

Chorowanie na starość. Interpretacyjna analiza fenomenologiczna doświadczenia bólu psychicznego w relacjach społecznych kobiet w wieku senioralnym dotkniętych depresją i chorobą afektywną dwubiegunową

Anna Bańbura 
Uniwersytet Jagielloński

Katarzyna Kowara 
Krakowski Instytut Psychoterapii

Małgorzata Opoczyńska-Morasiewicz 
Uniwersytet Jagielloński

DOI: <http://dx.doi.org/10.18778/1733-8069.16.1.11>

Słowa kluczowe:

depresja, starzenie się, utraty, relacje społeczne

Abstrakt: Starzenie się jest etapem widzianym przez wielu jako moment dopełnienia, w którym możliwe jest spokojne cieszenie się pozostałym czasem. Jest to zarazem okres, w którym dochodzi do kulminacji utrat (ważnych osób, aktywności zawodowej, zdrowia) mogących doprowadzić do znacznego pogorszenia psychospołecznego funkcjonowania, manifestującego się niekiedy jako depresja. Celem badania było zrozumienie doświadczenia bólu psychicznego przeżywanego przez kobiety w wieku senioralnym, które mierzą się zarówno z zadaniami właściwymi dla okresu starości, jak i kliniczną depresją. Drugim celem było zrozumienie tego, jakie znaczenie dla procesu zdrowienia lub przeciwnie – pogłębiania się stanu choroby – mają relacje społeczne.

Przeprowadziliśmy pogłębione wywiady indywidualne z trzema kobietami w wieku senioralnym; każda z nich w przeszłości zaznała wielu utrat, a obecnie boryka się z psychicznymi zaburzeniami pod postacią depresji w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej. Treść wywiadów poddałyśmy interpretacyjnej analizie fenomenologicznej.

Na podstawie analizy wyodrębniłyśmy trzy aspekty relacji badanych z otaczającym światem. Pierwszy obejmuje utraty, wobec których stają kobiety – śmierć bliskich osób, zakończenie pracy zawodowej, spadek sprawności. Kolejny dotyczy poczucia wyobcowania w obszarach, które są nadal dostępne, potęgowanego przez brak zrozumienia ze strony bliskich osób (zaprzeczanie cierpieniu, naleganie na szybką poprawę). Trzeci aspekt odnosi się do wspierających i dających nadzieję zachowań otaczających osób (uznawanie cierpienia, dawanie czasu na zdrowienie, okazywanie cierpliwości). Na koniec podjęłyśmy refleksję nad uwarunkowaniami zachowań bliskich wobec starszych osób dotkniętych depresją.

Anna Bańbura, mgr psychologii, doktorantka w Zakładzie Psychologii Zdrowia Instytutu Psychologii UJ, psychoterapeutka w trakcie certyfikacji w Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym. Jej zainteresowania obejmują psychologię egzystencjalną i ewolucyjną. Prowadzi badania z zastosowaniem metodologii jakościowej w obszarze psychologicznych następstw traumatycznych doświadczeń oraz stygmatyzacji osób chorujących psychicznie.

Adres kontaktowy:

Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Psychologii UJ
ul. Romana Ingardena 6, 30-060 Kraków
e-mail: an.banbura@gmail.com

Katarzyna Kowara, mgr psychologii, psychoterapeutka w trakcie certyfikacji w Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym. Pracuje w Krakowskim Instytucie Psychoterapii. Jej zainteresowania koncentrują się wokół psychoanalizy oraz dynamiki grup.

Adres kontaktowy:

Krakowski Instytut Psychoterapii
ul. Długa 42, 31-146 Kraków
e-mail: katkowara@gmail.com

Małgorzata Opoczyńska-Morasiewicz, prof. UJ dr hab. n. hum., kierowniczka Zakładu Psychologii Zdrowia Instytutu Psychologii UJ. Specjalistka psychologii klinicznej, psychoterapeutka Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i superwizorka psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Autorka kilkudziesięciu prac naukowych w tym siedmiu monografii, m.in.: *Dialog Innych albo inne monologi* (2007, 2018), *Poza zasadą powszechności. Próby idiograficzne* (2014, redakcja i współautorstwo) *Genealogie psychoterapii. Fragmenty dyskursu egzystencjalnego* (2016), *Pasaże egzystencji. Strony psychoterapii i inne strony* (2019). Zainteresowania badawcze: psychoanaliza egzystencjalna, filozoficzne podstawy psychoterapii, hermeneutyka i fenomenologia świata przeżywanego.

Adres kontaktowy:

Uniwersytet Jagielloński
Instytut Psychologii
Zakład Psychologii Zdrowia
ul. Romana Ingardena 6, 30-060 Kraków
e-mail: m.opoczynska-morasiewicz@uj.edu.pl

trzeba śnić cierpliwie
w nadziei, że treść się dopełni,
że brakujące słowa
wejdą w kalekie zdania
i pewność na którą czekamy
zarzuci kotwicę

Zbigniew Herbert, *** Zasypiamy na słowach (fragment)

„O starości chciałam porozmawiać”.

„Dobrze. Przyszła pani do specjalisty. Możemy rozmawiać” (Dąbrowska 2019: 11).

Powyższy dialog jest fragmentem rozmowy dziennikarki zainteresowanej tematem starzenia się z Kazimierzem Kutzem, który stawia się w roli autorytetu od siebie, swojej starości, swojego przemijania. W niniejszym artykule, chcąc zrozumieć doświadczanie bólu

psychicznego doznawanego przez osoby starsze dotknięte depresją, odwołujemy się do ich subiektywnej perspektywy. Ponadto interesuje nas podjęcie refleksji nad znaczeniem, jakie dla pogłębienia stanu cierpienia lub przeciwnie – ponownego przybliżania się i czerpania ze wspólnego wszystkim światu – mogą mieć relacje z otaczającymi chorującego ludźmi. W tym celu przedstawimy historie trzech kobiet, które opowiadają o swojej chorobie, wieku, doświadczeniu i utracach – nie po to, by odzwierciedlić, ale spróbować zrozumieć zjawisko, które w innym kontekście ujawniłoby się być może inaczej.

Komentarza wymagają stosowane w artykule pojęcia depresji oraz cierpienia/bólu psychicznego. Należy odróżnić płaszczyznę kliniczną (nozologia) od metaklinicznej (świat przeżywany, z jego aspektami percepcyjnymi dotyczącymi tego, jak

przejawia się dany fenomen oraz sensownymi – odnoszącymi się do możliwego znaczenia danego fenomenu) (Frankl 1998). To, co na płaszczyźnie klinicznej nazywa się chorobą (np. depresją) w kontekście metaklinicznym jest doświadczane jako między innymi cierpienie, ból, brzemie, które raz nabierają sensu, raz go tracą. Dlatego dla zwiększenia przejrzystości tekstu zdecydowałyśmy się na odnośnienie się do bólu i cierpienia psychicznego (jako doświadczenia) związanego z depresją (jako istotnym elementem dyskursu obecnego w kontekście medycznym i społecznym, w którym osadzone jest funkcjonowanie opisywanych osób). Druga wprowadzająca uwaga dotyczy odniesień literackich – językiem precyzyjnym może być opisywany poziom percepcyjny (dostępny zmysłowo) i relacyjny (np. większe/mniejsze), ale nie poziom sensu, który może opierać się jedynie na domysłach. By jak najlepiej oddać ten aspekt rzeczywistości, wykorzystamy przybliżający do niej język literatury – bogatej w metafory, analogie, pojęcia rozmyte i otwarte (Opoczyńska-Morasiewicz 2018).

