biorąc. Połączyła nas więc bardzo silna, niepowtarzalna, długo nieukazywana nikomu, a przede wszystkim nadzwyczaj trwała, gotowa odeprzeć każdą zewnętrzną ingerencję, która mogłaby ją nadszarpnąć. Dziś próbuję uczyć się przyjmować pomoc, a przede wszystkim opowiadać swoje życie osobom, którym ufam, z nadzieją, że otwartość przyniesie ulgę. I przynosi – pozwala mi choć na chwilkę, w czasie rozmowy, połączyć w jedno te dwa światy, w których żyję, nabrać dystansu, zacząć akceptować i szanować chorobę, ale bez ulegania każdej jej sugestii i wszelkim jej namowom, by nigdzie nie odchodzić, by chorować dalej, by nie odrzucać tej niezwykłości, którą daje mi anoreksja.

Myślę, że jedną z istotniejszych kwestii w zmaganiu się z chorobą jest pozbawienie jej – we własnych oczach – całej otoczki mistycyzmu,

swoistego *sacrum*, niemal magicznej nadzwyczajności. Uczynienie z niej czegoś na kształt bogini i obdarowanie mocą sprawiło, że poczułam się wobec niej bezsilna, ale spowodowało również, że jej zaufałam. Uwierzyłam, że zawzięte dążenie do doskonałości jest tym, co może uczynić moje trwanie sensownym, co może zapewnić mi obecność innych ludzi, uchronić przed samotnością. Po bardzo długim czasie zaczyna do mnie docierać, że to wszystko, co wpaja mi anoreksja, to nieprawda. Na najwyższych szczebelkach drabiny wiodącej ku doskonałości nie ma innych ludzi, bo żaden człowiek nie ma ani prawa, ani możliwości tam dotrzeć. Jedyne, co można tam spotkać, to samotność właśnie. Jeśli za towarzyszkę drogi i przewodnika obierze się anoreksję, razem z samotnością będzie tam czekać śmierć. Zaczynam dostrzegać swoją małość wobec życia i śmierci, ale nie małość godną pogardy, a taką bardzo ludzką, naturalną i w gruncie rzeczy piękną, bo pozwalającą na zanurzenie się w wielkości życia i oddanie się światu pod opiekę. Wierzę, że przyjdzie dzień, w którym rozstanę się z moją kompanią – anoreksją, ściskając jej na pożegnanie dłonie – bez złości i żalu, doceniając te lata, które razem spędziłyśmy, a dzięki którym mogłam się wiele nauczyć. W dalszą drogę wyruszę już bez niej, z pokorą chyląc głowę przed tym, co prawdziwie wielkie – przed miłością, śmiercią, przed życiem.

Aleksandra Gracel

*Abre los ojos*¹

Co sprawia, że człowiek zaczyna nienawidzić sam siebie?

Może tchórzostwo.

Albo nieodłączny strach przed popełnianiem błędów,
przed robieniem nie tego, czego inni oczekują.

Paulo Coelho, *Weronika postanawia umrzeć*

Początek – bo wszystko kiedyś się zaczyna

Słowa mają wielką moc. Potrafią pocieszyć, podnieść na duchu, rozśmieszyć, ale także zranić i to bardzo mocno. W przeciwieństwie do fizycznej krzywdy, której ślady w końcu znikają, ta zadana słowem sięga znacznie głębiej, dotyka duszy, gojącej się bardzo długo. Blizny na duszy czynią ją doświadczoną i zmienioną na zawsze. Może gdyby wiedzieli o tym Ci, którzy nieświadomie doświadczyli moją duszę, zastanowiliby się kilka razy przed rzuceniem słów, po dziś dzień odbijających się echem w mojej głowie?

Dzień, jak co dzień. Jechałam zadziwiająco pustym autobusem do szkoły. Nowa szkoła – dużo zmian, nowi znajomi, nowi nauczyciele, nowe środowisko – wszystko nowe! Nie było mi łatwo zacząć

¹ Z języka hiszpańskiego „Otwórz oczy”.

wszystko od początku. Mając piętnaście lat, musiałam zostawić swój bezpieczny światek i ruszyć w zupełnie nieznan, nieoswojony świat! Całkowicie nieświadoma i nieprzygotowana na to, co mnie tam może spotkać. Z każdego znanej, bardzo dobrej uczennicy, dobrze zapowiadającej się siatkarki, „wszędobylskiej” i nieco nadpobudliwej Oli, stałam się anonimową i nic nieznaczącą w nowym miejscu szarą myszą. To zbyt wiele jak na moje wrażliwe serce i tak krótki czas. Nie rozumiałam tego, co się dzieje i dlaczego tak się dzieje.

9 grudnia 2004, czwartek

Nie mam pojęcia co się ze mną dzieje. Czuję, że od środka jestem jakaś zablokowana. Nie umiem się otworzyć na wiedzę, na wiarę, na ludzi, na ŻYCIE! Nie wiem dlaczego. Wszystko do tej pory było w porządku. Obiecałam sobie, że będę pracować nad sobą, a tu nic. Co ja sobie w ogóle wyobrażałam?! Może, że będzie mi łatwiej bo mój brat chodził do tej samej szkoły?! BZDURA! Wcale nie jest mi łatwiej. Jest tragicznie!!! Ciekawa jestem jak długo będę się jeszcze męczyć z samą sobą. To wszystko nie zmierza w najlepszym kierunku. Coś jest nie tak! Żyję wciąż w świecie iluzji. Wydaje mi się, że nadal jestem najlepsza, wyjątkowa, zdolna. To już było! Halo! Dziewczynko! Witamy w prawdziwym życiu! Teraz jest inaczej. Jestem taka sama i niczym nie wyróżniająca się wśród 900 osób w szkole. W tej szkole jestem nikim. Po prostu totalnym, nic nieznaczącym zerem!! Boję się swoich myśli, swojego działania, boję się samej siebie. Do czego to może doprowadzić? Nie wiem... Koniec byłby dla mnie najlepszym rozwiązaniem. Ale czy to nie będzie zbyt bolesne? Skądże! I tak dla nikogo nie jestem ważna. Jedna Ola mniej czy więcej, co za różnica! Nie ma we mnie nic! Jest tylko pustka, brak radości życia! Chcieć żyć! Ale po co? (fragment mojego pamiętnika)

Nikt mi nie powiedział, że na początku będzie ciężko, że będę musiała „przysiąc fałdów” i zapracować sobie na opinię. Do tej pory ludzie wiedzieli, jaka jestem! Problem w tym, że to oni byli dla mnie wyznacznikiem tego, kim jestem. Gdy ich zabrakło, zostałam z niczym. Nie wiedziałam, kim jestem, czego chcę, o czym marzę, co sprawia mi radość. Dlatego zaczęłam żyć tak, aby dopasować się do innych. To pomagało mniej lub bardziej gdzieś się zakotwiczyć. Nigdy na długo i nigdy nie dawało pewności, że to moje miejsce, że to dla mnie. I tak z dnia na dzień gubiłam siebie. Rozmieniłam resztki swojej osobowości na drobne. Coraz częściej zaczęłam zamykać się w domu. Stwierdziłam, że tak będzie najlepiej dla mojej rozbitej duszy. Brakowało mi akceptacji, ciepła, takiej zwykłej, bezinteresownej miłości. Brakowało mi mojej przyjaciółki. Dobrze pamiętam ten dzień, kiedy pozwoliłam jej spotkać się z tym chłopakiem. Może gdybym wtedy powiedziała, co naprawdę myślę, to nie wpadłaby w jego zaborcze ramiona i byłaby wtedy przy mnie? Nie wiem tego teraz tak, jak nie wiedziałam tego sześć lat temu. Zostałam sama w momencie, kiedy każda normalna nastolatka ma swoją „psiapsiółkę”, plotkują o chłopakach, chodzą na imprezy, razem wchodzi w dorosłość. Był to kolejny powód do zamknięcia się w domu. Domu wypełnionego miłością rodziców i spokojem. Każdy człowiek przebywający w jakimś miejscu dłuższy czas, zaczyna odkrywać jego sekrety. Ja odkryłam sekret, który zmienił znacząco, żeby nie powiedzieć całkowicie, moje życie! Teraz mogę ująć to nieco żartobliwie – odkryłam „instytucję lodówki”. W jej zawartości znalazłam ukojenie dla zmęczonej ciągłą walką duszy. Jedzenie pozwalało na krótki czas zapomnieć o potrzebach, dawało radość, uspakajało. Na początku bardzo rzadko korzystałam z dobroci płynącej z jedzenia. Niestety, z czasem każdy problem, źle napisana klasówka, kłótnia z mamą, z koleżankami, kierowały moje kroki w stronę lodówki. To

było lekarstwo na całe zło. Jedna miska płatków owsianych z mlekiem nie wystarczyła. Ale już pięć było całkiem ok! Normalnego człowieka już przy drugiej zaczęłoby mdlić. Dla mnie to była norma. Na obiad obowiązkowo dwa dania – z dokładką... a jakże! Potem jeszcze czekolada. Cała! Bo kto potrafi zaspokoić się jedną kostką czekolady? Takie zachowanie nie budziło we mnie żadnych zastrzeżeń. Myślałam, że każdy tak czasem ma. I pewnie to myślenie by takie pozostało, gdyby nie dzień owej podróży autobusowej. „Patrzenie na nią! Zawsze była taka szczupła, a teraz? Lada chwila i w drzwiach się nie zmieści”. Obróciłam się, żeby zobaczyć, kogo tak bezwzględnie krytykują. Moje zaskoczenie było ogromne, gdy okazało się, że nikogo oprócz mnie tam nie było... Zamknęłam uszy jakoś tak emocjonalnie. Odsunęłam od siebie to, co usłyszałam. Jednak nie pozostałam temu zupełnie obojętna. Moje myślenie na swój temat nabrało nowego wymiaru. Teraz moją wyrocznią było lustro. Tak moja droga! Spójrzmy prawdzie w oczy! Jesteś gruba! Przerażliwie! Nie mogę na siebie patrzeć! Zaskakujące jest to, że bardzo szybko pojawiają się rozwiązania takiej sytuacji. Z pomocą przyszła niczego nieświadoma koleżanka z klasy. Rzuciła mimochodem wiadomość, że jej tata się odchudza – z dobrym skutkiem. Taaaaak! – pomyślałam – to idealne rozwiązanie, szybko schudnę, poczuję się lepiej, już żaden dupek nie powie mi, że jestem „duża”, zaskoczę wszystkich! To będzie moje nowe życie! Chudsza – będę zauważona, lepiej odbierana przez ludzi, może ktoś się mną zainteresuje – myślałam pełna entuzjazmu. Nieistotne dla mnie były fakty, że tata koleżanki czuł się słabo, że nie chodził wtedy do pracy, że szybko wrócił do swojej wagi sprzed diety. Myślałam – u mnie będzie inaczej – pewnie nie stosował się do zaleceń, ja nie będę taka niezdyscyplinowana. Nie pozwolę sobie na żadne ustępstwa! Mnie się uda!...

Wakacje były czasem idealnym. Rozpoczęłam swoją przygodę z odchudzaniem... 172 centymetrów wzrostu i 60 kilogramów na wadze... Dieta zaplanowana na trzynaście dni. Trzy, dwa, jeden, zero, start! Z każdym dniem kilogramy leciały w dół. W pierwszym tygodniu straciłam 5 kilogramów! Ludzie! Jaka radość! Nareszcie miałam nad czymś kontrolę! Nareszcie coś zależało tylko ode mnie! Moja ambicja i perfekcjonizm znalazły ujście w doskonaleniu swojego ciała. Ubrania stawały się luźniejsze! To dawało ogromną siłę i motywację by iść dalej. Drugi tydzień troszkę dał mi w kość. Zaczęłam słabnąć, ponieważ znacznie ograniczałam sobie dawki i tak już okrojonego do minimum jedzenia. Mdlałam pod prysznicem, mięśnie bolały od dręczących je skurczy! Leżałam, ale oczywiście wtedy, gdy nikt nie patrzył – „jeśli teraz nie wytrzymam, to będzie znaczyło, że wszyscy mieli rację, jeśli się poddam tylko dlatego, że jest trudno, to będzie znaczyło, że nie mam dość siły żeby samodzielnie iść przez życie. I wtedy rzeczywiście okażę się niewiele warta”². Trwałam więc w tym, co postanowiłam. Po dwóch tygodniach ważyłam 53 kilogramy. Było to dla mnie za dużo, toteż dieta nie zakończyła się po dwóch tygodniach. Jeszcze długi czas odczuwałam strach przed zjedzeniem czegokolwiek, bałam się przytyć. Bałam się stracić to, na co tak ciężko pracowałam! Teraz już dokładnie nie pamiętam, kiedy zaczęłam znowu jeść. Pamiętam tylko, że tyłam w oczach. Epizody głodzenia powtarzały się kilkakrotnie. Na zmianę z objadaniem. Z okresu liceum nie przypominam sobie nic innego. Nie wychodziłam za często ze znajomymi, bo każde wyjście wiązało się z tym, że trzeba będzie coś zjeść. Dlatego wołałam zostać w domu. Zupełnie nie radziłam sobie z tym, co się we mnie działo. Uwięziłam siebie we własnym ciele. Bardzo dużo się uczyłam.

² B. Kowalska, *Ludzie to wilcy*, Poznań 2008.

Ambicja musiała znaleźć nowe ujście. Chciałam czuć się w czymś wyjątkowo dobra, pomyślałam, że może nauka będzie tym „czymś”. Skoro ani piękna, ani zabawna nie jestem, to nie mogę dopuścić do tego, żeby mi ktoś zarzucił, że jestem głupia. W tym przekonaniu dotarłam do kolejnego znaczącego przystanku o nazwie trzecia klasa liceum – tak zwana maturalna. Ogromne nerwy. Pojawiły się nowe emocje, z którymi także nie umiałam sobie radzić inaczej, aniżeli zjadając. Stres, poczucie wartości bliskie zeru, brak pomysłu na studia, na to, co chcę robić w życiu. Tego było za wiele. Do akcji obżarstwa dołączył jeden kluczowy element. Zaczęłam prowokować wymioty w obawie przed utyciem. Połączenie idealne! Jedzenie zapewniało zaspokojenie emocjonalne, wypełniało braki, a wymioty zapobiegały przytyciu. Mój cały świat zaczął kręcić się wokół tego, co mogę zjeść, czego nie, kiedy mogę, czy w ogóle mogę... Zaczęłam żyć by jeść, a nie jeść żeby przeżyć. Nawet teraz, gdy staram się to odtworzyć w pamięci, staje się to strasznie męczące. I wtedy też było. Nic mi się nie chciało. Nawet chcieć mi się nie chciało. Potrafiłam godzinami siedzieć wpatrzona w ścianę i nie robić zupełnie nic. Tak sobie trwałam. Nienawidziłam siebie za to. Nienawidziłam Boga za to, że tak mnie doświadcza. Nie wierzyłam, że to się może kiedyś skończyć. Nikt nie potrafił mi pomóc. Sama sobie nie umiałam pomóc. Z czasem stało się to bardzo wygodne. Lubiłam się nad sobą użalać. Przez trzy lata nie definiowałam tego, czego świadkiem byłam ja i moi najbliżsi. Nikt nie definiował, bo jak to możliwe, żeby w tak poukładanym, idealnym świecie pojawiło się coś tak chaotycznego i niedoskonałego jak choroba? Przecież choroba to kara, a my nie zrobiliśmy nic złego. Diagnoza pojawiła się zupełnie przypadkowo...

Spojrzyć prawdzie w oczy...

...i przyznać się przed sobą – MAM PROBLEM! Nie było łatwo. Z pomocą przyszła moja pani ginekolog. Zgłosiłam się do niej z zupełnie innej przyczyny. Otóż zatrzymała mi się miesiączka. To pani doktor zaczęła dociekliwie pytać, czy przypadkiem nie próbowałam się odchudzać, bo o ciąży raczej mowy nie było. I pękłam. Ze łzami w oczach opowiedziałam jej o tym, co mnie nękało przez ostatnie trzy lata. Ona złapała się za głowę i bez zastanowienia podała mi namiary na poradnię psychiatryczną, zajmującą się przypadkami zaburzeń odżywiania. Ktoś po raz pierwszy nazwał fachowo to, co przeżywam od tylu lat. To bulimia. SZOK! Co to za чудо ta cała bulimia? Jedno słowo nie może określać tego, co mi się przytrafiło. Stwierdziłam, że coś jej się musiało pomylić. I tę myśl od siebie odsunęłam, bo po głowie krążyło inne słowo: „psychiatryczną, psychiatryczną, psychiatryczną”, te słowa brzmiały jak wyrok. No pięknie – myślałam – przychodzisz po leki na wywołanie miesiączki, a wychodzisz jako osoba z zaburzeniami psychiki. Nie! Nie! Nie! Wysłałam nie do końca przekonana do tego, co usłyszałam. Przecież to mnie nie dotyczyło. To, że się odchudzałam, nie znaczyło od razu, że jestem chora! Najgorsze było przekazanie informacji mamie. Nie do końca wiedziałam, czy powinnam. Bałam się, że mama mi nie uwierzy. Przecież już od tylu lat obserwowała co się ze mną dzieje. Może pomyśli, że to kolejna fanaberia?! Pal sześć! Porozmawiałam z mamą. Rozmawiałyśmy dosyć długo, obydwie płakałyśmy. Powtórzyłam to, co powiedziała mi pani doktor, dodałam kilka słów od siebie, ale nie użyłam ani razu tego magicznego słowa. Bulimia nijak nie chciała precyzyjnie się przez moje ściśnięte gardło. Bynajmniej nie w taki sposób. Zdecydowałyśmy, że następnego dnia pójdę do lekarza po skierowanie do poradni psychiatrycznej. Sama! Nie bardzo

byłam przekonana, czy powinnam. Ostatecznie, przecież całkiem dobrze się mam. Mój wygląd nie wskazywał na to, że choruję. Obawiałam się, że pani doktor widząc mnie, stwierdzi, że symuluję. Zadziwiające jest to, że jeśli jesteś zdrowa, to pójście po takie skierowanie nie jest dla ciebie żadnym problemem. Staje się nim natomiast w momencie, gdy musisz przed obcą osobą głośno nazwać swój problem, i to związany z psychiką, i prosić o pomoc w tej kwestii. To jak wyjść na środek miasta w godzinach szczytu i stanąć tam nago, licząc na to, że nikt cię nie zauważy. Nierealne! Albo realne, jeśli robisz to dobrowolnie i jesteś gotowy na ewentualny brak zrozumienia. Ja nie byłam. Ale dla świętego spokoju poszłam po to skierowanie. Dwa miesiące później. Po maturze i po egzaminach na studia. U mnie jednak wszystko musi nabrać mocy urzędowej. Skierowanie także. Schowałam je głęboko w szufladzie z nadzieją, że nigdy mi się nie przyda. Ależ ja byłam naiwna! Żyłam w przekonaniu, że sama doskonale sobie poradzę. Przecież od kilku miesięcy nie miałam aż takich silnych napadów obżarstwa. Czułam się nadzwyczaj dobrze. A to za sprawą intensywnych przygotowań do egzaminów sprawnościowych. Dużo biegałam i pływałam. Za dużo. Ale mnie to cieszyło. Chudłam w końcu! Do tego trochę środków przeczyszczających, lekka dieta. Każda chwila dnia musiała być wypełniona, żebym nie miała czasu na jedzenie, na myślenie o nim. Miałam dobrą przykrywkę – egzamin sprawnościowy. Nikt nie podejrzewał, że cel ćwiczeń jest całkiem inny. Sama w końcu zaczęłam wierzyć, że faktycznie celem jest dostanie się na studia. Byłam z siebie dumna! Ależ pięknie to obmyśliłam!

Dostałam się na studia. Fizjoterapia. Kraków. Mówili mi, że to dobre i przyszłościowe studia. W to też uwierzyłam. Nawet byłam skłonna się cieszyć. Cały czas jednak czułam się tak, jakby to działo się jakoś obok mnie. Zawsze marzyłam o studiach humanistycznych albo aktor-

stwie. Bliżej mi było do artysty niż rehabilitanta, choć ludzie mówią, że rehabilitacja to też sztuka. Moja marzycielska, trochę artystyczna dusza musiała jednak ustąpić miejsca zdrowemu rozsądkowi. Marzenia odsunęłam w kąt i ostatecznie zaakceptowałam wybór studiów. Skierowanie nadal leżało w szufladzie. Do tej szuflady wrzuciłam wszystko to, co mogło burzyć mój względny spokój:

- marzenia o karierze siatkarskiej – bo może tak naprawdę nie byłam aż taka dobra,
- marzenia o studiowaniu psychologii – bo tam powinni studiować ludzie, którzy nie mają problemów ze sobą,
- marzenia o miłości – bo nie czas i nie pora na głupoty,
- myśl o tym, by być kimś wyjątkowym dla kogoś,
- myśl o tym, że muszę się borykać z jakąś nieznaną mi chorobą, która na zawsze zmieniła moje życie.

Przyjęłam bierną postawę. Skoro nie mogłam żyć tak, jakbym chciała, to będę żyć tak, jak inni chcą żebyś żyła. Co za różnica? Żegnaj iluzjo! Witaj prozo życia! Widocznie tak ma być. Wakacje przed studiami przeleciały bardzo szybko. Trochę pracowałam, trochę podróżowałam. Z bulimią cisza. Byłam pewna, że to już przeszłość. Że skutecznie udało mi się zamknąć tamten etap. Jednak to była cisza przed burzą...

Ja – jako studentka...

Październik 2007 roku

Z wyjazdem z rodzinnego miasta wiązałam duże nadzieje. Wierzyłam, że to szansa, aby w nowym miejscu stworzyć zupełnie nową, szczęśliwą, zdrową Olę. Tym bardziej, że Kraków to miejsce, które daje ogromne możliwości rozwoju. Czułam, że mam siłę, by pokazać się

z jak najlepszej strony. Chciałam walczyć o to, by inni zobaczyli, że jestem coś warta. Popełniłam dwa błędy, które widzę dopiero teraz. Po pierwsze, zmiana miejsca niewiele daje, jeśli nie uporządkuje się swojego wnętrza. Miejsca można zmieniać, ale w każde z nich zabierasz siebie. Pogodzonoś ze sobą albo nie. Po drugie, to sobie powinnam chcieć udowodnić, że jestem coś warta, a nie innym, obcym ludziom. Nie mając tej wiedzy, zaczęłam kreować siebie na wzór i podobieństwo wyluzowanej i przebojowej studentki. Zadziwiające jest to, jak łatwo człowiek zakłada maski kryjące jego lęki, obawy i prawdziwe ja. Podjęłam się funkcji starościny grupy, bo za wszelką cenę chciałam być zauważona, doceniona. Chciałam czuć się potrzebna i lubiana. Ostatecznie dałam się wykorzystywać. Trudno, jeśli taka jest cena tego, by być kimś na tej uczelni, mogę się poświęcić. Cieszyłam się bardzo, gdy ludzie przychodzili do mnie i prosili o pomoc. Super! Nareszcie moje marzenia się spełniają. Mój entuzjazm rósł z dnia na dzień. Przez dwa miesiące, bo później emocje opadły. Ludzie chwilowo niczego nie potrzebowali. Pierwsze formalności załatwiłam i każdy zajął się swoimi sprawami. Nikt o mnie nie pamiętał. Czego się spodziewałaś – myślałam – przecież nikt nie będzie skakał koło ciebie przez cały czas. Nie jesteś pępkiem świata. Witamy w realnym świecie! Po raz kolejny musiałam zaczynać wszystko od początku. W obcym mieście, bez rodziców, bez znajomych z liceum, z pokiereszowaną duszą, bez poczucia wartości. Sama. Zupełnie.

W mojej głowie zrodziła się po raz kolejny myśl. Jeśli schudnę, to na pewno mnie zauważą. Jeśli schudnę, to na pewno wszystko się zmieni. Tak! Myślenie życzeniowe. Uzasadnione tym, że uczelnia miała specyficzny klimat. Wszechobecny kult ciała. Idealna sylwetka czyniła cię kimś. Wtedy myślałam, że na wewnątrz nikt nie zwraca uwagi. Liczyła się fizyczność i dobra zabawa. Chęć przynależności do jakiegokolwiek

grupy przewyższyła chęć życia w zgodzie ze sobą. A zresztą, po co żyć w zgodzie z kimś, kogo tak naprawdę wcale się nie lubi? Po raz kolejny zamknęłam się w domu. Wychodziłam tylko na zajęcia na uczelnie i nic poza tym. Tak było najbezpieczniej. Nie chciało mi się z nikim nawiązywać bliższej znajomości, bo to wiązało się z koniecznością odślonięcia siebie. Nie czułam się na tyle interesującą i wyjątkową osobą, aby sądzić, że ktoś będzie chciał mnie bliżej poznać. Od początku nie dałam sobie takiej możliwości. Większość czasu spędzałam nad książkami, w końcu zbliżała się pierwsza sesja. Przecież wykładowcom nie wytłumaczę braku wiedzy tym, że nie umiem sobie ze sobą poradzić, że czuję się samotna. Dla nich nie liczyło się to, jakim jestem człowiekiem. Interesowała ich tylko wiedza. To był wyznacznik tego, kim jesteś. Nie ważne, że masz gorszy dzień, że nie spałeś całą noc, że wiedza nijak nie chce wchodzić do głowy, że pokłóciłeś się z rodzicami, że nie możesz zaklimatyzować się w nowym mieście, że... przykłady można by mnożyć. Czasem myślę, że wykładowcy zapominają o tym, iż sami kiedyś byli studentami.

W tamtym czasie bardzo potrzebowałam pomocy. Chciałam zapytać kogoś o radę. Czy to tak ma być? Czy każdy student tak przeżywa swoje początki? Czy tylko ja nie umiem sobie z tym poradzić? Wszegobecny brak informacji! Nie wiedziałam, gdzie mogę iść po radę. Dla czego nigdzie nie mogę znaleźć pokoju z napisem DLA ZAGUBIONYCH STUDENTÓW W POTRZEBIE: służymy rozmową, fachową poradą, zrozumieniem i dobrym słowem – myślałam. Sytuacja wymknęła się spod kontroli... Nie radziłam sobie z emocjami. Lodówka uśmiechała się do mnie nieśmiało z kuchni. Kiedy wychodziłam rano na zajęcia, już układałam w głowie plan tego, co zjem gdy wrócę. Jeszcze tylko ostatnie pięć minut. Złapię tramwaj. O jest! Szybciej, szybciej! Ile można jechać odległość jednego przystanka?! – myślałam

gorączkowo, a irytacja i złość narastały – no nareszcie! Lodówka, lodówka, lodówka! Na początek obiad, pierogi. Zjem dziesięć... albo nie, dwanaście... tak! Dwanaście będzie ok! – analizowałam. Ostatecznie zjadłam dwadzieścia. Potem płatki z mlekiem, bo przecież za chwilę będę pewnie głodna. Czekolada, a właściwie dwie. Banan. A i jeszcze dwie kromki z szynką. Zaraz, zaraz, hmmm... gdzie miałam jeszcze Snickersa... JEST! Pięć minut później z wyrzutami sumienia klęczałam nad muszlą klozetową. Takie epizody pojawiały się coraz częściej. Średnio trzy razy w tygodniu. Potem nawet codziennie. Uwielbiałam zostawać sama na weekendy w mieszkaniu. Wtedy mogłam dać upust swojemu obżarstwu. Nie musiałam kryć się przed współlokatorką. Z czasem zaczęłam czuć do siebie obrzydzenie. Karciłam się za to, że nie potrafię nad sobą zapanować. Przecież inni ludzie jakoś potrafią zjeść tyle, ile im potrzeba i odejść od stołu. Więc dlaczego ja nie potrafię? Przecież jedzenie nie może być centrum mojego życia. Mimo prowokowanych wymiotów i stosowanych środków przeczyszczających, ciągle tyłam. Nie zauważyłam nawet, kiedy minęła sesja. Zdałam ją jakoś. Nawet w pierwszym terminie. Cieszyłam się! Ale to nie była radość totalna. Przecież to żaden wyczyn – myślałam – wszyscy zdają. Zawsze byłam dla siebie bardzo krytyczna. Nie dawałam sobie prawa do błędu czy słabości. Wszystko musiało być idealne. Perfekcjonistka do szpiku kości...

Pamiętam, to był chyba styczeń. Uległam presji środowiska. Poszłam na swoje pierwsze zajęcia fitness. Nie dla zdrowia, tak jak to zwykli robić ludzie. Ja miałam jeden cel – to ma mi pomóc schudnąć. Tak z resztą było z każdą aktywnością fizyczną. Dlatego tak ciężko było się zmobilizować do ruchu. Logika bulimiczki jest bardzo prosta: ćwiczenia nie dają efektu od razu, trzeba sporo cierpliwości, wysiłku, a głódówka czy wymioty dają efekt niemalże natychmiastowy. Po co

więc się męczyć bieganiem lub fitness, skoro nie jeść jest prościej? Ćwiczenia są pomocne dopiero wtedy, gdy chce się wypełnić czas, aby nie myśleć o niejedzeniu. Na pierwszych zajęciach poznałam dziewczynę – jak się później okazało – anorektyczkę już po terapii. Jeszcze na tych samych zajęciach, od słowa do słowa, opowiedziałyśmy sobie swoje historie. Ona od razu wiedziała co jest grane, gdy zobaczyła moją determinację w oczach. Ale nie taką normalną determinację. Determinację bulimiczki. Ucieszyłam się, że nareszcie jest ktoś, kto czuje to, co ja i pomoże mi to ogarnąć. W rzeczywistości było zupełnie inaczej. Słuchając jej historii, doszłam do wniosku, że po tym, co ona przeszła, nie powinnam rościć sobie praw do nazywania siebie bulimiczką. Przecież nie byłam w szpitalu ani nawet bardzo nie chudłam. Może to ja sobie coś wymyśliłam? Może chciałam zdobyć uwagę innych poprzez litość i wmówiłam sobie, że mam problem?

Podjęłam decyzję. Jeśli chorobliwie schudnę, to może ktoś w końcu mi pomoże?! Jak postanowiłam, tak też się stało. Codziennie jadłam tylko jogurt naturalny (oczywiście zero procent tłuszczu) i piłam ogromne ilości wody. Zaczęłam biegać, żeby przyspieszyć proces chudnięcia. Mimo małych ilości jedzenia czułam się świetnie. Ubrania znów „leciały ze mnie”, koleżanki mówiły, że fajnie wyglądam. Miałam siłę! Największym problemem był wówczas wyjazd do domu na weekend. Bo jak tu nie jeść?! Od razu wzbudziłoby to podejrzenia i tak już bardzo czujnej mamy. Po trzech tygodniach głodówki pojechałam do domu. Troszkę słaba. Ten wyjazd położył kres mojej przygodzie z nicniejedzeniem. Wmusiłam w siebie niewielką ilość jedzenia. Normalny obiad. Ech. To szok dla nieco skurczonego żołądka. Musiałam zwymiotować. Mama zorientowała się, że coś jest nie tak. Stało się to, czego najbardziej się obawiałam. Musiałam porozmawiać z mamą i opowiedzieć jej o wszystkim. Po raz pierwszy przyznałam się, przed nią

i przed samą sobą, że MAM PROBLEM! Potem już tylko szukanie psychologa, zdobywanie numerów i odkopanie skierowania. To był czas, kiedy nabrało ono mocy urzędowej... ponad pół roku od czasu, kiedy je zdobyłam. Pół roku łudzenia się, że problem rozwiąże się sam. Nic bardziej mylnego! Ze skierowaniem w rękę wyjechałam do Krakowa. Pierwsza podróż w kierunku wyzdrowienia...

