

## CHORY, ZABURZONY, ZDROWY CZY MOŻE NORMALNY?

Leszek Laskowski

---

### Streszczenie

Autor dzieli się osobistym poszukiwaniem odpowiedzi na fundamentalne pytanie „jak żyć?”. Argumentuje, że kluczem nie jest znalezienie intelektualnej definicji, lecz świadome działanie oraz życie w zgodzie z własnymi wartościami. Podkreśla, że poczucie sensu i świadomość własnych wartości stanowią „środek ciężkości” zdrowia psychicznego, chroniąc przed poczuciem pustki nawet w trudnych chwilach. Artykuł jest wezwaniem do zmiany perspektywy: z lęku przed chorobą na zaangażowanie w proces życia (np. poprzez aplikację PolarUS i zasady CREST.BD). Stawia tezę, że zadawanie pytania „Jak żyć?” to zaproszenie do autentycznego życia, które nie jest idealne, ale jest nasze.

**Słowa kluczowe:** ZAD; ZA, zdrowie; stygmatyzacja; jakość życia; sens życia; pomimo

---

Jak żyć? Przez długi czas poszukiwałem odpowiedzi na to pytanie. Po latach zrozumiałem, że jeśli je sobie zadaję, to znaczy, że czegoś brakuje w moim życiu. Poszukując odpowiedzi, doszedłem do tego, że nie jest to tylko kwestia odpowiedzi intelektualnej, ale świadomego działania i realizacji potrzeb oraz życie w zgodzie z własnymi wartościami.

Gdy czujemy się dobrze i żyjemy w pełni, to nie zadajemy sobie takich pytań. Gdy jesteśmy zdrowi, to nie przejmujemy się chorobami. Łatwo wówczas zapomnieć o odpowiedniej profilaktyce, a przecież chcielibyśmy ten stan utrzymać jak najdłużej. W życiu napotykamy różne trudności. Może być czasem bardzo ciężko, ale jeśli trzymamy się tego, co stanowi dla nas wartość, to nie będziemy zagubieni.

Nie mogę oczekiwać, że każdego dnia będę wstawał uśmiechnięty, radosny i pełen energii. Natomiast mogę każdego dnia wiedzieć po co w ogóle otwieram oczy. Czasem nie będzie lekko. Ba! Czasem może być tak źle, że będę tworzyć zupełnie nową definicję cierpienia. Natomiast mogę jednocześnie czuć, że moje życie i moje działania mają sens. Pozostając blisko tego, co stanowi środek ciężkości zdrowia psychicznego, dużo łatwiej utrzymać stabilność własnego zdrowia. Z kolei pozostając bez jakiegokolwiek celu, nawet w komfortowych warunkach, można czuć się źle. Doświadczając poczucia pustki i bezwartościowości.

Któregoś dnia byłem sfrustrowany i zły. Zły (eufemizm) zarówno na siebie, jak i na świat wokół, że mam tak wiele problemów. Miałem już dość. I wówczas doznałem olśnienia. Zrozumiałem, że jestem dokładnie w tym miejscu, w którym chciałem być piętnaście lat temu! Ta nagła zmiana perspektywy sprawiła, że w jednej chwili przestałem się złościć i zamartwiać. Nieoczekiwanie poczułem spokój. Mimo tego, że w mojej sytuacji życiowej – poza zmianą perspektywy – nic się nie zmieniło!

Dlaczego więc nieustannie skupiamy się na trudnościach i problemach, a nie na tym co mamy? Dlaczego tak łatwo zapomnieć o tym, co jest dla nas ważne? To jest raczej szeroko rozpowszechnione zjawisko. Sama medycyna skupia się głównie na chorobach tudzież profilaktyce chorób. Niestety zdecydowanie za mało czasu poświęca zdrowiu i jego utrzymaniu. Powstaje pewien paradoks. Wiemy jak nie chorować i jak się leczyć, ale nie wiemy jak być zdrowi i utrzymać zdrowie. Często wiemy co robić, ale tego nie robimy. Albo co gorsza – jesteśmy zdrowi i tego nie doceniamy.

