

## **Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki bezpośrednio związane z leczeniem psychiatrycznym**

### **Stigmatization on the way to recovery in mental illness – the factors directly linked to psychiatric therapy**

Magdalena Tyszkowska, Magdalena Podogrodzka

III Klinika Psychiatryczna IPiN w Warszawie  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. M. Jarema

#### **Summary**

The aim of this study is to draw attention to the ambiguity of the relationship between the process of recovery and implemented psychiatric treatment. With getting the diagnosis, a mentally ill person is automatically assigned to a certain society group and is involved into the mental health care system. People with a diagnosis of serious mental illness have to face not only their new health condition and adapt to the available health care system, but also to deal with the reaction of their environment. The process of recovery in mental illness includes remission of symptoms, getting back to the normal functioning, recuperating the life satisfaction, but also means the personal transformation and opposition to stigma. The most of the public demonstrates the stigmatizing opinions and discriminatory behavior in relation to the mentally ill, which does not foster their recovery and social reintegration. The nearest surrounding of the mentally ill is dominated by psychiatric staff, other mentally ill, psychotropic drugs and psychiatric hospital. These factors directly linked to the diagnosis and treatment of a psychiatric patient are supposed to help in recovery. In fact, at the same time they may contribute to recovery, and be a source of additional suffering or impede recovery. Despite symptomatic and functional remission, the mentally ill people stay outside the mainstream, remain socially isolated and excluded.

**Słowa kluczowe:** stygmatyzacja, zdrowienie

**Key words:** stigmatization, recovery

#### **Wstęp**

Osoby z poważnymi zaburzeniami psychicznymi wkrótce po usłyszeniu diagnozy muszą się zmierzyć nie tylko z własną, nową sytuacją zdrowotną, ale również z reakcją otoczenia. Odtąd w percepcji przeważającej części społeczeństwa będą znacząco odróżniać się od innych. Towarzyszyć im będzie już na stałe rozpoznanie choroby

psychicznej, z której objawami muszą wygrać, aby zachować siebie. W konsekwencji, w krótkim czasie chory psychicznie ma w swoim najbliższym otoczeniu personel psychiatryczny, innych chorych psychicznie, leki psychotropowe, szpital psychiatryczny i być może bliskich, jeśli go jeszcze nie opuścili. Wymienione elementy bezpośrednio związane z rozpoznaniem i leczeniem choroby psychicznej powinny pomagać choremu w zdrowieniu. W rzeczywistości mogą w różnym stopniu jednocześnie sprzyjać zdrowieniu, jak i być źródłem dodatkowego cierpienia, utrudniać powrót do zdrowia poprzez swój stygmatyzujący charakter.

Celem pracy jest zwrócenie uwagi na złożony i niejednoznaczny charakter związków między czynnikami związanymi z leczeniem psychiatrycznym a zdrowieniem osoby chorej psychicznie w oparciu o dane z piśmiennictwa.