Przyjrzymy się w kolejnym kroku ogólnym zjawiskom towarzyszącym wiekowi senioralnemu, by zarysować społeczny kontekst, w którym przebiega życie naszych rozmówczyń.

Istnieją liczne świadectwa tego, że starzenie się nie musi jawić się wyłącznie jako okres utrat i malejących możliwości, kurczącego się czasu, traconego zdrowia. Shalit (2017: 254), pisząc o tym etapie życia, zauważa, że „wzrok i słuch stają się przytępione. Dla niektórych ludzi jest to okazja do otwarcia się na odczuwanie pulsowania duszy, na słyszenie echa dźwięków dochodzących z głębi, na dostrzeżenie wzorców formujących się pod wodą”. Edward Pałłasz (Dąbrowska 2019: 114) ujmuje zyski starości tak: „Na starość nie ma już potrzeby, żeby jeszcze

coś zdobywać. Jak już nie trzeba tych masek nosić, to jest wielka ulga. Człowiek czuje się luźniejszy. I to jest wielka przyjemność”. Ten sposób myślenia o starzeniu się jako o okresie innego spojrzenia na swoją rzeczywistość wewnątrz- i zewnątrzpsychiczną ukazują Clarke i Warren (2007). Badaczki zajmujące się zagadnieniem „aktywnego starzenia się” prowadziły wywiady biograficzne z osobami w wieku senioralnym. Badani donosili o obawach związanych z przyszłością, ale też o odkrywaniu na nowo potrzeby zaangażowania w swoje życie. Świadomość i akceptacja własnej śmiertelności zdawały się w niektórych przypadkach to zaangażowanie zwiększać – pojawiała się chęć zostawienia po sobie śladu, który będzie towarzyszył kolejnym pokoleniom. W końcu ze starzeniem się wiążą się też zyski, których nie ma żaden inny okres rozwojowy. Być starym to w jakiś sposób być pełnym. Przejść cały cykl dostępny ludzkiemu doświadczeniu. Uznanie dla możliwości, wobec jakich staje człowiek stary, ujął Shakespeare (2013: 111) w słowach:

Ujrzyś we mnie tę porę roku, gdy zielone / Liście żółkną i rzedną, aż żadnego nie ma / Na drzącym z zimna drzewie, którego koronę / Wypełniał śpiew, lecz dzisiaj pusta jest i niema. / We mnie ujrzyś ten schyłek dnia, gdy resztką słońca / Gaśnie z wolna, sprawiając, że dzień od zachodu / Pochłania krok po kroku ciemność gęstniejąca, / Noc, ów sobowtór śmierci, kres trosk i zawodu. / We mnie ujrzyś powolne ognia dogasanie, / Żar, który swą młodość, grę płomieni zwawą, / Obrócił w popiół – własne śmiertelne posłanie, / Gdzie skona, tym strawiony, co było mu strawą. / Ujrzyś – lecz zaczniesz odtąd, zwykłym serca prawem, / Kochać goręcej to, co stracić masz niebawem.

Zachodzące zmiany mogą być widziane jak drzwi otwierające się na coś dotąd niedostępnego, pozwa-

lające iść dalej, przed siebie, ale też zamykające na to, co za nimi – jak powie Simmel (2006: 251), drzwi umożliwiając łączenie i rozdzielanie – „dwa aspekty jednego aktu”. Choć w okresie późnej dorosłości i starości pojawia się okazja do integracji i akceptacji swojego dorobku, historii życia oraz możliwość rozpoznania sensu życia (Erikson 2002), to ten proces nie zawsze może się powieść. Améry (2007) dzieli się spostrzeżeniem, że starsza osoba niekiedy niespodziewanie konfrontuje się z myślą, że nie będzie już zdobywała szczytów, ale jedynie obserwowała je z miejsca, do którego już doszła. Coraz większe trudności z akceptacją nowych idei czy rozwiązań technologicznych oddalają od otoczenia, w którym coraz mniej jest rówieśników, brakuje małżonka, rodziców. Jak zauważa Hańbowski (2013: 173–190), przytaczając przykład *Hańby* Coetzeego, witalność, własne miejsce w świecie, zdolność do rozumienia otoczenia mogą zanikać wraz ze starzeniem się, a w ich miejsce pojawia się niekiedy coraz bardziej dotkliwy lęk przed utratą godności, „upokorzeniem, niedołączną starością”, przedstawioną w micie o Edypie, czy ostatecznie przed śmiercią własną i najbliższych osób.

Przypuszczalnie to, jak przeżywane jest starzenie się, jak interpretowane są nowe role, utraty, możliwości przygotowane jest przez wcześniejsze doświadczenia samotności, zależności, dramatycznych wydarzeń, ale też przez zdobywane zasoby czy sposoby rozwiązywania konfliktów wewnętrznych (Tiilikainen, Seppänen 2017). Gdy bilans dotychczasowego życia jest niewystarczająco korzystny, starsza osoba może zacząć doświadczać obezwładniającego lęku przed śmiercią, poczucia bezsensu. W starciu z kolejnymi szeroko rozumianymi utratami towarzyszącymi procesowi starzenia się ujawniają się lub nasilają latentne do tej pory troski egzystencjalne; jak notuje de Beauvoir (2011: 420) — „upadają

barykady wniesione w czasie aktywności zawodowej i uczestnictwa w życiu społecznym”. Czasem forma ekspresji tych trosk przybiera postać spełniająca, zdaniem specjalistów, kryteria depresji. Jej obraz bywa jednak nieco inny niż w przypadku osób młodszych, które donoszą o trudnym do zniesienia smutku. U osób starszych na pierwszy plan wychodzi apatia, utrata zainteresowań i możliwości przeżywania przyjemności, spadek reaktywności – zjawisko to bywa nazywane „depresją maskowaną” czy „depresją bez smutku” (Covinsky i in. 2014; Lam 2018). Choroba może być tym bardziej niezrozumiała dla otaczających osób, a starsza osoba staje się narażona na brak uznania z ich strony (Depla i in. 2005; Holm, Lyberg, Severinsson 2014).

Kępiński (1974: 93–94) przyrównuje depresję do nocy, która ze swej natury jest samotna w przeciwieństwie do „kolektywnego dnia, w którym dla wszystkich świeci to samo słońce”. Gdy noc panuje nieustająco, świat chorego zaczyna rządzić się swoimi prawami, ujawnia się to, co najbardziej intymne i własne, zaczyna brakować w nim miejsca dla innych ludzi. Jednocześnie wydaje się, że ci inni ludzie są chorującemu szczególnie potrzebni. Bliscy mogą wspierać go w byciu członkiem społeczności we własnym tempie, na własnych warunkach albo wymagać od niego utrzymującej się prężności pod groźbą odcięcia emocjonalnego. Własne cierpienie i poczucie winy towarzyszące depresji może spotkać się ze wzmocnieniem z zewnątrz – gdy rodzina czy znajomi okazują swoje niezadowolenie i oczekują natychmiastowego powrotu do sprawowania dawnej roli (Ellis 2018). Negatywny wpływ mogą mieć też kontakty z personelem medycznym, jeśli jego przedstawiciele umniejszają dolegliwości – te związane z bólem psychicznym obecnym w depresji, uzasadniając rzekomymi zmianami charakteru typowymi dla starości, i przeciwnie

