

KS. ARKADIUSZ OLCZYK
CZĘSTOCHOWA

DENORMALIZACJA ŻYCIA RODZINNEGO W SYTUACJI CHOROBY PSYCHICZNEJ

Wprowadzenie

Współcześnie mamy dużo nowych zagrożeń dla zdrowia psychicznego, ponieważ ewoluują one wraz ze zmianami cywilizacyjnymi. Najbardziej zmienne są zagrożenia wynikające z sytuacji społeczno-ekonomicznej. Ogromny wpływ na zdrowie psychiczne ma środowisko wychowawcze, czyli rodzina i szkoła. Początki kształtowania się osobowości człowieka i jego zdrowia psychicznego mają miejsce w rodzinie. Czyha tu na dziecko wiele zagrożeń, jak np. nieprawidłowe postawy rodzicielskie oraz problemy małżeńskie z rozwodem włącznie, które negatywnie wpływają na jego dziecięcą psychikę. Pewnym zagrożeniem jest również zmiana struktury rodziny, aktywność zawodowa kobiet, przez co dzieci coraz częściej są wychowywane przez niańki i przedszkola, a nie przez najbliższych. W szkole najpoważniejszym problemem wydaje się być obecnie przemoc fizyczna i psychiczna, a także niedostosowanie wymagań programowych, dostęp do narkotyków, wczesna inicjacja seksualna, itp. W dorosłym życiu szczególnym problemem mającym wpływ na zdrowie psychiczne danej osoby, a także jej najbliższych, jest bezrobocie. Wiele osób nie radzi sobie ze stresem, a nawarstwiający się złe emocje mogą powodować problemy psychiczne, np. depresję, różne uzależnienia, zaburzenia odżywiania, itd. Warto zatem poznać mechanizmy, w jaki sposób choroba psychiczna w rodzinie deformuje jej funkcjonowanie, biorąc pod uwagę niektóre jednostki chorobowe, jak schizofrenia, depresja, nerwica oraz zespoły uzależnienia.

Schizofrenia

Termin „schizofrenia” wprowadzony został do literatury medycznej w 1911 roku przez Eugena Bleulera, psychiatrę szwajcarskiego. Oznacza on dosłownie „rozpad

umysłu”¹. Pomimo istnienia wielu hipotez przyczyna tej choroby jest nadal nieznaną. Rozpoczyna się ona zwykle po 20. roku życia. Jej początek może być nagły, czasem bywa jednak powolny, wtedy pojawianie się zaburzeń psychicznych rozkłada się na dłuższy okres czasu. U chorego pojawiają się objawy autyzmu; pozostaje on w kręgu własnych, psychotycznych doznań, traci kontakt z otaczającą go rzeczywistością, traci zainteresowanie pracą zawodową, wykazuje zmniejszenie aktywności psychoruchowej. Występują także zaburzenia w sferze emocjonalnej: obniżenie samopoczucia, czasem nawet stan depresyjny, stępienie uczuciowe, utrata zainteresowania bliskimi osobami, lęki, drażliwość. Niekiedy występują osobliwe, „dziwaczne” przyzwyczajenia i nawyki. Bardzo istotną cechą schizofrenii jest rozszczepienie osobowości².

U poszczególnego człowieka schizofrenia przebiega inaczej. Jednak można wyodrębnić trzy fazy, wspólne dla wszystkich:

faza I – to moment „przełączenia”, czyli nagła zmiana w całym systemie funkcjonowania w kierunku psychotycznym. Człowiek odwraca się od społeczeństwa, traci kontakt ze znajomymi, nie wypełnia swojej roli społecznej, przestaje dbać o siebie oraz traci dotychczasowe zainteresowania. Jeżeli schizofrenię rozpozna się na tym etapie, możliwe jest jej wyleczenie bez wystąpienia nawrotów choroby;

faza II – to okres rozwiniętej psychozy. W tej fazie występują urojenia, halucynacje, zmienione myślenie. Nie da się nie zauważyć tych objawów, ponieważ prowadzą one do kryzysu psychicznego. Osoby z objawami psychotycznymi trafiają zazwyczaj do szpitala, gdzie poddawane są specjalistycznej terapii;

faza III – nazywana „długotrwałą ewolucją”. Chory zaczyna wracać do normalnego stanu, a objawy schizofrenii zaczynają stopniowo ustępować. Jest to faza trwająca często wiele lat, z nawrotami choroby³.

Leczenie kolejnych nawrotów bywa zwykle coraz trudniejsze. Częste nawroty schizofrenii, manifestujące się zaburzeniami myślenia, afektów i zachowania, prowadzą do znacznej dezorganizacji życia psychicznego, a także niejednokrotnie do wyraźnego pogorszenia funkcjonowania psychospołecznego⁴.

Dla schizofrenii charakterystyczna jest przewlekłość procesu chorobowego. Chorzy nie mają poczucia choroby, albo jest ono niejasne, wycofują się z życia społecznego, izolują emocjonalnie, przejawiają lęk lub wrogość w relacjach z ludźmi. To osłabienie funkcjonowania społecznego ma charakter postępujący, chorzy mają coraz większe trudności z nawiązywaniem oraz utrzymaniem relacji międzyludzkich, pojawiają się problemy w pra-

¹ Schizofrenia (starogr. *σχίζειν*, *schizein*, - „rozszcześcić” istarogr. *φρήν*, *phrēn* - „umysł”). Rzadziej stosowana nazwa to *choroba Bluera* (łac. *Morbus Bleuleri*, w skrócie *MB*), synonimy: zaburzenia schizofreniczne, psychoza schizofreniczna – zaburzenie psychiczne (lub raczej grupa zaburzeń) zaliczane do grupy psychoz endogennych.

² Por. S. Luft, *Medycyna pastoralna*, Warszawa 2002, s. 41; A. Grzywa, *Omamy i urojenia*, Wrocław 2000, s. 97-117.

³ Por. A. Grzywa, *Oblicza psychozy*, Lublin 2005, s. 165-166.

⁴ Por. M. Furgal, *Psychozy schizofreniczne i z kręgu schizofrenii*, [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycznych*, red. J. Heitzman, Warszawa 2007, s. 79.

cy lub w pełnieniu innych istotnych ról społecznych, a także brak umiejętności zadbania o siebie, wyrażający się w postaci np. braku higieny osobistej. Często załamuje się linia życiowa chorego, który niejednokrotnie porzuca naukę lub pracę, oddając się bezczynności lub zajęciom mało produktywnym (dla „zabicia czasu”)⁵.