### **Etykieta rozpoznania choroby psychicznej – zdrowienie pomimo diagnozy**

Przez wiele lat powszechnie panujący pogląd o braku nadziei na wyzdrowienie z poważnych chorób psychicznych skłaniał do bierności i działania zachowawczego w postępowaniu terapeutycznym. Obserwowana nieskuteczność leczenia farmakologicznego, dodatkowo obciążonego znaczącymi działaniami niepożądanymi, spowodowała brak wiary w możliwość osiągnięcia dobrego samopoczucia i funkcjonowania przez osoby chore oraz możliwość powrotu do zdrowia. Choroby psychiczne zajęły miejsce wśród chorób nieuleczalnych, budzących lęk, co sprzyjało napiętnowaniu i wykluczeniu społecznemu tych chorych [1]. Szczególnie rozpoznanie schizofrenii kojarzyło się z niekorzystnym przebiegiem choroby, zauważalną odmiennością osób, które zmagaly się albo z objawami choroby, albo z objawami niepożądanymi farmakoterapii. Takie rozpoznanie stanowiło wyrok oznaczający rychło postępującą degradację psychiczną, nieprzewidywalne, gwałtowne zachowania i w konsekwencji usprawiedliwione działania otoczenia zmierzające do przejęcia kontroli nad obecnością chorych w społeczeństwie. W opublikowanej ostatnio pracy dotyczącej zjawiska stygmatyzacji, opierającej się na raportach z 14 krajów europejskich, autorzy podkreślają utrzymującą się powszechną niewiedzę na temat chorób psychicznych [2]. Z badań oceniających postawy i opinie społeczne w wielu krajach wynika, że najbardziej niekorzystnie przyjmowana jest diagnoza schizofrenii [2–5]. Rzadziej wykazywano, że tak samo pejoratywnie jak chorzy na schizofrenię odbierani są chorujący na inne zaburzenia psychiczne: depresję, chorobę afektywną dwubiegunową, zaburzenia lękowe, zaburzenia łaknienia, uzależnienie od alkoholu [2, 5]. Wydaje się, że mogą istnieć różnice kulturowe, zwłaszcza w podejściu do depresji i uzależnień od alkoholu. W Norwegii osoba chora psychicznie jako „nieudacznik o słabym charakterze” i osoba mniej wartościowa jest przeciwstawiana ideałowi rozsądnego, niezależnego i niewyróżniającego się zanadto od ogółu osobnika. Jednocześnie uzależnienie od alkoholu jest tam postrzegane bardzo negatywnie, ale głównie jako zjawisko społeczne – konsekwencja niepowodzeń życiowych, za które odpowiada w dużym stopniu osoba uzależniona [2]. Nieco inaczej przedstawia się sytuacja w Rumunii, gdzie stygmatyzacja dotyka w największym stopniu osoby chore na schizofrenię, a depresja, lęk i uzależnienie od alkoholu traktowane są jako wynik codziennych trudności życiowych [2]. W badaniu

przeprowadzonym w Niemczech rozpoznanie depresji praktycznie nie zmieniało zachowań i postaw w stosunku do chorego [3].

### **Rokowanie w chorobach psychicznych – możliwość poprawy czy możliwość wyzdrowienia?**

Pesymizm co do rokowania i poczucie beznadziejności nie sprzyjają zdrowieniu. Wprowadzenie w latach 90. XX wieku terminu powrotu do zdrowia (recovery) w poważnych chorobach psychicznych wydawało się jednocześnie przełomem, jak i koniecznością [5, 7]. Inspiracją okazało się doświadczenie wyniesione z przewlekłych, nieuleczalnych chorób somatycznych. W tych przypadkach przesadą byłoby zapewnianie chorych, że możliwe jest osiągnięcie całkowitego powrotu do zdrowia, trwałe ustąpienie choroby. Trudno jednak pozostawiać osoby chore z przeświadczeniem, że nic już nie mogą zrobić w dążeniu do odzyskania zdrowia, pozbawić je nadziei. Takie prawo przysługuje również chorym psychicznie. Wyzdrowienie w schizofrenii najczęściej rozumiane jest jako uwolnienie od objawów choroby, powrót do normalnego funkcjonowania i satysfakcjonująca jakość życia [8, 9]. Niektórzy autorzy za cel terapii i jednocześnie wskaźnik uzyskania powrotu do zdrowia uznają osiągnięcie przez chorego autonomii osobistej i społecznej [10, 11].