– dolegliwości somatyczne towarzyszące procesowi starzenia się, traktując z pobłażliwością, gdyż pochodzą od osoby dotkniętej zaburzeniami psychicznymi (Sartorius 2003; Thomas, Shute 2006). Ostatni przykład zdaje się dobrze ilustrować złożoność interakcji między leczeniem psychiatrycznym i poprzedzającą je diagnostyką a funkcjonowaniem społecznym. Choć diagnoza w zamierzeniu ma sprzyjać pacjentowi, to bywa, często nieświadomie, wykorzystywana na jego szkodę – zdarza się, że relacje społeczne zamiast przyczyniać się do podzielenia cierpienia, prowadzą do jego pomnożenia, kiedy świat osób dotkniętych chorobą psychiczną redukowany jest do samej choroby (Goffman 2007). Choć dylemat ten jest obecny w badaniach osób chorujących psychicznie w różnych grupach wiekowych, to osoby starsze zdają się być tu pomijane. Wymienieni powyżej badacze jako jedni z nielicznych podjęli się namysłu nad doświadczeniem bólu psychicznego towarzyszącego depresji w kontekście społecznym, w jakim znajdują się osoby starsze. Tymczasem, jak wynika z raportu WHO (2017), ponad 7,5% kobiet w wieku 55–74 lat oraz ponad 5,5% mężczyzn zmagają się z depresją. Zauważając przewidywania WHO (2015), według których w 2050 roku osoby starsze miałyby stanowić ponad 30% populacji w większości państw europejskich (aktualnie jest to 20–29%), możemy dostrzec, jak paląca jest kwestia eksploracji tego zjawiska. W odpowiedzi na zaobserwowaną lukę podjęliśmy się badań, których celem był opis tego, jak naturalny dla życia proces godzenia się z kolejnymi utratami i własnego przechodzenia do przeszłości przeżywają osoby zmagające się z depresją. Drugim celem było opisanie doświadczenia kontaktu z otaczającymi osobami w tym okresie oraz podjęcie refleksji nad znaczeniem owych relacji społecznych dla procesu zdrowienia, lub przeciwnie – pogłębiania się stanu choroby.

Metoda

Metoda zebrania danych

Przyjmując fenomenologiczny punkt widzenia, uznajemy, że ekspertami od tego, co pozwala żyć pomimo cierpienia i, co przeciwnie – odbiera nadzieję w starości naznaczonej dotkliwymi utratami, nie są teoretycy (psychologowie, psychiatrzy czy socjologowie), ale osoby starsze żyjące w społeczeństwie i doświadczające relacji, jakie łączą je z innymi. Chęć oddania głosu osobom badanym zadecydowała o wyborze pogłębionego wywiadu indywidualnego jako metody zebrania danych oraz czerpiącego z fenomenologii i hermeneutyki sposobu jej późniejszej analizy.

W badaniach przeprowadzonych przez dwie badaczki na terenie Kliniki Psychiatrii Szpitala Uniwersyteckiego w mieście X wzięły udział trzy kobiety w wieku 62, 71 i 75 lat, hospitalizowane z powodu wystąpienia epizodu depresyjnego w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej. Badanie miało formę częściowo ustrukturyzowanego, pogłębionego wywiadu indywidualnego, który trwał około 45 minut.

Zgodę na przeprowadzenie badania wyraziła komisja ds. etyki Instytutu Psychologii Uniwersytetu X oraz dyrekcja Szpitala Uniwersyteckiego w mieście X. Osoby potencjalnie chętne do udziału w badaniu informowano, że będzie ono dotyczyło przeżywania starości i doświadczeń choroby oraz że zostanie zapewniona poufność (zmiana imion osób badanych, zmiana imion wspomnianych osób, usunięcie nazw miejscowości, dat przyjęcia do szpitala). Osoby badane po zapoznaniu się z instrukcją i podpisaniu zgody na udział w badaniu oraz nagraniu jego przebiegu rozpoczynały udział w wywiadzie. Instrukcja zawierała informację dotyczącą formy

badania oraz poruszonej tematyki. Przewodnik do wywiadu zawierał poniższe pytania, które stanowiły punkt wyjścia do opowieści osób badanych:

1. Proszę o podzielenie się historią pani życia;
2. Proszę opisać sytuację, spotkanie, w trakcie którego nie myślała pani o tym, że choruje;
3. Proszę opisać sytuację, spotkanie, w trakcie którego przypominała sobie pani, że choruje;
4. Gdyby mogła pani podpowiedzieć osobom otaczającym kogoś chorującego na depresję, jak powinny się zachować, by dać mu ulgę, to co by pani powiedziała?

Ostatnie pytanie miało charakter projektujący, czyli taki, który ułatwia opis tego, czego, być może, samemu chciałoby się doświadczyć ze strony bliskich, ale także od ogółu społeczeństwa, w którym można czuć się przyjętym. W trakcie trwania całego wywiadu badaczka (współautorka artykułu, psycholog i psychoterapeuta) dodatkowo zgłębiała wątki dotyczące relacji z innymi osobami oraz ich wpływu na samopoczucie kobiet.

Metoda analizy danych

Na podstawie nagrania audio utworzonego w trakcie wywiadu sporządzone zostały transkrypcje. Zebrane dane były analizowane przez trzy badaczki z wykorzystaniem metody IPA – interpretacyjnej analizy fenomenologicznej (Pietkiewicz, Smith 2012). Metoda ta, dzięki odwoływaniu się do konkretnych doświadczeń osób badanych, służy badaniu sposobu, w jaki ludzie nadają sens swojemu życiu i otaczającemu ich światu. Jednocześnie, czerpiący z tradycji hermeneutycznej badacz jest świadomy, że odgrywa aktywną rolę w dynamicznym procesie badania. Jest on zaangażowany w podwójną hermeneutykę, polegającą na interpretacji tego,

w jaki sposób badany nadaje sens światu (Smith, Osborn 2004; Smith 2007).

Kolejne etapy analizy obejmują wielokrotne czytanie tekstu i sporządzanie notatek, przekształcanie notatek w wyodrębniające się tematy, szukanie związków i grupowanie tematów oraz pisanie raportu z badania (Pietkiewicz, Smith 2012).

Analiza została wykonana niezależnie przez trzy badaczki (współautorki tekstu, psychoterapeutki) przy użyciu programu NVivo, służącego do wspomagania analizy danych jakościowych (Brosz 2012). Doświadczenie osób badanych zostało opisane w sposób nomotetyczny i idiograficzny. To, co jest powszechne, czyli wspólne dla badanych, jest zawarte w wyróżnionych aspektach doświadczenia. Unikalne i wyjątkowe są natomiast spisane wypowiedzi – przykłady, które stanowią wypełnienie treści danego aspektu doświadczenia.

Wyniki zostały poddane konsultacji z psychologami uczestniczącymi od kilku lat w seminariach „Ilościowe i jakościowe metody badania w psychologii zdrowia” oraz „Analiza i Egzystencja” prowadzonych przez jedną z autorek.

O rozmówczyńiach

Poniżej przedstawione zostaną skrócone życiorysy osób badanych, ze szczególnym uwzględnieniem kontekstu rodzinnego, doświadczonych utrat oraz wystąpienia choroby psychicznej.

Pani Wanda

Pani Wanda ma 75 lat, przebywa od kilkunastu lat na emeryturze. Ma dwie siostry oraz syna, który wraz z rodziną jest w trakcie wyprowadzki do

własnego domu. Trzecia siostra i brat zmarli młodo z powodów zdrowotnych. Wychowywała się na wsi, gdzie opiekowała się młodszym rodzeństwem i pomagała rodzicom przy gospodarstwie. W wieku 19 lat wyszła za mąż, przeprowadziła się i tam, u boku męża i teściowej, również zajmowała się gospodarstwem. Po kilkunastu latach zatrudniła się jako opiekunka w szkole i pracowała tam aż do emerytury. Po roku od śmierci męża u pani Wandy po raz pierwszy zdiagnozowano depresję i od tamtej pory kobieta wielokrotnie trafiała do szpitali z powodu silnie obniżonego nastroju. Leczenie przynosi zazwyczaj krótkotrwałe, kilkumiesięczne poprawy.