„Byłam u psychiatry” – jak to trudno powiedzieć...

Uświadomienie sobie, że ma się problem, to dopiero połowa sukcesu. Druga połowa to odnalezienie w sobie chęci i siły do tego, by zacząć się leczyć. A to jest znacznie trudniejsze, ponieważ wymaga pójścia do zupełnie obcej osoby i obnażenia się przed nią ze swoich słabości. Najzwyczajniej w świecie wstydziłam się. Bałam się, że ktoś odbierze mnie jako pustą nastolatkę, która nie dba o nic innego tylko o wygląd zewnętrzny, że pomyśli: zaczęła się odchudzać, narobiła sobie sama problemów i teraz liczy na to, że ktoś ją zrozumie i jej pomoże. Taki był mój obraz cierpiących na zaburzenia odżywiania. A więc i obraz samej siebie. Nie wiedziałam, że problem nie tkwi w ciele, tylko trzeba go szukać znacznie głębiej. To dusza choruje! Znalazłam lekarza dla mojej duszy. Sama! Zadzwoiłam. Sama! Umówiłam się na wizytę i poszłam. Sama! Najgorsze było to, że nie było wtedy przy mnie żadnej bliskiej osoby, która mogłaby mnie wesprzeć. Miałam wsparcie przez telefon. Ale to nie to samo. Siedziałam w poczekalni z poczuciem, że oczy wszystkich są skierowane tylko i wyłącznie na mnie. Czemu się tak na mnie gapiacie, skoro sami też nie do końca macie poukładane w głowie?! – buntowałam się w myślach. Usłyszałam swoje nazwisko. Zaczęło się. Musiałam opowiedzieć z czym mam problem, kiedy się zaczął, jak często się powtarzał. Tyle miałam powiedzieć sama od

siebie. Później pytała już pani psycholog. Ja tylko odpowiadałam. To znacznie ułatwia sprawę. Pani psycholog uświadomiła mi, że terapia będzie trwała około roku albo i dłużej. Że będziemy niejednokrotnie poruszać bolesne dla mnie kwestie. Zgodziłam się. Skoro to ma pomóc to warto spróbować. Tak rozpoczęłam walkę o siebie.

Spotkania odbywały się raz w tygodniu. Przez pierwsze pięć spotkań powstawała moja historia od dzieciństwa do momentu, w którym wówczas byłam. Potem miała się zacząć właściwa terapia dostosowana do mnie. W tym czasie byłam u psychiatry, który przepisał mi leki. Nieodczowny element terapii. Miały one zmniejszać łaknienie i zapobiegać wymiotom. Na dwóch spotkaniach płakałam. Całe 45 minut. Prawda czasem bywa bolesna. A ta, której istnienie jest dla nas zaskoczeniem – podwójnie. Mimo trudności kontynuowałam spotkania. Z czasem było znacznie lepiej. Kwitłam. Odzyskiwałam wiarę w to, że mogę zmienić swoje życie. Że nie do końca jest tak beznadziejnie. Zaczęłam umawiać się ze znajomymi, coraz częściej się śmiałam. Cieszyłam się, że coś robię ze swoim życiem. Otworzyłam się trochę na drugiego człowieka. Tym bardziej, że zawsze lubiłam poznawać nowych ludzi. Na zmianę postrzegania siebie było jeszcze za wcześnie. Skoro przez cztery lata budowałam błędny obraz siebie, to nierealne było, abym zmieniła go w cztery tygodnie. Ale pierwsze próby podejmowałam. Wychodząc na spotkanie, starałam się nie myśleć, co pomyślą o mnie inni, tylko czym mnie ujmą, zaskoczą. Starałam się powtarzać sobie, że „tam skarb mój, gdzie serce moje”. I co zauważałam? W momencie, kiedy myślałam o sobie dobrze, moje kontakty z innymi nie były już tak obciążające i stresujące. A więc to o to chodzi! – myślałam. To magiczne zdanie: „musisz pokochać i zaakceptować samą siebie” nagle nabrało sensu. Wcześniej było to dla mnie zbyt trudne. Nie lubiłam, gdy najbliżsi powtarzali mi to zdanie. Jakby to było takie proste – myślałam – to nie

miałabym tego problemu, który mam. Mówię otwarcie! NIEŁATWO JEST POLUBIĆ SAMĄ SIEBIE! Gdy nie wiesz od czego zacząć, gdy nie wiesz za co masz siebie lubić. To mniej więcej takie wyzwanie, jak polubienie swojego największego wroga. Najpierw przekonujesz się do jego powierzchowności, która nie jest idealna i na wstępie odpycha cię od niego. Później zaczynasz poznawać jego dobre cechy, bo przecież każdy na początku znajomości chce się zaprezentować z jak najlepszej strony. I na koniec – wady. To jest moment, który decyduje o tym, czy jesteś zdolna zaakceptować człowieka takim, jaki jest. Z jego słabościami, nawykami, dziwnymi zachowaniami. Jeśli dajesz sobie prawo do popełniania błędów, dopuszczasz myśl, że nie musisz być we wszystkim idealna, to jesteś na najlepszej drodze do tego, by pokochać samą siebie. Gdzieś przeczytałam, że „kochać samego siebie – to początek romansu na całe życie”. A kto z nas nie marzy o takim romansie? Pierwszym krokiem w terapii było stworzenie indywidualnego planu posiłków i produktów, które mogę jeść, żeby się zdrowo odżywiać. Po pierwsze, odstawić słodyczne. Po drugie – z miernikiem kalorii w rękę stworzyć własną dietę (około 2000 kalorii dziennie), po trzecie – kupować tyle produktów, ile w danym dniu zjem, nic więcej! Przez pierwsze dwa tygodnie nawet mi się to podobało. Robiłam w końcu coś dla siebie. Do tego leki, odrobina ruchu. Wszystko zmierzało w dobrą stronę. Byłam dumna, że tak dobrze mi idzie. Zastanawiałam się, dlaczego tak długo zwlekałam z tą terapią, skoro tak mi pomaga. To były trzy miesiące mojej odnowy. Trzy miesiące życia w pełnym tego słowa znaczeniu. Ale bulimia to taki kot. Łapiąc swoją zdobycz bawi się nią przez jakiś czas. Wypuszcza, łapie, potem znów wypuszcza. Rzadko zabija od razu, bo czerpie przyjemność z zabawy. Gdy uzna, że ma dość, to zostawia zdobycz i odchodzi. Ale niezbyt daleko i tylko na pewien czas. Po to by znów zaatakować. Taka gra...

Koniec maja. Zbliżała się kolejna sesja. Idealny moment na sprawdzenie sił. Czy wierzę w siebie na tyle, by mieć pewność, że dam radę zdać tę sesję i napęlić dumą rodziców? Nie chciałam ich znowu zawieść. Ani razu nie pomyślałam, że mogę zawieść siebie. Zawsze marwiłam się o innych. Te ogromne partie materiału zdawały się mnożyć z każdym kolejnym dniem. Czy oni nie rozumieją, że my jesteśmy tylko ludźmi, a nie zaprogramowanymi na wkuwanie robotami? – znów się buntowałam. Nie mogłam pozwolić sobie na słabość. Nie w tym momencie i nie na tej uczelni. Początkowo wszystkie egzaminy poszły gładko. Tylko jeden – niezdany. Nie potrafiłam przeboleć, że mi przytrafiła się taka porażka. Jak to? Nie docierały do mnie żadne zapewnienia, że poprawię, że to nie koniec świata. Czułam się znów niepewnie. Bałam się powiedzieć rodzicom, że nie zdałam. Przecież oni tak ciężko pracują po to, żebym mogła się uczyć. Nie wytrzymałam presji. Lodówka ponownie „uśmiechnęła się” do mnie. Witaj kochana! Wiedziałam, że wrócisz. Tylko ja wiem jak Ci pomóc – zdawała się mówić. Zjadłam wszystko, co było w środku, łącznie z mrożonkami! Potem znany schemat. Zażyłam jeszcze moje leki i wtedy po raz pierwszy przeczytałam ulotkę. Szczególną uwagę przykuwały skutki uboczne: „(...) przekroczenie zalecanej dawki może wywoływać nudności i wymioty”. BINGO! Pomyślałam, że jeśli trochę schudnę to, rodzice spojrzą na mnie łaskawszym okiem. Choć przecież zapewniali mnie, że nic się nie stało. Nie słuchałam tego, co mówią inni, jeśli było to coś dobrego i niekrytycznego. Miałam swój plan i swoje myślenie. Po raz kolejny zaczęłam się głodzić, wymiotować. Przestałam chodzić na terapię. Było mi wstyd tam wrócić. Sądziłam, że nie ma tam miejsca dla takich jak ja. Dla słabych, którzy się poddali. Nie chciałam z nikim rozmawiać. Siedziałam w pustym mieszkaniu. Nawet z łóżka wstać mi się nie chciało. Bo niby po co? Widocznie tak już ma wyglądać moje życie.

Rok akademicki się skończył. Wróciłam do domu. Niewiele pamiętam z tamtego okresu. Oprócz jednego. Poznałam całkiem przypadkiem swojego przyszłego chłopaka. Nadszedł czas, by zweryfikować hasło propagowane przez czasopisma młodzieżowe: „wystarczy, że mężczyzna twojego życia zaakceptuje cię taką, jaka jesteś to wszystkie twoje problemy znikną”. Uwierzyłam...

Kocham Cię zażarcie...

Dziś już nie jesteśmy razem. Po półtora roku bycia w związku mogę śmiało stwierdzić, że taka relacja nie leczy z problemu. Nie jest „lekiem na całe zło”. Owszem, daje tymczasowe poczucie akceptacji i bezpieczeństwa. Pomaga nawet na jakiś czas przestać się głodzić, odchudzać, podnosi poczucie wartości. Pochłania sporo czasu, zajmuje myśli. Człowiek czuje się potrzebny. Bulimiczka kocha za dwoje. Oddaje wszystko, co ma, żeby tylko nie zostać samą. Nie myśli o sobie. Nie wie tylko, że oddając całą siebie, nie zostawia nic dla siebie. Buduje swoje poczucie wartości w oparciu o opinię drugiego człowieka. I w momencie kryzysu traci grunt pod nogami, bo ma świadomość, że wraz z odejściem drugiej osoby straci też siebie. Dlatego tak ważna jest miłość do samej siebie! Szacunek! I przekonanie, że to ktoś ma na Ciebie zasłużyć! Jeśli kochasz samą siebie i znasz swoją wartość, to nie boisz się zostać sama, bo wiesz, że i tak sobie poradzisz. Lepiej lub gorzej, ale zawsze. Myślę, że jeśli człowiek czuje się dobrze sam w swoim towarzystwie, to jest gotowy do tego, by stworzyć dojrzały związek. Nie jest to łatwe. Zwłaszcza dla kogoś, kto bardzo, wręcz desperacko potrzebuje miłości. Jest to jednak wykonalne. Rozstanie było punktem zwrotnym w zmianie sposobu myślenia o sobie. Tym bardziej, że decyzję podjęłam samodzielnie. Bez niczyjej opinii czy wpływu. To ważne, bo poczułam, że

ja także jestem zdolna do decydowania o swoim życiu. I mam do tego prawo. Czułam, że to, jak będzie wyglądało moje życie zależy w dużej mierze ode mnie, od decyzji, które podejmuję. Nieważne czy dobrych, czy złych. Każda jest nowym doświadczeniem, którego zawsze tak się obawiałam. Po raz pierwszy nie bałam się podjąć ryzyka. Choć bałam się konsekwencji. Po raz pierwszy NIE UCIEKAŁAM od problemu! Tylko starałam się go rozwiązać. I to ta istotna zmiana.

Zdrowa?

Odkryłam, że rozwiązywanie problemów jest nawet fajne. Każde wydarzenie: czy to egzamin, kłótnia z chłopakiem czy rozczarowanie uczyły i nadal uczą mnie czegoś nowego. Dobre czy złe zdarzenia uczą dystansu do siebie i do ludzi. Dopuszczają możliwość błędu, porażki. W końcu jesteśmy tylko ludźmi. Każdy kiedyś upada. Wiele razy. Ale najważniejsze jest to, że się podnosi. Bo „moc w słabości się objawia”. Dziś mam dwadzieścia dwa lata. Jestem bulimiczką z siedmioletnim stażem. Żyję. Myślę, że to najlepszy dowód na to, że z bulimią można żyć. Przez długi czas nie chciałam się pogodzić z tym, że nie mogę żyć tak jak inni. Nie podobało mi się to, że muszę kontrolować siebie w kwestii jedzenia. Że muszę walczyć przy półce w sklepie o każdy batonik. Zjeść – nie zjeść. Podczas gdy inni nie mają takiego problemu i gdy mają ochotę, to po prostu go kupują i jedzą. Dziś myślę, że choroba ukształtowała mój charakter. Każdy upadek i powstawanie z niego sprawiało, że stawałam się silniejsza. Bardziej odporna. Oprócz zdrowej dyscypliny starałam się być dla siebie łagodna. Nauczyłam się śmiać z samej siebie, ze swoich niedoskonałości. Przyszło mi to z dużym trudem. Ale cieszę się, że przyszło. Pogodziłam się z tym, że bulimia jest częścią mojego życia. To, co kiedyś uważałam za ogrom-

ną niesprawiedliwość i przekleństwo, dzisiaj uważam za wyróżnienie. Wierzę, że to co się stało ma sens. Chociażby w tym, że mogę dzielić się swoim doświadczeniem z innymi, potrzebującymi wsparcia w tej kwestii. Dzięki chorobie nauczyłam się walczyć o siebie. Stałam się bardziej świadoma siebie, swoich potrzeb. Po siedmiu latach, w czasie których nie dbałam o swoje potrzeby, nie traktowałam siebie jak człowieka godnego szacunku i mającego prawo do szczęśliwego życia, chcę powiedzieć, że warto mówić o swoich potrzebach. Warto, ponieważ nie mówiąc nic, nie dajemy sobie i innym szansy na udzielenie pomocy, wsparcia. Wiem, że powiedzieć głośno o tak wstydlivej sprawie jest trudno. Boimy się braku zrozumienia, wyśmiania i odrzucenia. Nie każdemu też można powierzyć taki sekret. Są jednak ludzie, którzy wiedzą, jak pomóc i chętnie to robią. Chociażby dlatego trzeba odważnie zacząć mówić!

Czy jestem zdrowa? Odpowiem pytaniem: a czy są na świecie ludzie całkowicie zdrowi? Udało mi się wyciszyć objawy. Nauczyłam się w inny sposób reagować na problemy. Od ponad roku nie stosuję rygorystycznych diet ani nie prowokuje wymiotów. Zaakceptowałam przeszłość i z nadzieją patrzę w przyszłość. Chcę żyć! Zamierzam kontynuować terapię, bo chcę poznać przyczyny i zrozumieć podłoże mojej choroby. Nieważne, czy znów upadnę. Nawet jeśli, to wiem, że mam siłę i ludzi, którzy pomogą mi się podnieść. Każdy ma! Zatem „nie bój się cieni. One świadczą o tym, że gdzieś znajduje się światło!”

Na zakończenie luźnych myśli kilka...

Swoją drogą zastanawia mnie jedno. Codziennie mamy do czynienia z chorymi ludźmi, uczymy się im pomagać. Dlaczego więc nie dopuszcza się myśli, że student też może chorować? Dlaczego student boi się

podejść do prowadzącego zajęcia i powiedzieć – nie zdążyłem się nauczyć, bo po prostu jest tego za dużo, nie miałem siły, bolała mnie głowa. Idąc dalej... dlaczego na przedmiotach takich jak psychologia, odnowa psychiczna, psychiatria (choć tu znalazł się jeden wyjątek) nie porusza się głębiej tak ważnych kwestii, jak anoreksja, bulimia, nerwice, schizofrenia, które przecież najczęściej dotyczą ludzi w naszym wieku? Wiedza na ten temat jest mała, żeby nie powiedzieć – żadna. Choroba psychiczna ma to do siebie, że nie widać jej na pierwszy „rzut oka”. Ciekawe jest to, że osoby z podobnymi problemami potrafią znaleźć siebie w tłumie. Ja na swojej drodze spotkałam ich aż sześć. Podczas gdy ludzie, którzy tych problemów nie mają, nie są w stanie wychwycić ani jednej takiej osoby. Kilka osób z mojego otoczenia było w ciężkim szoku, kiedy dowiedziały się, że mam bulimię. „W życiu bym nie pomyślała, że możesz mieć z tym problem” – te słowa świadczą o skali nieświadomości. Ale nie można nikogo za to winić. Sama mało interesowałam się tymi zagadnieniami, dopóki nie zachorowałam. A informacji na ten temat jest „jak na lekarstwo”. Nawet nie wiadomo, gdzie ich szukać. Nie zwykło się poruszać na większym forum kwestii jakiegokolwiek patologii. Z gazet wciąż płyną komunikaty o tym, że trzeba być zdrowym, wysportowanym, sexy, trendy itd. Każde odchylenie od normy jest niewskazane. Diety cud, zabiegi upiększające ciało, nowe ubrania, makijaże, wyretuszowane i chorobliwie chude modelki o idealnej cerze i figurze, kariera, pieniądze. A gdzie miejsce na człowieka i jego niepowtarzalną duszę? Co z tymi wrażliwymi duszyczkami, które bombardowane z każdej strony fizycznością, zaczynają tracić wiarę w siebie i w swoją wartość? Przecież uroda i wszystko co widoczne na zewnątrz jest tak strasznie ulotne. Czy naprawdę trzeba tyle cierpienia młodych ludzi, żeby to zrozumieć?

Takich jak ja jest więcej. Nie jestem odosobnionym przypadkiem. Oni tak samo jak ja nie zgadzają się na taki świat. Krzywdzenie siebie jest próbą zwrócenia uwagi na to, że coś jest nie tak! Jest ich rozpaczliwym wołaniem o pomoc! Tylko skąd ją uzyskać, skoro ludzie wokół nie mają pojęcia, o czym świadczy takie postępowanie? A odchudzanie kojarzy im się ze słabością i próżnością? Może zamiast pisać „puste”, chwytliwe artykuły, warto byłoby zacząć pisać o tym, co jest naprawdę ważne? Na koniec dodam: wiem, że są ludzie, dla których niekwestionowaną wartością jest wnętrze człowieka. To ich warto szukać i z nimi warto żyć!

Piotr Berestecki

Historia mojego studiowania

Wymarzone studia

W 1994 roku rozpocząłem wymarzone studia prawnicze na UJ. Wcześniej dwa lata studiowałem z powodzeniem budownictwo na Politechnice Częstochowskiej. Nie były to studia z wyboru, nie byłem na nich szczęśliwy, ponieważ cały czas myślałem o prawie. Nie mogłem jednak wtedy liczyć na aprobatę dla moich planów zawodowych i pomoc materialną rodziców, zatem musiałem dokonać wyboru kierunku na uczelni, która ma siedzibę w miejscu mojego zamieszkania, to jest w Częstochowie. W grudniu 1993 roku zachorowałem na cukrzycę insulinozależną. Choroba przeorientowała moje życie, także pozytywnie. Podjąłem decyzję o przystąpieniu do egzaminów wstępnych na prawo, a w trakcie urlopu zdrowotnego na Politechnice przygotowywałem się do egzaminów wstępnych. Rodzice, choć nie bez sprzeciwów, w końcu zaakceptowali mój wybór i zaoferowali pomoc materialną. Studia prawnicze umożliwiły mi bowiem nie tylko podjęcie pracy zgodnej z zainteresowaniami, ale takiej, która umożliwi mi aktywne życie zawodowe z cukrzycą. Egzamin wstępny zdałem z bardzo dobrymi wynikami, czułem się tak, jakbym złapał Pana Boga za nogi. Spełniły

się moje marzenia – dopiero w Collegium Novum poczułem się nareszcie na swoim miejscu. Do czasu uzyskania absolutorium w maju 1999 roku tok moich studiów prawniczych przebiegał prawidłowo. Bez problemów zaliczałem egzaminy, nie powtarzałem roku, nie korzystałem z urlopów dziekańskich, nie musiałem się reaktywować. Radziłem sobie mimo trudności materialnych i adaptacyjnych związanych z zamieszkaniem w akademiku. W trakcie studiów nigdy nie próbowałem korzystać z alternatywnego trybu zdawania egzaminów, właściwie nikt z moich znajomych na roku nie wiedział o tym, że choruję. Byłem takim samym studentem jak wszyscy.

Choroba i niepowodzenia edukacyjne

Pod koniec piątego roku (po uzyskaniu absolutorium) wystąpiły u mnie problemy zdrowotne, które przez długi czas kojarzyłem z przemęczeniem lub skutkami cukrzycy. Byłem tak wyczerpany, że nie zdołałem napisać pracy magisterskiej w terminie. Z tego powodu musiałem powtórzyć piąty rok studiów. Było to dla mnie ogromne negatywne przeżycie, tym bardziej, że zależało mi na bezproblemowym przebiegu studiów i napisaniu dobrej pracy magisterskiej, której tematyką byłem bardzo zainteresowany. Byłem magistrantem w prestiżowej katedrze na Wydziale Prawa. Planowałem także przystąpienie do egzaminu na aplikację adwokacką. Powtarzanie roku niweczyło ten plan zawodowy – załamałem się... Trudno pisać o tym okresie, w którym człowiek nie wie, co się z nim dzieje, jest mało odporny psychicznie i niezdolny do jakiegokolwiek skutecznej aktywności. Przez dwa lata nie potrafiłem poprawnie sformułować zdania w języku prawniczym, przy pisaniu cały czas usiłowałem korzystać ze słownika języka polskiego. Cały byłem obolały, miałem silne bóle głowy, czasem nie mogłem o własnych si-

łach wstać z krzesła lub rano z łóżka. Dwukrotnie powtarzałem piąty rok studiów z powodu niezłożenia pracy dyplomowej. Wyczerpałem limit powtarzania roku na studiach dziennych. By kontynuować edukację, musiałem po roku przenieść się na studia niestacjonarne. W moim stanie psychicznym właściwie nic się nie zmieniało, w dalszym ciągu obawiałem się nawet wizyty w dziekanacie, w razie takiej potrzeby korzystałem z pomocy bliskich kolegów. Oczywiście w sytuacji niepowodzenia na uczelni ujawniły się inne problemy: osobiste, rodzinne, materialne. Rodzice nie rozumieli przyczyn niepowodzeń z pracą magisterską, przeżyli zawód z powodu mojego postępowania, co więcej – uważali, że mieli rację, sprzeciwiając się moim planom studiowania prawa. Natomiast problemy materialne tym bardziej przybrały na sile, gdyż kolejne powtórzenia roku i reaktywacja wiązały się z wysokimi wydatkami, na które nie było mnie stać. Przez większość tego okresu pozostawałem bez pracy. Nikt nie chciał mnie zatrudnić – albo z obawy przed pracownikiem chorym na cukrzycę albo uzasadniając to brakiem formalnego wykształcenia. Zdiagnozowano u mnie depresję, podjąłem próbę leczenia – kilkumiesięczna terapia farmakologiczna i psychoterapia nie przynosiły rezultatów... Nie mogłem jej kontynuować z przyczyn materialnych.

W 2004 roku wystąpiło u mnie porażenie nerwu wzrokowego. Zostałem skierowany na badanie rezonansem magnetycznym, które wykryło w moim mózgu zmiany demielinizacyjne wywołane przez stwardnienie rozsiane albo udary niedokrwienne mózgu. Kolejne badanie przeprowadzone rok później potwierdziło progresję tym zmian. Do chwili obecnej moja choroba jest w rozpoznaniu różnicowym w kierunku stwardnienia rozsianego o charakterze rzutowym albo udarów niedokrwiennych. Z perspektywy trudno dzisiaj stwierdzić, czy depresja, która może być wynikiem stwardnienia rozsianego miała

w moim przypadku taką etiologię, czy była raczej uwarunkowana cukrzycą lub relacjami społecznymi. Być może przyczyny mojej depresji są złożone.

Dlaczego nie mogłem napisać pracy magisterskiej

W roku akademickim 2008/2009 zdecydowałem się wznowić studia po raz kolejny. Do tego czasu nie potrafiłem ułożyć swojego życia zawodowego i osobistego. Decyzja o ponownej reaktywacji wiązała się dla mnie z ogromnymi wyrzeczeniami finansowymi. Dzięki pomocy przyjaciół i rodziców udało mi się podjąć naukę na nowo. Musiałem uzupełnić różnice programowe. W sesji zimowej zaliczyłem trzy egzaminy na dobre oceny, co dawało mi nadzieję na uporanie się z pracą magisterską i ukończenie studiów. To chyba nie przypadek, że kiedy mogłem uczęszczać na zajęcia, a następnie musiałem przystąpić do egzaminów przedmiotowych, udało mi się zaliczyć je z powodzeniem. Miałem po prostu kontakt z uczelnią, z Krakowem, żyłem ponownie w świecie uniwersyteckim, prawniczym i łatwo radziłem sobie z normalną edukacją. Potem, kiedy tych kontaktów zabrakło i wróciłem do Częstochowy, było mi bardzo trudno ukończyć studia. Termin złożenia pracy dyplomowej upłynął piętnastego grudnia 2009 roku. Składałem podanie do pani dziekan o przesunięcie go o kolejne kilka miesięcy i otrzymałem zgodę. Nowy termin minął piętnastego maja 2010 roku. Niestety nie potrafiłem napisać pracy do tej pory. Zgromadziłem bogatą literaturę, napisałem ponad dwieście stron materiałów roboczych, nie miałem problemów z wysławianiem się, formułowaniem myśli i wywodów, a jednak nie wierzyłem w to, że mogę ukończyć te studia. Po krótkich okresach aktywności, wiary w siebie wracały złe myśli, brak wiary w swoje umiejętności, w to, że odnajdę swoje miejsce

w życiu. Pojawiło się poczucie, że nie zasługuję na ukończenie studiów. Ten brak wiary w pomysłność mojego życia jest spowodowany rzeczywistością mniejszą odpornością psychiczną przy cukrzycy czy stwardnieniu rozsianym, a także mniejszą odpornością fizyczną, która wymusza konieczność rozłożenia pracy w czasie i jednocześnie uniemożliwia osiągnięcie oczekiwanych rezultatów.

Dlaczego nie mogłem ukończyć pracy dyplomowej do tej pory? Myślę, że rzeczywistość bardzo trudno mi przezwyciężyć sytuację, w której jestem. Pojawiają się nawroty depresji, kilkumiesięczne okresy apatii, lęku o przyszłość. Nieukończenie studiów kompletnie wywróciło moje życie zawodowe. Depresja, rozstanie po kilku latach z dziewczyną, informacja o nowej chorobie, kolejne niepowodzenia na studiach... Przez bardzo długi okres słowa „chcę”, „mogę” były dla mnie nie do intelektualnego przyjęcia.

Piętnastego maja złożyłem wniosek o przedłużenie terminu na złożenie pracy dyplomowej o miesiąc. Nie pytałem nawet w dziekanacie, czy otrzymałem zgodę. Wydawało mi się, że nie, ponieważ po otwarciu mojego konta studenckiego ukazywała się informacja, że nie mam już dostępu do wszystkich danych oraz wyjaśnienie, że prawdopodobną tego przyczyną jest utrata statusu studenta lub nieukończenie studiów w terminie. Zarzuciłem pisanie, mimo że do końca terminu w przypadku zgody miałem jeszcze dwa tygodnie... Mam świadomość, że z uwagi na zmiany w regulaminie studiów, który dopuszcza możliwość tylko jednokrotnej reaktywacji, nie będę już mógł kontynuować studiów w celu przystąpienia do obrony pracy magisterskiej. Będę musiał rozpocząć studia od początku.

Obecne trudności

Doświadczam ogromnych trudności ze znalezieniem pracy. Nigdy nie byłem zatrudniony na podstawie umowy o pracę, przez wiele miesięcy w ogóle nie miałem nawet ubezpieczenia zdrowotnego. Na początku tego roku złożyłem wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności w celu starania się o dotację na założenie własnej działalności gospodarczej w zakresie doradztwa prawnego albo szukanie pracy na warunkach zatrudnienia osoby niepełnosprawnej. Zupełnie niedawno zapisałem się na listę dyskusyjną prawników i odzyskałem wiarę we własne umiejętności – często zabieram tam głos. Od kilku lat bezskutecznie poszukuję pracy. Na rozmowę kwalifikacyjną do kancelarii zostałem zaproszony dwukrotnie – w jednym przypadku przeszkodą w zatrudnieniu okazało się bielactwo na twarzy, w drugim zaoferowano mi bezpłatne praktyki, z których zrezygnowałem, gdyż nie było mnie stać na pobyt w Warszawie. Obecnie kolejna rozmowa przede mną – otrzymanie pracy będzie jednak uzależnione od możliwości ukończenia studiów. Z braku stałego zatrudnienia wynikają trudności materialne. Mieszkam z babcią, którą zarazem się opiekuję. Bardzo ważnym problemem jest troska o opał na zimę, kiedy w domu jest przeciętnie dwanaście stopni Celsjusza i w takich warunkach ręce grabieją przy klawiaturze. Na zimę zaciągamy pożyczkę w banku, którą spłacamy przez pozostałą część roku. Którejś zimy musiałem sprzedać złom, a po reaktywacji na uczelni część pieniędzy na węgiel przeznaczyliśmy na moje studia. Dzięki koledze, który jest informatykiem, mam komputer (złożył w całość części, które zakupiłem). Kupiłem sobie też torbę prawniczą, a cztery miesiące temu zainstalowałem Internet... Mimo tych mikro-sukcesów wciąż nie mogę poradzić sobie z głównym problemem, jakim jest ukończenie studiów. Na pisanie pra-

cy potrzebuję dużo więcej efektywnie spędzonego czasu (czasem piszę bardzo żmudnie) niż w sytuacji, w której nie chorowałbym przewlekłe. Powinienem unikać przemęczenia, aby nie dochodziło do incydentalnych omdleń, pojawiających się między innymi po nieprzerwanej, wytężonej pracy. Powinienem oszczędzać się także z uwagi na wysokie ryzyko niedokrwień kolejnych obszarów mózgu, których skutki mogą być groźne dla mojego zdrowia i życia. W rezultacie na pisanie mogę poświęcić w ciągu dnia najwyżej kilka godzin, także z powodu konieczności łączenia pisania z normalnymi obowiązkami, na przykład wykonywaniem sporadycznych zleceń.