### **Zdrowienie a leczenie lekami psychotropowymi**

Przyjmowanie leków przeciwpsychotycznych kojarzy się z zachorowaniem na poważną chorobę psychiczną [12]. Na podstawie przeglądu piśmiennictwa dokonanego z inicjatywy WHO w 2010 roku autorzy raportu identyfikują poglądy, z powodu których leki psychotropowe są odrzucane. Chorzy i ich krewni uważają, że leki te uzależniają, nie działają na przyczynę choroby, a tylko na same objawy, wpływają na osobowość, zmniejszają odczuwanie emocji. W niektórych badaniach wykazywano, że chorzy traktują leczenie farmakologiczne jako ostateczność, preferując psychoterapię jako interwencję pierwszego rzutu. Pacjenci podkreślają, że potrzeba dużo czasu, aby leki przeciwpsychotyczne lub przeciwdepresyjne zaczęły działać i dość często okazują się one w końcu nieskuteczne. Pomimo tego udowodniano, że dłużej chorujący pacjenci i ich rodziny wykazują bardziej pozytywne podejście do przyjmowania leków, zwłaszcza ci, którzy byli hospitalizowani [4]. Stygma związana z leczeniem lekami psychotropowymi w znacznym stopniu związana jest z występowaniem widocznych działań niepożądanych. Dotyczy to szczególnie leków przeciwpsychotycznych. W opinii pacjentów przyrost masy ciała, nadmierne uspokojenie i zaburzenia koncentracji uwagi w większym stopniu utrudniają normalne funkcjonowanie niż objawy choroby [13]. Dowodem na głęboko zakorzeniony w świadomości społecznej piętnujący charakter przyjmowania leków psychotropowych jest obserwowana tendencja, nie tylko wśród chorych, do zaprzestania przyjmowania leków, jeśli tylko zostanie osiągnięta remisja objawów [11]. Dobry stan zdrowia kojarzy się z autonomicznym dobrostanem niewymagającym wspomagania farmakologicznego. Kryteria rozpoznania wyzdrowienia w schizofrenii według niektórych badaczy zakładają, że chory nie przyjmuje

leków przeciwpsychotycznych lub przyjmuje ich subterapeutyczne dawki [14, 15]. Pacjenci, którzy uzyskują długotrwałą poprawę pozwalającą na normalne funkcjonowanie, niejednokrotnie po wielu latach przyjmowania leków sami podejmują decyzję o zaprzestaniu ich przyjmowania. Dodatkowo często zrywają wszelki kontakt z placówkami opieki psychiatrycznej i odmawiają nawet rozmowy na temat doświadczeń związanych z przebytą psychozą [14].

Prawdopodobnie w związku z większą tolerancją społeczną dla depresji inaczej przedstawia się podejście do leków przeciwdepresyjnych. Pierwszy taki lek nowej generacji – Prozac (fluoksetyna) – początkowo został okrzyknięty „pigułką szczęścia” i zyskał status kultowego leku. W kolejnych latach leki przeciwdepresyjne nowej generacji (SSRI) oskarżane były o to, że są nadużywane i zwiększają ryzyko samobójstw. Późniejsze badania nie potwierdziły tych zarzutów. Wykazywano, że w ostatnich 10–15 latach, kiedy wzrastało stosowanie leków przeciwdepresyjnych, jednocześnie zmniejszyła się częstość samobójstw wśród osób w wieku 15–24 lat [16]. Niemniej jednak znane jest zjawisko, że osoby cierpiące na depresję unikają lub wręcz odmawiają przyjmowania leków przeciwdepresyjnych, ponieważ nie chcą być uważane za osoby słabe, niepotrafiące poradzić sobie z emocjami [17] lub nie chcą otrzymać etykiety chorego psychicznie [18]. Brak spójności informacji na temat leczenia lekami psychotropowymi nie ułatwia ani chorym zdrowienia, ani psychiatrom prowadzenia terapii. Podtrzymanie motywacji chorego do kontynuowania leczenia psychotropowego bywa trudne zarówno przy wysokiej skuteczności i dobrej tolerancji („czuję się zdrowy i nie potrzebuję leków”), jak i w przypadku, gdy obserwowane są działania niepożądane lub niezadowolająca skuteczność. Osoby dotknięte chorobą psychiczną, dążąc do zdrowia, czują się napiętnowane przez sam fakt regularnego przyjmowania leków psychotropowych. Leki przypominają im o chorobie, nawet w okresach remisji objawów, normalnego funkcjonowania i dobrego samopoczucia [15, 19].