Pani Irena

Pani Irena ma 62 lata i pracuje w bibliotece. Ma starszego brata (drugi zmarł z powodu nieuleczalnej choroby), dwie córki, które mieszkają osobno ze swoimi rodzinami, oraz syna. W szkole była niezwykle aktywna, zaangażowana w naukę, ale też przyjaźnie, sport, harcerstwo. Ukończyła studia, w trakcie których urodziła troje dzieci i wyszła za mąż. Po obronie pracy magisterskiej opiekowała się dziećmi, często jeździli całą rodziną na wycieczki i uprawiali sport. Zaczęła chorować na depresję w wieku 37 lat, gdy mąż musiał podjąć się pracy poza miejscem zamieszkania, a ona zajmowała się domem i pracą w wyuczonym zawodzie. Po dopasowaniu odpowiedniego leczenia przez długie lata, aż do śmierci męża nie miała nawrotu choroby.

Pani Beata

Pani Beata ma 71 lat, od kilku lat jest emerytką. Ma córkę i syna. W wieku 22 lat zaszła w ciążę, córkę wychowywała bez pomocy jej ojca, ale z dużym

wsparciem swoich rodziców. W wieku 38 lat wyszła za mąż i urodziła drugie dziecko. Wtedy mąż zaczął nadużywać alkoholu, a pani Beata po raz pierwszy zaczęła chorować. Po śmierci męża była kilkakrotnie hospitalizowana.

Opisywane kobiety różni wiek wystąpienia pierwszego epizodu choroby. Jedynie u pani Wandy zdiagnozowano chorobę po raz pierwszy w podszłym wieku, w przypadku pani Ireny i pani Beaty początek choroby miał miejsce jeszcze, gdy żyli mężowie, ale byli nieobecni – z powodu pracy za granicą czy uzależnienia od alkoholu. Wszystkie badane łączy jednak doświadczenie bólu psychicznego, którego doznawały w epizodzie depresji, towarzyszącym starzeniu się i związanym z nim utratom.

Wyniki

Na podstawie przeprowadzonych badań wyłonione zostały następujące aspekty świata przeżywanego wysłuchanych kobiet: z jednej strony to, co w nim już utracone i wciąż tracone, z drugiej strony to, co nadal pozostaje możliwe lub niemożliwe do zniesienia.

Wyróżnione aspekty należy naszym zdaniem odczytywać w sposób cyrkularny. Aspekt I odnosi się do kumulujących się utrat, które zdaniem badanych są źródłem kryzysów psychicznych – epizodów depresji powtarzających się na przestrzeni lat. Aspekty II i III dotyczą charakteru interakcji badanych z otaczającymi ludźmi i jego wpływu na przebieg chorowania. Prezentowane w dwóch odrębnych kategoriach sytuacje, fragmenty spotkań w rzeczywistości przeplatają się ze sobą i w zależności od ich układu i dynamiki mogą być przeżyte jako możliwe lub niemożliwe do zniesienia.

Aspekt I: Tracone i utracone

Obecność i nieobecność współmałżonka

Wszystkie kobiety poświęciły znaczną część swych opowieści na opis dzielenia z mężem codzienności w jej dobrych i trudnych odsłonach oraz własnego przeżywania zmian w tej relacji. Pani Irena łączy wystąpienie pierwszego epizodu choroby z zarobkowymi wyjazdami męża za granicę: „Jak mąż wyjechał, to załamalam się psychicznie, ponieważ czułam, że nie daję rady temu wszystkiemu”. Pani Beata wspomina pierwsze objawy choroby, które ujawniły się, gdy nadużywanie przez męża alkoholu odizolowało ich od siebie: „Jak mąż zaczął popijać, piekło mnie w klatce. Pani kardiolog powiedziała, że serce mam jak dzwon, że to nerwica”.

Z krajobrazu wielu utrat, których doświadczyły nasze rozmówczynie, to śmierć małżonka ukazała się jako szczególnie dotkliwa. Pani Irena wspomina czas, który nadszedł po śmierci jej męża: „Bardzo często płakałam, ryczałam wręcz, nie mogłam sobie znaleźć miejsca, mąż tak szybko odszedł, bo chorował niecały miesiąc”. Nie godząc się na brak męża, przez pewien czas poszukiwała go, starała się z nim skontaktować. „Przywoływałam go, robiłam różne dziwne rzeczy, żeby sobie poradzić z tym problemem. Usilnie próbowałam coś, chodziłam, szukałam, do różnych znachorów, co by mi pomogli wywołać ducha męża”. Pani Wanda wspomina ostatnie dni jego życia jako czas, w którym byli jeszcze razem, choć już rozdzieleni przez jego ciężki stan. „Jak go odłączali od respiratorów, to się dusił i momentalnie umierał. Przeżył tak miesiąc czasu. Codziennie jeździłam do niego, żeby go zobaczyć, bo nie rozmawiał ze mną, nic nie mówił, nie patrzył, był w takiej agonii”. Gdy mąż zmarł, pani Wanda spotykała go w wyobraźni, kiedy wykony-

wała czynności do tej pory przypisane tylko jemu. „Musiałam palić w piecu, ja nigdy wcześniej nie paliłam. Schodziłam na dół do kotłowni, tak rozmyślałam, rozpaczałam, płakałam. Po śmierci męża to wszystko się zaczęło. Ta tęsknota taka, żal, dlaczego odszedł, mógł jeszcze być, byłoby nam dobrze, bo ja poszłam na emeryturę, on miał rentę. Byliśmy razem jakoś wspólnie. Inaczej to zawsze osoba druga niż rodzeństwo. Z tej samotności ta choroba nastąpiła”. Pani Beata, gdy przypomina sobie ostatnie minuty życia męża, widzi zmiany w jego ciele – siniejące ręce, bladą twarz. „Przyjechało pogotowie – żył jeszcze – zaczęli mu robić EKG, uciskać koło serca, maski, wszystko, za ręce, za nogi go wzięli, na ziemię i mówią: nastąpił zgon. Rozumie pani? To był szok, to był straszny szok”. O nieobecności męża mówi krótko: „Teraz jestem wdową i też sama muszę sobie radzić. Opłacić mieszkanie w blokach, wszystkie rachunki zapłacić i mieszkam sama w tej chwili”.

Coraz mniej ludzi wokół

Śmierć męża, która w odczuciu kobiet zainicjowała lub wznowiła chorobę, wkomponowuje się w bolesny obraz powiększającej się liczby utraconych osób. Kobiety tracą nie tylko małżonków, ale również innych bliskich im ludzi – umierają rodzice i rodzeństwo, pozostawiając puste miejsca w codzienności (pani Irena opisuje proces przyzwyczajania się do rzeczywistości, w której nie ma już matki: „Ja się obudziłam, że muszę jechać do mamy. Tak się zapominam, że już nie muszę, mogę ten czas przeznaczyć na coś innego dla siebie”). Dzieci zakładają swoje własne rodziny i wyprowadzają się (pani Wanda z niepokojem oczekuje na ten moment: „Zastanawiam się, jak sobie poradzę, jak wrócę do domu. Bo oni się pobudowali, oni pójdą, a ja zostanę sama”). Wraz z dziećmi coraz bardziej oddalają się

wspomnienia najpiękniejszych chwil spędzanych w rodzinnym gronie, jeszcze z mężem („Urodziłam trzecie dziecko i wspominam ten okres jako najlepszy okres w moim życiu w ogóle. Ciągłe jeździliśmy gdzieś z dziećmi na łąkę, graliśmy w piłkę” – wspomina pani Irena). Po przejściu na emeryturę kobiety tracą kontakt z ogromną liczbą ludzi oraz drugie, po rodzinie, źródło energii (pani Wanda wspomina: „jako opiekunka do dzieci na świetlicy przepracowałam 23 lata”; podobnie pani Beata: „pracowałam, byłam w ciągłym ruchu”). Pani Beata zauważa wprost: „Możliwe, że jakbym miała zdrowie i bym pracowała, to inaczej bym się czuła, bo ciągle by się co działo. Jakieś zajęcia mi są potrzebne, żebym się czymś zajęła”.