Plany na przyszłość

Reasumując: ze strony Wydziału Prawa otrzymałem wsparcie i życzliwość pana promotora i dziekanów w ramach procedur wydawania pozytywnych decyzji na moje podania. Być może jednak zabrakło zwykłej rozmowy ze mną, próby skierowania mnie na konsultacje z psychologiem na uczelni, a może do takiego programu, który będzie oferowany od nowego roku akademickiego. Potrzebowałem skrzydeł, które ktoś mógłby mi podarować w rozmowie lub planowym wsparciu, cyklu spotkań. Człowiek w depresji podejmuje nieracjonalne decyzje, nie dostrzega szans i przestrzeni do działania, nie potrafi, wstydzi się poprosić o pomoc... Wiem, jak wyjść z trudnej sytuacji, jak zmienić swoje życie. Moim celem jest zdobycie wykształcenia, przystąpienie do egzaminów na aplikację i otrzymanie etatu w kancelarii, ewentualnie założenie własnej firmy prawniczej. Brakuje mi jednak siły i wiary w siebie. Oswoiłem się ze świadomością, że mogę nie ukończyć studiów, normalnie ułożyć swojego życia, że będę musiał wszystko zaczynać od początku. Z drugiej strony wydaje mi się, że okres wakacyjny i wczes-

nej jesieni, który jest przede mną, to dobry czas na uporanie się z pracą dyplomową. Jeżeli zostanie wydana decyzja umożliwiająca mi dokończenie pracy i przystąpienie do egzaminu dyplomowego, będę korzystał ze wsparcia Biura ds. Osób Niepełnosprawnych. Rola Biura być może powinna polegać właśnie na tym, abym mógł utrzymywać więź z uczelnią. Oprócz pracowników Biura i promotora na UJ nie mam już nikogo, kto pomógłby mi pozostać w tym świecie uniwersyteckim, uwierzyć w pomyślność moich starań, zakończyć etap edukacji sukcesem i otworzyć nowy. Muszę podkreślić, że czasem już sama wizyta na uczelni działała na mnie bardzo pozytywnie i naprawdę cieszę się, że Biuro poświęciło mi uwagę i zaoferowało pomoc... W mojej nietypowej sytuacji konsultant Biura symbolizuje cały uniwersytet, któremu zależy na tym, by proces mojego kształcenia zakończył się sukcesem i który we mnie wierzy.

Być może moja historia będzie impulsem do stworzenia jakiegoś kompleksowego programu monitorowania i informowania Biura o problemach psychicznych studentów. Może mogłoby się to odbywać już na poziomie dziekanatu. Mój przykład jest skrajny, ale mnie nikt nie zaproponował efektywnej pomocy, a zamiast tego słyszałem słowa, które ranią (na przykład że jestem „darmozjadem”) i sprawiają, że zamykam się w sobie. Może dzieje się tak dlatego, że na zewnątrz jestem „zdrowym” mężczyzną... Może u osób, które powinny niejako służyć studentom (w dziekanacie) brakuje świadomości problemów zdrowotnych, z jakimi czasem zmagają się studenci. Ja sam dopiero kilka dni temu, przeglądając stronę internetową UJ, przypadkiem natrafiłem na informację o projekcie adresowanym do studentów z trudnościami psychicznymi. Może jednak mój przykład będzie motywacją do zintensyfikowania działań na rzecz wsparcia osób, które nie potrafią samodzielnie przezwyciężyć choroby.

Ewa Kowalska

Moje studia, moja choroba

Jak wygląda chorowanie

Choruję mniej więcej od 2000 roku. Zaczęło się od tego, że w liceum miałam depresję, ale nie wiedziałam o tym, że to jest depresja. Dopiero gdy miałam dwadzieścia jeden lat, pierwszy raz poszłam do psychiatry i zaczęłam się leczyć. Później, po kilku latach depresja ustąpiła i pojawiła się schizofrenia paranoidalna. Wtedy pierwszy raz zaczęłam mieć straszne myśli, urojenia, wyobrażenia... Początkowo było ich mało, później coraz więcej. U mnie chorowanie wygląda tak, że mam straszne myśli. Czuję, że ktoś mi nakazuje rzeczy, których ja bym nigdy w życiu nie zrobiła. Na przykład nigdy bym nikogo nie zabiła, a te myśli są takie straszne – mówią, że dobrze będzie, jak zabiję osiemdziesięcioro ludzi. To nie są „moje” myśli i wyobrażenia. Moje myśli są zupełnie inne. Jednak jedne z drugimi są w środku we mnie i kłócą się ze sobą. Wtedy czuję takie wewnętrzne napięcie, którego aż się nie da opisać, którego naprawdę nikt nie potrafi zrozumieć. To jest takie uczucie, jakby mnie coś rozrywało, a straszne myśli sprawiają, że nie wiem, co robić, ani jak się zachować. To jest coś tak okropnego, że bardzo tego nie chcę. Nie chcę, żeby to się działo w mojej głowie, chcę,

żeby gdzieś daleko odeszło, bo wtedy naprawdę jest trudno, trudno żyć. Dzisiaj wiem, że w takich momentach jedyna rzecz, jaka mi pomoże, to relanium. Czasem mam takie dni w tygodniu, że muszę wziąć ten lek, żeby napięcie ustąpiło, żebym mogła się odprężyć. Relanium jest takim lekiem, od którego jest się łatwo uzależnić, tak więc staram się jak najmniej go brać, bo uzależnienie byłoby dla mnie naprawdę koszmarem. Ale kiedy się źle czuję, czasami myślę, że dlaczego mam się tak strasznie męczyć i wtedy dzwonię do mamy, do siostry i radzę się, czy wziąć lek – żeby mi ustąpiły te myśli, to coś „nie mojego”. Kiedy to wszystko działo się pierwszy raz, nie wiedziałam nawet, co to jest, nawet nie mówiłam o tym mojemu psychiatrze, który wciąż myślał, że nadal choruję na depresję. Dopiero gdy trafiłam do szpitala, stwierdzono u mnie schizofrenię. Byłam już wtedy w Krakowie na studiach – innych niż obecnie. Na uczelni zostałam po prostu sama – taka sierotka, bez żadnego wsparcia, zrozumienia, nikomu też nie mówiłam o tej chorobie. Nie udało mi się skończyć tych studiów, wytrzymałam tylko pół roku. Dziś nie chcę nawet do tego wracać pamięcią.

Reakcje innych na moją chorobę

Po pierwszym epizodzie choroby i nieudanych studiach wróciłam do rodzinnego miasta, gdzie przebywałam głównie w domu i jeździłam do różnych szpitali i psychiatrów. Spotykałam się też z wieloma nieprzyjemnościami, głównie ze strony pielęgniarek w szpitalu i dalszej rodziny. Środowisko, z którego pochodzę, to małe miasteczko. Do dziś nie wiem, jak to się stało, że niektóre osoby dowiedziały się o mojej chorobie. Chyba z pogotowia, bo jak miałam jakieś problemy, to szybko tam biegłam i jechałam do szpitala psychiatrycznego. Bardzo nie chciałam, żeby o mojej chorobie dowiedziała się dalsza rodzina. Nie chcę, żeby

wiedział ktokolwiek. Strasznie mnie wkurza fakt, że to wyszło na jaw. Teraz w ogóle unikam kontaktu z ludźmi, którzy wiedzą o mojej chorobie, bo mają już na mnie inne spojrzenie: przypomina to litowanie się albo traktowanie mnie jak dziecko jakiejś specjalnej troski. Nigdy nie chciałam, żeby o mojej chorobie wiedziało moje małe miasteczko, ale to już się stało, dlatego nie chciałabym nigdy tam wrócić, teraz dla mnie najważniejszą rzeczą są studia w Krakowie. Siedzenie w domu i gnienie w tym wszystkim było po prostu straszne. Inaczej się żyje tu, w Krakowie, gdzie jestem anonimowa, gdzie mogę sobie wyjść, kiedy chcę. W małym miasteczku nawet do lekarza nie da się pojąć, bo na przykład pielęgniarka, która pracuje obok gabinetu psychiatry jest osobą znajomą lub z rodziny. Dlatego nie mogę tam iść do psychiatry, nigdy bym zresztą nie poszła. Nawet jak wykupowałam tabletki, jechałam do sąsiedniego miasta, żeby w aptece w mojej miejscowości, broń Boże, nie kupować leków psychotropowych. O mojej chorobie nie chcę mówić także na uczelni – ludzie są różni i niezależnie od tego, czy ktoś ma tytuł naukowy czy nie, boję się, że mogłabym być odebrana jako „wariatka”. Niektórzy spojrzą na to przychylnym okiem, a inni właśnie sobie pomyślą: „co ta wariatka tutaj robi?” Tego właśnie nie chcę. Wiem, że nie powinnam się tego wstydić, bo to jest choroba, a choroby się nie wybiera. Ale moim zdaniem inaczej – trochę pogardliwie – patrzy się na te osoby, które chorują psychicznie, a inaczej na osoby, które mają jakieś inne dolegliwości niezwiązane z chorobami psychicznymi. Myślę, że nie jest przyjemnie, gdy ktoś zdrowy do kogoś zdrowego powie „ty wariacie”, a co dopiero, gdy się powie „ty wariacie” do osoby, która jest chora. Na uczelni nikt do mnie nie powiedział, że jestem wariatką, natomiast spotkało mnie wiele nieprzyjemności ze strony rodziny i personelu medycznego, szczególnie w mojej miejscowości. Dlatego nie chcę tam wracać.

Z powrotem na studiach: nauka i leczenie

Wróciłam na studia już ze zdiagnozowaną schizofrenią. W Warszawie miałam swojego lekarza psychiatrę. Po przyjeździe do Krakowa na studia, rzadziej do niego jeździłam i zaczęłam chodzić do innego – na miejscu, szczególnie po wypisanie recept. Przed studiami dosyć dużo siedziałam w domu i w ogóle prowadziłam inny tryb życia. Tutaj nagle zostałam rzucona na głęboką wodę i na początku było mi ciężko. Do tego jeszcze choroba i leki skutkowały tym, że nie mogłam sobie zbyt poradzic z nauką. Przyjmowałam wtedy klozapol, który mnie strasznie otępił i przytłumił. Klozapol jest takim neuroleptykiem, który miał wygłuszać „nie moje” myśli, ale jednocześnie sprawił, że stawałam się strasznie otępiła. Teraz mój nowy pan doktor zapisał mi abilify, też z grupy neuroleptyków, ale lek ten mnie pobudza, w przeciwieństwie do klozapolu działającego otępiająco. Jest taka równowaga między nimi, dzięki czemu teraz czuję się dobrze. Abilify – czytałam o tym – jest fajnym lekiem nowej generacji, nie uzależnia jak relanium. Cieszę się, że mi go lekarz zalecił. Na początku, gdy brałam tylko klozapol, szczególnie ciężko było mi na wykładach. Czy bym chodziła na te zajęcia, czy bym nie chodziła, wszystko to i tak nic by mi nie dało. Przebywając na wykładach, byłam myślami gdzie indziej, nie mogłam skupić uwagi na przedmiocie, nie byłam w stanie się skoncentrować. Ciężko mi było nawet wstać z łóżka, żeby rano pójść na zajęcia. Teraz jest zupełnie inaczej – kiedy chodzę na wykłady, to interesuje mnie temat, bardzo chcę słuchać i dowiadywać się coraz więcej. Około rok temu zdarzyło się tak, że byłam w kiepskim stanie psychicznym w ogóle, strasznie źle się czułam, miałam myśli samobójcze, ogarniał mnie wielki pesymizm. Miałam też problemy z koncentracją – pamiętam, że czytałam wtedy jakiś podręcznik. Musiałam punkt po punkcie, każde

zdanie sobie komentować, bo nie mogłam złapać sensu ani się skupić – te myśli gdzieś mi daleko uciekały. Było tak źle, że nie dałabym rady w tamtym roku zaliczyć sesji letniej. Wtedy w BON miałam rozmowę z psychiatrą i ona powiedziała, jak to widzi: że na chwilę obecną nie zaliczę sesji, bo po prostu mój stan zdrowia na to nie pozwala. To prawda, nie byłam w stanie się skupić. Po co czytać sto razy jedną stronę, jak i tak nic nie będę wiedziała? Psychiatra powiedziała, że gdy pójde do szpitala i dostanę dopasowane leki – wtedy przeczytam książkę raz, dwa i będę wiedziała o co w niej chodzi. Naprawdę bardzo źle się czułam, aż mnie roznosiło w środku. Albo bardzo długo spałam, nie wiem, co miałam z tym spaniem, potrafiłam do piętnastej godziny spać jak niemowlę. Myśli samobójcze i wszystko inne złożyło się na to, że poszłam do tego szpitala w maju. Byłam tam do połowy sierpnia. Teraz – z perspektywy czasu – mam żal, że mi nie dali abilify od razu (bo już był ten lek), tylko mi dawali starą depakine. Raz czułam się jakbym była w siódmym niebie, a raz jakbym była w dołku. Lekarz mi tłumaczył, że depakine jest lekiem dwubiegunowym, który wyrównuje to, żeby nie być ani tak bardzo w euforii, ani tak bardzo przygnębionym. Niewiele mi to jednak pomogło – nie miałam lepszej koncentracji ani pozytywnego nastawienia do życia. Dopiero później – kiedy zaczęłam się leczyć ambulatoryjnie – lekarz spojrzął na mnie bystrym okiem psychiatry i zalecił mi abilify. Wtedy zaczęło być trochę inaczej, lepiej. Nie od razu, bo zanim leki psychotropowe zaczną działać, trzeba poczekać trochę, ale już teraz widzę, że jest coraz lepiej.

BON – moje wybawienie

Podczas moich drugich studiów trafiłam do Biura ds. Osób Niepełnosprawnych. Zaczęło się od tego, że od mojej lekarki dostałam adres

BON. To było takie moje wybawienie – coś, od czego moje życie wygląda inaczej. Wyleciałabym z tych studiów, tak jak z poprzednich i pewnie włączyłabym się po jakichś szpitalach co pół roku, jak to było dotychczas, gdy nie studiowałam. Teraz mam więcej optymizmu, wiary w to, że mogę skończyć te studia, że nie muszę się tak strasznie tego bać. Gdyby nie BON, byłabym na przegranej pozycji. Najprostszym przykładem jest załatwianie spraw w sekretariacie – wiadomo, jakie bywają osoby, które tam pracują... Kiedy miałam coś załatwić w sekretariacie – aż mi się nie chciało tam iść. Musiałam jakiś czas temu zadeklarować udział w szkoleniu BHP. Poszłam do tego sekretariatu, jakoś się zmusiłam, a pani powiedziała, że ona się tym nie zajmuje. Byłam pewna, że to należało do jej obowiązków! Wyszłam z sekretariatu, bo nie wiedziałam, co mogłabym innego zrobić: kłócić się z nią, że jednak powinna to załatwić? Dopiero, gdy przyszłam z tym do BON – sprawa została rozwiązana.

Moja historia z BON zaczęła się od tego, że miałam problem, ponieważ pobierałam stypendium socjalne. W momencie, kiedy poszłam na urlop zdrowotny (był to urlop wsteczny), okazało się, że powinnam te pieniądze oddać. Przeraziłam się, bo co w tej sytuacji zrobić? Wtedy BON mi pomogło, żeby jakoś wyjaśnić i załatwić tę sprawę tak, że nie musiałam oddawać tych pieniędzy. Bałam się też, że podczas urlopu przypadnie mi miejsce w akademiku – ta sprawa również została rozwiązana pomyślnie. Teraz, kiedy po urlopie wróciłam do obowiązków akademickich, ustaliłam wspólnie z konsultantami BON kilka przydatnych dla mnie adaptacji. Chodzi po prostu o to, żeby wykładowcy i osoby, z którymi mam ćwiczenia zrozumieli, jaka jest moja sytuacja, że jednak chcę mieć równe szanse. Nie chcę żeby mi ułatwiali, chcę się normalnie uczyć i wszystko zaliczać. Poza tym chcę mieć wiedzę z różnych przedmiotów, bo to jest ciekawe, to mnie interesuje. Z dru-

giej strony – tak jak z rodziną – nie chcę, żeby wykładowcy w ogóle wiedzieli, że jestem chora psychicznie, tylko że mam jakąś dolegliwość. Osoby, z którymi mam zajęcia dostały właśnie taką informację z Biura – jakie adaptacje są mi potrzebne, ale bez szczegółów na temat tego, na co choruję. Wśród przyznanych mi adaptacji jest wydłużenie czasu trwania egzaminów oraz możliwość przystąpienia do niektórych egzaminów w pierwszym terminie we wrześniu. Mogę iść teraz na część egzaminów, a na resztę po wakacjach. To jest bardzo ważne, dlatego że na chwilę obecną jest tak, że dobrze się czuję, to jest taka remisja. Ale czasami bywa też tak, że się czuję źle – wtedy potrzebuję więcej czasu niż osoby zdrowe, żeby się przygotować. Ciężko by mi było tak super wszystko zaliczyć teraz w czerwcu. Kolejna adaptacja – nagrywanie na dyktafon – też jest bardzo ważna. Nie potrafię robić fajnych, ładnych notatek z wykładów, to jest takie chaotyczne, niewyraźne, nieuporządkowane. Nagranie jest o tyle dobre, że mogę odtworzyć je i zapisać sobie w domu najważniejsze rzeczy z tego, co zostało powiedziane na wykładzie.

Podsumowując ten temat – chciałabym powiedzieć innym studentom chorującym psychicznie, żeby przyszli do BON. Po prostu nie będą wtedy sami z tą chorobą. Będą mieli poczucie bezpieczeństwa, będą mogli powiedzieć zaufanej osobie prawdę o chorobie – takiej, do której się czuje, że o tym nikomu nie powie i że zrozumie. Ważna jest też własna świadomość niepełnosprawności, świadomość, że choroba nie znaczy, że jest się gorszym, czy na przegranej pozycji, tylko że potrzeba zrozumienia, czasu, nadziei na to, że wszystko będzie dobrze. W BON można taką nadzieję wzmocnić.

Nie można się nie leczyć i studiować

Ważną rzeczą, którą jeszcze chciałam podkreślić jest to, że – moim zdaniem – nie można się nie leczyć i studiować. Trzeba zażywać leki, być w kontakcie z lekarzem, psychologiem. Mam przykład kolegi, którego poznałam w szpitalu. Próbował popełnić samobójstwo, trafił na oddział, potem przenosili go na inne oddziały, w sumie w szpitalu spędził rok i kilka miesięcy. Nie wiem, co mu w ogóle odbiło, że gdy wyszedł, przestał brać leki... Teraz znowu wylądował w szpitalu. Uważam, że po prostu trzeba brać te leki. Wiem po sobie, że wymaga to cierpliwości i czasu, zanim one zostaną dopasowane. Ja brałam wszystkie leki: i rispolept, i solian, i zolafren – wszystko po prostu łykałam. W takiej sytuacji, jak już się wszystko łyknie i nic nie pomoże, wtedy lekarze dają klozapol. Więc biorę klozapol, który wycisza „nie moje” myśli, a do tego jeszcze, żebym nie była taka przytłumiona, biorę abilify.

Niektóre leki potrafią zrobić takiego „tumana” z człowieka, ma się po nich bardzo osłabioną koncentrację. Dawniej takim właśnie tłumokiem się czułam (na szczęście mówię: „czułam”, nie: „czuję”), takim człowiekiem bez życia. Wtedy chodzenie na wykłady nie miało sensu. Moim zdaniem psychiatra musi być dobry, żeby takim bystrym okiem spojrzeć na człowieka i ocenił, co mu jest. Niektóre przyjmowane przeze mnie leki wzmagają moją chorobę tak, że dzień w dzień miałam te myśli, coś co mi kazało robić rozmaite głupoty. Czytałam też na forum, że na różne osoby różnie działają poszczególne leki, dlatego trzeba czasu i porady dobrego fachowca od zdrowia psychicznego.

Kilka słów o dyskryminacji

Czasami spotykam się z opinią, że osoba chorująca psychicznie nie powinna studiować. Nie zgadzam się z tym twierdzeniem. Studiowanie to przecież pasja, to jest coś, co się robi z zapałem. Jeżeli lubi się przedmiot, kierunek studiów, to samo czytanie i słuchanie o niektórych rzeczach jest przyjemne. Trzeba tylko dać więcej czasu studentom chorującym psychicznie, trzeba ich zrozumieć. Oni tak samo są ludźmi i nie powinni być na pozycji straconej, bo sobie choroby nie wybrali – tak ich dotknęło w życiu i koniec, kropka. To nie jest ich wina. Dlaczego przez to mają być gorzej traktowani, na przykład mają wykonywać tylko zawody specjalnie dla nich dobrane? Niektórzy uważają, że najlepiej byłoby umieścić wszystkich chorujących w zamkniętym zakładzie, na przykład w szwalni, żeby tam sobie szyli lub wykonywali inne prace ręczne. Dyskryminacja to jest coś okropnego, coś co mnie strasznie rozżłoszcza. Też chcę mieć równe szanse i chciałabym coś w życiu osiągnąć. Poza tym uważam, że jak już się dyskryminuje ludzi chorujących psychicznie, to dlaczego nie dyskryminować innych? Równie dobrze można by dyskryminować na przykład chorych na gardło. Może kiedyś tak będzie, że choroba psychiczna nie będzie postrzegana jako coś takiego, z czym należy się kryć. Może kiedyś społeczeństwo zrozumie to albo będzie coraz więcej osób chorujących psychicznie, bo w dzisiejszych czasach to możliwe. Tylko że nie życzyłabym nikomu, żeby go spotkało takie doświadczenie. To jest coś okropnego, moim zdaniem to jest najgorsza forma bytu. Gdy są psychozy – naprawdę jest ciężko.

Na zakończenie chciałabym jeszcze powtórzyć – jako przekaz do wykładowców – że ja nie chciałam być chora. Chciałam normalnie żyć, zaliczać kursy jak inni zdrowi studenci. Ale na chwilę obecną, kiedy

tak nie jest, kiedy się leczę, wciąż bardzo mi zależy na tym, żeby ukończyć studia. Nie chcę litości, nie chcę być traktowana jak jakieś dziecko specjalnej troski. Nie wybrałam sobie tej choroby, ale jak mnie już dopadła, muszę z nią żyć. Mam nadzieję, że kiedyś się z tego wyleczę, że po prostu wszystko będzie dobrze, że nie będę musiała łykać leków, że będę mogła żyć, jak inni ludzie, że już nie będę miała tych głupich myśli. To moje dwa najważniejsze marzenia w życiu: żebym była zdrowa i żebym skończyła studia.

Kamila Sołowiej

Nerwica – okazja na dostrzeżenie samego siebie

Chciałabym przedstawić swoje przeżycie z perspektywy tego, czego mnie ono nauczyło. Dzisiaj, półtora roku od pierwszego ataku lęku, patrzę na nerwicę jak na etap mojego rozwoju. Rozwoju zarówno w aspekcie poznawczym, jak i duchowym – uważam, że to przeżycie nauczyło mnie dużo o moich słabych i mocnych stronach oraz o tym, czym jest istota ludzka. Na doświadczenie składa się mnóstwo chwil i chwilek: przeżyć czysto fizycznych, spotkań z innymi, własnych rozmyślań... Moja nerwica była obecna i można powiedzieć, że dalej jest obecna we wszystkim. Zdecydowałam się jednak na podzielenie się kilkoma sytuacjami, które uważam za najważniejsze. Dla mnie są to sytuacje-symbole, których sens zrozumiałam powoli i do których zapewne będę jeszcze wracać.

Chcę raz jeszcze powtórzyć określenie „moja nerwica”. Jest to moja indywidualna i jedyna w swoim rodzaju nerwica. Jest to aspekt mojego „ja”, sposób reagowania na świat, który mnie otacza i na mnie samą w tym świecie. Potrzebowałam sporo czasu, żeby przyjąć nerwicę jako integralną część tego, kim jestem. Część, którą niekoniecznie „lubię” i cenię, ale która jest we mnie. Żeby to osiągnąć, musiałam poznać i zaakceptować samą siebie.

Źródło: „MOJA WĘDRÓWKA”, www.KonstelacjaLwa.pl

Cześć, miło mi się poznać

Zacznę od sytuacji-symbolu najbardziej odległej w czasie. Jestem w pokoju akademickim mojej bliskiej koleżanki. Chodzę od jednego do drugiego końca tej klitki, ona siedzi na łóżku i na mnie patrzy. Chodzę, bo jeżeli usiądę, to się będę trząść, a nie mam już na to więcej siły. Od trzech dni nie mogę spać ani jeść i mam w głowie huragan negatywnych myśli: nie dam sobie rady, nie wyśpię się tej nocy, nie pójdę jutro na zajęcia, nie zaliczę semestru, nie pojedę do Francji do chłopaka, nie skończę studiów. Teraz wydaje mi się to absurdalne, wtedy – nie. Czuje, że tracę grunt pod nogami i... panicznie się boję. Ten strach wypełnia wszystko. Dokładnie jak powietrze. Wydaje mi się, że ja, koleżanka, biurko, pokój, akademik nie jesteśmy otoczeni powietrzem, tylko tym napięciem spowodowanym strachem... Koleżanka mówi „Słuchaj, po prostu weź się w garść”.

To „weź się w garść” jest dla mnie symboliczne. Nie można wziąć w garść czegoś, czego nie ma. Żeby wziąć siebie w garść, muszę określić czym jestem, muszę siebie samą zdefiniować. Żeby to naprawdę zrobić musiałam zrozumieć, kim jestem. Musiałam się dowiedzieć, czego się boję i dlaczego się tego boję... A boję się, posługując się językiem pojęciowym Erviga Goffmana¹, niespełnieniem ról w małym teatrzyku swojego własnego życia. Na pierwszym miejscu gram rolę córki swoich rodziców. Córka moich rodziców jest idealna. Jest uśmiechnięta, zdrowa, dobrze sobie daje radę najpierw w szkole, teraz na uniwersytecie, gdziekolwiek. Córka można się pochwalić znajomym i sąsiadom, można o niej pogadać, bo to taki przyjemny temat do rozmowy. Nawet gdy świat jest kiepski, to sam fakt, że taka fajna córka pokazuje, że jest

¹ Zob. E. Goffman (1922–1982) – socjolog amerykański, koncepcję ról społecznych można znaleźć w pracy *Człowiek w teatrze życia codziennego*, Warszawa 2008.

w sumie dobrze, że się coś w tym życiu osiągnęło. Ci z was, którzy mieli choć trochę styczności z psychologią, to wiedzą już, że jest to bliższe definicji „bohatera rodzinnego”, jednej z ról, jakie przyjmują dzieci w rodzinach z uzależnieniami. Można być jeszcze „kozłem ofiarnym”, „maskotką”, „niewidzialnym dzieckiem”. Mnie się trafił bohater. Jednak nagle przestałam być zdolna do pełnienia dalej tej roli, a innej nie znałam. W pewnej chwili zachciało mi się, żeby ktoś się mną zaopiekował, powiedział mi, jak mam postąpić, co dalej zrobić, a prawdziwy bohater nie ma przecież takich potrzeb. Pojawił się więc lęk, bo – jak wiemy – powodują go niewiedza i niepewność.

Nie chodzi mi tu o stwierdzenie: jestem DDA (Dorośle Dziecko Alkoholików)², więc mam nerwicę. Jestem daleka od takiego uproszczenia, zwłaszcza, że nie postrzegam się jako dziecko alkoholików, tylko jako córkę przecudownych ludzi, którzy mają mniejszy lub większy problem z alkoholem. Opowiadam o tym tylko dlatego, że uważam za niezbędne zbadanie swojego życia i poszukanie w nim ewentualnych przyczyn swoich reakcji i zachowań. W moim przypadku jedną z przyczyn zaistniałych problemów jest dążenie do spełnienia roli idealnej córki, a ta rola wykształciła się jako reakcja na sytuację w domu. Cały czas łąpię się na „bohaterowaniu” – na poczuwaniu się odpowiedzialną za wszystko, na ukrywaniu swoich negatywnych emocji aby przypadkiem kogoś nie obciążyć, na usprawiedliwianiu każdego cudzego błędu. Jednak pracuję nad przekonaniem, że nie zawsze mogę pełnić funkcję bohatera i co ważniejsze: nie zawsze muszę. Wszystkie inne role, które przyjmuję w swoim życiu, nawiązują do tej roli z dzieciństwa – ratuję chłopaków, gotuję przyjaciołom, przygotowuję

² Więcej o koncepcji DDA można znaleźć na stronach: www.psychologia.net.pl oraz www.dda.pl.

sama prezentacje na uczelnię, a w pracy pewnie będą mnie nagradzać za nadgodziny. Jednak teraz, po tych atakach strachu wiem, jak szkodliwe jest moje dążenie do bycia idealną córką, dziewczyną, przyjaciółką, studentką. W moim przypadku nie jest to problem z pogodzeniem konfliktu między rolami, mam na to aż nadmiar energii. Moim problemem jest maksymalizacja spełniania ról. Nawet nie pamiętam, by ktokolwiek kiedykolwiek wymagał ode mnie bycia ciągle mocną, zaradną, wesołą... Wydaje mi się, że to ja sama wybrałam dla siebie tę rolę i to ja stworzyłam do niej normy i wymagania. Potwierdzają to okresy moich kryzysów – mimo niespełniania ról, świat się jakoś nie zawalił i nic się w moich relacjach z innymi nie zmieniło.

Dobrym tego przykładem jest mój powrót na uczelnię po pierwszym kryzysie i dwutygodniowym pobycie w domu, czyli po jakichś trzech tygodniach. Wiedziałam, że niektórym wykładowcom nie muszę się tłumaczyć, ale do niektórych musiałam pójść usprawiedliwić nieobecności. Z jednej strony, wstydziłam się podejść i wręczyć usprawiedliwienie, w którym było czarno na białym, że miałam stany depresyjno-lękowe. Z drugiej strony jednak, bardzo potrzebowałam usprawiedliwić swoją nieobecność, właśnie przez dążenie do spełnienia roli idealnej studentki. Brałam pod uwagę dwie opcje: podważanie prawdziwości mojego usprawiedliwienia albo wzięcie go pod uwagę i nie robienie z tego powodu żadnych problemów. Tylko drugi wariant się wydarzył, ale oprócz tego rzeczywistość jak zwykle mnie zaskoczyła.

Jeden z moich wykładowców wyczytał się uważnie w moją „diagnozę”, po czym zapytał, czy teraz już dobrze się czuję. Trochę speszona odpowiedziałam, że tak. Wtedy zamiast jak inni szybko zamknąć karteczkę i powiedzieć „dobrze – rozumiem – dziękuję Pani – do widzenia”, dał mi do zreferowania krótką, sympatyczną książeczkę *Jeden*

mały krok do szczęśliwego życia Yvonne Dolan³. Miała to być dodatkowa praca na odrobienie zajęć. Poczułam się jednocześnie zauważona i dowartościowana. Wykładowca zainteresował się tym, jak się czuję i czy ze mną wszystko w porządku. Nie stwierdził jednak, że w takim razie trzeba dać mi spokój, tylko dał mi takie zadanie, które wydawało mu się odpowiednie moim aktualnym możliwościom, i które miało mi pomóc w dojściu do siebie. Faktem jest, że ten wykładowca zajmuje się tematyką psychoterapii i socjoterapii, jednak kompletnie tego nie oczekiwałam i nie uważam, aby to było główną przyczyną jego zaistniałej reakcji. Myślę, że chodziło tu o pozytywne nastawienie do studenta i do człowieka. Chodziło o poświęcenie czasu na dostrzeżenie zarówno mocnych, jak i słabych stron drugiego człowieka i na uwzględnienie ich w relacji.