Moi pacjenci często przestają zgłaszać się na wizyty kontrolne jak tylko ich stan psychiczny ulegnie poprawie. Zgłaszają się z powrotem dopiero wtedy, kiedy jest z nimi źle. Może towarzyszy im myśl, „*po co iść do lekarza, jeśli nic mi nie dolega?*” Gdy jesteśmy zdrowi, nie myślimy o lekarstwach. Lekarstwa kojarzą się z chorobą. Dlaczego nie ze zdrowiem? Czasem istnieją uzasadnione obawy, iż lekarz rozpozna jakąś chorobę lub zaburzenie. W moim uznaniu taka logika jest pokraczna. Niestety powszechna. To właśnie wizyta kontrolna powinna służyć utrzymaniu zdrowia, tudzież – w innej perspektywie – zapobieganiu nawrotom. Warto więc przeznaczyć jej część aby promować zdrowie. Sam staram się o to, aby moi pacjenci prowadzili regularny tryb życia, stosowali się do zasad higieny snu, zdrowo się odżywiali, czy stosowali używki w rozsądny sposób. Tylko, że przykład idzie z góry i jeśli lekarz sam jest otyły i nie ćwiczy regularnie, to jaki będzie miał posłuch? Sprawa jest więc bardziej złożona. Jeśli sami nie będziemy uznawać zdrowia za podstawową wartość, to nie będziemy

mogli adekwatnie przekazać jej innym. Każdy człowiek przecież choruje. Można być prawnikiem, lekarką, psychologiem, psychoterapeutką, nauczycielką czy woźnym. Ja sam mogę sobie postawić trzy rozpoznania somatyczne, trzy psychiatryczne i jedno neurologiczne. W tym wszystkim, wcale nie czuję się chory.

Mocno zastanawia mnie czym jest norma. Czego o sobie nie wiemy? Czy na pewno jesteśmy zdrowi? Wiele chorób i zaburzeń pozostaje niezdiagnozowanych. Gdy byłem studentem poddałem się badaniu przez dwóch psychiatrów. Rozpoznali bezsenność. Nie zauważyli rozwijającego się zaburzenia nastroju. Dodam, że nie byli złymi lekarzami (jeden z nich jest obecnie cenionym profesorem). Retrospektywnie stwierdzam, że gdy byłem rezydentem psychiatrii, to przynajmniej kilka razy doświadczałem hipomanii. Nikt nie zwrócił mi na to wtedy uwagi, żaden psychiatra, żadna psycholog, z którymi pracowałem. Może ordynator był zadowolony z mocy przerobowych swojego pracownika i nie chciał interweniować. Może kiedyś uda mi się o to zapytać.

Na studiach zrozumiałem, że moja rodzina nie funkcjonowała i nie funkcjonuje „normalnie”. Niestety „zdrowych” i dobrze funkcjonujących rodzin czy związków poznałem relatywnie mało. Czy z tego wynika więc, że normalna rodzina nie funkcjonuje prawidłowo? Czy może powinna na 80% funkcjonować zdrowo? Ostatecznie w trakcie szkolenia specjalizacyjnego zrozumiałem, że miałem bardzo duży problem z określeniem czym jest norma, tudzież kiedy możemy powiedzieć o kimś, że jest zdrowy. Długi czas zajęło mi stworzenie odpowiedniego probierza. Gdy mamy już miarę zdrowia, to praktyka staje się łatwiejsza. Niestety możemy jeszcze spotkać inne bariery na drodze do zdrowia.

Istotnym problemem jest stygmatyzacja, zwłaszcza w zaburzeniach psychicznych. Przykładem niech będzie zaburzenie dwubiegunowe. W Polsce, większość lekarzy, a za nimi również pacjentów, używa terminologii Choroby Afektywnej Dwubiegunowej, pomimo tego, że Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób (ang. ICD, International Classification of Diseases) już w 1990 r., w wersji 10 (ICD-10) mówiła o Zaburzeniu Afektywnym Dwubiegunowym. Rozumiem, że skrót ChAD jest lepszy niż ZAD, ale poza tym nie znajduję żadnego powodu, aby pozostawać przy starej terminologii. Tym bardziej, że najnowsza wersja, czyli ICD-11 opublikowana w 2018 r. mówi już o Zaburzeniu dwubiegunowym. A więc najbardziej aktualną abrewiacją będzie ZD. Elegancka w piśmie, lecz nieatrakcyjna w wymowie. Zmiany są bardzo istotne. Korekty w amerykańskiej klasyfikacji zaburzeń psychicznych sięgają jeszcze dalej. Choroba Afektywna

Dwubiegunowa (ang. Manic-Depressive Illness) pojawia się jedynie w pierwszej (DSM-I, 1952) i drugiej edycji (DSM-II, 1968) tej klasyfikacji. Od DSM-III (1980) wprowadzono nazwę Bipolar Disorder czyli Zaburzenie dwubiegunowe. W kolejnej wersji (DSM-IV) wydanej w 1994 r. po raz pierwszy wyróżnione zostało Zaburzenie dwubiegunowe typu II (w ICD-10 znajdowało się jeszcze w kategorii „inne zaburzenia afektywne dwubiegunowe”, ale już jako Zaburzenie dwubiegunowe typu II). Dlaczego to jest ważne? Albowiem wg mnie destygmatyzacja w Polsce była iluzoryczna – to raz. Zaburzenia dwubiegunowe, to zaburzenia nastroju, a nie afektu – to dwa. A po trzecie: typ I i typ II to dwa zupełnie różne zaburzenia psychiczne i leczy się je inaczej.