Aspekt II: Niemożliwe do zniesienia – niewidzialność dla innych i wyobcowanie ze świata

Wydaje się, że w obliczu opisywanych utrat, a szczególnie tej najbardziej dotkliwej – poprzedzonej chorobą śmierci męża, kobiety odcinają się również od tych aktywności, które, jak mogłoby się wydawać, nadal pozostają w ich zasięgu (pani Wanda zauważa z żalem: „Lubiłam czytać gazety, czasopisma kolorowe, nie wyszłam bez kupienia. Teraz mi odeszło wszystko, telewizor mnie nie pociąga”; pani Beata wspomina dni, w których czuła się najgorzej: „Nawet sobie troszeczkę dom przyniedbałam. Nawet mi trudność sprawiało, żeby się umyć, podpuścić, a starałam się zawsze dbać o siebie”). Ponadto kobiety odcinają się od tych osób, które nadal są obok nich (pani Beata zauważa zmianę w kontaktach z innymi: „Jak się dobrze czułam, to często jeździłam do córki i pomagałam, a potem mnie coś takiego wzięło. Tak się odseparowałam od ludzi trochę, przestałam chodzić na Uniwersytet Trzeciego Wieku. Tak z nikim, nawet do sklepu nie, żeby się z nikim nie spotkać”).

Pomimo tego, że świat wokół nadal wypełniony jest ludźmi, kobiety niejednokrotnie doświadczają głębokiego niezrozumienia z ich strony. Słowa wypowiedziane przez fizycznie obecne osoby bywają paradoksalnie narzędziem wyobcowania. Pani Wanda czuje się niezrozumiana i rozżalona, gdy słyszy „Tylko bez przerwy mówisz, tylko o chorobie. Wzięłabyś się w garść, wzięłabyś się w jakąś robotę”. Zdania te zdają się zwiększać poczucie bezradności, niemożności spełnienia oczekiwań tych osób, które zostały. Pani Wanda puentuje to słowami: „A tu weź się w garść, jak się nie da. No weź się w garść, jak człowiek ledwo na nogach stoi”. Podobną refleksją dzieli się pani Irena: „Mnie tak mówiono za pierwszym razem, że ‘nic ci się nie chce’, ‘musisz się wziąć w garść’. Bo to jest tak, że człowiek chce się wziąć w garść, ale nie może”. Komentuje, że takie słowa „działają odwrotnie”. Poczucie bycia zignorowanym rozszerza się również na kontakty z innymi członkami społeczeństwa, na przykład personel medyczny. „Najgorzej się czułam przy pierwszej hospitalizacji, jak chciałam pomocy, a nie chcieli dać żadnej tabletki ani nic nie było, tylko ‘proszę się uspokoić i siedzieć spokojnie, zająć się czymś’. Jak człowiek poczuje takie odrzucenie, to czuje się jeszcze gorzej. Bo zamiast współczuć jakoś, pomyśleć, coś poradzić, to takie bąknięcie i koniec” – mówi pani Wanda.

Kobiety jednocześnie zdają sobie sprawę z trudności, jakie w związku z ich złym samopoczuciem spotykają przebywające w ich otoczeniu osoby („A z drugiej strony no cóż ja mogę zrobić. Oni też są zmęczeni, bo przecież do pracy i tego... i ja bez przerwy marudzę i to jest też dla nich uciążliwe” – zauważa pani Wanda). Starają się w ten sposób tłumaczyć nie zawsze cierpliwe zachowanie najbliższych, ale jednocześnie zwiększa się ich osamotnienie ugruntowane na obawie przed obarczaniem swoimi problemami innych.

Pani Beata stara się wręcz komplementować stanowcze życzenia córki. „Córka może ma dobry system. Mówiła: ‘proszę wyjść na pole’ – na siłę – ‘ubrać się, podmalować, przygotować do wigilii’. Ja sobie myślę: no nie dam rady. Nic jej nie pomagałam, kompletnie nic. Widzę, że już taka zmęczona, dwoje dzieci, sama na wigilię wszystko. Ale wyszłam na siłę na to pole, pospacerowałam, przyszłam, umyłam się, troszkę podmalowałam. Wigilia, wszystko nakryte, jadłam”. Po chwili jednak dodaje: „A na drugi dzień znowu leżałam”.

Aspekt III: Możliwe do zniesienia – kojące uznanie cierpienia i ponowne zadomowienie się w świecie

Próby tłumienia cierpienia i powierzchownego dopasowywania się do otaczającego świata, dostosowania nastroju, energii (jak zauważyłyśmy wyżej, niejednokrotnie będące odpowiedzią na oczekiwania innych) jeżeli są możliwe, to tylko przez chwilę („pospacerowałam, podmalowałam się – na drugi dzień znowu leżałam”) i same w sobie stają się przyczyną poczucia wyizolowania. Jak się wydaje, kobiety doświadczały ulgi wtedy, gdy otaczające je osoby nie zaprzeczały ich cierpieniu, ale zauważały je czy wręcz uprawomocniały. Kiedy pani Irena słyszy od koleżanek z pracy, że „czekają, żebym się wyleczyła, żebym nie wracała za wcześnie, że robota nie zajac, nie ucieknie, uspokajają”, jej myśli przestają nieustępliwie kumulować się wokół choroby, która przesłania przyszłość, pojawia się przestrzeń do wyobrażenia sobie siebie z powrotem w pracy. „To jest takie środowisko, do którego chce mi się wrócić. One co prawda pracują za mnie teraz, bo zamiast trzy są dwie. Więc pewnie jak ja wrócę, to któraś będzie szła na urlop, że ja z kolei będę musiała pracować. Widzę, że praca jest moim takim ukojeniem i daje mi energii do życia”.

Pani Irena, szukając w pamięci momentów, w których pomimo choroby czuła nadzieję, wspomina jak córki jej „kibicowały”. „Mówiły, żebym poczekała, żebym nie była taka niecierpliwa, bo to wymaga czasu”. Dzięki słowom córek pani Irena była w stanie poszerzyć perspektywę czasową – zobaczyć siebie jako tę osobę, która jest odważna i dzielna i której się kibicuje (tak jak dawniej, gdy wygrywała konkursy i uwielbiała sport, tak jak teraz, gdy pomimo ogromnego bólu nadal żyje). Córki nie utożsamiają jednak dzielności z udawaniem, że wszystko jest w porządku, ale ze znośnością tego bólu. Mówiąc, „Mamo, tyle przeszłaś, jesteś taka odważna i dzielna kobieta, musisz to wytrzymać i musisz po prostu dać sobie szansę, że jednak będzie dobrze”, córki zdejmują z badanej presję, nie chcą, by czuła się dobrze natychmiast, ale przeciwnie – czas znów zaczyna płynąć i staje się obietnicą, myśl o jego ruchu, o przemijalności daje ukojenie. Pani Wanda wspomina słowa koleżanek: „widać, że się źle czujesz, ale może to powoli przejdzie”, „czekajże cierpliwie, może tobie za chwilę będzie lepiej, może tobie się poprawi”. Wydaje się, że i te słowa otwierają przed panią Wandą przyszłość, dają nadzieję na jutro. „Wtedy myślę, że ja też się kiedyś poczuje lepiej, że będę mogła sięść w dom, brać się za zajęcia. A mam ich dużo – ugotować, posprzątać, zakupy. Mam koleżankę taką, jesteśmy zaprzyjaźnione, przyszła mnie odwiedzić. I z taką otuchą mówi ‘przejdzie ci, pomału, czekaj powoli, może powoli jakoś’. No i to jakoś człowieka mobilizuje, i żyję tą nadzieją, że będzie można jakoś żyć”.