Między pigułką a melisą

Następna symboliczna sytuacja to ja w gabinecie u pana psychiatry. Bardzo ważne jest to, że nie był dla mnie tylko psychiatrą, to był „pan psychiatra”. Przyszłam do niego, żeby mi fachowo wytłumaczył, dlaczego cała się trzęsę, dlaczego mam ściśnięty żołądek i dlaczego nagle świat stał się nierzeczywisty. Jakby wcześniej oprócz tajemniczej grawitacji, przez którą nie unosimy się w powietrzu i wszystko stoi na swoim miejscu, była też jakaś psychiczna grawitacja, która trzymała ten świat w ryzach. A teraz ona nagle zniknęła... Siedzę więc naprzeciwko pana psychiatry, płacząc i powtarzam, że ja w sumie nie mam żadnego problemu i dobrze sobie z tego zdaję sprawę. Wiem, że ten powrót po roku

³ Zob. Y. Dolan, *Jeden mały krok do szczęśliwego życia: jak odnaleźć swoje prawdziwe ja*, Warszawa 2004.

z Francji, to wypadnięcie dysku krzyżowego, ta przeprowadzka do nowego mieszkania, to rozstanie z chłopakiem, ten dom rodzinny daleko stąd, ten prawie koniec studiów, to żadne przecież problemy. Wiem, że ludzie mają o wiele gorzej, wojna, powódź, głód... Więc niech on mi powie dlaczego się trzęsę, co to za choroba i niech mi powie, co dalej mam robić. Jestem nauczona, że jak coś się psuje w funkcjonowaniu organizmu i ma to objawy fizyczne, to się idzie do lekarza, on diagnozuje i daje leki. Pan psychiatra powiedział coś w rodzaju „ma pani załamanie na tle nerwowym”, a ja go w odpowiedzi poprosiłam „a le proszę mnie zdiagnozować!” W tej sytuacji za najistotniejsze uważam błaganie specjalisty o diagnozę. Jeszcze wiele razy chodziłam do psychiatry z myślą, że potrzebuję jakiejś naukowej diagnozy, a najlepiej w formie pisemnej, żeby tę moją słabość móc należycie udokumentować. Kiedy w końcu pewna pani psychiatra wyprodukowała mi taką diagnozę, żeby wystawić wspomniane już usprawiedliwienie nieobecności na uczelni, nareszcie byłam zadowolona. Miałam w końcu potwierdzenie, że mam prawo być nie w pełni efektywna, mam prawo się lenić. Dopiero potem do mnie dotarło, że nic mi ten papierek nie daje i że potrzebowałam go tylko dlatego, ponieważ podobnie jak cały współczesny świat, szukam eksperta do rozwiązania każdego problemu. Ulrich Beck⁴ pisał nawet o dyktaturze ekspertów: w społeczeństwie informacyjnym występuje taki ogrom informacji, że zdajemy się na specjalistów w niemal każdej dziedzinie. Byłam przykładem internalizacji władzy ekspertów. Byłam przekonana, że potrzebuję specjalisty od głowy, żeby mi powiedział, co jest w mojej własnej głowie i dlaczego.

⁴ U. Beck (ur. 1944) – socjolog niemiecki, koncepcje społeczeństwa ryzyka i dyktatury ekspertów można znaleźć w jego pracy *Społeczeństwo ryzyka. W drodze do innej nowoczesności*, Warszawa 2002 i 2004.

Oczywiście informacja o tym, że moja choroba nazywa się nerwicą lękową, że moje objawy są często spotykane, że jest to w pełni uleczalne, że boryka się z tym około dwadzieścia procent otaczających mnie osób, a wśród studentów dochodzi do trzydziestu procent, to informacje specjalistyczne, które mnie bardzo uspokoiły. Dotarłam do nich dlatego, ponieważ postanowiłam sama poszukać przemawiającego do mnie wytłumaczenia. Nie chodzi mi o to, że nie trzeba czerpać z pomocy specjalistów, wręcz przeciwnie. Trzeba tylko pamiętać, że to nie oni mają decydującą rolę w definiowaniu tego, co się z nami dzieje. Nie można przerzucać na nich odpowiedzialności i przekazywać im władzy nad naszym światem, bo wtedy dobrowolnie się obezwładniamy – rezygnujemy z naszych własnych sił i z potencjału radzenia sobie z sytuacją. Z czasem, kiedy poczułam się lepiej, pojawiło się we mnie zwątpienie i moje zaufanie do zaleceń psychiatry zniknęło. Beck⁵ tłumaczy również to zjawisko: nieufność jest typową reakcją przedstawicieli społeczeństwa ryzyka, którzy z powodu trudności w przetwarzaniu informacji, żyją w ciągłym strachu przed nieznanym. Postanowiłam więc, że nie dam się tym psychiatrom, zmanipulowanym przez firmy farmaceutyczne. Już po trzech miesiącach rzuciłam leki, które powinnam była zażywać od sześciu do dziewięciu miesięcy. Było nawet dobrze, dopóki miałam poukładane i spokojne życie bez jakichś poważniejszych stresujących przeżyć. Jednak w chwili, gdy znalazłam się w sytuacji, w której potrzebowałam wszystkich swoich sił, spałam mniej niż sześć godzin dziennie i musiałam być ciągle aktywna, mój umysł i organizm się poddały. Świat znowu stał się burzą, a ja w nim pewną odmianą kruchej trzciny Pascala... trzcinką zbyt negatywnie myślącą.

⁵ Tamże.

Najpierw uwierzyłam zbyt mocno w naukę i medycynę, a potem z kolei w nie totalnie zwątpiłam. Niby taki banał, który przewija się niemal w każdej sensownej filozofii – że skrajności nigdzie nas nie doprowadzą i tylko środkowa droga pomoże odnaleźć siebie i sens. A jednak okazało się, że nawet do banału złotego środka należy dojrzeć. Musiałam nauczyć się balansować między lekami a samopoznaniem i terapią.

Bardzo chciałabym z kimś porozmawiać...

Ostatnia sytuacja, którą chciałam się podzielić, to wręcz ułamek sekundy: przed naciśnięciem klamki do drzwi pewnej taksówki pewnego wczesnego letniego poranka, po nieprzespanej i pełnej lęku nocy postanowiłam, że aby zasnąć i uciec wreszcie od swoich myśli i trzęsącego się ciała, muszę dostać „coś mocniejszego”. Poszłam do przychodni przekonana, że tylko tam mogą mi pomóc. Ponieważ byłam tam już parę godzin wcześniej i dostałam jakiś lek uspokajający, zażądałam „czegoś więcej”. Byłam szczerze zaskoczona, gdy odmówili mi podania środka, który by mnie powalił z nóg. Powiedzieli mi, że albo mam iść dalej próbować się uspokoić i zasnąć albo „o tutaj, proszę bardzo, wypiszemy pani skierowanie do szpitala psychiatrycznego”. Pojawił się dylemat: czy czuję się na tyle źle, że muszę jechać do psychiatry, czy poradzę sobie z tym sama. Czułam tak dużą potrzebę, żeby się ktoś mną „fachowo” zaopiekował, nie wierzyłam, że dam sobie z tym radę sama. Nawet więcej, nie chciałam sama sobie z niczym dawać rady. Po drugie stwierdziłam, że gdy pojadę do szpitala psychiatrycznego, do tak poważnej instytucji zdrowotnej, będzie to znak, że się nie wygłupiam, tylko że rzeczywiście mam prawo się źle czuć. Poprosiłam o skierowanie.

Wtedy, pozostało mi tylko dojechać do szpitala... Podeszłam do taksówki. I właśnie miałam wcisnąć klamkę, kiedy wyobraziłam sobie następną chwilę: o czwartej rano otworzę drzwi, popatrzę na taksówkarza i powiem „Proszę mnie zawieźć do szpitala psychiatrycznego”. Przecież ja nie jestem świrem! Co ten człowiek o mnie pomyśli? Ale potem wyobraziłam sobie, że zobaczy taką młodą, dobrze ubraną, nawet zadbaną dziewczynę, to nie pomyśli, że jestem świrem... może idę kogoś odwiedzić, nie? Do tamtej chwili nie wiedziałam, że mam w głowie zakodowane takie straszne stereotypy o osobach chorujących psychicznie. Nie wiedziałam, że nie mam kompletnie pojęcia o tym, kim są ci ludzie, co się wydarza w ich życiu, że musieli skorzystać z pomocy instytucji psychiatrycznej. Gdy jechałam już do szpitala, wyłaniający się z mojej głowy obraz skaczących po zimnych, szarych pokojach ludzi w kaftanach bezpieczeństwa zmagających się z nadzieją, że wreszcie tam będzie specjalista, który mi powie co mam ze sobą zrobić. Oczywiście ani jeden, ani drugi obraz nie okazał się prawdziwy... Obudziłam cały szpital, wszyscy byli na mnie wściekli, a pani w recepcji zapytała mnie, czego ja właściwie od nich oczekuję. Dało mi to do myślenia... Do tej pory jakoś nie wiedziałam, czego tak naprawdę szukam. Odpowiedziałam w końcu, że po prostu bardzo bym chciała z kimś porozmawiać. Musiałam dwa razy pójść do przychodni, a w końcu pojechać do szpitala psychiatrycznego, aby zrozumieć, że ja potrzebuję z kimś porozmawiać. To nie chodzi o to, że nie miałam z kim pogadać. Byłam tam z koleżanką, ona mnie trzymała za rękę, wspierała, a ja mówiłam jej jak się czuję. Tylko że my nie rozmawiałyśmy. Bo rozmowa, spotkanie czy wreszcie dialog to otwarcie się na innego i pokazanie swojego prawdziwego oblicza. Filozofia dialogu mówi, że jest to zdjęcie wszystkich masek i stanięcie przed drugim człowiekiem takim, jakim się jest. Nie zrobiłam tego, bo prze-

cież nie wyskoczę z całą swoją historią życia. Żyjemy w świecie relacji nasyconych indywidualizmem i konkurencją. Po pierwsze, wszystko jest indywidualne: czas, marzenia, przeżycia, problemy. Po drugie, nie może być tak, że będę występować jako gorsza, słabsza. Przed specjalistą można – bo mu za to płacę, więc relacja jest w miarę zrównoważona. Drugą przyczyną mocnej potrzeby rozmowy była chęć usłyszenia z mojej strony: nie odbije Ci zupełnie. Nikogo o to w końcu nie zapytałam, ale strasznie potrzebowałam, aby mnie ktoś zapewnił, że nie będę – jak w najgorszych scenariuszach filmowych – patrzeć w jeden punkt do końca życia. Tu znowu pojawia się niszcząca moc stereotypu. Może gdybym wiedziała, że jest ogromna ilość przeróżnych zaburzeń psychicznych i że nawet najcięższa tego rodzaju choroba jest uleczalna, to bym nie miała takich absurdalnych wizji i nie bałabym się tak bardzo. Może gdybym wcześniej zobaczyła którąś z akcji Stowarzyszenia „Otwórzcie drzwi” albo chociaż przeczytała jakiś artykuł o osobie z ciężkim problemem natury psychicznej, to całkiem inaczej podeszłabym do tego, co sama przeżywałam...

Śpię, pływam, rozmawiam ze sobą, cenię swój rytm

Na koniec chciałabym podzielić się tym, co doprowadziło mnie do tej chwili, w której siedzę sobie spokojnie przed komputerem, popijam herbatkę i prawie chwalę się nerwicą jako przeżyciem, które mnie wzmocniło i wiele nauczyło. Po pierwsze, nauczyłam się dbać o swój sen i spokój. Wiem, że zwłaszcza młodym, aktywnym i ambitnym ludziom może to się wydawać trywialne i niewarte podkreślenia. Jednak gdy jest się w jakiś sposób bardziej wrażliwym od innych, gdy przeżywa się wszystko trochę mocniej i głębiej, trzeba od tego jakoś odpoczywać. Najlepszym sposobem jest sen. Oczywiście tyle, ile po-

trzebuje indywidualny organizm. Po drugie, obserwuję samą siebie i rozmawiam ze sobą. Kiedy czuję wewnętrzny niepokój, staram się usiąść i zastanowić się, co mnie dokładnie martwi i dlaczego. Gdy już mam mniej więcej pojęcie, co to dokładnie jest, to albo próbuję znaleźć sposób na jego uniknięcie (na przykład zrezygnować ze spotkania, które będzie mnie kosztowało wiele negatywnych emocji) albo na jego zmianę (na przykład prośba o więcej czasu na przygotowanie się do egzaminu). Czasami stosuję też metodę katastroficzną: wyobrażam sobie najgorszy z możliwych wyników tego wydarzenia i zazwyczaj dochodzę do wniosku, że nic aż tak złego nie może się wydarzyć. Okazuje się, że na wszystko jest czas, prawie wszystko da się naprawić i zawsze jest jakieś światelko na końcu tunelu. Oczywiście nie trzeba zapominać o lekach. Przez cały ostatni rok piłam leki antydepresyjne, które miały pomóc mojemu mózgowi odbudować umiejętność reagowania na stres. Właśnie przestałam je pić, ale nie tak jak poprzednim razem, z dnia na dzień, tylko tak jak trzeba – stopniowo. Wydaje mi się, że te leki naprawdę mi w jakimś stopniu pomogły. Trudno analizować obiektywnie samego siebie, jednak moje obecne reakcje wydają mi się bardziej zrównoważone i myślę, że leki odegrały w tym rolę. Staram się też oceniać bardziej realistycznie swoje możliwości i dostosowywać zadania do siebie, a nie siebie do zadań. Nie chodzi tu wcale o zaniżanie ambicji czy o rezygnację z wysoko postawionych celów. Wręcz przeciwnie – robię dużo, stawiam sobie wysokie poprzeczki, ale staram się to rozłożyć w czasie i nie przemęczać się. Takie proste rzeczy. Tak, mam prawie zawsze leki uspakajające w szufladce. Jednak staram się ich unikać, wiem kiedy mogę sobie pozwolić je zażywać i wiem, że muszę zrobić wszystko, aby nie dojść do chwili, w której będą mi potrzebne. No i oczywiście: ruszam się! Tamtej nocy, kiedy obudziłam szpital psychiatryczny, psychiatra, który mnie przyjął zapytał, czy uprawiam

jakiś sport. Przyznałam, że nie, mówiłam – wie pan nauka, jakąś gazetę sobie przeczytam, z koleżanką na kawę pójdę, no i w mieszkaniu coś trzeba porobić... jakoś tak nie znajduję czasu. Dostałam autentyczną naganę! Jak to, ja tu z nerwicą, z problemem ze snem, z problemami z kręgosłupem, a się nie ruszam. Po tym wydarzeniu chyba do końca życia będę się starać choć raz w tygodniu coś robić dla swojej kondycji. Też banalne, prawda? Hasło „w zdrowym ciele, zdrowy duch” zawsze niemiło mi się kojarzyło z zapachem spoconych trampek i pokrzykiwaniem pani od WF-u. Okazuje się jednak, że nie ma nic bardziej sensownego.

Mam nadzieję, że te parę chwil z mojego życia pomogą wam chociaż troszeczkę uwierzyć, że nie trzeba się bać własnych słabości. Lepiej je poznawać, uczyć się, jak nad nimi pracować i jak przekuć je na pozytywne skutki. Słabości są tak samo niepowtarzalną częścią naszej osobowości jak talenty i umiejętności. Tylko nie należy ich ignorować albo im się poddawać. Należy je zauważyć czyli dostrzec samego siebie w pełni, należy je zaakceptować, czyli przyjąć siebie takim, jakim się jest i może wtedy będzie można je wykorzystać do stworzenia kogoś jeszcze lepszego.

Anna Liberadzka

Jedna z miliona

Nadzieja jest paradoksalna. Nie jest ani biernym
oczekiwaniem, ani nierealnym
wymuszeniem wydarzeń, które nie mogą zaistnieć.
Jest jak gotowy do ataku tygrys, który skoczy tylko wtedy,
gdy nadejdzie właściwy moment.

E. Fromm

Kiedy myślę o chorobie psychicznej, pojawia mi się w głowie taka migawka, obrazek, wspomnienie z wakacji, jeszcze z czasów liceum: góry, słońce, smak lata, lektura *Szklanego klosza* Sylwii Plath¹ i moje czysto teoretyczne rozważania: co to znaczy chorować psychicznie, jak to jest, kiedy się choruje. Pamiętam wówczas swoją refleksję: może lepiej, że nie wiem. Nie przypuszczałam wtedy, że jednak dowiem się, co to znaczy i będę bardzo dokładnie wiedziała, jak to jest doświadczać choroby psychicznej.

Jestem jedną z miliona osób w Polsce, która przeżyła psychozę. Zetknęłam się z negatywnymi stereotypami, spotkałam się z uprzedzeniami, doświadczyłam dyskryminacji związanej z przebyłą chorobą. Nie chcę dziś o tym pisać. Nie chcę nikogo oskarżać. Nie chcę wzbudzać

¹ Zob. S. Plath, *Szklany kosz*, Poznań 1995.

poczucia winy. Chcę dać nadzieję. Ten artykuł powstał z myślą o pozostałych 999 999 osobach doświadczonych psychozą, o ich rodzinach, przyjaciółach, bliskich; z myślą o wszystkich, którym nieobojętny jest ich los i którzy mogą stwarzać właściwe momenty dla przyczajonej nadziei. Dziś piszę o doświadczeniu choroby psychicznej z perspektywy osoby, która przezwyciężyła kryzys. Niezwykle ważne w mojej historii były studia, na ten okres przypada epicentrum mojej walki o zdrowie, ukończenie ich traktuję jako podwójne zwycięstwo i cieszę się, że dziś mogę wypowiadać się także z perspektywy absolwenta Uniwersytetu Jagiellońskiego. Istnieje takie powszechne przekonanie, że na studia psychologiczne wybierają się osoby, które same mają ze sobą jakies problemy. Być może jest w tym jakaś część prawdy. Jednak tym, co mnie skłoniło do studiowania psychologii było głębokie przekonanie, że człowiek jest zagadką, tajemnicą. Wydawało mi się, że studia psychologiczne pozwolą mi się do tej tajemnicy zbliżyć.

Studiowanie było dla mnie zajęciem fascynującym, do wszystkiego podchodziłam z wielkim entuzjazmem, lektury obowiązkowe i nadobowiązkowe czytałam nieraz z zapartym tchem, chłonęłam je jak dobre powieści. Miałam w sobie bardzo dużo zapału, energii i otwartości. Podobało mi się to, że wykładowcy z nami dyskutują, że pytają nas o zdanie, że można swobodnie formułować myśli, dzielić się własnymi przemyśleniami i spostrzeżeniami. Widziałam dużą różnicę jakościową pomiędzy nauką, jaką pamiętałam ze szkoły a studiowaniem. Jeszcze bardziej podobało mi się, że często te uczelniane dyskusje nie kończyły się wraz z zajęciami. W kilkoro osób, podobnie jak ja nastawionych entuzjastycznie, przenosiliśmy się do knajpy i tam kontynuowaliśmy dyskusje, nie tylko na tematy psychologiczne, lecz także rozmawialiśmy o filozofii, religii, etyce, polityce. Dla mnie niesamowitym przeżyciem było zderzenie się tak różnych osobowości, z różnymi

historiami życia, doświadczeniami, poglądami, przemyśleniami. Łączyła nas chęć dociekania prawdy, chęć poznawania i poszukiwania. Spędzaliśmy ze sobą dużo czasu, nie tylko na dyskusjach, lecz również wspólnie się bawiliśmy, wyjeżdżaliśmy, smakowaliśmy życia, często zresztą przekraczając granice i nie zawsze zachowując się do końca odpowiedzialnie. Wydawało mi się wtedy, że świat jest pełen możliwości, że zaprasza mnie, aby korzystać z życia, aby się nim cieszyć. Wszystko widziałam wówczas w bardzo intensywnych barwach. Myślałam o sobie wtedy, że przekraczam próg dorosłości i bardzo mi się ta dorosłość podobała.

Po pierwszym roku, w okresie wakacyjnym, wyjechałam do pracy w Anglii. Tam spotkało mnie wydarzenie, które zadecydowało o moim późniejszym życiu. Doświadczenie to uderzyło we mnie, rozbiło mnie, pozbawiło pancerza ochronnego, stałam się bezbronna. Wróciłam odmieniona, z otwartą raną, było we mnie poczucie winy, wstydu i doznanej krzywdy. Podjęłam decyzję, aby nikomu o tym wydarzeniu nie opowiadać. Teoretycznie po powrocie do Krakowa na studia niewiele się zmieniło. Przygotowywałam się na zajęcia, uczestniczyłam w nich, spotykałam się ze znajomymi, chodziłam na imprezy. Jednak powoli zaczęłam zamykać się w sobie, wycofywać. Na zewnątrz byłam taka sama, rozmowna, dowcipna, roześmiana, ale wewnątrz pielęgnowałam ranę. Ból był coraz większy, próbowałam go zagłuszyć coraz większą ilością wlewanego w siebie alkoholu.

Nie potrafię dokładnie określić, kiedy pojawiły się pierwsze zwiastuny choroby. Skradała się ona niepostrzeżenie. Zaczęło się chyba od tego, że w pewnym momencie zaczęłam sobie uświadamiać, że niekoniecznie jestem dobrze widziana w grupie, z którą wcześniej czułam się bardzo żyta. Dziś nie wiem czy tak było faktycznie, czy to były tylko moje odczucia. Jednocześnie cały czas wracałam myślami do wyda-

rzeń z Londynu, męczyło mnie to, bolało, nie dawało zasnąć. Wtedy postanowiłam się zwierzyć mojemu przyjacielowi Miłoszowi, do którego miałam duże zaufanie. Umówiliśmy się na wódkę i wyrzuciłam mu w rękaw całą historię. Poczulałam dużą ulgę i na pewien czas mi to pomogło. Później pojawiły się przeświadczenia (dziś już wiem, że chorobowe), że wszyscy się dowiedzieli, potępiają mnie, odsuwają się ode mnie. Zaczęłam wyłapywać dziwne uśmiechy, które zdawały się pełnymi politowania, odrazy i wstrętu. Później zaczęłam interpretować zasłyszane rozmowy jako skierowane przeciwko mnie. Pojawiły się brak pewności siebie, poczucie zagrożenia i lęku. Zaczęłam tworzyć interpretacje otaczającego mnie świata, które z każdym dniem były coraz bardziej dziwaczne. Miałam bardzo wyostrome wszystkie zmysły, byłam czujna i przeświadczona, że tylko czujność może mnie jakoś uchronić przed coraz bardziej zagrażającym światem. Szukałam fizycznie jakiegoś miejsca, w którym mogłabym się schronić, ale nigdzie nie czułam się bezpieczna, bo poczucie lęku, niepewności, kruchości były we mnie, niezależnie od otaczającego świata. Pojawiły się goniwmy myśli, ciągi skojarzeń, od których nie mogłam się uwolnić. Początkowo próbowałam te ciągi skojarzeń przekazywać bliskim mi osobom, ale były one już tak dziwaczne, że spotykały się ze zdziwieniem, niedowierzaniem, czasami podkpiwaniem. I wtedy już wiedziałam, że wszyscy są przeciwko mnie, wszyscy są w zmowie, nie mogę nikomu zaufać, nie mogę się otwierać, bo wtedy łatwiej mnie skrzywdzą. Próbując nadać sens zachowaniu bliskich mi osób, stwierdziłam, że to przecież jest oczywiste. Uczestniczę w eksperymencie psychologicznym, jestem głównym podmiotem tego eksperymentu. To dlatego milkną, kiedy ja się pojawiaam. To dlatego tak dziwnie się patrzą, muszą mnie przecież obserwować i robić notatki. To dlatego poddają mnie różnym próbom. Stopniowo zaczęłam spostrzegać, że ten eksperyment

zakrojony jest na bardzo szeroką skalę. Każdy przypadkowo spotykany przeze mnie człowiek na ulicy brał w nim udział i miał swoje zadanie. Każdy fragment zasłyszanej rozmowy miał swoje znaczenie i odwołanie do mnie, do mojego życia, do mojej rodziny, mojej przeszłości i przyszłości. Czułam, że utraciłam całą swoją prywatność, że moje życie jest rozbierane na czynniki pierwsze i analizowane przez zespół ekspertów. W próbach obrony własnego „ja” paliłam swoje zdjęcia i listy, żeby zamknąć dostęp przynajmniej do części mojej przeszłości. Do dzisiaj nie wiem, jak w takim stanie udało mi się jeszcze zdać wszystkie egzaminy w sesji zimowej. Na początku nowego semestru, po kilku nieprzespanych nocach i moim coraz bardziej dziwnym zachowaniu, dziewczyny z którymi wówczas mieszkałam, zdecydowały się zadzwonić na pogotowie i tak trafiłam do szpitala. Oczywiście byłam przekonana, że to dalsza część eksperymentu, wszystkie osoby, zarówno personel jak i pacjenci, byli podstawieni i odgrywali swoje wyuczone role. Spędziłam w tym szpitalu kilka miesięcy, poddawana intensywnej farmakoterapii. Najbardziej frustrowały mnie zamknięte drzwi z klamką z jednej strony oraz to, że utraciłam swoją wolność i prawo decydowania o sobie. Odbierałam to jako poważne pogwałcenie moich praw, burzyłam się i buntowałam, nie chciałam brać w tym wszystkim udziału, wydawało mi się to wielką pomyłką, koszmarem. Czasami myślałam o mojej sytuacji w kategoriach winy i kary. Bardzo martwiłam się też, że przepada mi tyle zajęć na uczelni, miałam poczucie, że marnuję czas na jakieś eksperymenty, a tymczasem tam się tyle dzieje. Najbliżsi znajomi ze studiów odwiedzali mnie czasem, ale bardzo trudno nam się rozmawiało. Mimo to bardzo cieszyły mnie te wizyty, były urozmaicheniem w monotonnym rytmie szpitalnym. Byłam też bardzo złaknięta wieści z uczelni i cały czas miałam nadzieję, że jeszcze uda mi się wrócić, nadgonić program. Myślałam, że może

uda mi się uczyć w szpitalu, ale było to nierealne. Z wielkim trudem udało mi się przez te kilka miesięcy przeczytać trzy książki. Do dziś pamiętam, że były to *Psychologia tłumy*², *Sztukmistrz z Lublina*³ i scenariusz do *Lulu na moście*⁴. Czytałam po kilka kartek dziennie i był to dla mnie duży wysiłek. Strasznie mnie irytowało to, że nikt mi nie chciał powiedzieć, kiedy stamtąd wyjdę, zawsze słyszałam wymijające odpowiedzi. Jednak stopniowo, gdy pod wpływem leków część moich objawów wytwórczych ustąpiła, podjęto decyzję o wypisaniu mnie ze szpitala.

Patrząc z boku, z zewnątrz, ale też z perspektywy czasowej choroba psychiczna jest doświadczeniem tak surrealistycznym, że trudno samemu uwierzyć, w to, co się stało naprawdę. Natomiast w czasie jej trwania jest doświadczeniem tak oczywistym, iż nie sposób zrozumieć, że to nie jest takie realistyczne i oczywiste dla wszystkich wokół. Świat stworzony, wykreowany, urojony, chorobowy wydaje się jedynym światem, wspólnym dla otoczenia, dla całej populacji, a nawet dla całego wszechświata. Otoczenie nie rozumie chorego, a chory nie rozumie otoczenia, momentami nawet nie zauważa tego niezrozumienia. Otoczenie staje się elementem chorego świata, a zachowania, słowa, gesty, spojrzenia układają się w całość, są interpretowane i włączane w osobną rzeczywistość. Ta osobna rzeczywistość to świat jedyny, nie ma się świadomości, że istnieje świat alternatywny, rzeczywisty, wspólny dla wszystkich innych. Trudno jest też przekazać otoczeniu informację, że wchodzi się w inny świat z kilku powodów. Po pierwsze, jak już napisałam, nie tłumaczy się osobie chorującej objawów, bo nie wyjaśnia się rzeczy oczywistych (w mnie-

² Zob. G. Le Bon, *Psychologia tłumy*, Warszawa 1986.

³ Zob. I.B. Singer, *Sztukmistrz z Lublina*, Warszawa 1983.

⁴ Zob. P. Auster, *Lulu na moście*, Warszawa 1998.

maniu osoby chorej oczywistych dla wszystkich), tak jak nie tłumaczy się, dlaczego ziemia jest okrągła, a doświadczenia chorobowe są tak prawdziwe, że się ich nie kwestionuje i nie poddaje w wątpliwość. Drugi powód to płynna granica wchodzenia w świat chorobowy. Choroba skrada się, włącza się w nasze życie podstępnie, nie pytając o zgodę. Trudno, zwłaszcza za pierwszym razem, wyłapać pierwsze symptomy choroby, nazwać je, przewidzieć, do czego mogą doprowadzić. Trzecim powodem jest poczucie lęku i zagrożenia płynące z otaczającego świata. Nie wiadomo, komu można zaufać i czy można zaufać komukolwiek. Świat jest wrogi i nieprzystępny. Słowa wypowiedane przez najbliższe osoby odbierane są jako wieloznaczne, trudno odczytać właściwą intencję tych słów, nawet jeśli w zamierzeniu tych osób przekaz jest jasny i czytelny. Tembr głosu, grymas twarzy, kierunek spojrzenia nabierają dodatkowych znaczeń, spójnych z urojeniami. Poczucie zagrożenia potęgowane jest przez odbieranie znaków, sygnałów, które w rzeczywistości nie są wysyłane lub mają znaczyć co innego. To wszystko sprawia, że jest się bardzo samotnym w swoim chorowaniu, a pomoc przychodzi zbyt późno. Trudno bowiem dotrzeć z pomocą do człowieka, który nawet nie wie o tym, że potrzebuje pomocy. Dopiero przejawy dziwaczego zachowania są dla otoczenia sygnałem, że dzieje się coś niepokojącego. Choroba jednak może niewyobraźalnie długo się rozwijać, skradać, opanowywać duszę i umysł. Ten czas łączy się z realnie doświadczanym cierpieniem i pomimo, że czasem niemożliwe jest zwrócenie się z prośbą o pomoc, ta pomoc rzeczywiście jest potrzebna. Myślę, że na tym etapie rozwoju choroby najważniejsza jest rola najbliższego otoczenia. To od ich reakcji, od tego czy potrafią wychwycić subtelne zmiany, zauważyć różnice w zachowaniu, (co jak pisałam wcześniej wcale nie jest prostym zadaniem) oraz od tego, jak te zmiany zinterpretują i jakie działania podejmą, zależy los drugiego

człowieka. Wydaje mi się, że wczesna interwencja może przyczynić się do krótszej hospitalizacji, a na pewno przyczynia się do tego, że człowiek krócej cierpi. Ważna jest też postawa, jaką się ma wobec innych. Można problem zignorować, zlekceważyć albo mu zaprzeczać, a można przynajmniej próbować pomóc, nawiązać kontakt, zmniejszać dystans pomiędzy światami. Kluczową sprawą, wydaje mi się, jest jak najwcześniejsze objęcie osoby chorującej fachową opieką, skorzystanie z profesjonalnej pomocy psychologa, psychiatry. Jednak piętno związane z chorobą psychiczną jest tak silnie zakorzenione w naszym społeczeństwie, że nie tylko skorzystanie z usług psychiatry jest uważane za stygmatyzujące, lecz także czymś krępującym, wstydliwym jest nawet samo zaproponowanie tego osobie potrzebującej. Boimy się tego, że ktoś może poczuć się urażony takim stwierdzeniem, boimy się, by nie utracić relacji, ale też i własnej twarzy, by nie być źle odczytanym. Te obawy często są uzasadnione, bowiem popularne „idź się leczyć” stało się synonimem pogardy wobec drugiego człowieka i trudno jest temu określeniu przywrócić właściwe znaczenie troski i odpowiedzialności. Myślę, że często osoby chorujące nie podejmują działań nie dlatego, że nie wiedzą, co należy zrobić, ale dlatego, że nie wiedzą, jak to zrobić. Nie ma chyba idealnej recepty właściwej do każdej sytuacji. Jest tyle ścieżek prowadzących do człowieka, ilu ludzi. Podawanie jednego gotowego rozwiązania, scenariusza postępowania zaprzeczałoby bogactwu indywidualnych doświadczeń, losów, bogactwu osobowości. Nie ma czegoś takiego jak instrukcja obsługi człowieka w przypadku zachorowania, choć są pewne zasady, które wydają się wspólne.