Rodziny, w których ktoś zostaje dotknięty schizofrenią, przeżywają najczęściej wstrząs. Kochają swoje dziecko, siostrę, brata, rodzica, czy małżonka, ale wstydzą się jego choroby, starają się ukryć ten fakt przed otoczeniem. Cierpią, bo trudno pogodzić się im z faktem choroby bliskiej osoby, z jej zaburzonym myśleniem czy zachowaniem, z koniecznością leczenia, a czasem długim pobytem w szpitalu. Cierpienie osób psychicznie chorych stawia przed nimi konieczność odpowiedzi na wiele pytań – czym ono jest, co jest jego źródłem i jaki to cierpienie ma sens? W chorobach psychicznych problemem jest znalezienie przyczyny cierpienia chorego; jego dziwaczne zachowania, smutek, lęk, wrogość, przerażenie wydają się dla otoczenia niczym nieuzasadnione. Sam chory niechętnie komunikuje rodzinie swoje potrzeby i słabości. Często nie potrafi ich rozeznaczyć albo ukrywa przed samym sobą i najbliższymi swoją bezradność wobec dziejących się w nim zaburzeń. Rodzina uruchamia najczęściej postawy obronno-wypierające; jak długo się da, nie zauważa choroby, kładąc dziwactwa chorego na karb jego niewłaściwie ukształtowanego charakteru⁶.

Życie z osobą schizofreniczną prowokuje cały szereg reakcji emocjonalnych, np. zaprzeczanie chorobie - szczególnie w początkowej jej fazie. Rodzina często próbuje wmawiać sobie i innym, że problemy psychiczne chorego minęły i już nie wrócą. Czasem u niektórych członków rodziny uaktywniają się reakcje negatywne, takie jak: złość, niechęć, pragnienie, aby chory już z nimi nie mieszkał. Jednak rodzice chorego czują się bardzo często winni i odpowiedzialni za zaistniałe problemy i w efekcie dokładają wszelkich starań, poświęcają swój czas i wysiłek, aby zaopiekować się nim i chronić go. Niekiedy popadają w skrajność, bowiem wyręczają chorego we wszystkim, przejmują jego rolę, co w początkowej fazie jest pomocne, jednak na dłuższą metę pozbawia chorego autonomii, opóźnia proces jego powrotu do zdrowia, pogarsza jego sprawność życiową a także może prowadzić do eskalacji żądań⁷.

Moment zachorowania na schizofrenię któregoś członka rodziny wiąże się z poczuciem dwojakiego rodzaju straty dla niej. Jedną z nich jest utrata bliskiej osoby sprzed choroby; jest to związane z ogromnym smutkiem. Druga, to pogodzenie się z tym, że chory być może już wiele w życiu nie osiągnie i nie będzie w pełni niezależny. Zwykle rodzina jest przygnębiona, ponieważ przytłacza ją konieczność zapewnienia choremu opieki; ma przy tym poczucie izolacji i przekonanie, że nikt jej nie rozumie. Towarzyszą temu: obniżenie wiary w siebie, poczucie zagubienia oraz lęk, co przyniesie przyszłość⁸. Jak twierdzi zaj-

⁵ Por. tamże, s. 81.

⁶ Por. E. Wilczek-Rużyczka, *Komunikowanie się z chorym psychicznie*, Lublin 2007, s. 48-49.

⁷ Por. tamże, s. 105.

⁸ Por. L. Kuipers, J. Leff, D. Lam, *Praca z rodzinami chorych na schizofrenię*, Warszawa 1997, s. 38-39; U. Waterman, M. Krausz, *Diagnoza i jej znaczenie w schorzeniach psychicznych*, [w:] *Przecież ja*

mująca się pielęgniarstwem psychiatrycznym E. Wilczek-Rużyczka, *piętno choroby psychicznej jest dla rodziny ze społecznego punktu widzenia poważnym ciężarem i to sprawia, że w pierwszym odruchu ukrywają chorobę przed innymi, zamykają się w sobie i unikają kontaktów zewnętrznych*⁹. Zagubienie i przerażenie bliskich widać szczególnie w czasie pierwszego pobytu chorego na oddziale psychiatrycznym¹⁰.

W przewlekłym przebiegu tej choroby rodzina odczuwa tzw. „brzemień rodzinne” związane z narastającym zmęczeniem i wyczerpaniem psychicznym członków rodziny, zwłaszcza jeśli są oni osamotnieni, bez wsparcia ze strony dalszej rodziny, służby zdrowia, czy osób będących w podobnej sytuacji. Zwykle bowiem zawodzą zwyczajne sposoby porozumiewania się ze sobą sprzed choroby, rodzi się chaos i nasila niepokój¹¹.

Objawy kliniczne schizofrenii są wyniszczające dla pacjenta i jego rodziny, która często nie rozumie, co jest zależne od pacjenta, a co od jego choroby. Nie potrafi rozróżnić tego, co jest apatią, a co lenistwem, co jest urojeniem, a co pomówieniem? Często rodzą się nieporozumienia i konflikty na tle pojawiającej się niewydolności zawodowej czy szkolnej schizofrenika. Kontakt emocjonalny z nim jest utrudniony a relacje rodzinne bywają zaburzone, nawet na podstawowym poziomie. Chorzy na schizofrenię trudniej nawiązują relacje z innymi ludźmi. Trudność sprawia im niejednokrotnie samo zwrócenie się do obcej osoby z pytaniem czy nawiązaniem kontaktu, czują się osamotnieni, obciążeni chorobą, nie potrafią sobie zorganizować czasu, co w jeszcze większym stopniu pogłębia ich społeczną dysfunkcję. Stąd też doświadczenie schizofrenii jest dla rodziny bardzo bolesne i trudne do udźwignięcia.

Depresja

Termin „depresja” jest często używany w języku potocznym jako synonim „smutku”. Jednak w medycznym znaczeniu odnosi się on do wielu objawów psychopatologicznych, gdzie smutek jest ważnym, ale nie jedynym przejawem. Stan depresyjny to przede wszystkim obniżenie nastroju opisywane przez chorych jako przygnębienie oraz niemożność przeżywania radości (tzw. anhedonia). Charakterystyczne dla depresji jest obniżenie napędu psychoruchowego przejawiające się spowolnieniem tempa myślenia, pogorszeniem zapamiętywania i odtwarzania faktów, niesprawnością intelektualną (tzw. „otępieniem rzekomym”) oraz niekiedy całkowitym zahamowaniem ruchowym. Tym objawom towarzyszy często lęk oraz typowe dla zaburzeń lękowych objawy neurovegetatywne. Lęk może także powodować pobudzenie ruchowe z ciągłym chodzeniem, niustanną zmianą miejsca, niemożnością pozostania w jednej pozycji. W skrajnych przypadkach pojawia się pobudzenie ruchowe połączone z trwożą, pani-

nie zwariowałem, red. F. M. Stark, F. Bremer, I. Esterer, Warszawa 2002, s. 85-96.