Kobiety pytane o chwile, w których pojawia się nadzieja, odnoszą się również do pobytu w szpitalu. Szpital daje możliwość głośnego mówienia o tym, co najbardziej boli i jednocześnie wysłuchiwanie innych, którym bliskie są podobne odczucia. „Jak jesteśmy na sali, jesteśmy takie towarzystwo zgrane,

bo rozmawiamy na różne tematy, różne dolegliwości, która coś ma, co się komu dzieje, to się wspieramy – ‘może ci przejdzie za chwilę, może to, może tamto’” – pani Wanda podaje przykłady i dodaje: „Tutaj na oddziale rozmawiałam z osobami, które w podobnej sytuacji co ja są”. Pani Irena ma bardzo podobne spostrzeżenia: „Wzajemnie się wspieraliśmy, doradzaliśmy sobie. Mówiliśmy, że jednemu to dokucza, drugiemu to, dlaczego to jeszcze trwa... Tak że nawet te rozmowy, wzajemne uzalanie się nad sobą też pomagało”. Pacjenci dają sobie czas, wysłuchując swoich historii. Być może tym, co sprawia, że w szpitalu badane nabierają chęci do życia, jest nie tylko towarzystwo innych osób, ale to, że są w tym towarzystwie widzialne. Uznane jest ich cierpienie, niepokój, bezsilność, chęć do bycia razem i otwierania się, ale też do odrębności, odgradzania się od świata. Pani Beata zauważa: „Tu nie jestem sama. Utrzymuję kontakt z wszystkimi, ale wolę czasem poczytać sama książkę, niż jak mam ciągle plotkować, rozmawiać. To chwilę porozmawiam, chwilę poczytam książkę, na papieroska, ale to normalne. Spaceruję, zawsze z kimś słowo zamienię, to do tej pany się odezwę, do tej. Odmieniło mi się w szpitalu. [...] Dla mnie by się przydała jeszcze praca, ale to już kupę lat. Na pewno będę chciała za wszelką cenę się zapisać na Uniwersytet Trzeciego Wieku. Zawsze na psychologię się zapisywałam”.

Wydaje się, że kiedy znika presja zmiany, pragnienie powrotu do aktywności zaczyna kiełkować i rozwija się dalej naturalnie.

Dyskusja

Zagłębianie się w depresji i towarzyszące jej uczucie odsuwania się, znikania świata zdaje się przejawiać u opisywanych kobiet wieloaspektowo. Pierwszy aspekt – nazwany przez nas „Tracone i utracone”,

ujawnia realną utratę ważnych osób oraz dotychczasowych aktywności (śmierć małżonka, rodzeństwa, przejście na emeryturę, odejście dzieci z domu), a co za tym idzie – zmianę znajomego do tej pory otoczenia. Aspekt kolejny – tu nazwany „Niemożliwe do zniesienia”, odnosi się do poczucia wyobcowania ze świata również w tych obszarach, w których kobiety mogłyby nadal być aktywne (np. w ramach Uniwersytetu Trzeciego Wieku, poprzez kontakt z rodziną, znajomymi, sąsiadami, zajmowanie się domem), i towarzyszącego mu poczucia braku uznania ze strony najbliższych (odczytywane z takich słów jak „weź się w garść”, „nic ci nie jest”, „zajmij się czymś”). W aspekcie trzecim – tu identyfikowanym jako „Możliwe do zniesienia”, opisano natomiast przejawy relacji z innymi (doświadczenie okazywanej przez nich cierpliwości, uznawania cierpienia), które zdają się wspierać w wychodzeniu z depresji i nabieraniu chęci do dalszego życia.

Wspomnienia i tęsknota wypowiedziane przez badane i ujęte w aspekcie I przywodzą na myśl spostrzeżenie Fuchs (2018) – utrata bliskiej osoby, z którą łączyła nas głęboka więź, jest odczuwana na poziomie fizycznym – jak dosłowna utrata części siebie. Brakuje słów, zamiast nich pojawiają się reakcje organizmu – „szok; piekło mnie w klatkę; płakałam, ryczałam; próbowałam coś, chodziłam, szukałam”. Jednak badane, choć szczególnie dużo czasu poświęcają na opowieść o utracie małżonka, to, podobnie jak w wierszu Enzensbergera (2019: 79), roztaczają w trakcie rozmowy obraz nieuniknionego doświadczania zanikania szerokiego grona otaczających osób:

Najpierw jedynie nieliczni w to wierzą./ Jeden został przejechany, ten gaduła z 6b./ albo brakuje grubej kuzynki z warkoczami,/ która tak komicznie pachniała, nagle/ brakuje. Inni zostali spaleni,/ lub wyprowadze-

ni, nocą. Później przychodziły/ listy z obwódkami. Cień za cieniem/ powiększa się oddział nieobecnych,/ tak że nie możesz już sobie przypomnieć/ czapki jednego, ust drugiej./ Aż, pewnego dnia, niepostrzeżenie,/ nadchodzi i przemija chwila, kiedy z tych,/ co cię karmili, nienawidzili, pouczali/ i całowali, połowa zniknęła.

Równolegle z zanikaniem znajomego otoczenia dochodzi do utrat bardziej nieuchwytnych – własnej niezależności, aktywności. Ellis (2018) zwraca uwagę na kontekst społeczny wielu kobiet, które przez większość swojego życia opierają poczucie swojej wartości na umiejętności niesienia pomocy i dawania ulgi innym ludziom. Utrata tej roli – biorąca się ze spadku sił związanego ze starzeniem się, a następnie nasiloną przez depresję, może być paralizująca.

Najbliższe osoby stając w obliczu tego cierpienia, pragną je ukoić, choć zdarza się, iż nieświadome tego, „że żadna rada nie przystaje w pełni do samego doświadczenia cierpienia” (Gadacz 2002: 203–204), potęgują tylko ból i poczucie wyobcowania. Ukazane w aspekcie II słowa, takie jak „weź się w garść”, przywodzą na myśl żądanie, by chorująca, której nie stać na drobny ruch, sama się sobą szybko zaopiekowała, udźwignęła sama siebie, swoje cierpienie. Dłoń, która mogłaby być chwycona przez rozmówcę w geście wsparcia, ma w samotności sama siebie pochwyć, wziąć w garść, czyli dokonać czegoś niemożliwego, ponad ludzkie siły. Zaprzeczenie kryjące się w porady być może sprawia, że osoba dotknięta depresją jest jakby niewidzialna, tak jak niewidzialne jest jej cierpienie i utrata, z jaką musi się mierzyć. Jej realność staje się nieuznana właśnie wtedy, kiedy, jak podkreślił Barnes (2015: 130):

oni [przyjaciele] powinni ci powiedzieć, choćby mimowolnie, choćby niezamierzenie, że kiedyś ciebie –

was oboje widziano. Nie tylko, że się znaliście, ale też widziano was z zewnątrz: że są świadkowie, którzy potwierdzają i pamiętają was z taką dokładnością, jaka dla ciebie jest w tej chwili nieosiągalna.