Moim zdaniem jedną z nich jest uczciwość względem osoby, której chce się pomóc. Może i da się nakłonić kogoś do leczenia, używając forteli czy podstępów, ale zdecydowanie lepiej jest postawić sprawę uczciwie, bo człowiek i tak będzie musiał się zmierzyć z faktem, że

choruje psychicznie – nie da się ukryć tego faktu i nie ma potrzeby tego ukrywać. Kłamiąc czy oszukując na temat stanu zdrowia chorej osoby, nie chronimy jej ani w niczym nie pomagamy. Być może wydaje nam się, że chronimy samych siebie, ale jest to myślenie bardzo krótkowzroczne. Trudniej jest zdrowieć, kiedy oprócz nauki oddzielania tego, co rzeczywiste od tego, co urojone, trzeba jeszcze dociekać, co było prawdą, a co kłamstwem. Trudniej jest też przyjąć do świadomości, że się choruje psychicznie, jeśli zaprzeczało temu najbliższe otoczenie, a przecież uzyskanie wglądu w chorobę jest kluczowym momentem w terapii i niezbędnym warunkiem powrotu do zdrowia. Nie można wyzdrowieć, nie uświadamiając sobie, że się chorowało. Dlatego myślę, że uczciwość jest szczególnie ważna w postępowaniu z osobą chorującą.

Drugą taką zasadą, czy może raczej wskazówką, jest odwoływanie się w rozmowie do racjonalnych argumentów. W sferze emocjonalnej dzieje się bowiem tak wiele, że wywieranie nacisku przez innych jest dodatkowym obciążeniem. Nigdy nie wiadomo jednak, jak wielkie wewnętrzne obciążenie chorujący człowiek jest w stanie znieść. Używanie racjonalnych argumentów wskazuje także na to, że traktuje się człowieka poważnie, a waga i siła tych argumentów niekoniecznie zależy od stopnia ich precyzji czy wysublimowania. Powiedziałabym nawet, że proste przekazy, proste komunikaty są lepiej przyswajalne i bardziej akceptowane. Świat chorobowy jest tak zagmatwany, tyle jest w nim relacji, powiązań, znaczeń, że zdecydowanie lepsze są jasne, wewnętrznie spójne przekazy od skomplikowanych wywodów.

Wreszcie ostatnia zasada, jaka przychodzi mi do głowy, ale być może najważniejsza, dotyczy postawy względem osoby chorującej. Myślę tutaj o tym, że nie można się lękać człowieka, któremu chce się pomóc. Trzeba zobaczyć go jako osobę wymagającą opieki i troski, a nie jako osobę potencjalnie niebezpieczną i nam zagrażającą. Nie-

stety na nasze wyobrażenia o ludziach chorujących psychicznie duży wpływ mają negatywne stereotypy, które często prowadzą do uprzedzeń – negatywnych emocji, w tym także lęku. Istotne jest tu rozróżnienie pomiędzy lękiem o kogoś a lękiem przed kimś. Lęk przed kimś paraliżuje, powoduje niemoc i chęć wycofania się, ucieczki. Natomiast lęk o kogoś jest zupełnie zrozumiały, gdy dzieje się coś niepokojącego i to on niejednokrotnie jest motorem działań pomocowych. Takie refleksje nasuwają się, myśląc o pierwszym etapie chorowania oraz o doświadczeniach innych chorujących osób, z którymi się spotkałam, ale też patrząc przez pryzmat wiedzy, którą potem zdobyłam. Jednak całkowite czy właściwie częściowe ustąpienie objawów wytwórczych, jakie miało miejsce w moim przypadku, nie jest równoznaczne z osiągnięciem zdrowia. Jest to tylko część drogi, powrót do normalnego życia jest dłuższy, niełatwy, czasami niemożliwy. Doświadczenie choroby psychicznej jest jak rysa, pęknięcie, które dzieli życie na dwie części: przedchorobową i pochorobową. Przedchorobową się pewnie trochę idealizuje, co wynika z tęsknoty za czymś bezpowrotnie utraconym. Zmiany, jakie zachodzą w człowieku z powodu choroby, implikują bowiem zmiany w nastawieniu otoczenia, a to z kolei wpływa na zmianę (z reguły pogorszenie) jakości wielu aspektów życia. Trzeba wielkiej woli walki, aby zwyciężyć następstwa choroby, a czasami naprawdę ciężko jest ją w sobie wykrzesać.

Gdy dostałam wypis ze szpitala z adnotacją o zalecanym dalszym leczeniu w rejonie, wróciłam do mojego rodzinnego domu i próbowałam też wrócić do normalnego życia. Było mi ciężko, bo po kilku miesiącach spędzonych głównie na leżeniu w łóżku wpadłam w dziwny stan apatii i każda najprostsza czynność sprawiała mi trudność, niespecjalnie widziałam sens podejmowania jakichkolwiek starań. Chciałam wrócić na studia, żyć tym życiem, które zasmakowałam wcześniej.

Wydawało mi się to jednak wtedy mało realne, bo nie potrafiłam nawet przeczytać w całości gazety. Jednak moi rodzice i rodzeństwo nigdy nie zwątpili w to, że wrócę na studia i je ukończę. Ta ich wiara we mnie trochę mi się udzielała. Moja siostra znalazła dla mnie oddział dzienny w Krakowie i przekonała mnie, że to jest dobre rozwiązanie na ten moment. Bardzo chciałam wrócić do Krakowa, a jednocześnie panicznie się tego bałam. Wtedy moja przyjaciółka ze studiów Ania, z którą byłam w kontakcie telefonicznym, zaproponowała mi, że po mnie przyjedzie. Powiedziała, że chce mnie odwiedzić u moich rodziców, a potem razem pojedziemy do Krakowa. Nigdy jej nie zapomnę tego gestu. Byłam już bliska wycofania się, rezygnacji. Ania przekonała mnie argumentem, że już nas umówiła w knajpie ze znajomymi, że wszyscy na mnie czekają i nie mogę ich zawieść. I rzeczywiście spotkaliśmy się w „Dymie”. Podczas tego spotkania wypowiedziałam może z pięć zdań, ale moim znajomym albo to nie przeszkadzało albo udawali, że im nie przeszkadza, za co byłam im bardzo wdzięczna. Po raz pierwszy od kilku miesięcy czułam się tak bardzo normalnie.

W Krakowie zamieszkałam z powrotem z moimi koleżankami z roku, które w tym czasie zaczęły się przygotowywać już do sesji letniej. Ważnym gestem ze strony moich rodziców było to, że przez cały okres mojego pobytu w szpitalu płacili za mój pokój w Krakowie tak, abym mogła tam wrócić po wyjściu ze szpitala. Zaczęłam uczęszczać na oddział dzienny, uczestniczyłam tam w różnych zajęciach i psychoterapii. Uczylam się rozmawiać o swoich problemach, odróżniać to, co było chorobą od tego, co było rzeczywistością. Choroba wycięła pół roku z mojego studenckiego życia i musiałam pogodzić się z faktem, że będę studiować z innym rocznikiem. Ustaliłam na uczelni, że wrócę na studia od drugiego semestru, ponieważ jednak bardzo chciałam powoli wdrażać się w system nauki, dostałam zgodę, aby przez pół

roku, jaki mi pozostał, uczęszczać (pomimo urlopu dziekańskiego) na jedno zajęcia z języka angielskiego. W ten sposób codziennie pół dnia spędzałam na oddziale dziennym, a raz w tygodniu pojawiałam się na uczelni. Przygotowywałam się do tych zajęć przez cały tydzień, ale i tak myśl o nich napawała mnie lękiem, głównie dlatego, że bałam się spotykać ze znajomymi ze studiów. Bałam się ich pytań o to, co się ze mną działo, ale prawdziwym przerażeniem napawał mnie fakt, że nie umiałam wymyśleć, o czym mogłabym z nimi rozmawiać, kiedy już ich spotkam. Stwierdziłam, że dobrą wymówką będzie wytłumaczenie, że nie mogę rozmawiać, bo mi się spieszy i w kółko to powtarzałam, chociaż nie było absolutnie żadnego zajęcia ani osoby, do których mogłabym się spieszyć. Zawsze, kiedy to powtarzałam marzyłam, aby osoba do której się zwracam, powstrzymała mnie, powiedziała, że chce ze mną iść na kawę albo przejść się kawałek. Po pewnym czasie udało mi się od czasu do czasu z kimś umówić, decydowałam się na to tylko w sytuacjach, gdy były to pojedyncze osoby i tylko takie, którym byłam w stanie na tyle zaufać, żeby opowiedzieć im o doświadczeniu szpitala, bo nie przychodziło mi do głowy nic innego, co mogłoby być tematem rozmowy. Myślę, że po pierwsze pobyt na oddziale dziennym, a także półroczny okres uczęszczania na jedno zajęcia osłabiły trochę szok powrotu na studia. To było jak trening, rozgrzewka.

Powrót był trudny, bo studiowałam z innym rocznikiem i nie bardzo umiałam odnaleźć się w nowej grupie osób. Tęskniłam za studiowaniem, jakie pamiętałam sprzed choroby, za entuzjazmem, dyskusjami, życiem towarzyskim. Studiowanie po chorobie było inne, nauka przychodziła mi ciężiej i nie sprawiała tyle radości. Dużo energii poświęcałam na ukrywanie choroby, wymyślanie bardziej lub mniej przekonujących historyjek. Nowa grupa nie była dla mnie przychylna, byłam dla nich obcą osobą, sporo czasu upłynęło, zanim wyłuskałam

z tej grupy pojedyncze osoby, z którymi zawarłam bliższe znajomości. Jeszcze więcej czasu minęło, zanim nauka znów zaczęła sprawiać mi frajdę. Zainteresowałam się konkretnymi dziedzinami psychologii: psycholingwistyką i psychosomatyką. Moje studiowanie stało się bardziej jednostkowe, miało inną jakość, ale było też coś pociągającego w takiej samodzielnej pracy.

W połowie czwartego roku rozchorowałam się powtórnie. Tym razem była to depresja, doświadczenie inne jakościowo. Jest duża różnica pomiędzy przeżywaniem psychozy a przeżywaniem depresji. W depresji nie traci się wglądu w swoją chorobę, co jest charakterystyczne przy psychozie. Rzeczywistość jest tą realną rzeczywistością, tylko odbieraną w sposób trudny, brutalny, bolesny i przerażający. Drobne problemy wydają się przepaścią nie do przejścia, a najprostsze czynności – trudnymi czy wręcz niemożliwymi do wykonania. Człowieka ogarnia poczucie niemocy, bezwładu, które paraliżuje i nie pozwala podejmować najprostszych czynności. Życie wydaje się pozbawione sensu, bo każdy kolejny dzień przynosi tylko większe poczucie beznadziei i rozpacz. Myślę, że depresja to nie tylko emocje, to także stan umysłu i ducha, mimo że opisując ją, najprościej jest posługiwać się wyrazami, którymi określamy emocje. Do dziś nie wiem, czym ona była spowodowana, snuję różne domysły, ale o żadnym scenariuszu nie mogę powiedzieć, że jest tym jedynym i właściwym. Być może była to opisywana w podręcznikach psychiatrii spóźniona depresja popsychozy. Mogła to być także późna reakcja na wydarzenie z Londynu, jakbym dopiero wtedy pozwoliła sobie na ujście smutku i żalu. Ten epizod chorobowy mogę rozumieć też jako ucieczkę przed dorosłością, niemożnością poradzenia sobie z nowymi wyzwaniami, ponieważ przypadła ona na czas, kiedy na studiach powoli przymierzaliśmy się do wyboru tematów prac magisterskich i promotorów. Pamiętam, że bałam się tego.

Wydawało mi się to nie do przejścia, dziś nie potrafię określić, czy była to przyczyna czy już objaw choroby. Zresztą od dziecka przejawiałam tendencję do wyolbrzymiania rzeczy trudnych – tak, że piętrzyły się one przede mną jako niemożliwe do pokonania, a w okresie choroby ta cecha znacznie się nasiliła, wyostrzyła. W psychozie bywają momenty, kiedy wydaje ci się, że możesz wszystko, w depresji wydaje ci się, że nie możesz nic. Kiedy nic nie możesz, kiedy kolejne dni są tak samo nijakie i nie dające nadziei na jakąkolwiek zmianę, człowiek zaczyna się zastanawiać, czy jest jakikolwiek sens trwania dalej. To jest też zwyczajnie męczące. U mnie było też napięcie, którego nie potrafiłam zredukować. Napięcie, które przeszkadzało niemal w każdej czynności, to tak jakby być stale w najwyższej gotowości, a każdy silniejszy bodziec powoduje ból. Nie wytrzymuje tego nie tylko psychika człowieka, lecz także cały jego organizm. Jest to stan skrajnego wyczerpania, w którym samobójstwo nie wydaje się ucieczką, ale odruchem obronnym, najsensowniejszym wyjściem z sytuacji, jedynym możliwym rozwiązaniem. Po pierwszej nieudanej próbie samobójczej i po tym, jak odatowano mnie na toksykologii, trafiłam do szpitala, gdzie zdiagnozowano u mnie właśnie depresję. Drugą próbę odebrania sobie życia podjęłam w tydzień po wypisaniu ze szpitala, po czym znów trafiłam na toksykologię i z powrotem do tego samego szpitala psychiatrycznego. Przy drugim wypisie pielęgniarka, która mnie wypuszczała ze szpitala, pożegnała mnie żartobliwie słowami: „Tylko już tym razem bez powrotów, pani Aniu”. Wtedy też postanowiłam sobie, że będę robić wszystko, żeby rzeczywiście nie powrócić już nie tylko do tego szpitala, ale do leczenia całodobowego w ogóle.

Potem znów był oddział dzienny, który ponownie odegrał znaczącą rolę w mojej rehabilitacji. I ponownie nastąpiła próba powrotu do życia, w tym także na uczelnę. Pamiętam, że wtedy myśl o niedokoń-

czonych studiach była dla mnie bardzo mobilizująca. Na uczelni nie bardzo wierzono, że uda mi się je skończyć, mimo to został mi przyznany nieprzepisowy drugi urlop dziekański ze względu na „specjalne okoliczności”. Dziś bardzo doceniam to, że dostałam taką szansę. Wybrałam psycholingwistykę i znalazłam dobrego promotora, który lubił swoją pracę i miał w sobie zapał badacza, co było zaraźliwe. Choć przy pisaniu pracy miałam chwile zwątpienia w siebie i gorsze momenty, w których potrzebowałam wsparcia, to jednak udało mi się ją skończyć i obronić.

Studiowanie nauczyło mnie, że nieraz trzeba walczyć, mimo że cel wydaje się odległy i mało realny. To, że udało mi się osiągnąć cel, bardzo mocno podbudowało wiarę we mnie samą i własne możliwości. Nauczyło mnie, że nie można się poddawać. Dało mi silne przekonanie, że choroba nie może zdeterminować mojego życia. Dzięki temu wierzę w to, że mogę wieść satysfakcjonujące życie, mogę się rozwijać, pracować, tworzyć. To ja decyduję o tym, jak wygląda moje życie, to ja jestem sterem, żeglarzem, okrętem.

Niezmiernie ważne jest także to, jakich ludzi spotyka się na swojej drodze. Staram się pamiętać tych, którzy mi pomogli, co nie oznacza, że nie spotykałam innych. Myślę, że mimo wszystko, więcej dobrego można zdziałać, pokazując pozytywne przykłady niż piętnując negatywne. Zawsze staram się wierzyć, że te negatywne postawy, z którymi się spotykałam, nie wynikały ze złej woli, a raczej z niewiedzy, lęku. To, co okazało się dla mnie bardzo pomocne, to fakt, że nikt z wykładowców specjalnie mnie nie traktował. Myślę, że oprócz wicedyrektora, osoby odpowiedzialnej wówczas za sprawy studenckie, w zasadzie nikt nic więcej o moim chorowaniu nie wiedział. Takie przynajmniej miałam wrażenie i to dawało mi pewien poziom bezpieczeństwa. Było to dla mnie dobre, ponieważ nie miałam poczucia, że jestem na spe-

cyjnych warunkach, że jestem traktowana inaczej czy oceniana łagodniej albo że mam jakieś specjalne przywileje. Zarówno po pierwszym, jak i drugim urlopie dziekańskim wyniki miałam zdecydowanie gorsze niż przed zachorowaniem, ale świadomość tego, że jestem mierzona tą samą miarą, co wszyscy była dla mnie cenniejsza niż wysokie stopnie, których dostawałam coraz mniej. Musiałam pogodzić się z tym, że z dobrej studentki stałam się studentką przeciętną, lecz świadomość tego, że nie jest wobec mnie stosowany podwójny standard, kompensowała poczucie bycia przeciętnym. Nie jestem pewna, czy dla każdej osoby chorującej byłoby to dobre rozwiązanie i czy powinno to stanowić jakiś rodzaj wzorca. Dla mnie było to dobre.

Myślę, że dobrym przykładem tego, co uczelnia może zrobić dla studenta chorującego, jest wprowadzanie w razie potrzeby indywidualnego planu nauczania. Tak jak pisałam wcześniej – to, że pozwolono mi uczestniczyć w jednych zajęciach pomimo urlopu dziekańskiego, było dla mnie szansą, pozwalało mi podtrzymać pewną ciągłość. Kwestią do rozwiązania pozostaje, jak to zrobić, zachowując w dyskrekcji powód, dla którego wprowadza się te niezwykle okoliczności. Myślę, że chorujący student powinien mieć prawo decydowania o tym, kto i ile wie na temat jego problemów ze zdrowiem psychicznym. Drugą rzeczą, którą uczelnia, a konkretnie Biuro do spraw Osób Niepełnosprawnych UJ mogłoby zrobić, to zorganizować grupy wsparcia dla studentów po kryzysach psychicznych. Pamiętam, że mnie najbardziej bolało, że wypadłam z życia towarzyskiego, z tym mi chyba emocjonalnie najtrudniej było sobie poradzić. Poczucie wykluczenia odczuwałam jako większą stratę niż pogorszenie wyników w nauce. To moje „ja” społeczne cierpiało najbardziej. Nauka ponownego nawiązywania relacji była bardzo powolna, a pewien przełom nastąpił właśnie w trakcie uczestnictwa w pewnej grupie terapeutycznej. To, że tam udało się

stworzyć satysfakcjonujące relacje, oznaczało dla mnie, że w ogóle mogę i potrafię nawiązywać kontakty; rozpoczęło się odbudowywanie „ja” społecznego. Myślę, że takie grupy wsparcia dla zdrowiejących, powracających z urlopów dziekańskich studentów byłyby realną, choć może trudno weryfikowalną korzyścią. Wreszcie zadanie, jak sądzę, szczególnie ważne, to podejmowanie akcji przeciwstygmatyzacyjnych wśród studentów, uwrażliwiających, zmieniających stereotypy a zarazem przynoszących rzetelną wiedzę. Niech ta książka będzie dobrym tego początkiem.

Karolina Wianicka

Dążąc do perfekcji

– Imię?

– Karolina.

– Karolina, stań na wagę.

(...)

– Mogę nie mówić ile ważysz,
tylko po prostu zapisać to w karcie. Chcesz wiedzieć?

Powiedziałam, że tak. Chciałam wtedy po raz ostatni usłyszeć, jakich wielkości sięga szalka, jeszcze przed tym, jak szpitalne jedzenie odmieni ten stan rzeczy. Ale zadane mi pytanie i pozostawiona możliwość wyboru to chyba ostatnie takie prawo decydowania o czymś, co mocno wiąże się z moją chorobą po przyjsciu na oddział psychiatrii. Potem stawanie na wadze w szpitalu było czynnością niemal rytualną, regularną, a jej powtarzanie budziło zawsze tak samo wielki strach. A dziś? Nie znam swojej wagi. Uniezależniłam się od spoglądania na szalkę, co miało być częścią terapii. Teraz wiem, że to nie ilość kilogramów ma być kryterium mojego szczęścia. Choć długo nie potrafiłam w to uwierzyć...

Zero – upragniony cel

Niełatwo jest wskazać moment początku choroby. Zwykle zaczyna się od zwykłej diety, która często nie jest ani zdrowym stylem życia, ani też w żaden sposób kontrolowanym przez lekarza sposobem na utratę nadmiernych kilogramów. W przypadku anoreksji dieta to stopniowe odmawianie sobie posiłków aż do momentu, kiedy liść sałaty czy kromka chrupkiego pieczywa wydają się zbyt kalorycznym daniem. Jego zjedzenie to każdorazowe zastanawianie się: czy mogę sobie na to pozwolić? Czy nie przytyję? Pojawia się natychmiastowa odpowiedź w głowie chorej osoby: nie wolno ci! U młodej dziewczyny skupionej na swoim wyglądzie, od zwykłej, względnie zdrowej diety do anoreksji droga jest bardzo prosta, ale moment przejścia z jednego stanu w drugi niemal niezauważalny. Wszystko jest spowodowane negatywnym obrazem samego siebie, problemem odkrycia własnej tożsamości, brakiem akceptacji swojego zmieniającego się ciała, co może mieć źródła w relacjach rodzinnych albo trudnych przeżyciach. Negatywne uczucia względem swojego ciała są czasem tak silne, że chora osoba nie może spojrzeć na siebie w lustrze bez odrazy i nienawiści.

Wszystkie posiłki anorektyczki są dobrze przemyślane, rozplanowane. Regularne godziny, których musi się trzymać, bo w przeciwnym razie nawet kilkunastominutowy poślizg może być pretekstem do niejedzenia. Dokładnie przeliczona ilość kalorii, na jakie może sobie pozwolić, rozpisane wszystkie posiłki i uzupełnianie lodówki w razie braku jakiegoś produktu, byleby nie musieć wprowadzać zmian do ustalonego wcześniej jadłospisu. Obok rygorystycznych ograniczeń żywieniowych i zapisywania każdej zjedzonej kalorii w przeznaczonym do tego dzienniku, niezwykle ważnym elementem codzienności anorektyczki jest wysiłek fizyczny. Bywa, że zamiast autobusu noto-

rycznie wybiera szybki spacer, który zawsze daje szansę na dodatkowe spalenie chociażby części z i tak już niedużej wielkości posiłku. Do tego wykonuje ćwiczenia gimnastyczne w zaciszu własnego pokoju, który staje się w okresie choroby małą twierdzą. Przekroczenie jego progu to często trudna do pokonania bariera, zarówno dla anorektyczki jak i jej rodziny, która jest bezradna wobec demonstrowanej przez chorą wrogości i musi po raz kolejny przemykać obok zamkniętych drzwi. Anorektyczka jest wobec siebie bardzo surowa, krytyczna. Dodatkowe sto „brzuszków” może być w rozumieniu chorej karą w przypadku, gdyby szalka na wadze przesunęła się chociażby o sto gramów w górę. Całkowita ilość wykonanych tego typu ćwiczeń w ciągu dnia sięgać może nawet tysiąca, czy więcej powtórzeń. Zwykle nie ma też problemu z wejściem na siłownię, gdzie spędza bardzo często kilka godzin. Nigdy nikogo nie dziwi, że pokonując własne zmęczenie, spocona na twarzy kolejne długie chwile spędza na bieżni, zwiększając dodatkowo odpowiednie parametry. W końcu temu służy klub fitness, a sprawdzanie, czy przychodzące tam osoby są zdrowe i mogą do ostatniej resztki sił poświęcać się ćwiczeniom, nie jest przecież w niczyim interesie. Zdarza się, że późną nocą anorektyczka poświęca resztki sił na kilkadziesiąt nieplanowanych powtórzeń „brzuszków”, bo podsumowując zjedzone tego dnia posiłki, przypomniała sobie o jabłku, którego w jej mniemaniu nie powinna była zjeść. Mimo, że był jej jedynym daniem, być może nawet podzielonym na różnej wielkości kawałki przeznaczone na odpowiednie pory dnia... I tak, każdy poranek zaczyna się od ćwiczeń, tym samym się kończy i te właśnie ćwiczenia wypełniają każdą wolną chwilę chorej. Nie ma miejsca na bezczynność.

Stałym towarzyszem codzienności osoby dotkniętej anoreksją jest lustro. Choć tak naprawdę z jej perspektywy to przekłety kompan, będący nie baśniowym lustreczkiem, a raczej krzywym zwierciadłem,

które pokazuje zniekształcony obraz ciała zawsze wtedy, gdy chora na nie spojrzy. Bywa, że unika wzrokowego kontaktu z dziewczyną z lustra, ale czasem znowu specjalnie szuka potwierdzenia swoich chorych myśli w szklanym odbiciu. Dokładnie obserwuje kości twarzy, bioder... Zawsze z obawą, że mogą nie wystawać już tak samo wyraźnie, jak przed kilkunastoma minutami, kiedy to po raz ostatni mogła je skontrolować. Wzrokiem potrafi ocenić, czy zjedzony posiłek spowodował jakiś przyrost wagi, chociażby stugramowy, a gdy taka forma zmierzenia obwodu poszczególnych części ciała nie wystarcza, sięga po metr – ot, taki zwykły krawiecki, który precyzyjnie określi jej wymiary. Dopiero po upewnieniu się, że centymetrów nie przybyło, jest w stanie pozwolić sobie na jedzenie. Nawet w przypadku dużej utraty wagi, chorej ciągle wydaje się, że jest tą samą dziewczyną sprzed dwudziestu czy trzydziestu kilogramów. Czuje się gruba i ciągle dąży do zwiększenia efektu odchudzania.

Każdy posiłek to walka. Przede wszystkim ze swoimi chorymi myślami, które podpowiadają, że kolejny kęs odbiera kontrolę nad sobą, pochłonie górę kalorii, a te z kolei momentalnie wchłoną się w jej ciało. Ciągle więc anorektyczce towarzyszą wyrzuty sumienia, które z kwestii żywieniowych przenosi na inne dziedziny swojego życia. Każdorazowy posiłek to też walka z najbliższymi, którzy, o ile są świadomi problemu, o tyle starają się bacznie obserwować ilość zjedanego jedzenia przez osobę dotkniętą anoreksją. Skutkiem tego jest wieczne przekomarzanie się, ile dziewczyna ma zjeść. Często towarzyszy temu złość, gdy obiad opóźnia się o chociażby kwadrans i anorektyczka nie może go spożyć o stałej porze. A kiedy już posiłek czeka na stole, wystarczy jedno spojrzenie uruchamiające w głowie chorej kalkulator kalorii. Wszystko zgodnie z wartościami odżywczymi z opakowań produktów, które anorektyczka zna na pamięć. Podczas jedzenia następuje wybie-

ranie tego co najlepsze, a to oznacza najmniej kaloryczne. Rozkładanie kanapki na części, spożywanie najpierw pomidora, sałaty, szynki, a chleba już niekoniecznie... A kiedy mama zapyta: „co jadłaś?“, anorektyczka skutecznie przekona ją o całej liście produktów, jakie niby danego dnia trafiły do jej żołądka. Dlaczego by jej nie wierzyć? Mówi to z takim przekonaniem...

Uczucie głodu to stale towarzysząca oznaka, która mówi chorej, że wszystko idzie po jej myśli. Daje to jej spokój, wrażenie utrzymywania kontroli nad ciałem wskutek tego, że sama decyduje co i ile zje. Zna sposoby, które pomogą jej zagłuszyć to ssące uczucie głodu, jak chociażby picie do kilku litrów wody dziennie czy żucie setek gum. Żeby natomiast „psychicznie” zaspokoić pragnienie jedzenia, wystarczy jej chwilowe wpatrywanie się w gotową potrawę, opakowania produktów spożywczych w sklepie czy przepisy kulinarne z kolorowymi obrazkami pobudzającymi wyobraźnię. Najada się wzrokiem, zapachem, dlatego przygotowywanie posiłków dla rodziny sprawia jej taką przyjemność, a napełnianie żołądków innym to dla niej uspokajające przekonanie, że to oni przytyją – nie ona...

Obsesja (nie)jedzenia

Myśli chorej krążą ciągle wokół jedzenia. To obsesja, która nie daje spokoju na zajęciach w szkole czy na uczelni, nie znika w nocy kiedy śpisz, ani też w ciągu dnia podczas najbardziej zajmujących czynności. To, co dzieje się w głowie anorektyczki wydaje się niezrozumiałe dla osób, które nigdy tego nie doświadczyły bądź nie miały styczności z takim problemem. Każda negatywna uwaga dotycząca wyglądu dziewczyny z anoreksją może być dla niej największym nieszczęściem. Będzie pamiętać o niej tygodniami, a szczególnie wtedy, kiedy mie-

rzyć się będzie z kolejnym posiłkiem. Wówczas już bez zastanowienia odsunie talerz z jedzeniem. W jej myślach pojawi się wspomnienie o lodach, które zjadła kilka miesięcy temu albo o niezbyt grzecznej uwadze kolegi, który stwierdził, że „coś jej się ostatnio przytyło”. To prosta droga do niejedzenia, bo skoro inni zauważają coś takiego, to na pewno tak jest. Anorektyczka karze się wówczas, gdy usłyszy, iż ktoś zauważa u niej przyrost wagi i robi wszystko, by jak najszybciej się go pozbyć. Do tego chora czeka na komentarze o jej przesadnej szczupłości, które dodatkowo ją motywują. Cieszy się, gdy ktoś zauważy, jak znikają jej kolejne kilogramy, bo to znak, że wysiłek wkładany w odchudzanie nie idzie na marne. Jeśli może, anorektyczka je sama. Najlepiej zamknięta w swoim pokoju, gdzie nikt nie będzie mógł obserwować, czy rzeczywiście zjada przygotowane danie. Trudniej, gdy rodzina nalega na wspólny posiłek, ale nawet wtedy znajdują się sposoby na niedojedzenie do końca czy przemycenie żywności, a potem wyrzucenie tego, co wydawało się chorej zbyt kaloryczne. Spożywanie posiłku w towarzystwie traktuje jak karę. Inni patrzą jak kolejne kęsy trafiają do jej ust, jakby obserwowali coś, czego jej robić nie należy. I wtedy znów pojawiają się wątpliwości, czy w ogóle powinna była jeść, może ludzie mają rację, może jej nie wolno. Nie łatwo jest jej wrócić do spożywania posiłków wśród ludzi, a żeby tego uniknąć, każdorazowo znajdzie odpowiednią wymówkę. Nie zawsze da się nie jeść. Organizm krzyczy z głodu, rodzina krzyczy z przerażenia całą sytuacją, chora krzyczy, bo boi się, że zjedzenie czegokolwiek spowoduje nieodwracalną utratę kontroli i wzrost wagi. Zdarza się, że spożywaniu niewielkich posiłków towarzyszą epizody bulimiczne. Anorektyczka, choć przychodzi jej to z wielkim trudem i napawa dodatkowym obrzydzeniem do siebie i swojego ciała, stara się usunąć ze swojego organizmu wszystkie zjedzone kalorie. Nieświadomie szkodzi swojemu zdrowiu.