⁹ E. Wilczek-Rużyczka, dz. cyt., s. 103.

¹⁰ Por. A. Dudek, M. Wilkowska, *Na co choruje psychika?* „Magazyn pielęgniarki i położnej” 2009, nr 1-2, s. 36.

¹¹ Por. B. de Barbaro, *Pacjent w swojej rodzinie*, Warszawa 1997, s. 11-12.

ką, błaganiem o pomoc (tzw. „depresja agitowana”). W przebiegu depresji występuje także zaburzenie rytmów biologicznych, objawiające się spłyceniem lub skróceniem snu lub zwiększonym zapotrzebowaniem na sen w nocy lub podczas dnia (tzw. hipersomnia). Wahania te dotyczą również ogólnego nastroju. W godzinach rannych objawy są silniejsze, w godzinach popołudniowych i wieczornych następuje nieznaczna poprawa. Dostyc często występują u chorych na depresję zaburzenia w sferze seksualnej. Pojawić się mogą także różne objawy somatyczne pod postacią bólów głowy, zapań, suchości w ustach, utraty łaknienia czy zmniejszenia masy ciała. Osoby depresyjne negatywnie oceniają swoją przeszłość, terażniejszość i przyszłość. Cierpią z powodu urojeń winy, kary, grzeszności; mają też niekiedy urojenia katastroficzne i hipochondryczne¹².

Chorzy depresyjni wycofują się najczęściej z życia społecznego, unikają spotkań towarzyskich, sytuacji, w których są wystawiani na ocenę publiczną; w skrajnych przypadkach nie są w stanie zaspokoić nawet podstawowych swoich potrzeb, stwarzając zagrożenie dla zdrowia i życia własnego oraz innych. Myślom rezygnacyjnym towarzyszą często myśli i rozważania samobójcze. Depresja jest indywidualnym dramatem dla każdego pacjenta, wywołuje tak wielkie cierpienie, że pociąga za sobą zachowania zagrażające dobru jednostki, utrudnia jej rozwój i uniemożliwia normalne funkcjonowanie społeczne¹³.

Choremu na depresję może skutecznie pomóc rodzina i bliscy, ale często nie wiedzą oni, w jaki sposób mogliby to zrobić. W sytuacji frustracji, gdy sam chory jest bezradny, rodzina w zależności od predyspozycji osobowościowych zachowuje się rozmaicie. Jedni podejmują chaotyczne działania, w dobrej wierze, ale niekoniecznie z pożytkiem dla pacjenta, inni udają się po pomoc do fachowców¹⁴.

Doświadczeniem bardzo bolesnym, i to zarówno dla pacjenta, jak i jego rodziny, jest uczucie zobojętnienia, związane z jego reakcjami na najbliższe osoby. Ponieważ na stan depresyjny nie mają wpływu doświadczenia zewnętrzne, wszelkie próby wyrwania chorego z apatii, w jakiej się znajduje, poprzez aktywizowanie go, kończą się niepowodzeniem; mogą także spowodować u pacjentów poczucie niezrozumienia, osamotnienia i braku wsparcia¹⁵. Negatywna ocena własnej osoby, patrzeć na siebie jako na istotę bezwartościową, będącą tylko obciążeniem dla swoich bliskich, powoduje również negatywną ocenę świata i otoczenia. Wizja przyszłości dla osoby depresyjnej to pasmo niekończących się nieszczęść i cierpienia, pogłębianie się beznadziejności, co w konsekwencji rodzi u niej myśli o samobójstwie jako jedynej drodze wyjścia z beznadziei¹⁶.

Często zdarza się, że bliscy osoby chorej na depresję uważają, iż może ona sama wydobyć się z choroby. Zwykle padają słowa o „braniu się w garść”, o konieczności

¹² Por. J. Heitzman, N. Wojnar, *Zaburzenia i choroby afektywne*, [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycznych*, dz. cyt., s. 109-110; M. Poradowska-Trzos, D. Dudek, M. Rogoż [i in.], *Sieci społeczne pacjentów depresyjnych*, „Psychiatria Polska”, R. XVI, 2007, nr 5, s. 651-653.

¹³ Por. A. Rajewski, *Terapia depresji i niepokoju w zaburzeniach psychicznych*, Polańczyk 2003, s. 27-29.

¹⁴ Por. Ł. Święcicki, *Depresja. Poradnik dla pacjentów i ich rodzin*, Warszawa 2008, s. 17.

¹⁵ Por. E. Wilczek-Różycka, dz. cyt., s. 63.

¹⁶ Por. tamże, s. 64.

pozytywnego myślenia i aktywnego trybu życia. *Gdyby rzeczywiście chorzy na depresję byli w stanie „wziąć się w garść”, myśleć pozytywnie i prowadzić w pełni aktywne życie, to z pewnością wcale nie potrzebowaliby leczenia. Udzielanie tego typu rad powoduje, iż osoby chore czują się jedynie jeszcze bardziej winne, zastanawiają się nad tym, jak zawiedli swoje rodziny i w rezultacie czują się gorzej*¹⁷.

Najczęściej upływa dużo czasu zanim bliscy uznają niemoc i niewydolność pacjenta w chorobie. Zanim to nastąpi jest on namawiany do aktywności, ma podsuwane różne rozwiązania i gdy starania rodziny nie przynoszą oczekiwanych rezultatów, może to wywoływać uczucie bezradności i powodować konflikty, w których chory jest posądzany o brak dobrej woli¹⁸.

Nie wszystkie osoby cierpiące na depresję zgłaszają się po pomoc do specjalisty, ponieważ z reguły nie mają one poczucia choroby. Uznają, że ich dolegliwości to wyraz braku silnej woli, lenistwa lub objawy jakiejś choroby somatycznej. Nawet wtedy, gdy narastają problemy, skłonni są oni uważać, że to tylko chwilowy kryzys i próbują sobie z nim radzić na własną rękę lub szukają pomocy u lekarzy innych specjalności. Wizyta u psychiatry wiąże się często z poczuciem wstydu, upokorzenia, z lękiem przed „zwariowaniem”, z utratą kontroli w zakresie myślenia i działania, z obawą przed upadkiem duchowym i utratą akceptacji ze strony bliskich. Człowiek w depresji, namawiany przez bliskich na wizytę u psychiatry, nabiera przekonania, że mają go dosyć i chcą się go pozbyć¹⁹.