Dotknięta depresją osoba, słysząc „nic ci nie jest”, staje wobec świadomości, że liczenie na obecność drugiego będzie możliwe dopiero wtedy, gdy i ona zaprzeczy swojemu cierpieniu, schowa je. Z kolei kiedy przy osobie doświadczającej bólu psychicznego zatrzymuje się drugi i daje wyraz swej cierpliwości (już w samym określeniu „cierpliwość” kryje się uznanie cierpienia), to znaczy, że będzie czekał, czyli również cierpiał, w pobliżu. Cierpienie przyjęte, podzielone, może już być do zniesienia (Opoczyńska 2010: 280). Odwoływanie się do cierpliwości opisane w aspekcie III być może przywodzi również perspektywę czasową, która u osoby pogrążonej w depresji jest zakłócona, dla której przyszłość jest brzemieniem (Kępiński 1974). Przypomina, że naturalnym jest, iż ten stan trwa i przynosi obietnicę, że będzie jakieś jutro, innymi słowy, cierpliwie czekający bliski daruje chorującej osobie czas. Didion (2016: 269) opisuje, jak ta nadzieja na jutro była dla niej podporą po śmierci męża: „Kupiłam nowe sznury kolorowych światełek. Posłużyło to jako wyznanie wiary w przyszłość. Wykorzystuję każdą okazję do tego rodzaju wyznań, jaką zdołam wymyślić, bo w rzeczywistości nie odczuwam jeszcze wiary w przyszłość”.

Być może dopiero, kiedy uda się uznać zmianę, jaka zachodzi w życiu (w pierwszej chwili zapierającą dech w piersiach), można żyć pomimo pustki po utraconych osobach lub własnej zmniejszającej się aktywności i sprawności. Wtedy może pojawić się chęć, by dalej żyć i być z innymi (towarzyszyc sąsiadom czy nowo poznanym znajomym na Uniwersytecie Trzeciego Wieku, troszczyć się o wnuki,

wspierać usamodzielnione dzieci). Wspomniany wcześniej autor Coetzee (2002) daje bohaterowi *Harńby* miejsce na zrozumienie i odkupienie, na zmianę i nowy sposób życia – na przejście od bycia w centrum uwagi do bycia ustępującym miejsca. Natomiast „pociechy”, takie jak „weź się w garść”, mają moc wykluczającą, ponieważ zaprzeczają rzeczywistości i potęgują dystans między tym, który odchodzi do przeszłości, a tymi, dla których jeszcze przyszłość stoi otworem.

Ważne jest również podjęcie refleksji nad sytuacją bliskich osób chorujących. Możliwe, że tym, co utrudnia cierpliwość wobec dotkniętego utratami i depresją, jest to, że musi ona wiązać się z uznaniem realności: nic tu się nie da zrobić, można tylko czekać, aż życie znów będzie płynąć mimo tego wszystkiego, co upłynęło i już nie wróci. Zgoda na nieodwracalne jest być może warunkiem tego, aby nie odwracać się od osób cierpiących po utracie, by nie łudzić siebie pociechą: „nic nie stracone, zobaczysz, będzie dobrze, weź się w garść, wcale nie jest tak, jak mówisz”. Te pociechy, porady, by zapanować nad własnym cierpieniem, wyzdrowieć z depresji i na powrót sprawnie funkcjonować, by cieszyć się codziennością są, być może, jedynie przejawem własnego ukrytego głębiej lęku przed skonfrontowaniem się z najciemniejszymi aspektami życia. Osoby te same stają się narażone na ogromne cierpienie i nie zawsze mają dość siły i cierpliwości, by ofiarować ją chorującym. Już nasze rozmówczynie, które mówią o swojej złości na brak empatii ze strony bliskich, jednocześnie szukają dla nich zrozumienia. Podejrzewają, że oni chcą dobrze, mają dobre intencje i może nie potrafią inaczej. Dylemat dostrzegania, dawania się dostrzec, tłumienia, wyciągania dłoni, zaprzeczania przedstawia fragment wiersza Barańczaka (2006: 475):

Płakała w nocy, ale nie jej płacz go zbudził./ Nie był płaczem dla niego, chociaż mógł być o nim./ To był wiatr, dygot szyby, obce sprawom ludzi. [...] / I półprzytomny wstyd, że ona tak się trudzi,/ to, co tłumione czyniąc podwójnie tłumionym/ przez to, że w nocy płacze. Nie jej płacz go zbudził./ I nie wyciągnął ręki. Zakłóciłby, zbrudził/ toporniejszą tkliwością jej tkliwość: Zapomnij./ Płakałam w nocy, ale nie mój płacz cię zbudził./ To był wiatr, dygot szyby, obce sprawom ludzi.

Wydaje się, że ważne jest również uznanie samej zmienności, która charakteryzuje aktywność naszych rozmówczyń (pani Irena i pani Beata zaczęły chorować wiele lat temu i od tamtej pory podejmowały się pracy, troszczyły się o bliskich, ale też, w trudniejszych okresach, wygaszały lub izolowały się we własnym pobudzeniu i nadaktywności, nie były w stanie dbać nawet o siebie). Opisowany przez nie rozkwitający i gasnący na zmianę kontakt z innymi przywodzi na myśl dokonaną przez Dresner (2010) analizę Księgi Rut. Stara kobieta Noemi naprzemiennie (jak zmieniające się cykle przyrody) jest zdolna do dawania swojej owdowiałej synowej Rut tego, co sama utraciła – pomocy, opieki nad dziećmi, bezpieczeństwa. Czasem zaś zlewa się z Rut i ożywia, wchodząc w rolę młodszej niewiasty. Noemi, która traci męża i dwóch synów – jako kobieta powracająca do ojczyzny i obowiązków, staje się pewnego rodzaju inspiracją dla synowej, która przecież również doznała utraty męża. Choć zarówno dla badanych, jak i ich otoczenia upragniony obrót spraw wyglądałby tak, że ich aktywność i zaangażowanie utrzymywałyby się nieprzerwanie, to może akceptacja tej ulotności jest ostatecznie źródłem odnawiającej się chęci życia.

Podsumowanie

Stolorow (1999), odnosząc się do własnych doświadczeń oraz słów filozofów – Gadamera, Levi-

na, stwierdza, że świat osoby, która doświadczyła dramatycznej utraty, i świat innych osób dzieli nieprzekraczalną granicą, w punkcie wyjścia ustawiając cierpiącą osobę w samotności i alienacji. Cierpienie „odcina drogi łączące cierpiącego z innymi” (Opoczyńska 2010). Żadna porada i zalecenie wyzdrowienia nie może tej przepaści przekroczyć. Możliwe, że jedynie stojąc po drugiej stronie i nie zaprzeczając temu, że dzieli nas ogromna wy-

rwa, godząc się na nią i prosząc o cierpliwość, możemy mieć nadzieję, że rana – przepaść zagoi się na tyle, by dalej można było iść razem. By jednak dokonać tego drugiego, trzeba cierpiącemu podarować również swoje cierpienie, kryjące się w cierpliwości oczekiwania – być może dlatego wybór tak często pada na zaprzeczenie, a osoba dotknięta depresją jest dodatkowo raniona przez tych, którzy idą jej z pomocą.

Bibliografia

Améry Jean (2007) *O starzeniu się: bunt i rezygnacja; Podnieść na siebie rękę: dyskurs o dobrowolnej śmierci*. Przełożył Bogdan Baran. Warszawa: Czytelnik.

Barańczak Stanisław (2006) *Wiersze zebrane*. Kraków: Wydawnictwo a5.

Barnes Julian (2015) *Wymiary życia*. Przełożyła Dominika Lewandowska-Rodak. Warszawa: Świat Książki.