### Personel psychiatryczny

Osoby z problemami ze zdrowiem psychicznym oraz ich bliscy często uznają, że kontakt z psychiatrą jest stygmatem sam w sobie, jest jednoznaczny z diagnozą choroby psychicznej. Badania potwierdzają stygmatyzujący społecznie charakter konsultacji psychiatrycznej. Obawa przed napiętnowaniem – obok lęku przed diagnozą – często bywa przyczyną odwlekania momentu pierwszego kontaktu z psychiatrą i rozpoczęcia leczenia [20]. Na psychiatrze najczęściej spoczywa odpowiedzialność za postawioną diagnozę i zakomunikowanie jej choremu i rodzinie. Sposób, w jaki to robi, może wpływać na dalszy przebieg leczenia i motywację pacjenta do współpracy. Źródło na podstawie dokonanego przeglądu badań z różnych krajów pokazuje, że psychiatrzy nierzadko nie przekazują chorym i ich bliskim w rzetelny, partnerski sposób informacji o rozpoznaniu schizofrenii. W Szwajcarii tylko 7,3% , a we Francji 1/3 psychiatrów zawsze informuje chorych o rozpoznaniu schizofrenii. W Turcji 42,7% psychiatrów nigdy nie informuje chorych o tym rozpoznaniu [21]. Unikając konfrontacji i konkretnych sformułowań, psychiatrzy przyczyniają się do wzmocnienia lęku u chorych i poczucia beznadziejności, podważają swoje kompetencje w zakresie pewności stawianej diagnozy i oferowanego leczenia.

Personel, w tym psychiatrzy, sam może być źródłem stygmatyzacji. Postawa psychiatrów wydaje się mieć decydujący wpływ na kształtowanie opinii, ponieważ są oni postrzegani jako eksperci. Tymczasem wyniki badania brytyjskiego wskazują, że tylko 71% psychiatrów i 35% personelu niemedycznego zdecydowałoby się na przyjmowanie leków przeciwpsychotycznych, a 23% nie poleciłoby ich przyjmowania swoim krewnym w przypadku zachorowania na schizofrenię [22]. Ŭćok wykazał, że psychiatrzy w odniesieniu do chorych psychicznie rzadko wyrażają bardziej pozytywne opinie w porównaniu z populacją ogólną, dość często są to opinie podobnie negatywne, a w przeważającej większości badań – bardziej negatywne [21]. Pesymizm psychiatrów może wynikać z ich codziennych doświadczeń zawodowych (tzw. „iluzja klinicysty”). Po pomoc do psychiatrii zgłaszają się najczęściej chorzy w zaostrzeniu choroby [23]. W szpitalach leczeni są najciężej chorzy, często pacjenci chroniczni i z nieodwracalnymi deficytami [21, 24]. Psychiatry, nie będąc w stanie leczyć szybko i skutecznie, mogą być postrzegani jako mało kompetentni.

Nie bez znaczenia jest zjawisko napiętnowania samych psychiatrów i jego wpływ na relację terapeutyczną z chorymi. Z jednej strony psychiatrzy podlegają wpływowi stygmatyzacji udzielonej ze strony swoich pacjentów (chorzy o złym rokowaniu i niskim statusie społecznym). Z drugiej strony – sami często czują się wypaleni, niedoceniani czy nieskuteczni w działaniu. Obarcza się ich winą za postawioną diagnozę (brak akceptacji), wątpliwości diagnostyczne, brak lub niewystarczającą skuteczność terapii, działania niepożądane leków. Posądza się ich o nadmierną kontrolę nad chorymi i chęć ingerencji w ich umysły. Zarzuca, że poświęcają zbyt mało czasu na rozmowę z pacjentami [4, 24]. Personel, który sam doświadcza piętna, przenosi je na pacjentów, którzy wówczas częściej relacjonują poczucie napiętnowania i mniejszą satysfakcję z leczenia. W badaniach pacjenci podkreślali rolę niezadowalającej opieki medycznej oraz etykietowania psychiatrycznego w rozwijaniu poczucia stygmy [25, 26]. Jednak pomimo powielania przez psychiatrów negatywnych stereotypów podobnych do występujących w populacji ogólnej, częściej przeciwstawiają się oni nakładaniu na chorych ograniczeń wolności osobistej i prawa do samostanowienia [27]. Pacjenci i ich bliscy miewają ambiwalentny stosunek do leczących ich psychiatrów. Chorzy w czasie leczenia szpitalnego lub z hospitalizacją w historii częściej wyrażali opinię o tym, że psychiatrzy są godni zaufania i pomocni [4].