Nerwice

Nerwice są *zaburzeniami psychicznymi, na powstanie których składa się działanie czynników biologicznych, społeczno-kulturowych i psychologicznych. Do najistotniejszych sytuacji, które wyzwalają objawy i dolegliwości, zalicza się wymagania otoczenia, obciążenia życiowe i trudności w rozwiązywaniu konfliktów wewnętrznych przewyższających możliwości przystosowawcze jednostki. Możliwości te zależą z kolei od wielu czynników, z których najważniejszymi są cechy osobowości przedchorobowej*²⁰.

Wśród zaburzeń lękowych psychiatria wyróżnia:

- Agorafobię - lęk przed przebywaniem w miejscach i sytuacjach, z których trudno się szybko i bezpiecznie wydostać. Towarzyszy mu poczucie zagrożenia życia, braku wsparcia i możliwości uzyskania pomocy. Osoby z tą dolegliwością unikają miejsc niosących zagrożenie albo przebywają tam jedynie w towarzystwie

¹⁷ Ł. Świącicki, *Depresja. Poradnik dla pacjentów i ich rodzin*, Warszawa 2008, s. 16.

¹⁸ Por. I. Koszewska, E. Habrat-Pragłowska, *O depresji, o manii, o powracających zaburzeniach nastroju*, Warszawa 2003, s. 89; A. Kępiński, *Melancholia*, Kraków 2001, s. 63-66.

¹⁹ Por. B. Załęska, *Rola psychoedukacji w kształtowaniu współpracującej postawy w procesie leczenia u pacjentów z zaburzeniami afektywnymi*, „Lęk i depresja”, R. VIII, 2003, nr 3, s. 216.

²⁰ S. Leder, *Nerwice*, [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. A. Bilikiewicz, W. Strzyżewski, Warszawa 1992, s. 124.

innych osób. Mają one także tendencje do nadmiernego koncentrowania się na swoim ciełe. W miejscach zagrażających doznają derealizacji (odczucie, jakby otaczający świat był w jakiś sposób zmieniony, nierealny) i depersonalizacji (odczucie zmian we własnym sposobie myślenia, zmian własnej tożsamości).

- Fobię społeczną - związana jest ona z unikaniem sytuacji narażenia na społeczną ocenę wyglądu, kompetencji, talentu, przygotowania zawodowego, itp. Osoby te pocą się, czerwienią, drżą w obawie przed kompromitacją, ujawnieniem braku wiedzy czy swej niekompetencji.
- Fobie specyficzne - to stany lęku przed przedmiotami, doznaniem cielesnymi lub sytuacjami życiowymi. Są to np. lęki przed zachorowaniem na chorobę zakaźną, przed myszami, ostrymi przedmiotami, małżeństwem i posiadaniem dzieci, przejściem przez most, nad przepaścią, piorunami, zamkniętymi pomieszczeniami.
- Lęk paniczny - objawia się on przyśpieszonym oddechem, uczuciem duszności, omdleniem, bólem w klatce piersiowej, drżeniem, dławieniem się, nudnościami, wymiotami, bólami brzucha, itp.
- Lęk przewlekły – uwidacznia się pod postacią niepokoju ruchowego, spięcia, pocenia się, znużenia, zmęczenia. Towarzyszą mu inne zaburzenia psychologiczne: trudność w koncentracji, zaburzenia snu, zaburzenia funkcjonowania społecznego. Chorzy ci są zagubieni, drażliwi, nadmiernie strachliwi²¹.

Zaburzenia lękowe, występujące w postaci przewlekłego lub okresowo nasilającego się i falującego stanu, albo też w formie gwałtownych napadów, mogą poważnie zakłócić samopoczucie i społeczne zachowanie chorego, sprawić jemu i jego rodzinie znaczne cierpienia spowodowane wzajemnym niezrozumieniem.

Innym zaburzeniem z kręgu nerwic są zaburzenia obsesyjno-kompulsywne związane z występowaniem natręctw. Obsesje to uporczywe i mimowolnie pojawiające się myśli i wyobrażenia, które chory traktuje jako własne i nienarzucone, mimo, iż ocenia je krytycznie jako absurdalne i niedorzeczne. Kompulsje są pojedynczymi lub złożonymi zachowaniami, wykonywanymi w określony sposób, np. sprawdzanie, mycie i czyszczenie, liczenie, porządkowanie, rytuały. Również w tych zaburzeniach chory, pomimo poczucia bezsensowności swego działania, nie potrafi ich pokonać, a nawet - w miarę podejmowanej aktywności - narasta u niego niepokój, prowadząc do egzystencjalnego chaosu²².

Częstym zaburzeniem, zaliczanym do zaburzeń nerwicowych, jest reakcja na stres. Występuje ona u osób, które przeżyły ciężki uraz psychiczny pod wpływem wydarzenia wykraczającego poza zakres zwykłego ludzkiego doświadczenia, np. sytuacja poważnego zagrożenia życia lub zdrowia; poważne zagrożenie dzieci lub ich krzywda (to samo dotyczy małżonka lub innej bliskiej osoby); nagła utrata domu lub bliskich, widok osoby ciężko rannej lub zabitej w następstwie wypadku lub prze-

²¹ Por. tamże, s. 133-135.

²² Por. tamże, s. 138.

mocy fizycznej²³. W ostrej reakcji na stres występuje duża różnorodność objawów. W początkowym stanie „oszołomienia” może wystąpić zawężenie świadomości oraz dezorientacja. Po ustąpieniu zagrożenia może wystąpić stupor dysocjacyjny²⁴ albo nadmierne pobudzenie. Później osoby te mają poczucie braku kontaktu ze swoim ciałem; świat postrzegają jako nierealny; są bezradne, często są impulsywne, mają ryzykowne zachowania²⁵.