Do czego zmierzam? Stygmatyzacja potrafi bardzo głęboko zakorzenić się w kulturze i bardzo trudno ją wyplenić. Możemy kogoś stygmatyzować i jednocześnie wierzyć, że tego nie robimy. Destygmatyzacja potrafi być długim i powolnym procesem. Jest jak dojrzewanie. Dojrzały psychiatra nie stygmatyzuje swoich pacjentów. Niestety widzę, że wielu profesorów, którzy uczą młode pokolenia specjalistów, zasiewa zalążek stygmatyzacji. Z kolei to właśnie w młodym pokoleniu rozbrzmiewa siła przebiccia ukutych ram starego myślenia, a co za tym idzie wolności od stygmatyzacji i pełnego dostępu do zdrowia psychicznego.

Autostygmatyzacja jest także dużym problemem, bo często działamy pod jej kierownictwem nawet o tym nie wiedząc. Nosimy w sobie wstyd, nie mówimy o wielu naszych doświadczeniach w obawie przed krytyką. Nierzadko dotyczy to zwykłych, normalnych spraw, które potrafimy mylnie uznać za „chorobowe”. Możemy bać się dobrego nastroju, bo może być przejawem manii lub hipomanii. Gorszy dzień staje się od razu depresją. Często słyszę, że „wczoraj miałem depresję, ale dzisiaj już nie”. Czy ból głowy od razu musi być migreną? Czy duszność od razu musi być astmą? Kłucie w klatce piersiowej zawałem? Jeśli masz jakieś zaburzenie psychiczne, to zakładam, że pomimo wszystko przez większość czasu funkcjonujesz i zachowujesz się normalnie! Problem istnieje też w rodzinach. Na przykład rodzice dzieci ze spektrum autyzmu często wstydzą się i boją reakcji, czy domniemanej oceny innych ludzi na temat ich potomstwa, czy ich samych. W konsekwencji ograniczają swoje grono znajomych do jedynie kilku najbardziej zaufanych i często mających podobne problemy przyjaciół.

Co zatem jest normą, a co zdrowiem? Nie mogę tym wyrażeniom postawić równości. Jeśli normą miałyby być średnia, to Polacy nie są normalni, bo spożywają więcej alkoholu niż średnia europejska. Aktywność fizyczna? Jesteśmy jednym z najmniej aktywnych fizycznie krajów Europy. Polscy

mężczyźni dwa razy częściej umierają z powodu chorób sercowo-naczyniowych, niż średnia europejska. Im bardziej zagłębiałem się w te dane, tym było gorzej. Na końcu musiałem skonstatować, że sam jestem nieludzko chory i całkowicie nienormalny. Tylko dlaczego wcale się tak nie czuję?

Diagnoza ma pomóc osobie diagnozowanej. Jeśli zdiagnozujemy astmę, to wiemy, jak ją leczyć. Mamy podstawy naukowe. Natomiast nie tylko leki są ważne. Musimy nauczyć się funkcjonowania naszego organizmu. Dowiedzieć się co jest dla niego dobre, a co nie. Podobnie jest z zaburzeniami psychicznymi. Diagnoza ma o tyle wartość, o ile może poprawić jakość życia danej osoby i utrzymać zdrowie. Zdrowie jest celem. Jeśli skupimy się tylko na symptomach i leczeniu patologicznych objawów, to tracimy z oczu sens leczenia. Jakość życia we wszystkich jego przejawach. Mamy odpowiednie skale, aby monitorować jakość życia np. QoL.BD (Skrócony kwestionariusz jakości życia w zaburzeniach afektywnych dwubiegunowych; ang. Brief Quality of Life in Bipolar Disorder, QoL.BD). Niedawno CREST.BD (międzynarodowy zespół badawczy i kliniczny zajmujący się poprawą jakości życia osób z zaburzeniem dwubiegunowym) stworzył i udostępnił aplikację, która przyjmuje tę odmienną perspektywę. Nazywa się PolarUS i jest dostępna dla użytkowników iOS i Android. Na razie dostępna jest przede wszystkim w języku angielskim (większość badaczy pochodzi z Kanady), ale w toku są prace tłumaczenia na wiele innych języków. W aplikacji zaznaczamy między innymi jakie sfery naszego życia są w danej chwili ważne, jak oceniamy jakość naszego życia, a następnie prowadzimy dziennik. Mamy w niej dostęp do licznych zasobów np. radzenia sobie ze stresem, prowadzenia regularnej aktywności fizycznej, pracy nad stabilną samooceną i wiele, wiele innych. Nie są to typowe rady czy zalecenia jakie usłyszymy na typowej konsultacji psychiatrycznej. A szkoda.