Strategie walki ze stygmatyzacją na ogół zakładają jako podstawę działania edukację społeczeństwa. W świetle przytaczanych badań samo zwiększenie wiedzy o chorobach psychicznych i bezpośredni kontakt z chorymi psychicznie mogą nie przynieść spodziewanych rezultatów. Z jednej strony psychiatrzy mają kontakt z chorymi i posiadają wiedzę merytoryczną, ale z drugiej strony „po pracy” zamieniają się w zwykłych członków swojej społeczności, upodabniając się w poglądach i zachowaniach do otoczenia [4, 21].

### **Szpitalne psychiatryczne**

Warunki sprawowania opieki nad chorymi psychicznie, szpitale i inne placówki często są przynębiające i poniżej standardów w porównaniu z innymi specjalnościami

medycznymi. Powszechny jest model szpitala psychiatrycznego jako miejsca izolacji chorych, oddalonego od innych placówek medycznych. Miejsca takie nie sprzyjają poczuciu bezpieczeństwa i poszanowaniu godności, nie zachęcają do podjęcia walki o wyzdrowienie. Pobyt w szpitalu psychiatrycznym oznacza w odbiorze społecznym zachorowanie na ciężką, poważną chorobę psychiczną [24].

Wdrażana w wielu krajach reforma opieki psychiatrycznej zakłada integrację psychiatrii z innymi dziedzinami medycyny (szpitale wielospecjalistyczne), a przede wszystkim dąży do ograniczenia czasu przebywania chorych w zamkniętych oddziałach szpitalnych do niezbędnego minimum. W Polsce, zgodnie z tymi tendencjami, Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego zakłada intensywny rozwój psychiatrycznej opieki środowiskowej, która ma przejąć większą część opieki nad chorymi, być dla nich bardziej przyjazna i dostępna [28].

### **Chory psychicznie – osoba z „objawami”**

Znaczącym źródłem napiętnowania są objawy choroby i wynikające z nich zachowania chorych, które odróżniają ich od społeczności. Fink i Tassman przytaczają wyniki badania, wymieniając objawy u osób z zaburzeniami psychicznymi, które zauważane przez otoczenie wywoływały jego reakcję. Najczęściej były to objawy depresyjne (38%), napięcie (37%), podejrzliwość (35%), upijanie się (19%), halucynacje (19%), próby samobójcze (16%), skargi somatyczne (15%), wycofanie emocjonalne (14%). W innym badaniu pokazano, że studenci postrzegani jako depresyjni w porównaniu z grupą kontrolną byli unikani przez swoich kolegów. Depresyjność studentów wpływała na samopoczucie innych [24].