Zaburzenia konwersyjne, dawniej nazywane histerycznymi, to grupa zaburzeń polegająca na nieumyślnych zmianach lub ograniczeniu czynności, wynikających z konfliktu lub potrzeby psychologicznej, a nie z fizycznego uszkodzenia. Objawiają się one zaburzeniami ruchowymi, jak: porażenie, niezborność²⁶, zaburzenia połykania, wymioty, bezgłos, mogą wystąpić zaburzenia świadomości, zaburzenia narządów zmysłów (np. ślepota, głuchota), zaburzenia czucia. Do tej kategorii zaburzeń należą również zaburzenia typu „trans i opętanie”, w których dochodzi do przejściowej utraty tożsamości i utrudnienia orientacji w otoczeniu. Osoba w tym stanie ma poczucie, że *to nie ona kieruje własnym postępowaniem, ale że jest owładnięta przez jakiegoś ducha albo osobę. Stan ten należy odróżniać od urojeń owładnięcia występujących w przebiegu psychoz czy „opętania” w sensie teologicznym i religijnym, które nie mieści się w kategoriach zaburzeń psychicznych*²⁷.

Zaburzenia somatomorficzne, których wspólną cechą jest symptomatyka przypominająca występowanie chorób somatycznych, dotyczą poszczególnych układów, np. nerwowego, pokarmowego, naczyniowego czy oddechowego. Pacjenci bronią się najczęściej przed psychogennym pochodzeniem tych zaburzeń i całymi latami poszukują ich etiologii somatycznej²⁸. Zaburzenia nerwicowe mogą poważnie zakłócać samopoczucie i społeczne zachowanie chorego, sprawiając mu znaczne cierpienia. Napotykać one także na niezrozumienie otoczenia, również tego najbliższego, jakim jest rodzina²⁹. Często z resztą sama rodzina jest odpowiedzialna za powstanie określonych zaburzeń nerwicowych u osób dorastających. Pojawiają się one najczęściej w sytuacji zbyt wysokich wymagań stawianych jednostce przez otoczenie, przewyższających jej możliwości.

Zdaniem J. Aleksandrowicza, zaburzenia nerwicowe są zakłóceniem relacji pomiędzy konkretną osobą a jej otoczeniem społecznym. Są zastępczym sposobem

²³ Por. H. Kaplan, B. Sadok, *Psychiatria kliniczna*, Wrocław 1998, s. 106-107.

²⁴ Jest to jedna z reakcji na szok psychiczny, polegająca na drastycznym ograniczeniu ruchów, przy jasnej świadomości. Może występować nawet całkowity brak wypowiedzi (tzw. mutyzm), pozorna obojętność, zachowanie demonstratywne i dobry kontakt, mimo pozorów zaburzeń świadomości. Stan ten trwa zwykle krótko i może się przerodzić w histeryczną ucieczkę, czyli tzw. fugę dysocjacyjną.

²⁵ Por. J. Heitzman, *Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną*, [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych*, dz. cyt., s. 142.

²⁶ Niezborność (astygmatyzm) jest wadą wzroku polegającą na zaburzeniu ostrości wzroku w wyniku nieprawidłowego padania promieni świetlnych na siatkówkę oka.

²⁷ J. Heitzman, art. cyt., s. 147.

²⁸ Por. tamże.

²⁹ Por. S. Leder, art. cyt., s. 126.

komunikowania w przypadku niemożności realizacji potrzeb psychospołecznych, jakimi są: potrzeba bliskości, zainteresowania, miłości, obecności³⁰. Zdarza się, że dochodzi wówczas do przetwarzania potrzeb psychospołecznych w „potrzeby neurotyczne”, polegające na dążeniu do uznania swojej bezradności i otrzymywania w związku z tym nieustannego wsparcia ze strony otoczenia³¹.

Funkcjonowanie rodziny (relacje między rodzicami) także mogą stać się przyczyną nerwicy dziecka. Skłócenia, rywalizujący ze sobą rodzice, zrezygnowane i zawiedzione matki, dominujący i represyjni ojcowie uczą dziecko, że małżeństwo - zamiast środowiska miłości i oparcia - niesie ze sobą wrogość, walkę, strach, przykrość. W okresie dzieciństwa kształtuje się tożsamość kobiety i mężczyzny. Obserwując rodziców dziecko utrwała pewne stereotypy. Utrwalone stereotypy z kolei rzutują na jego kontakty w dorosłym życiu z płcią przeciwną. W gorszej sytuacji są te dzieci, które są wykorzystywane w rozgrywkach małżeńskich. Szantaż emocjonalny stosowany w tym celu, by dziecko stanęło po stronie któregoś z rodziców wywołuje w nim lęk i wewnętrzne rozdarcie. Dziecko traci wówczas poczucie bezpieczeństwa i przeżywa sytuacje stresogenne. W rodzinach patologicznych dziecko znacznie bardziej narażone jest na pojawienie się nerwicy, nabycie cech osobowości nieprawidłowej oraz demoralizację³².

Zespoły uzależnień

Uzależnienie to *silna potrzeba wykonywania jakiejś czynności lub zażywania jakiejś substancji*³³. Uzależnienie może być fizyczne, wyrażające się koniecznością zażywania danego środka, by nie dopuścić do objawów odstawienia czyli zespołu abstynencyjnego, oraz psychiczne (tzw. habituacja), oznaczające ciągły lub okresowy „głód” jakiejś substancji³⁴. Najwięcej problemów powodujących deformację życia rodzinnego sprawiają uzależnienia od alkoholu, narkotyków i innych środków psychoaktywnych.

Alkohol towarzyszył człowiekowi praktycznie od zarania jego dziejów. *Pierwsze napoje alkoholowe powstały w sposób niezamierzony i przypadkowy, w wyniku fermentacji winogron (wino) i ziarna jęczmiennego (piwo)*³⁵. Wzmiankę na temat picia alkoholu znajdujemy już w Starym Testamencie (Księga Rodzaju), kiedy Noe, który był rolnikiem, jako pierwszy założył winnicę i *gdy potem napił się wina, upił się i leżał odkryty w namiocie swoim* (Rdz 9, 21). Motywy, dla których ludzie piją alkohol można podzielić

³⁰ Por. J. Aleksandrowicz, *Zaburzenia nerwicowe*, Warszawa 1998, s. 112.

³¹ Por. K. Horney, *Neurotyczna osobowość naszych czasów*, Warszawa 1976, s. 17-18.

³² Por. M. Jarosz, *Psychologia lekarska*, Warszawa 1986, s. 56-57; B. Załęska, *Rola psychoedukacji w kształtowaniu współpracującej postawy w procesie leczenia u pacjentów z zaburzeniami afektywnymi*, „Lęk i depresja”, R. III, 2003, t. 8, s. 215-216.