Brosz Maciej (2012) *Komputerowe wspomaganie badań jakościowych. Zastosowanie pakietu nvivo w analizie materiałów nieustrukturyzowanych*. „Przegląd Socjologii Jakościowej” t. 8, nr 1, s. 98–125.

Clarke Amanda, Warren Lorna (2007) *Hopes, fears and expectations about the future: what do older people's stories tell us about active ageing?* „Ageing & Society”, vol. 27, no. 4, s. 465–488.

Coetzee John Maxwell (2002) *Hańba*. Przełożył Michał Kłobukowski. Kraków: Wydawnictwo ZNAK.

Covinsky Kenneth i in. (2014) *Dysphoria and anhedonia as risk factors for disability or death in older persons: implications for the assessment of geriatric depression*. „The American Journal of Geriatric Psychiatry”, vol. 22, no. 6, s. 606–613.

Dąbrowska Justyna (2019) *Miłość jest warta starania. Rozmowy z mistrzami*. Kraków: Agora SA.

de Beauvoir Simone (2011) *Starość*. Przełożyła Zofia Styszyńska. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.

Depla Marja i in. (2005) *The role of stigma in the quality of life of older adults with severe mental illness*. „International Journal of Geriatric Psychiatry”, vol. 20, no. 2, s. 146–153.

Didion Joan (2016) *Rok magicznego myślenia*. Przełożyła Hanna Pasierska. Znak Literanova.

Dresner Ora (2010) *„Żałoba i utrata w cyklu życia” na podstawie Księgi Rut*. „Psychoanaliza i Sztuka”, t. 1, s. 23–33.

Ellis Mary Lynne (2018) *Mourning's dissonance; who am I who mourns and whom do I mourn?* „Psychodynamic Practice”, vol. 24, no. 1, s. 6–20.

Enzensberger Hans Magnus (2019) *Spotkanie innego rodzaju*. Przełożył Ryszard Krynicki. Kraków: Wydawnictwo a5.

Erikson Erik H. (2002) *Dopełniony cykl życia*. Przełożył Aleksander Gomola. Poznań: Rebis.

Frankl Viktor (1998) *Homo patiens*. Przełożyli Jaroszewski Zdzisław, Czernecki Roman. Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax.

Fuchs Thomas (2018) *Presence in absence. The ambiguous phenomenology of grief*. „Phenomenology and the Cognitive Sciences”, vol. 17, no. 1, s. 43–63.

Gadacz Tadeusz (2002) *O umiejętności życia*. Kraków: ZNAK.

Goffman Erving (2007) *Piętno: rozważania o zranionej tożsamości*. Przełożyły Dzierżyńska Aleksandra, Tokarska-Bakir Joanna. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

- Hańbowski Wojciech (2013) *Tożsamość psychoanalitka i inne studia przypadków*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Holm Anne Lise, Lyberg Anne, Severinsson Elisabeth (2014) *Living with stigma: depressed elderly persons' experiences of physical health problems*. "Nursing research and practice", s. 1–8.
- Kępiński Antoni (1974) *Melancholia*. Warszawa: PZWL.
- Lam Raymond (2018) *Depression*. Oxford: Oxford Psychiatry Library Series.
- Opoczyńska Małgorzata (2010) *Dyskurs cierpienia – dialog świadków?* [w:] Straś-Romanowska Maria, Bartos Bogna, Żurko Magdalena, red., *Psychologia małych i wielkich narracji*. Warszawa: ENTEIA, s. 277–290.
- Opoczyńska-Morasiewicz Małgorzata (2018) *Dialog Innych albo inne monologi: przypisy do psychoterapii*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Pietkiewicz Igor, Smith Jonathan A. (2012) *Praktyczny przewodnik interpretacyjnej analizy fenomenologicznej w badaniach jakościowych w psychologii*. „Czasopismo Psychologiczne”, t. 18, nr 2, s. 361–369.
- Sartorius Norman (2003) *Introduction: Stigma and discrimination against older people with mental disorders*. "International journal of geriatric psychiatry", vol. 18, no. 8, s. 669–669.
- Shakespeare William (2013) *Sonety*. Przełożył Stanisław Barańczak. Kraków: Wydawnictwo a5.
- Shalit Erel (2017) *Cykl życia. Archetypowa droga człowieka*. Przełożyli Karol Domański, Adam Kościuk. Warszawa: ENETEIA.
- Simmel Georg (2006) *Most i drzwi: wybór esejów*. Przełożyła Małgorzata Łukasiewicz. Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Smith Jonathan A. (2007) *Hermeneutics, human sciences and health: Linking theory and practice*. "International Journal of Qualitative Studies on health and Well-being", vol. 2, no. 1, s. 3–11.
- Smith Jonathan, Osborn Mike (2004) *Interpretative phenomenological analysis*. W: Breakwell Glynis, red. *Doing Social Psychology Research*. Oxford, UK: British Psychological Society and Blackwell Publishing; s. 229–254.
- Stolorow Robert D. (1999) *The phenomenology of trauma and the absolutisms of everyday life: A personal journey*. "Psychoanalytic Psychology", vol. 16, no. 3, s. 464.
- Thomas Kelly, Shute Rosalyn (2006) *The old and mentally ill in Australia: Doubly stigmatised*. "Australian Psychologist", vol. 41, no. 3, s. 186–192.
- Tiilikainen Elisa, Seppänen Marjaana (2017) *Lost and unfulfilled relationships behind emotional loneliness in old age*. "Ageing & Society", vol. 37, no. 5, s. 1068–1088.
- World Health Organization (2015) *World report on ageing and health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2017) *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. Geneva: World Health Organization.

Cytowanie

Bańbura Anna, Kowara Katarzyna, Opoczyńska-Morasiewicz Małgorzata (2020) *Chorowanie na starość. Interpretacyjna analiza fenomenologiczna doświadczenia bólu psychicznego w relacjach społecznych kobiet w wieku senioralnym dotkniętych depresją i chorobą afektywną dwubiegunową*. „Przegląd Socjologii Jakościowej”, t. 16, nr 1, s. 186–201 [dostęp dzień, miesiąc, rok]. Dostępny w Internecie: <www.przegladsocjologiijakosciowej.org>. DOI: <http://dx.doi.org/10.18778/1733-8069.16.1.11>

Suffering from Old Age: An Interpretative Phenomenological Analysis of the Experience of Psychological Pain in Social Relations in Elderly Women Affected by Depression and Bipolar Disorder

Abstract: Ageing is a stage that many see as the moment of fulfillment, i.e. when it is possible to calmly enjoy the time that remains. It is also a period when losses accumulate (important people, professional activity, health), which can lead to a significant deterioration of psychosocial functioning, sometimes manifesting as depression. The aim of this study was to understand the experience of mental suffering experienced by elderly women who are facing both tasks relevant to their old age and clinical depression. The second objective was to understand the importance of social relations for the recovery process or, on the contrary, for the worsening of the illness.

We conducted in-depth individual interviews with three senescent women; each of them had experienced many losses in the past and is now struggling with psychological disorders in the form of a depressive episode within bipolar disorder. The contents of the interviews were then subjected to the interpretative phenomenological analysis.

On the basis of the analysis, we have distinguished three aspects of the researched subjects' relations with the surrounding world. The first one includes the losses faced by the women – the death of close relatives, retirement, decreased acuity. Another aspect concerns the feeling of alienation within areas that are still available to them, which is additionally compounded by a lack of understanding from close relatives (denial of suffering, insistence on a rapid improvement). The third aspect refers to the supportive and hope-giving behaviors of the surrounding people (acknowledging suffering, giving time to heal, showing patience). Finally, we generally reflected on the determinants of the relatives' behavior towards elderly people suffering from depression.

Keywords: depression, ageing, losses, social relations