Prowokuje wymioty i nierzadko stosuje wszelkiego rodzaju preparaty przeczyszczające czy odchudzające, które zgodnie z reklamą bez żadnej „diety cud” pomogą jej osiągnąć figurę, o jakiej marzy. I nie widzi w tych obietnicach utopii. Są jak najbardziej realne, bo skoro kobieta z reklamy może, to i jej się uda... Tego typu promocyjnych przekazów na ulicach, w gazetach i w telewizji jest bardzo dużo, nie sposób ich nie zauważyć. Środki dietetyczne są dostępne dla każdego bez recepty, powszechnie jest pozwolenie na ich stosowanie bez ograniczeń. I tak, nie zdając sobie sprawy z konsekwencji, anorektyczka stosuje więcej niż dozwoloną ilość tabletek odchudzających, preparatów na zahamowanie łaknienia albo wypija kolejne filiżanki herbat przyspieszających metabolizm. To czasem jak zwykły posiłek, choć wyjątkowy, bo spożywany bez ograniczeń...

Nie tylko oglądanie fotografii posiłków sprawia anorektyczce przyjemność. Podobną funkcję, w tym również motywującą, ma przeglądanie zdjęć szczupłych modelek oraz mocno wychudzonych dziewczyn. To swojego rodzaju dopingujące obrazki, które mają pokazać chorej, co może osiągnąć, trzymając się swoich zasad żywieniowych. Mimo, że często ona sama waży już dużo mniej niż modelka ze zdjęcia, chce osiągnąć idealne (jej zdaniem) wymiary, zapominając jednocześnie o komputerowych programach do obróbki zdjęć, które w sposób niemal magiczny za pomocą kilku kliknięć myszki odbierają zbędne kilogramy i usuwają w kilka sekund mankamenty urody jej reklamowym ideałom.

Anoreksja – moja najlepsza przyjaciółka

Innym rodzajem motywacji dla osoby żyjącej z anoreksją są pamiętniki internetowe innych chorych dziewczyn. Zapewne nie wszystkie chore

miały z nimi styczność, jednak w przestrzeni wirtualnej takich blogów można doszukać się setki, a ich autorki to nierzadko nawet dwunasto-, trzynastoletnie dziewczynki. Właścicielki takich dzienników wymieniają się doświadczeniami w kwestiach niejedzenia, podsuwają sobie pomysły na szybsze zrzucenie kilogramów, kibicują sobie wzajemnie w zdobywaniu coraz to niższych pułapów na wadze. Szokujące wydają się powtarzane przez nie, niczym mantra, hasła motywujące do odchudzania. Funkcjonuje wśród nich tak zwany „dekalog anorektyczki”, stawiający chorym jasne zasady żywieniowe i narzucający sposób postrzegania swojego ciała jako idealnego tylko wówczas, kiedy będą dążyły do niezdrowo rozumianej perfekcji. Na blogach pro-ana, jak nazywają je same autorki, są też porady wprowadzenia takiego stylu życia, bo tym właśnie wydaje się chorym anoreksja, określana przez nie mianem „najlepszej przyjaciółki”. W rzeczywistości jest to celem, do którego sukcesywnie zmierzają. Nierzadko nazywają same siebie motylami, których znaki graficzne widnieją na blogach i przypominają im o dążeniu do bycia chudą. Motyle to też symbole dopisywane przez chorą na anoreksję członkinię grup typu pro-ana przy nazwie profilu na portalach społecznościowych. Tworzą w ten sposób sieci znajomych, których łatwiej rozpoznać. Pro-ana to swojego rodzaju sposób na życie, chęć panowania nad swoim ciałem i kierowanie nim w taki sposób, by osiągnąć krytycznie obniżane pułapy wagowe. Uczestnictwo w tego rodzaju grupach daje ich członkom zapewne poczucie zrozumienia – tak cenne, kiedy wydaje się, że moja choroba to mój problem i nikt nie jest w stanie w tym pomóc. Chore szukają wsparcia, pomocy i wskazówek co robić, żeby schudnąć tak, aby bliscy nie zorientowali się, że coś jest nie w porządku. Stąd pojawiające się hasła nakazujące dziewczynom utrzymywać w tajemnicy aktywność w pro-ana i choć to grupy działające w przestrzeni wirtualnej – na blo-

gach, portalach społecznościowych, forach internetowych – to na co dzień też poznają się za pomocą ustalonego przez siebie znaku rozpoznawczego. Takim symbolem członkostwa są czerwone bransoletki, mające szczególną rolę, bo przypominają dodatkowo o ich trudnej drodze do perfekcji, czyli życiu z anoreksją. Anorektyczki-internautki mają niewątpliwie wspólny cel, a ten, choć osiągany indywidualnie, to zwykle jest łatwiejszy w realizacji, gdy podzieli się go z innymi. Chore dziewczyny łatwo rozpoznają też inne osoby z podobnym do nich problemem, nawet bez tych symbolizujących przynależność do proana bransoletek. Trudno wytłumaczyć, skąd bierze się ta umiejętność i czy zawsze jest ona trafna. Przecież nie każda szczupła kobieta doszła do takiego wyglądu drogą anoreksji, jednak osoba mająca takie doświadczenia zwracając uwagę na detale ciała, zauważa charakterystycznie wystające kości policzkowe czy bioder. Bez szczególnego znaku rozpoznawczego dwie chore dziewczyny spojrzą na siebie jakby ze zrozumieniem, współodczuwaniem, ale i czasem z zazdrością, pragnąc osiągnąć podobnie niską wagę.

Podobnie jak trudno określić dokładny czas pojawienia się choroby, tak równie niełatwo jest zarysować obraz typowego otoczenia dziewczyny, w którym problem anoreksji ma szczególnie podatny grunt do przybrania dużych rozmiarów. Jednak wydaje się, że o zaburzenia odżywiania szczególnie łatwo w otoczeniu, gdzie problemy przerastają osobę często młodą, uwikłaną w sporne kwestie rodzinne, podatną na każdą dotyczącą jej uwagę, przyjmowaną za każdym razem bardzo osobiście. Czynniki osobowościowe – szczególna wrażliwość to też ważny element anoreksji, jednak często konflikty rodzinne, problemy w komunikowaniu się między domownikami i różne problematyczne sytuacje z tym związane stają się przyczynami choroby. Zwyczajne nieporozumienia, rozwód rodziców, trudny czas dojrzewa-

nia... Do tego dochodzą problemy w szkole, nadmierna wrażliwość, a stąd do choroby już bardzo niedaleko. Trudności codziennego życia mogą nas przerastać i każdy reaguje na nie w sposób indywidualny. Anoreksja jest właśnie taką odpowiedzią na otaczającą rzeczywistość, będącą niezrozumiałą, problematyczną i trudną do przejścia drogą. Rodzinne kłopoty chora bierze na siebie, odczuwa wyrzuty sumienia i poczucie sprawstwa każdego nieporozumienia, nawet w przypadku zupełnie absurdalnych sytuacji. Wydaje jej się, że to właśnie z jej winy życie rodzinne nie układa się tak, jakby wszyscy sobie tego życzyli, stale się obwinia, przez co tym bardziej popada w chorobę. Chora potrafi zachować pozory stosowania zdrowej, niewinnej diety, a wówczas rodzina może nie zdawać sobie sprawy z zaistnienia tak poważnego problemu. Trudniej wówczas o pomoc specjalistyczną, bowiem wszyscy mają przesłonięte oczy na jej kwestie żywieniowe. Chora zapiera się, że wszystko z nią w porządku i nie chce zauważać, że coś dzieje się nie tak, dlatego sprawa zwykle przycicha. Coś jednak musi się stać, by dziewczyna trafiła w końcu pod opiekę specjalisty. Czasem to sprawa przypadku, innym razem sama się tam wybiera, zdołowana swoją sytuacją, woła o pomoc. Kiedy już szczęśliwie wizyta u psychologa dojdzie do skutku, trudno jest, ażeby działał w pojedynkę. Korzystanie ze wsparcia psychiatry to – obok kontaktu z psychologiem – niezwykle wstydlivy i trudny do pokonania dla całej rodziny problem. Ciągłe w naszej świadomości utrzymuje się obraz psychologa i psychiatry jako specjalistów, do których raczej nie chcielibyśmy udawać się po pomoc. Czy to za sprawą obawy przed reakcją otoczenia, które poinformowane o naszym psychicznym zaburzeniu, odsunie się od nas, czy wskutek nieświadomości konieczności podjęcia leczenia, ludzie zostawiają pomoc psychologiczną jako ostateczność. Na tym etapie chora na anoreksję też zwykle jest nieświadoma, że powinna zacząć współ-

pracować z lekarzami. Może się buntować, odrzucać każdą wyciągniętą do niej rękę. Jednak w rzeczywistości bardzo tej pomocy pragnie, jest zmęczona całą walką, jaką toczy ze sobą każdego dnia. To niezwykle ambiwalentne uczucia, które zmieniają się z dnia na dzień, z godziny na godzinę. Raz otwarcie przyznaje, że potrzebuje wsparcia, bo nie radzi sobie z problemami żywieniowymi i nie może dłużej męczyć się całą zawikłaną sytuacją choroby. Natomiast chwilę później odsuwa od siebie myśl o konieczności leczenia i na siłę przekonuje wszystkich i siebie samą, że jedzenie nie sprawia jej żadnego problemu. To nic innego, jak po prostu strach przed utratą możliwości decydowania o sobie, szczególnie w kwestiach jedzenia, a także ogromna obawa przed przyrostem wagi, jakiego spodziewa się po tym, gdy zacznie spożywać zalecone przez lekarzy posiłki. Kontakt z psychologiem to niezwykle cenna relacja, której pozytywny efekt może przyjść chyba tylko wówczas, gdy anorektyczka jest otwarta na pomoc i chce ją przyjąć. Ważne jest porozumienie między nimi. Z jednej strony, zrozumienie w oczach terapeuty, a z drugiej stanowczość i zdecydowanie w zмирzaniu z chorobą do zdrowia, których to cech może być pozbawiona relacja anorektyczki z bliskimi dla niej osobami. Ratowanie jej życia wiąże się poniekąd z odebraniem chorej wolności w kwestiach żywieniowych, kontroli nad przyjmowanym jedzeniem, czego tak bardzo się obawia. Ktoś powinien zacząć decydować za nią o porcjach, które ma spożyć, kontrolować bacznie, czy zostają rzeczywiście przełknięte, a nie umiejętnie ukryte, a potem wyrzucone. Ważny jest też czas po posiłku, kiedy obsesyjne myśli nie pozwalają chorej na spokojne czekanie, aż kalorie wchłoną się w jej ciało, próbuje więc robić wszystko, żeby przy tych wartościach odżywczych przyswoiło się jak najmniej. Dlatego też intensywnie lub ukradkiem wykonuje różne ćwiczenia, które miałyby jej w tym pomóc lub wykonuje zwyczaje podskoki, które w jej mnie-

maniu pozwolą na spalenie chociaż kilku kalorii jeszcze zanim zdążą się wchłonąć w ciało. Cały proces powracania do zdrowia w warunkach domowych jest niezwykle trudny. Rodzice chorej nie potrafią ani też nie mają możliwości stałego śledzenia każdego kęsa jedzenia. Dodatkową trudnością jest bunt, który pojawia się, kiedy anorektyczka ma utracić kontrolę, jaką do tej pory miała nad zjadanymi racjami żywności. Do tego ambiwalentna postawa wobec zdrowienia i zadawane sobie pytanie, czy rzeczywiście chce zrezygnować z posiadanej kontroli nad całym swoim życiem. Matka nie chce patrzeć, jak jej dziecko powoli się zabija, ale też ciężko jej, gdy widzi, jakie trudności sprawia chorej jedzenie i w momencie buntu pozwala na to, by zawsze tym ostatnim razem chora nie dojadła do końca. Anorektyczka nie wierzy, że to, ile ktoś jej nałoży, nie spowoduje przyrostu wagi. Wręcz przeciwnie – we wszystkich widzi osoby chcące ją „utuczyć”, a nie jej pomóc. Reaguje często bardzo emocjonalnie, a to burzy dobre relacje albo nie pozwala stworzyć tych pozytywnych, których w tym domu być może nigdy nie było. W takich sytuacjach konieczna jest hospitalizacja. To dobry start w walce z chorobą, a wiedza i doświadczenie lekarzy mogą być pomocne w pokierowaniu późniejszym podejściem rodziny anorektyczki do jej problemu. Oni też potrzebują pomocy w określeniu, jaką postawę przyjąć wobec choroby bliskiej osoby. Wydaje się, że środowisko, w którym pojawiła się anoreksja, jest zaburzone, skoro taki problem zaistniał. Dlatego też psychologiczna pomoc niezbędna jest nie tylko dla samej dotkniętej chorobą osoby, ale i dla członków jej rodziny. Wszystkim wydaje się jednak, że skierowanie swojego dziecka na oddział psychiatryczny to rzecz, jaka nie mogłaby ich spotkać. Dowiedzą się sąsiedzi, znajomi i co wtedy? Jak będziemy wyglądać w oczach innych ludzi? Po co leczyć całą rodzinę, skoro to problem jednej osoby? Bo czasem właśnie dopiero wtedy wasze dzie-

cko ma szansę na normalne życie. To ratunek dla chorej, która nie potrafi już zdrowo jeść, myśleć, patrzeć na siebie, zdrowo żyć...

Waga – odzwierciedleniem twoich sukcesów i porażek

Sam pobyt na oddziale, na którym leczy się zaburzenia odżywiania, nie jest łatwym doświadczeniem dla osoby dotkniętej problemem, jak i jej rodziny. Samotność, przerażenie dotąd nieznaną sytuacją, poznanie wielu nowych osób... Dlatego właśnie pierwsza doba na oddziale to zgodnie z programem leczenia anoreksji czas na aklimatyzację, poznanie, powolne wdrożenie się w cały funkcjonujący tam system. Dla osób z anoreksją to też ostatnie chwile, kiedy same mają prawo zdecydować o tym, ile zjedzą podczas poszczególnych posiłków i najczęściej korzystają z tego, odsuwając od siebie talerz. Podległość zasadom panującym w szpitalu i dodatkowo podpisanie tak zwanego kontraktu, czyli programu leczenia zaburzeń odżywiania, odbierają chorym kontrolę nad wszystkim co dotyczy jedzenia. Cały cykl leczenia składa się z trzech faz, których punkty graniczne stanowią z góry ustalone poziomy indeksu masy ciała (BMI) do osiągnięcia. Od tej pory kto inny nakłada jedzenie, podaje do stołu, mówi ile masz przytyć, żeby awansować do drugiej i trzeciej fazy realizowanego programu. To wiąże się z dodatkowymi przywilejami, jak chociażby grupowe wyjścia na zewnątrz oddziału czy wyjazdy do domu. Odebranie prawa do decydowania o kwestiach żywieniowych w przypadku anorektyczki to rzecz niezbędna, żeby móc nauczyć ją na nowo tego, jak i ile jeść, ponieważ wszystkie jej destrukcyjne dotąd zachowania spowodowały, że trudno jest jej nawet określić co to znaczy odpowiednia porcja jedzenia. Każdy kęs wydaje się za duży, a co dopiero mówić o pełnym obiedzie, którego sam widok napawa chorą strachem i obawą o przyrost wagi. Do-

datkową presją, ale i siłą kontrolującą zachowania anorektyczek przy stole w warunkach szpitalnych są bacznie obserwujące je pielęgniarki. Kontrola nie ustaje do godziny po posiłku, kiedy to jest czas na przyswojenie się kalorii, a wszelkie próby skracania go bądź wykorzystywania na ćwiczenia fizyczne okazują się bezskuteczne, bo są zabronione przez siostry oddziałowe. Bywają jednak sytuacje, gdy nawet ta ścisła kontrola jest na tyle niedoskonała, że niektóre anorektyczki przenoszą nawyki domowe do szpitalnej stołówki i wbrew swojemu zdrowiu oraz wbrew podpisanemu zobowiązaniu przestrzegania zasad, łamią je i przemycają pod ubraniem niedojedzone resztki. Jedzenie chowane jest w kieszeniach, pod ubraniem, w bieliźnie... Zdarza się wówczas, że inne pacjentki, zauważające całą sytuację, powiadamiają o niej na wspólnych spotkaniach pielęgniarki czy lekarzy. Trudno określić, dlaczego tak się dzieje. One same tłumaczą to dobrem koleżanki i tym, że wszystkie mają trzymać się pewnych reguł, a nie łamać je i – skoro już są na oddziale – dążyć do zdrowia. W rzeczywistości przejawia się to chyba odrobiną zazdrości, poczuciem, że skoro ja muszę zjeść do końca i wchłonąć te kalorie, ona też ma to zrobić.

Trudność hospitalizacji to też przebywanie na ogólnym oddziale psychiatrii, na którym mają prawo leczyć się osoby z wszelkimi problemami natury psychicznej. Tak jak wiele jest różnych chorób, tak dużo odmiennych przypadków zaburzeń poznaje się na oddziale. Bycie otwartym na te okoliczności i przyjęcie pobytu na oddziale jako prawa dla wszystkich, którzy tego potrzebują, minimalnie redukuje frustrację wywołaną kolejną nieprzespaną nocą w skutek chorobowych objawów jednego z współpacjentów. Naturalną trudnością jest też oddzielenie od rodziny, niejednokrotnie mieszkającej zbyt daleko, żeby w miarę regularnie odwiedzać chorą na oddziale. Największą przeszkodą do pokonania dla osoby dotkniętej anoreksją w całym tym

procesie leczenia są niewątpliwie kwestie jedzeniowe, kolejne pułapy wagi, które początkowo wbrew sobie ma osiągnąć. Czasem na tego typu oddziałach w przypadkach leczenia zaburzeń odżywiania zapomina się, że owszem – dojście do zdrowej wagi i utrzymanie jej jest ważne, ale rzeczą moim zdaniem najbardziej konieczną jest zmiana sposobu myślenia. Leczenie objawów to nie dotykanie źródła choroby, które tylko uspięne, może odezwać się jakiś czas potem. Nie można zdrowieć fizycznie bez równowagi psychicznej, a tej nie osiągnie się, nie akceptując konieczności przytycia i nie żyjąc w zgodzie ze sobą. Stosunek anorektyczki do jej ciała przypomina w pewnym sensie relację alienacji. Moje ciało nie jest moim ciałem i choć żyję w nim, to go nie akceptuję. Szczególnie widoczne jest to w momencie szpitalnego procesu przywracania chorych na zaburzenia odżywiania do zdrowia. Dziewczyny jedzą, przybierają na wadze dodatkowe kilogramy, mające ratować ich życie. Na początku nie mogą się z tym pogodzić i nie potrafią zaakceptować swojego nowego, zdrowego ciała. Przychodzi moment przełomowy, kiedy dziewczyna zauważa, że może żyć w zgodzie ze sobą, a do tego jeść normalne porcje i nawet czekać na posiłek, dopuszczając uczucie głodu. To, kiedy to nastąpi, jest z całą pewnością sprawą indywidualną. W całym procesie leczenia niezwykle ważną rzeczą jest, by chora pokochała swoje ciało, z którym teraz nie żyje w zgodzie. Musi zaakceptować zdrową dla niej wagę, pozwalającą na prowadzenie normalnego życia, bez tak dobrze jej znanych zawrotów głowy, zmęczenia, a przede wszystkim przy naturalnie towarzyszącej jej menstruacji, której przywrócenie na etapie zdrowienia jest jedną z ważnych oznak osiągnięcia prawidłowej masy ciała.

Po terapii oczekuje się odwrócenia krzywego zwierciadła, które przedstawiało chorej zniekształcony obraz jej ciała. Obowiązkowy dla osób z anoreksją jest udział w psychoterapii, nawet jeśli nie chcą

brać w niej czynnego udziału. W końcu zauważają, że grupowa terapia czy psychorysunek to sposób nie tylko na zabicie nadmiaru wolnego czasu w szpitalu, ale przede wszystkim pomoc w zrozumieniu swoich problemów, szczególnie, gdy może liczyć na „sprzężenie zwrotne” od grupy współpacjentów. Bywają także organizowane zajęcia określane jako praca z ciałem. W rozumieniu siebie, dążeniu do akceptacji swojej osoby i fizyczności to niezwykle cenne chwile, podczas których dziewczyna może zauważyć, że ona i jej ciało to jedno, a życie wedle tej dewizy to jak życie w zgodzie ze sobą. Nie wystarczy powiedzenie anorektyczce: „Jedz!” albo nawet bardziej drastycznie: „Jak nie będziesz jeść, to umrzesz”, to dla niej tylko słowa. Może nawet bardziej frustrujące, aniżeli mogące przynieść pozytywny efekt. Trudno jest jej przemóc się, by samej sięgnąć po coś do jedzenia, nawet gdy głód staje się już mocno uciążliwy. Z drugiej strony, nałożenie chorej posiłku i pilnowanie jej w domowych warunkach, by wszystko zostało zjedzone to walka z wiatrakami, budząca tylko dodatkowy bunt i obawy chorej. To anorektyczka musi zrozumieć, że jej życie nie może wyglądać tak, jak dzieje się to przy obecności obsesyjnych, chorych myśli i ciągłego strachu przed przytyciem. Ktoś musi pokazać jej, że w rzeczywistości jedzenie może sprawiać przyjemność, a nie musi być tylko karą czy problemem. Powinna przekonać się, że zdrowe porcje, które początkowo ktoś dla niej przygotowuje, to normalna ilość, jaką powinna zjeść. Doświadczającym anoreksji trudno jest powiedzieć, jaka porcja jedzenia jest tą odpowiednią, nawet wtedy kiedy już stara się wrócić do normalności i jeść zdrowo. Dotychczas ograniczane porcje wytrąciły z równowagi jej postrzeganie żywności w kategoriach normalności, a często długo po etapie przywracania chorej do zdrowia pozostają nawyki chorobowe, których nie łatwo jest się pozbyć. Do takich nawyków należą chociażby dzielenie nałożonego na talerz jedzenia na

małe kawałeczki czy jedzenie produktów typu light. Być może kiedyś zmieni się i to, i wypicie herbaty z cukrem zamiast słodziku nie będzie stanowiło dla niej problemu. Wszystkiego tego może nauczyć się od doświadczonych lekarzy, psychologów czy innych chorych podczas terapeutycznych spotkań grupowych. W zależności jednak od sytuacji rodzinnej i środowiskowej osoby, taka pomoc może odbywać się w warunkach ambulatoryjnych albo wręcz niezbędna jest hospitalizacja.

Sama choroba przez dotkniętą nią osobę nie jest postrzegana wyłącznie w kwestiach cierpienia. Często anorektyczka widzi swój problem jako coś zespalającego jej rodzinę, powodującego, że ostatnio nie rozmawiający ze sobą rodzice teraz spotykają się na terapiach rodzinnych i wspólnie próbują pokonać chorobę ich dziecka. Anoreksja to czasem sposób na życie, który usilnie próbują osiągnąć coraz młodsze osoby, spotykające się w przestrzeni wirtualnej i wzajemnie wspierające się w tych dążeniach. Tym trudniej rozstać się z przyjaciółką – Aną, która do tej pory cały czas była przy niej. Nie łatwo jest zostawić kogoś, kto przez długi czas był dla ciebie całym życiem, przesłaniał ci rzeczywistość i pozwalał widzieć go takim, jakim chciałaś, żeby był. Szpital traktowany jest często jak azyl, w którym chora została uwolniona od ciężaru decydowania o problematycznych dla niej kwestiach, znalazła ciepło, jakiego może brakowało w jej rodzinnym domu, poznała osoby mające podobny do niej problem i nie czuła się już sama. Trudno jest jej wracać do normalnego życia. Trzy miesiące to absolutne programowe minimum, po upływie którego dzięki w miarę systematycznej pracy zauważyć można osiągnięcie zamierzonego rezultatu leczenia. Często jest też tak, że hospitalizacja w przypadku anoreksji nie kończy się na jednokrotnym, zakończonym sukcesem przyjęciu na oddział. To na tyle trudny przeciwnik, że walka z nim toczy się czasem latami, wiąże się z powrotami do szpitala, niejednokrotnie w coraz to

bardziej niebezpiecznym stanie zdrowia. Do tego hospitalizacja zakończona względnym sukcesem to nie koniec walki z chorobą. Można by zaryzykować stwierdzenie, że to dopiero początek, bo prawdziwe starania o powrót do normalności zaczną się dopiero po opuszczeniu szpitalnych murów. Osoba żyjąca długi czas z anoreksją zostaje teraz na nowo wtłoczona w ramy świata, w którym narodził się jej problem. Pojawiają się znów bodźce, wywołujące jeszcze przed etapem hospitalizacji objawy zaburzenia, a które tymczasowo były odseparowane od chorej. Każda, nawet najmniej problematyczna z punktu widzenia zdrowej osoby sytuacja, szczególnie tuż po powrocie do rzeczywistości może przypomnieć jej chore reakcje i nawyki. Stąd współpraca z psychologiem i psychiatrą to nadal niezwykle potrzebna i pożądana relacja. Wydawać by się mogło, że wypis ze szpitala równa się powrotowi do zdrowia, a tymczasem to tylko rozpoczęcie procesu przywracania dotkniętej anoreksją do pełni sił. Stabilne stanie na nogach w normalnym środowisku i radzenie sobie w kwestiach żywieniowych to etap, kiedy chora czasem sama poradzi sobie z ogarniającym ją zwątpieniem, a innym razem będzie musiała skorzystać ze specjalistycznej pomocy albo przynajmniej mieć wokół siebie osoby, które wskażą jej właściwą drogę ku zdrowiu. Anorektyczka może teraz nie czuć się osobą chorą, ale ciągle pozostaje chorującą, bo jeszcze przez długi czas zdarzają się jej wzloty i upadki.

W poszukiwaniu tożsamości

Pisząc te słowa, stale posługuję się formą żeńską osoby chorej na anoreksję. Być może wynika to z nieznamomości anorektyków w moim własnym doświadczeniu, choć należy pamiętać, iż jest to zaburzenie, które dotyka nie tylko kobiety. Zwykle myśli się, że to właśnie one

zwracają szczególną uwagę na swój wygląd, dbają o figurę, ale anoreksja to coś głębszego niż tylko troska o fizyczność. To problem z odnalezieniem własnej tożsamości, a ten może przecież dotyczyć każdego niezależnie od płci.

Minęło ponad trzy i pół roku od momentu, kiedy dostałam wypis z warszawskiego Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Było to moje drugie podejście powrotu do zdrowia w warunkach szpitalnych, ostatecznie podsumowane określeniami: „Ogólny stan zdrowia: dobry. Pacjentka chętnie brała udział w psychoterapii i organizowanych na oddziale zajęciach”. Wiem, że gdyby nie moi najbliżsi, którzy przez cały trudny dla nas wszystkich czas byli przy mnie, a także wewnętrzna motywacja do wyjścia z choroby, to moje doświadczenie z hospitalizacją nie skończyłoby się na dwóch razach. W tych okolicznościach wiedziałam, że to moje dorosłe życie, które muszę wziąć w swoje własne ręce. Przekonywałam się powoli, że to ode mnie zależy, jak dalej będzie wyglądała moja codzienność, a tej nie chciałam już więcej wypełniać anoreksją. Członkowie mojej rodziny, choć dziś pewnie nie do końca świadomi, czym w rzeczywistości jest ta choroba, nauczyli się pomagać mi w zmaganiach z anoreksją. Początkowo był to dla nas wszystkich problem nowy, obcy, a postępowanie osób wokół, mające skłonić mnie do jedzenia, wcale nie przynosiło pozytywnych rezultatów. Teraz jestem im wdzięczna za kontrolę, jaką nade mną utrzymywali, mimo tego, że wielokrotnie doprowadzało to do kłótni i mnóstwa wylanych łez. Nie potrafiłam zrozumieć, że najbliżsi widzą anoreksję jako powolną śmierć, w dodatku na własne życzenie. Chciałam decydować za siebie, a czytanie pro-anorektycznych blogów utwierdzało mnie w przekonaniu, iż lepiej jest umrzeć jako osoba szczupła, niż żyć będąc grubą... Z perspektywy czasu wszystko wydaje mi się absurdalne i niewiarygodne, ale w momencie życia z anoreksją nie zauważałam w swoim

myśleniu tak chorych skojarzeń. Najmniej krytyczna uwaga z perspektywy zdrowego człowieka skierowana do mnie była zarzutem, który pragnęłam natychmiast zmienić. Obojętnie, czy dotyczyła mojego wyglądu, zachowania czy osiągnięć w szkole. Perfekcja wręcz obsesyjnie wdzierала się do wszystkich dziedzin mojego życia, skłaniając mnie do ciągłej troski o chorobliwe podążanie za wcześniej wyznaczonymi sobie celami. Poprzeczka stawiana była coraz wyżej, a ja z czasem miałam coraz mniej siły. Przede wszystkim psychicznej, co zabrało z mojej twarzy uśmiech i doprowadzało do stałego zamykania się w samotności, izolowania się od znajomych, od rodziny. Ale i fizycznej siły z czasem miałam coraz mniej pomimo ćwiczeń, które stanowiły pierwszą czynność po wstaniu z łóżka i ostatnią przed położeniem się spać. Z każdym kilogramem uciekało ze mnie życie. Szalka na wadze o następny gram w lewą stronę oznaczała zabrany jeden uśmiech z twarzy chorej, choć w anorektycznym rozumieniu to kolejny krok do tak upragnionej perfekcji. Chorego, wyidealizowanego obrazu piękna.

Doświadczenie choroby, leczenie ambulatoryjne, hospitalizacja, potem znów wizyty u miejscowych lekarzy, kontakt z chorymi, wiele mnie nauczyły w kwestiach jedzenia i patrzenia na siebie. Pamiętam dobrze moment wejścia na oddział. Dzwonek, duże, ciężkie, zawsze zamknięte drzwi i kryjący się za ich progiem nieco bardziej przyjazny korytarz. Stojące przy kaloryferach fotele, porozwieszane na tablicach plany dnia, dyżury lekarzy, prawa i obowiązki pacjentów. Przede wszystkim jednak zapamiętałam wychudzone dziewczyny przemijające się obok i spoglądające na mnie, jakby oceniały typ zaburzenia i wysokość BMI. Na oddziale wszystko było tak usystematyzowane, aby regularny plan tygodnia mógł nauczyć pacjentów obowiązkowości i trzymania się pewnych ram, koniecznych do prawidłowego funkcjonowania. Bardzo wczesną porą dnia odbywało się ważenie osób z za-

burzeniami odżywiania. Spotykałyśmy się na korytarzu i czekałyśmy na swoją kolej po to, żeby poznać własne parametry. Następnie wróciłyśmy do pokojów, aby w sobie przeżyć, przemyśleć i przetrwać trudny moment, kiedy szalki podniosły się do góry. Zdarzało się nieraz, że dziewczyna czująca po sobie spadek wagi i świadoma konsekwencji, którymi mogło być chociażby wycofanie jakiś przywilejów, opijały się ukradkiem wodą, ażeby kilkusetgramowa różnica nie spowodowała spadku do poprzedniej fazy programu. Można było nie wiedzieć, ile ważysz i to czasem okazywało się łatwiejsze. Szybciej wówczas uniezależniasz się od chorego myślenia, że waga stanowi kryterium szczęścia, i że od niej zależy twój nastrój przez najbliższe dni. Kiedy na oddział wjeżdżał wózek z posiłkami, pierwsi pod stołówką mieli zawsze ustawiać się pacjenci z zaburzeniami odżywiania, dla których lekkie przesunięcie godziny obiadu czy śniadania wywoływało szczerą frustrację. Anorektyczki zwykle chciały poznać przy śniadaniu menu na cały najbliższy dzień. Z jednej strony po to, żeby zaspokoić ciekawość i wiedzieć, co będą musiały zjeść, a z drugiej strony wcześniejsza znajomość tego, co będzie podane, pozwalała im się przygotować i nastawić na konieczność spożycia rzeczy niekoniecznie przez nie lubianych. Ważnym punktem dnia były zajęcia szkolne, które często pozwalały nam nie myśleć o niepocieszających dla nas sytuacjach, pobycie na oddziale, leczeniu. Lekcje dawały nam szansę, aby trochę odskoczyć w świat matematyki czy historii, a przy okazji zdobyć dobrą ocenę, co zwykle chorym perfekcjonistkom dodawało uśmiechu na twarzy. Z wychowawcami wychodziliśmy też czasem na spacer i choć nie były to szczególnie ciekawe wyjścia, bo odbywały się zwykle tą samą trasą, to pozwalały na odrobinę wolności, której tak bardzo brakowało nam podczas pobytu na oddziale, zamkniętym za dużymi drzwiami. Bywało też o wiele bardziej ciekawie, kiedy mieliśmy okazję skorzystać

z wyjścia do kina czy też do teatru, co dla wielu osób z małych, oddalonych od Warszawy miejscowości wydawało się cennym przeżyciem. To dobre wspomnienia, stawiające kilkutygodniowy pobyt w szpitalu w pozytywnym świetle, mimo ogromnych trudności i prób przewycięzania chorych myśli, które do tej pory były rutyną życia codziennego.