³³ B. Woronowicz, *Na zdrowie*, Warszawa 2008, s. 335; K. Nowakowska, K. Jabłkowska, A. Borkowska, *Zaburzenia funkcji poznawczych u pacjentów uzależnionych od alkoholu*, „Psychiatria Polska”, R. XLI, 2007, nr 5, s. 693-695.

³⁴ Por. H. Kaplan, B. Sadok, dz. cyt., s. 42.

³⁵ B. Woronowicz, *Na zdrowie*, dz. cyt., s. 13.

na: fizjologiczne (zaspokojenie pragnienia, poprawienie apetytu, uśmierzenie bólu), psychologiczne (z radości, ze zdenerwowania, dla uspokojenia) oraz socjologiczne (rytuał, naśladownictwo, uleganie naciskom, obawa przed śmiesznością czy odrzuceniem)³⁶.

Osobami, które najbardziej cierpią z powodu nadużywania alkoholu przez jednego z rodziców, są dzieci. Dzieci z rodzin z problemem alkoholowym przeżywają zdecydowanie większe niż inne dzieci zakłócenia poczucia swojego bezpieczeństwa, doświadczają więcej napięć, lęku, dezorientacji i samotności³⁷. Ich zachowanie cechuje postawa obronna, wycofywanie się przed ryzykiem, życie w stałym napięciu emocjonalnym. Dzieci te ciągle „mają się na baczności”. Postawa taka związana jest z urazami, które przeżywają w rodzinie alkoholickiej. Urazy te to powtarzające się przerażające doświadczenia w postaci bólu, przemocy, upokorzenia czy seksualnego nadużycia. Istnieją też tzw. „urazy rozmyte”, czyli towarzyszące życiu piętno niepokoju, chaosu i braku wsparcia ze strony osób najbliższych. Dziecko w rodzinie alkoholowej doświadcza totalnego zagubienia, braku porządku, nieprzewidywalności tego „co się za chwilę wydarzy”. Nigdy nie wiadomo, na co można liczyć, ponieważ wszystko zależy od chwilowego nastroju alkoholickich rodziców. Cokolwiek dziecko robi, robi to źle i nie jest pochwalone. Gdy coś je boli, raz mama pocałuje, innym razem pokrzyczy. Nikt nie słucha tego, jakie ma trudności. W takim świecie łatwo zgubić kierunki w najważniejszych sprawach życiowych³⁸. Konsekwencją przykrych doświadczeń dziecka w rodzinie z problemem alkoholowym jest nauka trzech rzeczy: nie mówić tego, co się dzieje w rodzinie; nie ufać nikomu, zarówno członkom własnej rodziny, jak i obcym, bo ufność naraża na doznanie krzywdy i nie zagłębiać się we własne emocje, być „twardym”³⁹.

W życiu dorosłym dzieci te, poza podatnością na uzależnienia, przejawiają szereg charakterystycznych cech DDA: mają poczucie odmienności, zbyt krytycznie i poważnie oceniają samych siebie, ignorują własne potrzeby emocjonalne, nie potrafią cieszyć się życiem, trudno im zrozumieć, co jest normalne, a co nie, są pracoholikami, biorą odpowiedzialność za wszystkich i za wszystko, reagują niepokojem, gdy sprawy życiowe wymykają im się z rąk, są nadmiernie odpowiedzialni lub nieodpowiedzialni, są nadmiernie wrażliwi lub „znieczuleni emocjonalnie”, mają trudności w realizowaniu do końca swoich planów, często ulegają impulsom, boją się nawiązywać bliskich kontaktów z innymi ludźmi, stale poszukują aprobaty dla swojej osoby, boją się odrzucenia, mają poczucie bycia ignorowanym, atakowanym, nieświadomie szukają napięć i kryzysów a potem narzekają na ich skutki, obawiają się krytyki i osądzania, choć sami mają skłonność do krytykowania i osądzania innych. Bardzo często znajdują sobie partnerów uzależnionych i robią wszystko, aby nie dopuścić do rozpadu tego związku, bojąc się osamotnienia, które kojarzy się im z przykrymi doświadczeniami z dzieciństwa⁴⁰.

³⁶ Por. tamże, s. 24-25.

³⁷ Por. W. Sztander, *Dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym*, Warszawa 2006, s. 5-6.

³⁸ Por. tamże, s. 8-9.

³⁹ Por. B. Woronowicz, *Na zdrowie*, dz. cyt., s. 302.

⁴⁰ Por. tamże, s. 303-304.

Specyfika rodziny alkoholowej polega na tym, iż fakt nadużywania alkoholu nawet przez jedną osobę, staje się kluczową sprawą nadającą kształt życiu rodzinemu⁴¹. W okresie początkowym rodzina, tak jak sam alkoholik, zaprzecza istnieniu problemu alkoholowego, nie szuka pomocy specjalistycznej, toleruje destruktywne zachowania alkoholika. Wszyscy członkowie rodziny solidarnie chronią go przed ponoszeniem konsekwencji picia. W następnym okresie rodzina próbuje pozbyć się tego bolesnego problemu, organizuje samoobronę przed napiętnowaniem społecznym, ogranicza kontakty z otoczeniem, chroni swój zewnętrzny wizerunek. Tymczasem nieporozumienia, konflikty i awantury dezorganizujące codzienność narastają coraz bardziej. Etap kolejny jest fazą chaosu, gaśnie nadzieja na rozwiązanie problemu, kryzysy niekiedy doprowadzają do szukania pomocy u specjalistów, podejmowane są próby leczenia alkoholika, próby separacji skłaniające go do zaprzestania picia. Na tym etapie może rozpocząć się faza powrotu do zdrowia. Jeżeli alkoholik pije nadal, rodzina bez niego przeprowadza reorganizację życia rodzinnego, na nowo dzieli obowiązki i role. Wszystkie te działania koncentrują się na próbach wpłynięcia na zachowania alkoholika, zaniedbując przy tym inne ważne sfery życia rodzinnego.