Wygląd fizyczny ma wpływ na relacje społeczne. Pacjenci psychiatryczni odbierani są jako mniej atrakcyjni fizycznie [29–31]. Nieatrakcyjność ta jest wiązana z gorszym przystosowaniem społecznym, czego dowodzi wiele opublikowanych badań dotyczących niehospitalizowanych chorych psychicznie. Napoleon wykazał, że nieatrakcyjność fizyczna powoduje u ludzi problemy psychiczne, a nie odwrotnie [24, 31]. Farina wykazała, że im lepiej był oceniany wygląd chorych po wypisie ze szpitala psychiatrycznego, zwłaszcza w przypadku kobiet, tym łatwiej byli oni przyjmowani z powrotem do społeczności [24, 30]. Inną przeszkodą w reintegracji społecznej i w poszukiwaniu pracy jest odbierane przez otoczenie napięcie, widoczny lęk w zachowaniu i wyglądzie osób z problemami psychicznymi [24, 30]. Pomimo choroby znaczna część chorych mogłaby pracować. Dane z rynku pracy wskazują, że tylko 10–30% chorych psychicznie jest zatrudniona, przy czym około 30% z tych, którzy nie pracują, mogłoby to robić [32, 33]. Dobre przystosowanie społeczne i funkcjonowanie części chorych współwystępuje z zatrudnieniem. Nie ma pewności co do jednoznacznej przyczyny tej zależności: czy chorzy, którzy są w lepszym stanie, znajdują pracę i ją utrzymują, czy posiadanie zatrudnienia powoduje pełniejsze zdrowienie [34]. Ograniczenia w funkcjonowaniu społecznym chorych nie wydają się wynikać tylko z realnych barier związanych z objawami czy leczeniem. Za rzeczywisty rozmiar społecznego wykluczenia chorych psychicznie wydają się odpowiadać stygmatyzujące przekonania społeczeństwa. Jednocześnie trzeba zauważyć, że osoby

chore psychicznie, pomimo doświadczeń napiętnowania, pozostają członkami swojej społeczności. Trudno jest im samym uwolnić się od społecznych stereotypów i uprzedzeń z chwilą rozpoznania choroby. Poczucie bycia odmiennym powoduje, że oczekują przejawów dyskryminacji (piętno antycypowane), podzielają nieprzychylnie opinie i zbyt dobrze rozumieją zachowania swojej społeczności (autostygmatyzacja). Mogą czuć się winni, że zachorowali, a ich krewni są napiętnowani społecznie z ich powodu. Mają zaburzone poczucie tożsamości, poczucie niskiej własnej wartości i satysfakcji z życia. Link i wsp. wykazali, że chorzy najbardziej odczuwający stygmatyzację mieli 7–9 razy niższą samoocenę w porównaniu z doświadczającymi napiętnowania w mniejszym stopniu [36].

### **Zdrowienie chorego psychicznie pomimo stygmy choroby i leczenia**

Promowanie „wyleczenia” jako celu terapeutycznego w poważnych zaburzeniach psychicznych – jak schizofrenia – zakłada aktywność chorego, opiera się w dużym stopniu na jego perspektywie postrzegania: czym jest choroba, a czym ma być wyzdrowienie. Chory staje się partnerem przy podejmowaniu decyzji terapeutycznych [35]. Harvey i Bellack podkreślają rolę motywacji pacjenta w powrocie do prawidłowego funkcjonowania, oprócz obiektywnej zdolności do jego osiągnięcia. Wprowadzenie powrotu do zdrowia jako celu terapeutycznego daje chorym nadzieję na lepszą przyszłość, zachęca do brania odpowiedzialności za siebie, wzmacnia poczucie własnej wartości i daje satysfakcję z życia [10, 19]. Organizacja opieki psychiatrycznej i jej jakość od wielu lat bywa wskazywana jako istotna przeszkoda w osiągnięciu powrotu do zdrowia przez chorych psychicznie [19].