A jak jest dziś? W pojawiających się momentach kryzysu próbuję wzbraniać się przed chorymi praktykami i myślami, wiedząc, że robię to nie tylko dla siebie, ale i dla swoich bliskich. Kiedyś od pewnej bliskiej mi osoby usłyszałam, że by pokochać kogoś szczerze i prawdziwie, muszę najpierw w taki sam sposób pokochać samą siebie. Wtedy uznałam to za przesadę, nie uważałam, żeby tak było w rzeczywistości. Dziś jednak wiem, że było w tym wiele racji i choć droga do realizacji tej prawdy jest długa, to wierzę, że życie w zgodzie ze sobą, zrozumieniem swojego ciała i wnętrza, potrzeb i myśli, przywiedzie mnie pewnego dnia do celu – szczęśliwego życia. Po wyjściu z warszawskiego szpitala zamarzyłam sobie, żeby kiedyś moje własne doświadczenie choroby przekuć w coś pozytywnego. By móc pokazać, że da się czerpać radość z życia mimo niezbyt szczęśliwej przeszłości i trudnych przeżyć. Podczas jednych z zajęć na moim kierunku studiów ściśle związanych z tematyką zdrowia psychicznego pomyślałam, że czuję się na siłach, aby o tym mówić i zacząć realizować swoje plany. Wtedy dostałam taką szansę, a dziś mam kolejną. Chciałabym, żeby to, co od siebie przekazałam, trafiło w ręce osób nieznających do tej pory problemu anoreksji, ale też aby mogli to przeczytać ci, dla których anoreksja była albo wciąż jest dużym problemem. Da się z nią wygrać, ale trzeba dużego samozaparcia, wewnętrznej siły i wiary w to, że nie jest ona tym najlepszym przepisem na życie. Łatwiej będzie nam, gdy wybierzemy zdrowe podejście, w którym jedzenie może sprawiać radość i przyjemność, a nie jak przy anoreksji – udrękę, ciągły strach o utratę dotychczasowo-

wej sylwetki, zmartwienie i mnóstwo łez, naszych i bliskich nam osób. To właśnie rodzina odgrywa tu znaczącą rolę. Bez kochających ludzi, którzy trzeźwo spojrzą na zaistniałą problemową sytuację i podejmą odpowiednie kroki kierujące chorą do specjalistów, dotknięta anoreksją osoba nie ma szans na wygranie tej ciężkiej walki sama.

Skąd czerpać siłę do walki?

Często zadaję sobie pytanie, co można by zrobić, żeby przeciwdziałać anoreksji. Wszystkie kampanie, billboardy wydają się złudne, bo przedstawione na nich chude dziewczyny, pokazujące, że wystające kości wcale nie są piękne, to przecież szczyt marzeń osoby z zaburzeniem odżywiania i wygląd, jakiego w gruncie rzeczy pragnęła. Podobne dziewczyny przechodzą po wybiegach podczas pokazów mody, inne pozują do zdjęć. Wydaje się, że skoro to osiągnęły, to jest to ich niemały sukces, dlaczego więc nie miałyby być aspiracjami dla młodych osób, pragnących cieszyć się uznaniem i chcących podobnie jak one zaistnieć w wielkim świecie? Działania skierowane przeciwko skrajnie wychudzonym modelkom, jakie odbywały się w przeszłości, i przyjmowanie na wybieg osób tylko powyżej określonego BMI, nie przyniosły większego sukcesu i w dłuższej perspektywie nie utrzymały się. Podobnie stało z billboardami, na których niezwykle chuda anorektyczka, z założenia demonstrowała sprzeciw wobec choroby, co jednak, moim zdaniem, w rezultacie miało odwrotny efekt. Dziewczyny z tym zaburzeniem nie są przerażone ciałami doprowadzonymi czasem do skrajnego wykończenia. Wydaje im się, że wiedzą, kiedy się zatrzymać i nie zauważają, że stawiane sobie progi coraz niższej wagi, przy której czułyby się dobrze, ciągle spadają w dół. Dla nich oglądanie chudości, to rodzaj mobilizacji do działania, one też chcą osiągnąć tak idealne ich

zdaniem ciała, jak przedstawiona na fotografii modelka. To jak grupa pozytywnego odniesienia, do której wielu chciałoby aspirować. Wkład mediów i promowanych tam kanonów urody w rosnącą liczbę zachorowań na anoreksję jest niemały. W świecie mody cenione są szczupłe kanony piękna i takie też są promowane. Nieczęsto podkreśla się okrągłe kształty, coraz rzadziej otwarcie uznaje się je za piękne, rozpowszechnia się ciągle modę na mniejsze rozmiary. Może właśnie pokazywanie wizerunku szczęśliwej ze swoim ciałem kobiety, której ubrania nie mają metki z oznaczeniem XS, mogłoby dać do zrozumienia, że waga nie jest decydującym czynnikiem w określaniu stosunku do samego siebie, akceptacji swojej osoby czy byciem dobrze ocenianym przez innych. Przecież są kobiety, których ciała mimo szczupłości albo i z krągłościami wyglądają zdrowo i pięknie, a przedstawione w reklamach, nie rzucałyby się w oczy podatnych na zaburzenia odżywiania dziewczyn. Trudno jest nie wierzyć, że szczupłość jest pożądana, gdy z co drugiej witryny sklepowej spoglądają na przechodniów manekiny z nieludzko wykrojonymi kształtami, ubrane w stroje najmniejszych rozmiarów. I choć dla zdrowego człowieka wiadome jest, że to tylko plastikowa lalka, to w głowie osoby z zaburzeniami odżywiania po raz kolejny pojawia się myśl: ja też tak chcę wyglądać! Podobnie trudno jest jej obojętnie przejść obok plakatów reklamujących kolejne preparaty odchudzające, nie zatrzymać się, by spisać nazwę nowego specyfiku. Kto wie, zawsze warto wypróbować...

Obok mediów – to rodzina jest z jednej strony środowiskiem mogącym wpłynąć na pojawienie się choroby, a z drugiej otoczeniem, które ma wręcz obowiązek podjąć jakieś działanie, kiedy zauważa niebezpieczne zmiany w zachowaniu czy wyglądzie córki, siostry, brata, czy innej bliskiej osoby. Rodzice nie zauważają często objawów choroby, bo anorektyczka potrafi wszystko doskonale zamaskować. Są jednak

i takie zachowania, które powinny obudzić obserwatorów życia codziennego chorej, i dać im do zrozumienia, że coś dzieje się nie tak. Niechęć do jedzenia, korzystanie z siłowni lub innych miejsc zapewniających możliwość intensywnych ćwiczeń, izolacja, czyli to, o czym mówiłam wcześniej. To nie są zdrowe objawy dorastania i choć trudno jest zareagować na podobne zachowania bez awantury czy buntu chorej, to szybkie działanie w tej sytuacji jest szansą na skuteczne poradzenie sobie z problemem. Poprawa sytuacji to nie tylko pomoc dorastającej osobie, ale całej jej rodzinie. Z czasem anoreksja może przynosić coraz więcej konfliktów, wdzierać się w większą ilość relacji i burzyć dotychczas dobre albo już nieprawidłowe kontakty w domu.

Jeśli rodzina ma przysłonięte oczy na zaistniałą chorą sytuację, to reakcję powziąć powinna szkoła. O ile nauka może chorej iść ciągle tak samo dobrze, bo w końcu dąży do perfekcji w każdej dziedzinie, o tyle zmian w wyglądzie nie sposób nie zauważyć. Choroba zajmuje dotkniętej nią osobie większość czasu albo przynajmniej towarzyszy większości wykonywanych przez nią codziennych czynności. Jej myśli krążą ciągle wokół kwestii jedzenia, a wtedy tak trudno o skupienie się na zajęciach i tym, co powinna robić w danej chwili w klasie. Do tego bywają okresowe badania w gabinecie szkolnej higienistki, która widzi spadek wagi od ostatniego takiego bilansu. Zupełny brak reakcji na drastyczną różnicę nie byłby z jej strony w pełni profesjonalnym podejściem. Z własnego doświadczenia pamiętam sytuacje, w których mogłam wesprzeć się na osobie szkolnego pedagoga, pielęgniarki czy chociażby nauczycieli prowadzących, zauważających problem. Zadane przez nich na osobności pytanie, poruszające kwestie mojego zdrowia, pozwoliło mi poczuć, że nie jestem im obojętna. I choć w pewnych sytuacjach uznawałam to za dotykane spraw, które kadry nauczycielskiej nie powinny dotyczyć, to dziś ta troska o uczniów i ich zdrowie

wydaje mi się naturalną i wręcz wskazaną reakcją szkoły jako środowiska nie tylko edukacyjnego, ale i wychowującego. Trudniej o podobne interwencje wobec anorektyczki na etapie studiów, bo w końcu to osoba dorosła, a wkraczanie w sferę jej prywatności mogłoby zostać tu szczególnie źle odebrane. Po to właśnie zorganizowane powinny być miejsca, do których taka osoba mogła by zwrócić się o pomoc – poradnie psychologiczne na terenie uczelni czy chociażby grupy osób udzielające wstępnej pomocy i kierujące do punktów specjalistycznych. W działalności tego typu miejsc widzę nie tylko rolę pomocy doraźnej. Zadania, jakie powinny być przed takimi poradniami postawione, to też przeciwdziałanie zachorowaniom oraz rozpowszechnianie wiedzy o zaburzeniach psychicznych. Jednocześnie nie umiem wyobrazić sobie sytuacji, żeby nie umożliwić osobie chorej na anoreksję możliwości wzięcia urlopu dziekańskiego (przykładowo na czas hospitalizacji), czy w podobny sposób nie ułatwić jej procesu zdrowienia. W tym też jest duża rola władz uczelni i szkół, by ten wystarczająco już trudny dla chorych etap leczenia nieco ułatwić, a do tego wskazywać przed nimi punkty pomocy, do których mogliby się zwrócić w chwili poważnego kryzysu. Często momentu bezgłośnego, choć tak naprawdę niezwykle rozpaczliwego wołania o ratunek.

Duży wpływ na chorującą osobę mają też jej znajomi, przyjaciele... Może się zdarzyć, że to oni pierwsi zauważą problem w momencie, kiedy ich towarzyskie kontakty zubożeją wskutek jej izolowania się. Jeszcze przed ujawnieniem się choroby, wiele zależy od kręgu znajomych i ich sposobu postrzegania tej konkretnej osoby. Wydawać by się mogło, że zażyłe kontakty między nimi są bezinteresowne i jesteśmy lubiani bez względu na ilość kilogramów, jaka pojawia się, kiedy staniemy na wadze. I tak też zwykle jest, jednak szczere rozmowy w takiej grupie i czasem nawet delikatna uwaga sugerująca czyjaś nad-

wagę może zapalić w głowie osoby ze skłonnościami do krytycznego patrzenia na siebie, chęć zrzucenia źle ocenianego nadmiaru kilogramów. Nie chodzi o to, żeby unikać szczerości bądź kłamać, że waga naszej przyjaciółki jest idealna, gdy rzeczywistości widzimy to inaczej. Ważne jest jednak sugerowanie jej zdrowych pomysłów na odchudzanie – może sport, a może wizyta u dietetyka, który kontrolując cały proces diety pomoże jej osiągnąć zdrową wagę. A może po prostu ma naturalne predyspozycje do krągłych kształtów, a katowanie się rygorystyczną dietą byłoby tylko bezskuteczną walką, procesem ciągłego naprzemiennego zrzucania i przybierania kilogramów. Anorektyczka jest bardzo wrażliwa na uwagi dotyczące wyglądu, nawet jeśli są wypowiedziane w dobrej wierze. Zwykle bywa tak, że znajomi mogą nie wiedzieć o problemie koleżanki i ni stąd, nie zowąd zauważą, że może ostatnio przybyło jej kilogram czy dwa. Mogą wypowiedzieć to w pozytywnym świetle, podkreślając, że tak właśnie im się podoba, chora jednak odbiera to zupełnie inaczej.

Sama dobrze wiem, jak długo takie słowa mogą dźwięczeć w jej głowie i przypominać się przy okazji każdego posiłku, powodując niedojedzenie go do końca. Podobnie jak niezaplanowane wcześniej danie, które przyszło jej zjeść w towarzystwie rodziny. Nawet kilka tygodni później może wspomnieć te kalorie, których nie wliczyła w przygotowany wcześniej jadłospis, a które wskutek szczególnej kontroli bliskich musiała spożyć. Będzie jeszcze wielokrotnie rekompensowała sobie ponad plan zjedzony posiłek, odsuwając inne. Swoją historię opowiadałam wielu ludziom, z których nikt w pełni nie potrafił zrozumieć mojego problemu, bo w rzeczywistości nigdy się z nim nie zetknął, nie przeżył tego samego. Potem zadawali pytanie, czy mając szansę cofnięcia czasu i nie wdępięcia w chorobę, chciałabym z niej skorzystać i zrobić wszystko, żeby uniknąć anoreksji. Wielokrotnie się

nad tym zastanawiałam. Myślę, że te kilka trudnych lat było dla mnie doskonałą lekcją, która zmieniła mnie raz na zawsze. Mimo, iż nie jestem stale uśmiechniętą osobą (kilka lat w chorobie, trwania w przygnębieniu i izolowaniu się robi jednak swoje), to potrafię cieszyć się życiem. Całą tę historię chcę przekazać dalej, żeby zamiast powiełać błędy i przechodzić bolesną lekcję, ktoś sięgnął do moich doświadczeń i próbował w inny sposób szukać swojej tożsamości, aniżeli na krętej drodze anoreksji. Dziś wiem, że niełatwo było na nowo odzyskać zaufanie rodziny, utracone w tak banalny sposób oszukiwania w kwestii jedzenia. Podobnie trudno odbudować fizyczne zmiany w organizmie spowodowane głodzeniem się, „cudownie odchudzającymi środkami” i wykańczającymi ćwiczeniami. Długo wierzyłam w to, że moje ciało i to, jak będę z nim postępować, to moja sprawa. Nigdy jednak nie chciałam się znaleźć na pograniczu życia i śmierci...

Dzięki bliskim mojemu sercu osobom, które pomagają mi odkryć w sobie piękno, jestem na dobrej drodze, by już po zaakceptowaniu swojego ciała pokochać siebie. Taką, jaka jestem. Nie ideałem, jakim kiedyś chciałam być.

Jakub Krakowski

Ratować siebie

Zanim zdałem sobie sprawę z choroby

Kiedy zacząłem studiować w 2001 roku, czyli już prawie dziesięć lat temu, nie zdawałem sobie sprawy z tego, że mam chorobę psychiczną. Wielokrotnie zmieniałem kierunki studiów. Myślałem, że dany kierunek nie był dla mnie, gdyż nie potrafiłem „przełożyć” wiedzy na pozytywne oceny ani odnaleźć się w grupie studentów. Wreszcie trafiłem na kierunek, który chciałem studiować, a mimo tego – powtarzam pierwszy rok... Początkowo byłem przekonany, że wszystkie moje problemy na uczelni wiążą się z chorobą fizyczną. Dłuższy czas – jak gdyby nieświadomie – tuszowałem chorobę psychiczną fizycznymi objawami: zapaleniem górnych dróg oddechowych i pobytami w szpitalach. Myślałem, że to są główne powody, dla których nie mogę kontynuować studiów. Tymczasem okazało się, że jest inaczej, że to względy psychiczne nie pozwalają mi ruszyć do przodu. Nie za bardzo zdawałem sobie sprawę z tego, co się ze mną dzieje. Objawy psychiczne pogłębiały się cały czas, ale ich nie zauważałem, a nawet jak zacząłem zauważać, to bałem się, nie chciałem o nich mówić. Dopiero teraz zaczynam powoli robić coś w tym kierunku, leczyć się, jestem świadomy

mojego schorzenia: jestem osobą uzależnioną od alkoholu i narkotyków, choruję także na nerwicę natręctw. Od dwóch lat się leczę, a tak efektywnie to dopiero od tego roku.

Pierwsze objawy choroby przejawiały się przede wszystkim zamknięciem w sobie, stresem, brakiem koncentracji, pamięci oraz lękiem przed podejściem do wykładowców i powiedzeniem tego, że mam pewne problemy. Moją chorobę – gdy jest nieleczona – charakteryzuje też niestabilny obraz siebie – uważam się za kogoś wartościowego wtedy, kiedy inni uważają mnie za kogoś wartościowego, dobrze mnie oceniają. Zauważyłem, że podczas studiowania symptomy choroby nasilały się: widziałem siebie jako kogoś gorszego, kto nie posiada wiedzy, jest nieudolny, ma złe podejście do studiów. Od kiedy zorientowałem się, że to są właśnie objawy mojej choroby, jest mi lepiej. Czuję, że problemy na studiach to nie jest moja wina, tylko wina choroby, a choroby się nie wybiera.

Kiedy walkę wygrywa choroba

Objawy mojej choroby to trudności z koncentracją, z pamięcią, czemu towarzyszy wysoki poziom stresu, który okresowo uniemożliwia mi studiowanie. Potrzebuję więcej czasu, żeby zrozumieć materiał, przyswoić go czy napisać esej. Wiele razy było tak, że świadomie rezygnowałem z pierwszego terminu egzaminu, wiedząc, że będę mieć drugi, co da mi więcej czasu na przygotowanie się. Z drugiej strony, poświęcając ogromnie dużo czasu na naukę, byłem w stanie przygotować materiał bardzo szczegółowo – to taki pozytywny wydzźwięk. Posiadałem wiedzę o wiele bardziej rozległą niż studenci, którzy zaliczali w pierwszym terminie – ich wiedza była minimalna, a także w wielu przypadkach potoczna. Natomiast ja, ślęcząc nad książkami i przerabiając dany

materiał, czułem, że jestem dobrze przygotowany, ale kosztem tego, że zaliczenie przesunęło się w czasie. Potem pojawiały się irytacja, frustracja, a w pewnym momencie poddawałem się, czując, że mnie to przerasta. Kiedy się jeszcze nie leczyłem psychiatrycznie, miewałem takie napady złości, że przykładowo niszczyłem swoje notatki, rzucałem książkami. Powodem takiego zachowania była moja słaba odporność na stres, nieumiejętność radzenia sobie z nim oraz narzucona presja. Moja motywacja powoli, powoli gasła, choroba pokonywała mnie po raz kolejny. Stres bywał tak ogromny, że nieraz szedłem na zajęcia przestraszony i załęczniony, bo wiedziałem, że akurat tego dnia są ćwiczenia i jestem bardzo dobrze na nie przygotowany. Wiedziałem, że będę chciał coś powiedzieć i że będę się bardzo denerwował. Nawet jak czułem, że dobrze odpowiadam na pytania wykładowców, że aktywnie uczestniczę w ćwiczeniach i że jest to rzeczywiście merytoryczna rozmowa, stres nie był mniejszy. Był nawet większy, dlatego że wtedy wychodziły moje problemy z samooceną – wrażenie, że osoby na sali wykładowej patrzą na mnie i oceniają mnie oraz obawa przed tym, co o mnie pomyślą.

Byłem tak zestresowany, że kiedyś przed prezentacją, którą miałem mieć, wybiegłem z sali. Wybiegłem i już nie wróciłem, z rozżaleniem żegnałem się w myślach ze studentami. Studia przerywałem nagle – tak było wiele razy – gdzieś znikałem, zaszywałem się w sobie. Byłem tak sparaliżowany strachem, że nie mogłem nawet zrobić kroku, żeby iść do sekretariatu i powiedzieć, że nie chcę już tu studiować i wziąć swoje dokumenty. Moim przygotowaniom do sesji również towarzyszył ogromny stres i albo wszystko chciałem zrobić naraz chaotycznie albo jedną rzecz, tyle że bardzo szczegółowo i powoli. Studiowanie to między innymi zdobywanie wiedzy i zaliczanie egzaminów w pewnym określonym terminie. Natomiast ja popełniałem błąd: kiedy się

przygotowywałem, zbierałem bardzo obszerne materiały związane z danym przedmiotem, podczas gdy inni studenci uczyli się z jednej książki, bądź nawet w ogóle z jakiś notatek i to jeszcze nie swoich. Ja się przygotowywałem z dwóch, trzech książek, ze swoich notatek i jeszcze czytałem wiadomości dodatkowe z Internetu. To był ogromny nakład pracy i dlatego nie byłem w stanie zdążyć. Na przykład nauczyłem się połowy materiału i bałem się iść na egzamin – zawsze była ta obawa, że jeśli dostanę pytanie z tej drugiej części, to cała moja praca pójdzie na marne. Wtedy wszystkie moje siły słabły do tego stopnia, że mi się już dalej nic nie chciało. Wielokrotnie wiedziałem jednak, że jestem przygotowany tak, że mógłbym podejść do egzaminu, ale w ostatniej chwili wycofywałem się. Na przykład wychodziłem z domu i nie szedłem na egzamin, uciekałem. Potem szybko rezygnowałem – gdy nie zdawałem, to już nie chciało mi się wypraszać u wykładowcy kolejnego terminu, tłumaczyć się.

Kiedy kolejny raz powtarzałem pierwszy rok, narzuciłem sobie jeszcze większy nakład pracy. Postanowiłem, że muszę jak najlepiej zdać egzaminy z racji tego, że w jakimś stopniu znam materiał z poprzednich lat. Ponadto byłem osobą, która powinna już skończyć studia, miałem swoje lata i w przyszłości mogę mieć problem z zatrudnieniem. Uznałem, że w związku z tym muszę pokazać się z jak najlepszej strony i najlepiej jak to możliwe zdać wszystkie egzaminy, zablęsnąć wiedzą. Nie zależało mi na tym, żeby zaliczyć, tylko żeby być najlepszym. Przez rok faktycznie byłem jednym z najaktywniejszych studentów, niestety ten efekt opłaciłem silnymi nawrotami mojej choroby. Miałem ciężkie objawy, ale bagatelizowałem je, myślałem, że sobie poradzę. To była niesamowita presja, którą sobie narzuciłem i której nie wytrzymałem psychicznie. Koniec końców, kiedy przyszła sesja, nawarstwily się egzaminy, nie zaliczyłem ich i walkę wygrała

choroba. Wyglądało to tak, że poszedłem na przykład do wykładowcy i poprosiłem, żebym mógł zdawać egzamin w innej formie, niż została przyjęta – nie pisemnej, a ustnej, żebym mógł się pokazać z jak najlepszej strony. Świetnie opanowałem materiał, jeszcze dodatkowo więcej wiedziałem. W rezultacie jednak w ogóle nie poszedłem na egzamin ze względu na stres i do dzisiaj nie mam zaliczonego tego przedmiotu. Inni studenci już dawno zdali, chociaż w skrajnych przypadkach znają nazwę przedmiotu i niewiele więcej ponad to.

Kolejny raz na pierwszym roku

Jest mi czasami przykro, kiedy poznaję pewne osoby i widzę, jak one funkcjonują na studiach – są na drugim, trzecim roku, a ja cały czas studiuje na pierwszym. Obserwuję jak pozostali studenci idą dalej i kończą studia, choć nie zgłębiają materiału tak szczegółowo jak ja. Nie pamiętam nawet, ile razy byłem na pierwszym roku – cztery, pięć na pewno. Nie wiem, czy to się mieści w jakimkolwiek regulaminie uczelnianym. Kilukrotnie składałem podania do władz wydziału i za uprzejmą zgodą mogłem nadal kontynuować naukę, tylko że to było takie kręcenie się w kółko przez kilka lat. Raz dobrnąłem do drugiego roku, ale było to również okupione dużym stresem. Problemy związane z zamykaniem się w sobie i brakiem odpowiedzialności za swoje czyny powodowały, że w pewnym momencie zawsze rzucałem studia z myślą, że za rok zacznę od nowa. Kiedy powtarzałem rok i inni studenci wiedzieli o tym, stawałem się osobą, do której kierowane były pytania dotyczące poszczególnych przedmiotów, wymagań wykładowców lub atmosfery panującej na uczelni. Początkowo czułem się z tym dobrze, byłem otwarty w relacjach z ludźmi, pewny siebie, spokojny. Jednak po pewnym czasie budziły się we mnie obawy, jak zostaną oce-

niony przez grupę studentów. Czy nie będę postrzegany jako osoba nieudolna, która kolejny raz jest na pierwszym roku, nie wiadomo z jakiego powodu. Nie byłem w stanie przyznać się na forum grupy do choroby psychicznej i do uzależnienia – absolutnie bym się nie odważył. Mógłbym spotkać się z nieprzyjemnościami, niezrozumieniem czy też z nieuzasadnionymi opiniami na mój temat: że jestem jakiś tępy, że uczelnia wyższa to nie miejsce dla mnie, że jestem coraz starszy, a nie mogę poradzić sobie z materiałem z pierwszego roku. Zauważyłem, na szczęście, pewien pozytywny aspekt tego, że powtarzałem rok – przyzwyczailem się do wykładowców, do otoczenia, przez co czuję się pewniej. Wprawdzie był lęk, niepokój, obawa przed tym, żeby na przykład uczestniczyć aktywnie w ćwiczeniach, a jednak byłem aktywny. Wcześniej nie odważyłbym się zabrać głosu, gdybym był pierwszy raz na danym wykładzie i pierwszy raz widział wykładowcę. Wtedy to był tak paralizujący stres, że nie byłem w stanie otworzyć ust. Potem znowu czułem duży żal i rozgoryczenie, dlatego pomimo tego, że jestem dobrze przygotowany, nie zabrałem głosu.

Problemy przemilczane

Atmosfera panująca na kierunku, na którym studiuje sprzyja zdobywaniu wiedzy. Wykładowcy są dostępni dla studentów, a nade wszystko – wyrozumiali. Pomimo tych dogodnych okoliczności nie chcę nikomu mówić o mojej chorobie i po prostu nie mówię. Mimo to sądzę, że mógłbym się zgłosić z tym problemem na przykład do niektórych wykładowców czy nawet do dyrektora instytutu. Myślę, że nie spotkałbym się z odrzuceniem, a jednak mam poczucie, że mógłbym być postrzegany jako ktoś gorszy, kto powinien się wyleczyć w pełni i dopiero potem zacząć studiować. Problem mojej choroby przemilcza-

łem z tego względu, że się po prostu wstydzilem (i nadal się wstydzę). Z jednej strony zdawałem sobie sprawę, że jestem na uniwersytecie i że nie spotka mnie jakaś nieprzyjemna sytuacja, na przykład sugestia rezygnacji ze studiów. Z drugiej strony istniały moje bariery psychiczne związane z tym, że bałem się powiedzieć o chorobie, bo myślałem, że to przejdzie do wiadomości innych prowadzących i że będą mnie gorzej traktować. Osobiście nie spotkałem się z sytuacją, w której jakkolwiek z moich wykładowców dał mi do zrozumienia, że jestem gorszy, inny, że powinienem dawno już zaliczyć przedmiot. Raz tylko na początku wykładu zostałem wskazany przez prowadzącego jako osoba, która powtarza rok. Może to była przestroga dla innych studentów: „ucicie się mojego przedmiotu, bo tu jest osoba, która nie może go zdać od kilku lat” (tu śmiech). Było to dla mnie nieprzyjemne, nawet gdybym sam chciał się przyznać grupie studentów – nie zdążyłbym, bo zostałem już uprzedzony. Żaden inny wykładowca – nawet jeśli widział mnie na swoich zajęciach kolejny raz nie dawał tego do zrozumienia grupie.

Niedawno dopiero powiedziałem dyrektorowi do spraw dydaktyki, że mam poważne problemy natury psychicznej i że się leczę. Nie powiedziałem jednak na jaką chorobę, bo było mi wstyd, obawiałem się też, jak to zostanie odebrane. Moja choroba ma bardzo silny stygmat społeczny, jest niezrozumiała, szczególnie w Polsce. Wiedziałem, że doktor, do którego się zgłosiłem jest bardzo otwartym, życzliwym, człowiekiem – faktycznie podszedł do sprawy mojej choroby z należytą wyrozumiałością. Miało też duże znaczenie, że posiadałem już wtedy wsparcie Biura ds. Osób Niepełnosprawnych – to był mój dodatkowy argument w rozmowie z nim.

Jak trafiłem do Biura ds. Osób Niepełnosprawnych

Dowiedziałem się o BON dwa lata temu od studenta, który też korzysta ze wsparcia. Wcześniej w ogóle nie wiedziałem, że takie biuro istnieje, po drugie w ogóle sobie nie zdawałem sprawy, że może pomagać osobom z takimi schorzeniami jak moje. Trafienie do BON było dla mnie jak takim dobrym pozytywnym impulsem, dało mi to nadzieję, że mogę coś jeszcze zdziałać z moimi studiami. Byłem wtedy w krytycznej sytuacji, zdawałem sobie sprawę z tego, że po raz kolejny nie zwrócę się do władz kierunku, że bym mógł zaliczać egzaminy i studiować na pierwszym roku. Już wcześniej byłem zdziwiony taką przychylnością władz w mojej sprawie. Wtedy nie wiedziałem, co mam zrobić. Swego czasu chorowałem, byłem w szpitalu – to jeszcze były powody przez które nie mogłem kontynuować nauki. W końcu wyleczyłem się, a nadal było coś nie tak... Na jakiej podstawie miałem prosić o możliwość kontynuacji studiów? Nie zdawałem sobie sprawy z tego, co się ze mną dzieje... Spotkanie z BON i uświadomienie sobie mojej choroby przebiegało mniej więcej równolegle. Miałem poważne obawy związane z tym, że będę przez władze uczelni postrzegany jako ktoś, kto kręci na całego, kto próbuje się zaczepić na ten pierwszy rok i już nie wie, jakiej pomocy i gdzie szukać, to złapał się nawet BON. Potem zacząłem sobie zdawać sprawę, że mogę korzystać z takiego wsparcia i że jest to dla mnie wskazane i pomocne. Przede wszystkim będę mógł kontynuować studia, jeśli oczywiście władze wydziału się zgodzą. BON mi w tym pomogło, dało też nadzieję i szansę. Przełomowym momentem dla mnie było zdanie sobie sprawy z tego, że mam tę chorobę i że BON jest w stanie mnie wesprzeć w tym wszystkim. Na początek otrzymałem pomoc w złożeniu podania do dziekana. Po drugie, najważniejsze, znaleziono dla mnie taką drogę, która umożliwia dalsze studiowanie.