Taki sposób funkcjonowania spotykany jest w większości rodzin z problemem uzależnienia alkoholowego, określanym przez specjalistów jako zjawisko współuzależnienia⁴². Koalkoholizm charakteryzuje się stałym stawianiem potrzeb innych osób przed potrzebami własnymi, prowadząc przy tym do wyniszczenia emocjonalnego i fizycznego. Osoby współuzależnione są przekonane o swojej zdolności wywierania wpływu na drugiego człowieka, pomimo doświadczanych cierpień i niepowodzeń, co w efekcie prowadzi do obniżenia poczucia własnej wartości⁴³. Cechuje ich osobowość neurotyczna, opisywana przez Karen Horney: przejawiają oni nadmierną zależność emocjonalną od aprobaty innych, nadmiernie troszczą się i pomagają innym, mają brak poczucia bezpieczeństwa, posiadają zahamowania związane z własnymi potrzebami, mogą być agresywne lub przyjmować postawę osoby poniżanej, wykorzystywanej, broniącej się przed całym światem. W sferze seksualnej mają silne pragnienia kontaktów z jednoczesnym zahamowaniem wobec nich⁴⁴.

B. Woronowicz opisując koalkoholizm stwierdza, iż jego przejawami są: poddanie się rytmowi picia alkoholika, przejmowanie za niego odpowiedzialności, obsesyjne kontrolowanie go, pomaganie, opiekowanie się nim, tolerowanie jego patologicznych zachowań, z jednoczesnym poczuciem winy i zaniedbywaniem samego siebie⁴⁵. W. Sztander pisze o współuzależnieniu, że jest ono przyzwoleniem, czyli niezamierzonym wspomaganie choroby. To przyzwalanie przejawia się w zwalnianiu kogoś z odpowiedzialności za własne życie poprzez branie czyjegoś życia w swoje ręce.

⁴¹ Por. B. Woronowicz, *Alkoholizm jako choroba*, Warszawa 1993, s. 105-106.

⁴² Jest ono nazywane także „koalkoholizmem”.

⁴³ Por. M. Dziewiecki, *Nowe przestanie nadziei*, Warszawa 2000, s. 109-110.

⁴⁴ Por. K. Horney, *Neurosis and Human Growth*, New York 1950, s. 39.

⁴⁵ Por. B. Woronowicz, *Na zdrowie*, dz. cyt., s. 296.

Ktoś, kto żyje z osobą uzależnioną przez kilka lub kilkanaście lat, nie pozostaje bez piętna tej chorobliwej sytuacji. Niemal codziennie przeżywa trudne i przykre emocje: bezradności, wstydu, poczucia winy, lęku, urazy, złości, żalu i poczucia krzywdy. Z tego życia w długotrwałym i uciążliwym stresie psychicznym rodzi się postawa ciąglego napięcia emocjonalnego i związane z nią cierpienie⁴⁶. Nierzadko pozostawia to ślady, których efektem mogą być poważne zaburzenia i objawy psychosomatyczne: bóle głowy, mięśniowe, kłopoty żołądkowe, zaburzenia krążenia i ciśnienia, trudności w panowaniu nad emocjami, lęki, chwiejność nastrojów, itp. Tworzą one okazję do sięgania po środki uspokajające, nasenne, przeciwbólne, również po alkohol.

Oprócz alkoholu, poważne następstwa deformujące życie rodzinne wywołuje zażywanie innych środków psychoaktywnych, jak: opiaty, kanabinoły⁴⁷, leki uspokajające i nasenne, kokaina, substancje halucynogenne. Wiek XX przyniósł gwałtowny wzrost liczby osób przyjmujących substancje psychoaktywne, które modyfikują samopoczucie i zachowanie, zmniejszają lęk i napięcie, poprawiają nastrój, dają uspokojenie, relaks, senność, pobudzają aktywność, przyspieszają procesy myślenia i mowę. Jednak nadużywanie ich, w sposób znaczący przyczynia się do powstania szkód zdrowotnych, upośledzonego krytycyzmu lub zaburzonego zachowania, mogącego powodować niesprawność lub mieć negatywny wpływ na stosunki międzyludzkie⁴⁸.

Uzależnienie od substancji psychoaktywnych to kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, gdzie nad wartościami, które miały dotąd dla danego człowieka znaczenie, dominuje przyjmowanie tych substancji⁴⁹. Czynniki powodującymi uzależnienie są: czynniki społeczne: obyczajowość, środowisko rodzinne, dostępność; czynniki psychologiczne czyli cechy osobowości: mała odporność na frustracje, poczucie izolacji, niska samoocena, poczucie wielkości, perfekcjonizm, poczucie winy; czynniki biologiczne: wiek, dziedziczenie oraz duchowe, np. zanik uczuć, krótkotrwałość, pozytywny efekt, braki w zakresie umiejętności społecznych⁵⁰.

Uzależnienie narkotyczne jest chorobą, która sprawia przede wszystkim silny ból fizyczny i psychiczny. Najprostszym sposobem uśmierzenia tego bólu jest przyjęcie środka, który pozwoli znaleźć zapomnienie. Tym środkiem jest narkotyk, przyjmowany w stale zwiększających się dawkach. Na brak dawki organizm reaguje głodem narkotycznym, czyli bólem mięśni, niepokojem, mdłościami, biegunką, halucynacjami. Jest to uzależnienie fizyczne. Towarzyszy mu uzależnienie psychiczne, które charakteryzuje się brakiem zainte-

⁴⁶ Por. W. Sztander, *Pułapka współuzależnienia*, Warszawa 2006, s. 6-15.

⁴⁷ Ogólny termin używany dla określenia kilku rodzajów substancji psychoaktywnych, przygotowywanych z konopi indyjskich. Zalicza się do nich marihuanę, haszysz oraz olej haszyszowy.

⁴⁸ Por. B. Habrat, K. Steinbarth-Chmielewska, H. Baran-Furga, *Zaburzenia spowodowane substancjami psychoaktywnymi*, [w:] *Psychiatria*, red. A. Bilikiewicz [i. in.], Wrocław 2002, s. 169-212.

⁴⁹ Por. L. Cierpiałowska, *Alkoholizm: przyczyny, leczenie, profilaktyka*, Poznań 2001, s. 55-56.

⁵⁰ Por. B. Habrat, K. Steinbarth-Chmielewska, H. Baran-Furga, art. cyt., s. 172.

resowania czymkolwiek poza zaspokojeniem potrzeby narkotyku. Objawia się ono apatią, pasywnością, sennością, utratą świadomości, oszołomieniem, spowolnieniem reakcji⁵¹.

Zdaniem dr Moneta-Malewskiej, do zażywania narkotyków przyczynia się: brak akceptacji w rodzinie, szkole, grupie rówieśniczej o wspólnych zainteresowaniach, moda lub obawa przed wypadnięciem z towarzystwa, zbyt duże wymagania lub zupełny ich brak ze strony dorosłych, wewnętrzny chaos spowodowany nienadążaniem rozwoju biologicznego nad emocjonalnym, nieprawidłowo funkcjonująca rodzina, brak wzorców, oparcia i zrozumienia ze strony bliskich, zwykła ciekawość i niewiedza o skutkach zażywania narkotyków, genetyczne uwarunkowania⁵².