Podsumowując, zdrowie – zarówno psychiczne, jak i fizyczne – nie jest stanem danym raz na zawsze. To proces wymagający uważności, zaangażowania i odwagi, aby patrzeć na siebie z uczciwością. Żyjemy w świecie, który uczy nas reagować na chorobę czy zaburzenie, ale rzadko pokazuje, jak pielęgnować zdrowie. Dlatego tak łatwo zgubić się w pogoni za „normą”, w lęku przed oceną czy w pułapce stygmatyzacji. A przecież kluczem nie jest idealne dopasowanie do jakiegoś abstrakcyjnego wzorca funkcjonowania, lecz znalezienie własnego punktu równowagi – tego, co naprawdę nadaje sens naszym działaniom.

Zdrowie nie oznacza braku trudności, tak samo jak cierpienie nie przekreśla wartości naszego życia. To właśnie poprzez świadome życie, blisko własnych

wartości i autentycznych potrzeb, możemy utrzymać kierunek nawet wtedy, gdy wszystko inne się chwieje. Diagnozy, klasyfikacje i protokoły mają nam pomagać, nie definiują nas w całości, jako osób. Ostatecznie chodzi o to, aby człowiek mógł po prostu żyć – pełniej, mądrzej i bardziej po swojemu.

Jeśli więc wciąż zadajemy sobie pytanie „jak żyć?”, to nie sygnał porażki, lecz zaproszenie. Zaproszenie do tego, by na nowo przyjrzeć się temu, co naprawdę jest dla nas ważne i krok po kroku zbliżać się do życia, które nie jest idealne, ale jest nasze.

## Bibliografia

1. <https://www.bdqol.com/>
2. <https://www.crestbd.ca/>
3. Michalak, E. E., Suto, M., Barnes, S. J., Hou, S., Lapsley, S., Murray, G., & Yatham, L. N. (2012). Effective self-management strategies for living well with bipolar disorder: A community-based participatory research study. *BMC Psychiatry*, 12, 1–11. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-127>.
4. Morton, E., Foxworth, P., Dardess, P., Altimus, C., DePaulo, J. R., Talluri, S. S., Michalak, E. E., Rinvelt, P. D., Corrigan, P. W., & Turvey, C. (2022). “Supporting wellness”: A Depression and Bipolar Support Alliance mixed-methods investigation of lived experience perspectives and priorities for mood disorder treatment. *Journal of Affective Disorders*, 299, 575–584.
5. Morton, E., Murray, G., Yatham, L. N., Lam, R. W., & Michalak, E. E. (2021). *The Quality of Life in Bipolar Disorder (QoL.BD) questionnaire a decade on – A systematic review of the measurement of condition-specific aspects of quality of life in bipolar disorder. Journal of Affective Disorders*, 278, 33–45. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.017>
6. Provencher, M. D., Morton, E., Beaudoin, A. S., Guillemette, J., Rheault, E., Mérette, C., Coque, L., Hawke, L. D., & Michalak, E. E. (2020). The Quality of Life in Bipolar Disorder (QoL.BD) Scale: Validation of a French cross-cultural adaptation: L'échelle de qualité de vie dans le trouble bipolaire (QoL.BD): Validation d'une adaptation française interculturelle. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 66(3), 298–305.

---

## O autorze

Leszek Laskowski – Kierownik Poradni Zaburzeń Dwubiegunowych w Centrum Terapii Dialog, lekarz specjalista psychiatra. Członek International Society for Bipolar Disorders (ISBD) oraz Neuroscience Education Institute (NEI). Współpracuje z The Collaborative RESearch Team to study psychosocial issues in Bipolar Disorder (CREST.BD).

---

Leszek Laskowski

Otrzymano: 08.12.2025

Zaakceptowano: 14.12.2025

Opublikowano: 19.12.2025