Sam nie byłbym w stanie dojść do tego, że mogę na przykład prosić o urlop dziekański wsteczny zdrowotny, nawet sobie nie zdawałem sprawy, że coś takiego w ogóle istnieje. Mało tego, moje podanie było opatrzone poparciem BON, czyli dodatkowo potwierdzone. Opinia BON umacniała moją pozycję wobec władz uczelni, uwiarygodniała moje dążenia, że ja rzeczywiście się staram a fakt, że mi nie wychodzi nie jest spowodowany niewiedzą, niestarannością, nienależytym podejściem do studiowania, tylko objawami choroby. Gdybym składał podanie bez pomocy BON, to z pewnością musiałbym dołączyć zaświadczenie medyczne, w którym byłyby zawarte – choć pewnie uogólnione – informacje o mojej chorobie. Obecnie właśnie dzięki wsparciu BON, władze uczelni i wykładowcy otrzymali sygnał, że chcę i mogę studiować.

Moje nadzieje na przyszłość

Teraz będę wracał na studia po urlopie zdrowotnym, moja największa nadzieja jest związana z tym, żebym mógł przede wszystkim być traktowany na równi z innymi studentami, ani gorzej, ani lepiej. Nie chciałbym mieć poczucia, że jestem osobą, która w pewien sposób jest izolowana, czy też naznaczona. Uważam, że polskim uczelniom wyższym przydałyby się specjalistyczne ośrodki wsparcia psychologicznego dla studentów, działające na uczelniach, a nie w przychodniach uczelnianych. Osobiście korzystając ze wsparcia BON, otrzymuję taką właśnie pomoc, ponieważ mówiąc o swoich problemach, mówię o emocjach, o tym, co towarzyszy mi podczas studiowania i przygotowywania się do sesji. Czasem samo to, że jestem w stanie powiedzieć i otworzyć się już jest ważne. Słyszałem, że w innych krajach funkcjonują ośrodki pomocy psychologicznej dla studentów. Szczególnie są aktywne przed

sesją, a ich rolą jest pomoc studentom, którzy mają schorzenia psychiczne, bądź są osobami wrażliwymi. Nie chodzi o to, że ktoś kogoś będzie „pchał” przez studia, nakłaniał, pocieszał, tylko chodzi przede wszystkim o rozmowę, o to żeby móc spotkać się ze specjalistą, który jest w stanie w jakiś sposób pomóc i wysłuchać. Istotna jest także możliwość pomocy rzeczowej – doradzenie, co można zrobić w danej sprawie. Nawet jeśli taka pomoc psychologiczna na którejś z wyższych uczelni w Polsce już jest, to myślę, że szerokie grono studentów nie ma do niej dostępu, to znaczy nie ma wiedzy czy informacji, że jest taka możliwość.

Chciałbym na koniec przekazać innym studentom mającym jakieś schorzenia, takie jak na przykład moje, że najważniejszą kwestią jest zdanie sobie sprawy z tego, że się ma chorobę psychiczną. Nie jestem specjalistą w tej dziedzinie, ale z tego, co wiem, są to choroby, które bardzo ciężko jest zdiagnozować samemu pacjentowi. Jeśli osoba z zaburzeniami psychicznymi zgłosi się do specjalisty i zostanie zdiagnozowana, jest to kwestia oczywista dla specjalisty. Natomiast żeby sam pacjent zrozumiał, że ma chorobę psychiczną, to wymaga czasu. Dlatego najważniejszą rzeczą jest zgłoszenie się do specjalisty i przełamanie takiej wewnętrznej bariery. Gdy ktoś idzie do psychologa czy psychiatry to nie znaczy, że jest wariatem, kimś gorszym, tylko jest po prostu kimś, kto potrzebuje pomocy w chorobie takiej samej, jak choroba na przykład nowotworowa. Jest grono osób, które mają problemy psychiczne, ale nie zdają sobie z tego sprawy bądź nie chcą zdawać sobie z tego sprawy i uważają to za rzecz ich nie dotyczącą albo taką, z którą nie da się nic zrobić. Skutki tego są długofalowe – nieleczone choroby psychiczne mogą prowadzić nawet do śmierci... Psychika człowieka jest tak silnie powiązana z ciałem, że może wpływać także na zdrowie w znaczeniu fizycznym. Jeśli choroba psychiczna nie jest leczona, orga-

nizm sam może dawać jakieś objawy, wtedy człowiek nie jest w stanie funkcjonować, nie mówiąc już nawet o studiowaniu.

Choroba psychiczna, z którą się zmagam charakteryzuje się także tym, że nie ma się kontaktu z samym sobą, z własnymi emocjami, oszukuje się. Ważne jest, żeby znaleźć w sobie tyle motywacji, żeby podjąć próby leczenia, ratowania swojego rozwoju osobistego i studiów. Podstawą motywacji jest zdanie sobie sprawy z tego, jakie mogą być skutki nieleczenia. Mówiąc o moim przypadku, nie wyobrażam sobie, że mógłbym się nie leczyć i studiować. To jest zresztą potwierdzone moim doświadczeniem związanym ze studiami – ciągle na pierwszym roku. Myślę, że studiowania efektywnego i nieleczenia choroby nie da się połączyć. Chciałem także powiedzieć, jak istotne jest rozumienie tego, że jeśli ktoś coś niepokojącego zauważy u siebie, żeby nie bagatelizował pierwszych objawów, symptomów takich jak olbrzymi stres, poczucie że coś dziwnego się z nim dzieje... Ważne jest, żeby szukać wtedy pomocy. Cóż wstydlivego jest w ratowaniu siebie?

Marta Rynda

Kilka refleksji na temat spotkań „Porozmawiajmy o chorobie psychicznej”

Cykl spotkań „Porozmawiajmy o chorobie psychicznej”, które odbywały się w semestrze letnim roku akademickiego 2009/2010 w Instytucie Psychologii, zorganizowała Sekcja Kliniczna Koła Naukowego Studentów Psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego przy współpracy ze Stowarzyszeniem „Otwórzcie Drzwi” oraz Biurem ds. Osób Niepełnosprawnych Uniwersytetu Jagiellońskiego. W każdym z czterech spotkań uczestniczyć mogło trzydzieści osób. W większości byli to studenci psychologii, ale obecni byli również studenci socjologii, zdrowia publicznego, medycyny, dziennikarstwa i prawa. W roli wykładowców społecznych występowali przedstawiciele Stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi”, toczącą się dyskusję moderował dr Hubert Kaszyński. Tyle faktów. Nasuwa się pytanie: jaki był cel tych spotkań?

Podstawowym zadaniem była edukacja w obszarze związanym z chorobą psychiczną. Poszerzanie wiedzy studentów na ten temat miało być formą zmiany negatywnych nastawień do osób chorujących psychicznie. Pomnażanie wiedzy u studentów psychologii miało być jednocześnie sposobem przygotowania do ewentualnej pracy w psychiatrii. Dodatkowym celem było docieranie do studentów, którzy sami chorują psychicznie – docieranie z opowieścią o chorobie

i zdrowieniu dającą nadzieję w walce z trudnościami psychicznymi. Na początku oczywiste było to, że powyższe cele miały zostać zrealizowane poprzez rozmowę. Dopiero w toku realizacji projektu pojawiło się pytanie, jak rozmawiać, aby osiągnąć pożądany efekt. Uczestnicy, wśród których były głównie osoby zainteresowane psychologią kliniczną, oczekiwali kontaktu z człowiekiem doświadczonym kryzysem psychicznym. Chcieli poznać perspektywę osoby chorującej – jej historię, nadzieje i obawy. Ta ciekawość konkretnym człowiekiem i jego widzeniem świata okazała się ściśle związana z potrzebą porównania „żywej” informacji ze zdobywaną na uczelni wiedzą. Chodziło o to, aby dowiedzieć się tego, czego nie ma w książkach. Chodziło o to, aby – dzięki wsłuchiwaniu się w opowieści o chorobie i zdrowieniu – móc lepiej rozumieć treści podawane w podręcznikach.

Studenci psychologii, których kształcenie w niewielkim stopniu umożliwia zapoznanie się z praktyką kliniczną, mają zapotrzebowanie na konkretną wiedzę, na spotkanie z innym niż wyobrażonym na podstawie wykładów i studiowanych lektur pacjentem. Organizowane w ramach uczelni spotkania z przedstawicielami Stowarzyszenia, czyli osobami które doświadczyły choroby i potrafią się do niej refleksyjnie odnieść, mogłyby być dla studentów sposobem na kontakt z bezpieczną, bo ujarzmioną, psychozą; mogłyby być sposobem na oswojenie i zmniejszanie lęku poprzez zwiększanie wiedzy. Dla studentów psychologii poznawanie perspektywy osoby chorującej ma szczególne znaczenie. Wiedza o chorobie, rozumienie kogoś, kto cierpi, ma być narzędziem późniejszej pracy. Zapewne dlatego w trakcie spotkań padały pytania o to, jakie elementy kontaktu pacjent – psycholog bądź pacjent – lekarz były pomocne w procesie leczenia. Pojawiające się odpowiedzi – szacunek, cierpliwość, rozmowa – coś, co wydaje się intuicyjne, nagle – gdy opowiedziane przez pacjentów, zobrazowane ich

historią – nabiera konkretnego i osobowego znaczenia. Raptem brak szacunku ze strony personelu medycznego zaczyna się wiązać ze wstydem i upokorzeniem odczuwanym przez doświadczoną w osobistym kontakcie osobę. Wtedy jakoś trudniej o tym zapomnieć.

Uczestnicy docenili wiedzę pozyskiwaną od przedstawicieli Stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi”. Podkreślali, że żaden podręcznik nie przekáže tego, co może opowiedzieć osoba, która chorowała lub nadal choruje. Zaznaczali również, że potrzebują takich informacji, aby móc w przyszłości pomagać innym. Niektórzy twierdzili nawet, że takie zajęcia powinny być obowiązkowe, nie tylko dla studentów psychologii, lecz także dla studentów medycyny, socjologii, pracy socjalnej. Jednocześnie mówili, że nie są zainteresowani dyskusowaniem zwykłych definicji choroby i zdrowienia w oderwaniu od doświadczeń własnych edukatorów. Tę niechęć można rozumieć na kilka sposobów. Można pomyśleć, że uczestnicy potrzebowali empirycznego uzasadnienia wypowiedzianych twierdzeń; potrzebowali informacji, które podawane definicje uprawomocnia. Studenci mogli być również spragnieni tak zwanej „sensacji”, i byłoby to drugie możliwe wyjaśnienie. Ale to są wytłumaczenia „negatywne” – u ich podstaw leży wyobrażenie studentów jako osób atakujących intymność i podważających realność czyichś doświadczeń. Jest inne, prostsze i „pozytywne” wyjaśnienie – to po prostu przesyt i znudzenie teorią. Wielu uczestników mówiło, że studiując psychologię, mają już za sobą kursy traktujące o zaburzeniach psychicznych. Jeśli mieliby po raz kolejny słuchać tego samego, nie byłoby to dla nich atrakcyjne. Studenci oczekiwali, że takie spotkanie wniesie coś nowego, pomoże uaktualnić posiadaną już wiedzę książkową. Nie chodzi więc o sensację czy udowadnianie czegoś; chodzi, tak po prostu, o ciekawość drugim człowiekiem i potrzebę lepszego rozumienia choroby psychicznej. Preferowany przez studentów psy-

chologii model spotkań, w trakcie których dyskutowane są konkretne doświadczenia, wydaje się odpowiedni również dla osób z innych, niezwiązanych z psychiatrią czy psychologią kliniczną, kierunków¹. Edukacja jest niezwykle istotna, ponieważ termin „psychoza” ciągle budzi lęk, a społeczne przekonania na temat osób chorujących psychicznie są krzywdzące i ograniczają możliwość godnego życia osobom zdrowiejącym. Spotkania, podczas których studenci mieliby bezpośredni kontakt z osobami zdrowiejącymi, uwrażliwiałyby na problematykę chorób psychicznych i zwiększały rozumienie w tym zakresie, a poprzez to byłyby formą walki ze stygmatyzacją.

Negatywne nastawienia społeczne mogą zniechęcać osoby z zaburzeniami psychicznymi (również studentów) do ujawniania się i uzyskiwania wsparcia. Ponieważ uniwersytet powinien być strukturą, oferującą pomoc swoim studentom, dyskusowanie problematyki chorób psychicznych w murach uczelni mogłoby być sposobem rozpowszechniania informacji, że uczelnia chce być instytucją wspierającą – że Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych UJ otacza opieką studentów chorujących. Co więcej, tego typu spotkania byłyby formą profilaktyki wśród osób, które zaczynają studia i które, w związku z podejmowaniem nowych ról i wyzwań, są narażone na zaburzenia adaptacyjne. Na dotychczas zorganizowanych spotkaniach obecni byli studenci doświadczeni kryzysem psychicznym. W ich opinii udział w spotkaniu był dla nich ważnym przeżyciem. Świadomość, że takie osoby są (lub mogą być) na sali pozwala nam, organizatorom, inaczej rozumieć niektóre z po-

¹ Dotychczasowe doświadczenia Stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi” potwierdzają, że najbardziej drocenne dla uczestników spotkań edukacyjnych są wypowiedzi edukatorów na temat własnych doświadczeń życiowych, problemów (zob. A. Liberadzka, I. Białek, i H. Kaszyński, *Metody profilaktyki w zakresie ochrony zdrowia psychicznego w grupach studenckich*. Referat wygłoszony na konferencji „Świadomość niepełnosprawności – nowe wyzwania dla edukacji”, Kraków, 22-23 października, 2009 r.).

jawiających się pytań. Obrazując: jedna z uczestniczek, w refleksji po pierwszym spotkaniu, wspomniała, że bardzo chciała się dowiedzieć, co motywuje chorujących do tak ciężkiej pracy, jaką jest zdrowienie. Ta uczestniczka wyjaśniła potem, że – sama zmagając się z chorobą – często nie miała siły do walki, dlatego ciekawiło ją, skąd inni chorujący biorą nadzieję i motywację. Pytanie z sali może być więc poszukiwaniem odpowiedzi na własne dylematy, poszukiwaniem odpowiedzi u osób, które zmagają się z podobnymi problemami.

Podsumować można jednym zdaniem: organizowane w ramach uniwersytetu spotkania, w trakcie których można rozmawiać o chorobie psychicznej, są potrzebne. Są nie tylko działaniem ukierunkowanym na zwiększanie wiedzy i zmianę nastawień społecznych do osób chorujących psychicznie, ale również formą profilaktyki i pomocy. Problem zaburzeń psychicznych wśród studentów jest znaczący, czego dowodem jest między innymi niniejsza publikacja. Uczelnia powinna być instytucją, która zamiast eliminować osoby z trudnościami, wspiera je w realizacji tak istotnego zadania jakim jest zdobywanie wykształcenia, tym samym dając szansę na późniejsze godne funkcjonowanie w społeczeństwie. Jako studentka psychologii uważam też, że spotkania z osobami, które doświadczyły kryzysu psychicznego, w sposób istotny uzupełniłyby ofertę dydaktyczną studiów psychologicznych. Zdanie to podzielają inni uczestnicy. Jako osoby planujące pracę kliniczną, chcemy rozmawiać o psychozie – chcemy rozumieć i oswajać ten problem. Nie chcemy atakować, pragniemy słuchać. Mamy w sobie niepewność i troskę o osoby, które chcą opowiedzieć o swoim doświadczeniu choroby i zdrowienia. Jesteśmy wdzięczni za te opowieści. Jednocześnie wiem, że przeprowadzanie takich spotkań wymaga gotowości samych edukatorów, aby po pierwsze, pozostawać w bezpośrednim kontakcie z trudnym obszarem własnych doświadczeń i po drugie, dzielić się in-

tymnymi doświadczeniami z obcymi osobami. Jako organizator wierzę jednak, że dla samych edukatorów dialog ze studentami może być pomocny, że emocjonalny kontakt z własnym doświadczeniem psychozy pozwala na jej ponowne oswojenie, na jej reinterpretacje i tym samym zdrowienie.

Skoro uniwersytet powinien być miejscem otwartej dyskusji o chorobie psychicznej, skoro z tej rozmowy mogą korzystać zarówno studenci, jak i sami edukatorzy, skoro jedna z uczestniczek napisała w ankiecie ewaluacyjnej: „zrobiliście coś naprawdę wartościowego i proszę tak dalej trzymać”, nie pozostaje nic innego, jak kontynuować projekt i już teraz zaprosić na kolejne, odbywające się w następnym roku akademickim spotkania „Porozmawiajmy o chorobie psychicznej”. Do zobaczenia!

To jeszcze nie koniec wędrówki

„Ale wariaci na Uniwersytecie?” – powiedział jeden z dziennikarzy, który przeprowadzał ze mną wywiad na temat Konstelacji Lwa. Dotknął w ten brutalny sposób jednego z najtrudniejszych do przełamania stereotypów związanych z chorobami psychicznymi – ludzi groźnych dla otoczenia. Drugim takim stereotypem jest przekonanie, że choroba psychiczna równa się niepełnosprawności intelektualnej. Mam nadzieję, że obydwa poglądy zostały w czasie tej wędrówki zachwiane.

Na co dzień przychodzą do naszego Biura bardzo inteligentni i wrażliwi ludzie, część z nich zgodziła się tu zresztą opublikować swoje historie i na pewno w ich otoczeniu nikt nie pomyślałby, że chorują psychicznie. Zakładamy, że ta jedna z miliona chorujących osób jest gdzieś daleko, bezpiecznie odizolowana od nas, bo przecież gdyby była blisko, na pewno by nam w jakiś sposób zagrażała. Nie myślimy, że jedna z miliona może być naszą dobrą koleżanką ze studiów, współpracowniczką z jednego pokoju. Czy sami nie mamy przypadkiem całkiem często stanów zwanych zwyczajowo depresyjnymi lub, czy nie tłucze nas przysłowiowa chandra? Nie zawsze mamy wpływ na to, czy potoczna depresja nie przerodzi się w faktyczną, a nasze codzienne problemy nie przerosną nas na tyle, że nie będziemy potrafili sobie poradzić z nimi sami. Może wtedy zrozumienie kolegi ze stu-

diów lub współpracownika z jednego pokoju okaże się najważniejsze? Musimy w każdym razie móc na to liczyć. Dopóki ukrywamy takie problemy, bojąc się jawnej bądź ukrytej dyskryminacji, nie jesteśmy jeszcze uczelnią odpowiedzialną społecznie. Jeśli natomiast stworzymy atmosferę zrozumienia i wsparcia dla osób, które akurat w danym momencie nie dały rady, problemy je przerosły, ale które są świetnie wykształcone i mogą w niedalekiej przyszłości wraz z nami tworzyć nowoczesną uczelnię dla następnych pokoleń, może wtedy będziemy już na właściwej drodze do bycia takim właśnie Uniwersytetem i wówczas ta wędrówka się zakończy. Może zresztą nie ma ona końca, może jest to nieustanne spotkanie z drugim człowiekiem, takim jaki on jest, ze wszystkimi jego wadami i zaletami, z różnorodnością światopoglądów i postaw, z niepełnosprawnością lub bez niej i z całym tym bogactwem bycia człowiekiem. To też dobrze dla Uniwersytetu i wartości, które ze sobą niesie. Nie będzie więc puenty do „Mojej wędrówki”. Niech każdy dokona własnej refleksji nad poruszonymi tu problemami i poszuka odpowiedzi lub postawi kolejne pytania. Może zechce się nimi podzielić na forum Konstelacji Lwa, do czego zachęcamy kontynuując rozpoczęty tą drogą dialog środowiska akademickiego.

Ireneusz Białek
Kierownik BON UJ
www.KonstelacjaLwa.pl

Słownik pojęć

BON UJ – od ponad dziesięciu lat pełni funkcję centrum wsparcia edukacyjnego, którego misją jest zapewnienie studentom niepełnosprawnym równego dostępu do oferty dydaktycznej uczelni. Wiąże się to z zastosowaniem różnorodnych adaptacji, dzięki którym studenci mogą wypełniać standardy akademickie przewidziane programem studiów. Biuro dysponuje wykwalifikowaną kadrą konsultantów oraz najnowocześniejszym w Polsce specjalistycznym zapleczem technologicznym, ukierunkowanym na indywidualne potrzeby osób niepełnosprawnych. Do Biura mogą zgłaszać się studenci oraz kandydaci posiadający aktualne dokumenty potwierdzające niepełnosprawność lub inne trudności zdrowotne mające wpływ na proces studiowania. Warunkiem odbycia pierwszej rozmowy ze studentem nie musi być przedłożenie dokumentacji specjalistycznej. Wszelkie informacje przekazywane przez studentów traktowane są jako poufne, co zapewnia komfort osobom chorującym psychicznie. Konsultanci Biura współpracują z wykładowcami w celu przygotowania indywidualnych strategii edukacyjnych wyrównujących studentom szanse w dostępie do edukacji. Współpraca ta pozwala na stworzenie adaptacji uwzględniających specyfikę danego kursu i jego kluczowe wymagania.

Choroba psychiczna – brzmi jak wyrok skazujący na odrzucenie, samotność i cierpienie. I często tak właśnie bywa. Jednak zmaganie się z chorobą i jej konsekwencjami również hartuje i sprawia, że zmienia się nasze poczucie wartości. W chorobie możemy rozpocząć indywidualną wędrówkę ku prawdzie, wolności i akceptacji siebie jako człowieka.

Doświadczenia europejskie – nasz program opiera się na wiedzy zgromadzonej w ciągu dekady istnienia BON UJ oraz na różnorodnych doświadczeniach zebranych w rozmaitych europejskich ośrodkach akademickich. Chcielibyśmy, aby kapitał ten posłużył budowie atmosfery otwartości, tolerancji i zrozumienia dla problemów osób niepełnosprawnych, w szczególności chorujących psychicznie.

Dyskryminacja ukryta – zjawisko to występuje wówczas, kiedy odczuwamy, że nie wypada się nam publicznie przyznawać do poglądów powszechnie uznanych za dyskryminujące, ale w praktyce postępujemy zgodnie z takimi właśnie poglądami. Dyskryminacja ukryta bardzo mocno dotyczy w Polsce niepełnosprawności, choć w przypadku chorób psychicznych mamy wciąż często do czynienia z dyskryminacją jawną. Dlatego tak wiele jest jeszcze w tym obszarze do zrobienia.

Lew – stał się symbolem naszego programu, lew jako zwierzę odważne. W Polsce trzeba mieć dużo odwagi, aby otwarcie mówić o chorobie psychicznej. Trzeba mieć tej odwagi jeszcze więcej, aby mówić o własnej chorobie innym. Ale odwaga pomaga.

Program wsparcia – „Program wsparcia adaptacyjnego dla studentów UJ chorujących psychicznie” jest nowatorską inicjatywą na polskich uczelniach wyższych. To próba wypracowania efektywnego systemu wsparcia dla tej grupy osób. Program z jednej strony jest nastawiony

na wsparcie konkretnych studentów, a z drugiej na zmniejszanie tabu związanego z chorobą psychiczną w społeczności akademickiej.

Studenci – to Ci, którzy dzielą czas kiedy człowiek smakuje życia, dojrzewa, ale też uczy się odpowiedzialności za siebie i za innych. Potrzeba bowiem dużej dojrzałości i odpowiedzialności, aby uszanować każdą kształtującą się indywidualną tożsamość, pochylić się nad jej troską i cierpieniem, wyciągnąć pomocną dłoń. Takie sytuacje są prawdziwymi egzaminami dojrzałości, a od niej czasami zależy życie drugiego człowieka.

Świadomość niepełnosprawności – w codziennym działaniu i decyzjach podejmowanych w ramach naszych obowiązków możemy zwracać uwagę lub nie na potrzeby osób niepełnosprawnych. Każdy z nas jest po części odpowiedzialny za polepszenie warunków życia, pracy czy edukacji tych osób. Same osoby niepełnosprawne też część takiej odpowiedzialności posiadają. Miarą rozwoju cywilizacyjnego społeczeństw jest wysoka świadomość specyficznych potrzeb wynikających z niepełnosprawności.

Uniwersytet odpowiedzialny – to taka uczelnia, która stara się wyjść naprzeciw różnorodnym doświadczeniom i potrzebom swoich studentów, także tych w trakcie lub po kryzysach psychicznych. To uczelnia, z którą jej absolwenci czują szczególną więź, niezależnie od przyszłego miejsca pracy i wybranej drogi życiowej.

Wsparcie edukacyjne – to usługi obejmujące adaptacje materiałów dydaktycznych, doradztwo i dostosowanie warunków organizacji zajęć do indywidualnych potrzeb studentów. Celem wsparcia edukacyjnego jest zagwarantowanie osobom niepełnosprawnym równego dostępu do standardowej oferty edukacyjnej UJ.

Bibliografia

- Adamczyk M., Kaszyński H., *Studenci z zaburzeniami psychicznymi w systemie edukacji. Próba konceptualizacji problemu*, 2010 (złożone do druku).
- Auster P., *Lulu na moście*, Warszawa 1998.
- Beck U., *Spółczeństwo ryzyka. W drodze do innej nowoczesności*, Warszawa: Wydawnictwo Scholar, 2002 i 2004.
- Dolan Y., *Jeden mały krok do szczęśliwego życia: jak odnaleźć swoje prawdziwe ja*, Warszawa: Wydawnictwo Jacek Santorski & Co, 2004.
- Goffman E., *Człowiek w teatrze życia codziennego*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2008.
- Goffman E., *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2005.
- Kępiński A., *Jak leczyć i poznawać człowieka*, Kraków: Wydawnictwo Literackie, 2005.
- Kępiński A., *Schizofrenia*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, 1972.
- Kokoszka A., *Jak pomagał i leczył profesor Antoni Kępiński*, Kraków: Medycyna Praktyczna, 1999.

- Kowalska B., *Ludzie to wilcy*, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka, 2008.
- Lauveng A., *Niepotrzebna jak róża*, Sopot: Smak Słowa, 2009.
- Le Bon G., *Psychologia tłumy*, Warszawa: Wydawnictwo Marek Derewiecki, 1986.
- Liberadzka A., *Sprawozdanie z projektu „Przez edukację do akceptacji”* [w:] H. Kaszyński (red.), *Edukacja społeczna jako metoda przeciwdziałania stereotypizacji osób chorujących psychicznie na rynku pracy*, Kraków: Wydawnictwo „TEXT”, 2008.
- Liberadzka A., Białek I., Kaszyński H., *Metoda profilaktyki w zakresie ochrony zdrowia psychicznego w grupach studenckich*. Referat wygłoszony na konferencji „Świadomość niepełnosprawności – nowe wyzwania dla edukacji”, Kraków, 22–23 października, 2009.
- Plath S., *Szklany kosz*, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka, 1995.
- Puzyński S., *Zaburzenia psychiczne* [w:] tegoż (red.), *Leksykon Psychiatrii*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, 1993.
- Raport *The mental health of students in higher education*, Royal College of Psychiatrists, Londyn 2006.
- Rogers C., *Sposób bycia*, Poznań: Dom Wydawniczy Rebis, 2002.
- Shor R.I., Sykes J., *Introducing Structured Dialogue with People with Mental Illness into the Training of Social Work*, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26 (1), 2002.
- Singer I.B., *Sztukmistrz z Lublina*, Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy, 1983.

Słowacki J., *Godzina myśli* [w:] tegoż, *Dzieła*, t. 2, *Poematy*, pod. red. J. Krzyżanowskiego, Wrocław: Wydawnictwo Zakładu Narodowego im. Ossolińskich, 1952.

Wciórka B., Wciórka J., *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie. Komunikat z badań*, CBOS (BS/124/2008), Warszawa 2008.

Zielona Księga. Poprawa zdrowia psychicznego ludności. Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej, Komisja Wspólnot Europejskich, Bruksela, 14.10.2005, COM(2005) 484 końcowy, dostępne w Internecie http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/pl/com/2005/com2005_0484pl01.pdf, odczyt dnia 2010-08-18.

Życzyńska-Ciołek D., Boguszewska K., *Kryzys zdrowia psychicznego a studia* [w:] *Pełno(s)prawny student*, Fundacja na Rzecz Rozwoju Regionalnego, Kraków 2008.

Strony internetowe

<http://www.scips.eu>.

(SCIPS – Strategies for Creating Inclusive Programmes of Study).

<http://www.psychologia.net.pl>.

<http://www.dda.pl>.

<http://eur-lex.europa.eu/>.

<http://www.DareProject.eu>.

<http://www.KonstelacjaLwa.pl>.

Lucyna Małgorzata Szok-Ciechacka

Autorką rysunków do „Mojej wędrówki” jest Lucyna Małgorzata Szok-Ciechacka – artystka, grafik, dziennikarz i badacz kultury Głuchych. Prowadzi blog szok-art poświęcony Głuchym, słabosłyszącym i polskiemu językowi migowemu. Blog przełamuje stereotypy dotyczące niepełnosprawności poprzez humor, a zawarte w nim komiksy w zabawny sposób uczą, że nie należy bać się inności.

Zapraszamy na jej bloga: <http://szok-art.blogspot.com/>

Artystka o sobie: urodziłam się słysząca, lecz z nieznanym lekarzom przyczyn straciłam słuch, gdy byłam rocznym dzieckiem. Ludzie słyszący, nieznający bliżej Świata Ciszy uważają tę utratę słuchu za dramat, ja zaś postrzegam to jedynie z pozytywnej strony, gdyż nie uważam abym coś utraciła – wręcz przeciwnie, uważam bowiem, że moja Głuchota jest niezwykle pięknym darem od losu. Gdybym słyszała – nie sądzę, aby moje życie było takie barwne, piękne i pełne emocji. Komiksy rysowałam praktycznie „od zawsze”, lecz to właśnie na studiach zrodził się mój pomysł tworzenia komiksów, których bohaterami są ludzie Głusi, zaś głównym wątkiem komiksów są radości i smutki Głuchych jakich doświadczają na co dzień obcując z ludźmi

słyszącymi. Pracuję jako grafik komputerowy, satyryk i rysownik, ta praca jest moją pasją, którą jak widzę – odziedziczyła po mnie moja córeczka Basia. Wolny czas spędzam ze swoją córeczką oraz na motocyklowych podróżach z moim mężem Jakubem, bądź samotnych wyprawach. Motory to moja wielka miłość, a samotna jazda motocyklem po bezdrożach pozwala mi na wewnętrzne wyciszenie się.



Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych Uniwersytetu Jagiellońskiego,
ul. Retoryka 1/210, 31-108 Kraków. Wydanie I, 2010.

Druk: Drukarnia Cyfrowa EIKON PLUS,
ul. Wybickiego 46, 31-302 Kraków.

Źródło: „MOJA WĘDRÓWKA”, www.KonstelacjaLwa.pl