Uzależnieniu od narkotyków podlegają zwykle osoby mające problemy z przystosowaniem się do otaczającego świata. W ten sposób uciekają one od otoczenia, z którym trudno im nawiązać kontakt. Przyjmowanie narkotyków zmniejsza dręczące ich napięcie. Powoduje jednocześnie, że świat wydaje się im bardziej przyjazny, a własne emocje mniej przerażające⁵³. Utrata kontroli nad używaniem substancji uzależniających jest zachowaniem nieadaptacyjnym, które z czasem zakłóca funkcjonowanie człowieka w sferze zawodowej, społecznej, fizycznej lub emocjonalnej. Objawy abstynencyjne często utrudniają wykonywanie obowiązków w pracy, w szkole lub w domu⁵⁴.

Uzależnienie narkotyczne dotyka coraz częściej rodziny nie tylko w dużych środowiskach miejskich, ale również na wsiach. Wiele rodzin zostaje zaskoczonych i bezradnych wobec narkomanii. Następstwa rodzinne narkomanii to: rozchwianie życia rodzinnego, dysfunkcjonalność w obszarze spełnianych funkcji, ról oraz zadań rodziny, źródło agresji w rodzinie. Dołączają się do tego następstwa kryminalne: kradzież, szantaż w celu zdobycia narkotyku, fałszowanie recept, zmuszanie osób trzecich pod groźbą przemocy fizycznej do wydania lub zdobycia pożądanego środka, zagarnięcie czyjegoś mienia w celu zakupu narkotyku. Zdarzają się często także przestępstwa dokonane pod wpływem narkotyków: naruszanie porządku publicznego, powodowanie wypadków komunikacyjnych, zabójstwa, czynne napaści, gwałty⁵⁵. Dla wszystkich, którzy popadli w to uzależnienie, rozpoczyna się droga cierpienia fizycznego, psychicznego, osłabienia woli, bolesnego wychodzenia z nałogu, albo nawet śmierci.

Zakończenie

Kończąc naukową refleksję na temat deformacji życia rodzinnego z powodu choroby psychicznej jednego z jej członków nasuwa się pytanie, gdzie rodziny te

⁵¹ Por. M. Moneta-Malewska, *Narkotyki w domu i w szkole - zagrożenie*, Warszawa 2001, s. 19.

⁵² Por. tamże, s. 23-26.

⁵³ Por. R. Maxwell, *Dzieci, alkohol, narkotyki. Przewodnik dla rodziców*, Gdańsk 2000, s. 32.

⁵⁴ Por. M. Wojciechowski, *Psychologiczne i społeczne mechanizmy uzależnienia od narkotyków*, „Nowiny Psychologiczne”, 1994, nr 3, s. 5.

⁵⁵ Por. A. Malczewski, *Przestępczość narkotykowa oraz działania instytucji zaangażowanych w redukcję podaży*, „Serwis Informacyjny Narkomania”, 2006, nr 3, s. 12-13.

powinny szukać wsparcia oraz skąd mają czerpać siły do życia z osobą chorą? Osoby z rodziny chorego psychicznie czy uzależnionego nie chcą i nie mogą być obojętne na jego los. Ponadto, choroba psychiczna wiąże się najczęściej z uciążliwością, bezradnością oraz cierpieniem ich samych.

S. Waterhouse, snując rozważania nad cierpieniem brata chorego na schizofrenię podkreśla, że takie samo cierpienie dotyka również rodzinę. Z własnego punktu widzenia - jako teolog - tłumaczy, że cierpienie niszczy iluzję samowystarczalności i zmusza nas do polegania na Bogu (por. 2 Kor 12, 7.9). Ono sprawia, że stajemy się współczujący wobec innych, prowadzi do solidarności, uczy pokory. Cierpienie bliskiego człowieka koryguje również hierarchię wartości, skłaniając nas do odróżnienia tego, co wieczne, od tego, co przemijające; tego, co ważne, od tego, co nieistotne. Cierpienie także uczy też szacunku dla świętości życia oraz tego, że chrześcijanie stają się wówczas bardziej podobni do Chrystusa⁵⁶.

W przemówieniu do uczestników Międzynarodowej Konferencji poświęconej umysłowo chorym z 1996 roku w Rzymie, św. Jan Paweł II mówił, odnosząc się do chorych i do ich rodzin: *cierpiący na zaburzenia umysłowe, jak każdy inny człowiek, zawsze nosi w sobie obraz i podobieństwo Boże. Chrystus nie tylko współczuje chorym i dokonuje licznych uzdrowień, przywracając zdrowie zarówno ich ciału, jak i umysłowi; współczucie prowadzi Go nawet do utożsamienia się z nimi: „Byłem chory, a odwiedziliście Mnie” (Mt 25, 36). Wiemy zaś, że Chrystus przyjął na siebie wszelkie ludzkie cierpienie, także choroby umysłu. Zatem również to cierpienie, które jawi się być może jako najbardziej absurdalne i niezrozumiałe upodabnia chorego człowieka do Chrystusa i czyni go uczestnikiem Jego odkupieńczej męki*⁵⁷.

Stanowisko Kościoła katolickiego wobec ludzi dotkniętych chorobą psychiczną było zawsze postawą pełną należnej czci wobec ich człowieczeństwa, postawą solidarności w ich cierpieniu a także postawą szacunku wobec ludzkiej godności. *Kościół otacza te osoby, podobnie jak każdego innego człowieka dotkniętego chorobą, szczególną troską. Pouczony słowami Boskiego Nauczyciela wierzy, że najwyższym celem życia człowieka uczynionego na obraz Stworzyciela, odkupionego krwią Chrystusa i uświęconego obecnością Ducha Świętego, jest istnieć ku chwale majestatu Boga (por. Ef 1, 12) postępując tak, by każdy czyn odzwierciedlał Jego blask*⁵⁸.

⁵⁶ Por. S. Waterhouse, *Siła dla jego ludu*, Kraków 2004, s. 71-80.

⁵⁷ Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników Międzynarodowej Konferencji poświęconej umysłowo chorym (Rzym 30 XI 1996 r.)*, [w:] *Ewangelia cierpienia*, red. J. Poniewierski, Kraków 1997, s. 200.

⁵⁸ Tamże.