Ruch antypsychiatrii, który rozwinął się w latach 60. XX wieku, powstał na gruncie sprzeciwu wobec przedmiotowego i paternalistycznego traktowania osób zaburzonych psychicznie, powszechnego przyzwolenia na stosowanie wobec nich przymusu, izolacji i innych kontrowersyjnych działań terapeutycznych w ramach „opieki nad psychicznie chorymi”. Przedstawiciele tego ruchu, wśród nich Szasz czy Laing, kwestionowali istnienie choroby psychicznej, zwłaszcza „schizofrenii”, w kategoriach medycznych, podkreślając brak uprawnień do oceny normy psychicznej nawet przez profesjonalistę – psychiatrę, który ich zdaniem zawsze będzie pozostawał reprezentantem społeczeństwa (władzy) [37–39]. Reprezentując głęboko humanistyczne podejście, Szasz zauważał: „choroba nie czyni z człowieka pacjenta” [38]. Zwolennicy i kontynuatorzy ruchu antypsychiatrii zwracali uwagę na silne uwarunkowania społeczne, etyczne i kulturowe zjawiska choroby psychicznej oraz jego prawnopolityczne konotacje i konsekwencje [39]. Kwestionowano rolę psychiatry i realność spełnienia oczekiwań, że w sposób profesjonalnie obiektywny, pozbawiony wpływów zewnętrznych będzie orzekał o spełnianiu normy zdrowia psychicznego [38, 39]. Michael Foucault kontynuował krytykę systemu opieki nad chorymi psychicznie, stając po stronie obrony wolności jednostki, wskazywał na mechanizmy, w jakich system ten może stawać się narzędziem represji, ukrytym elementem sprawowania władzy, służyć ograniczaniu wolności osób nie mieszczących się w normach wyznaczanych subiektywnie w nieuprawniony sposób przez poszczególne grupy społeczne [39, 40]. Pomimo tego, że

wywody antypsychiatrów miały charakter bardziej filozoficzny niż medyczny, często demagogiczny i pełen wewnętrznych sprzeczności terminologicznych (np. jeśli nie ma choroby psychicznej, to nie ma też osób chorych psychicznie potrzebujących terapii), w swoisty sposób przyczyniły się do przełamania dominującego, paternalistycznego i schematycznego podejścia do osób z zaburzeniami psychicznymi. Pozostaje aktualne pytanie o granicę, prawo do zakwalifikowania osoby, której zachowań nie rozumiemy lub nie potrafimy się z nią skomunikować, jako niemieszczącej się w normie zdrowia psychicznego. Można również stawiać pytanie o prawo do ingerencji, czyli o dopuszczalny wymiar leczenia osób uważanych za zaburzone psychicznie.

Opieka psychiatryczna nad chorymi ulega ciągłym zmianom, jednak nadal pozostaje dużo do zrobienia [28]. Poszczególne składowe opieki psychiatrycznej i ich związki z procesem zdrowienia nadal wskazują na jednoczesne występowanie sprzecznych wpływów. Z jednej strony wdrożenie odpowiedniego leczenia i dbanie o bezpieczeństwo chorych jest zdobyczą ostatnich dziesięcioleci, umożliwia ich humanitarne traktowanie z poszanowaniem praw (Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, 1994). Z drugiej strony – zbyt często staje się źródłem dodatkowego cierpienia, stygmatyzacji prowadzącej do wtórnej inwalidyzacji i wykluczenia społecznego. Od wielu lat zarówno na świecie, jak i w Polsce, w dużej mierze z inicjatywy WHO, prowadzone są kampanie przeciwdziałające zjawisku stygmatyzacji i wykluczenia chorych psychicznie ([www.openthedoors.com](http://www.openthedoors.com)). W 2000 roku grupa polskich ekspertów działająca w ramach programu „Open the Doors” opublikowała „10 tez o schizofrenii” – propozycję stworzenia wspólnego stanowiska do wielostronnej dyskusji społecznej nad postawami społecznymi wobec schizofrenii. Jedną z tez, „Schizofrenia nie jest chorobą nieuleczalną”, dyskutowana wówczas jako kontrowersyjnie brzmiąca, w istocie zapowiadała nadejście i rozpowszechnienie się nowego podejścia do rokowania w schizofrenii. Uderza w jedno z najtrudniejszych do podważenia przekonań w społeczeństwie uzasadniających wykluczenie chorych [41, 42].

Odnosząc się do możliwości powrotu do zdrowia, szczególnie w schizofrenii postzeganej zazwyczaj jako najcięższa z chorób psychicznych, można postawić pytanie, co oznacza w realnym świecie chory na schizofrenię w remisji, chory, którego udało się uwolnić – w wyniku leczenia – od objawów choroby. Remington i Kapur odpowiadają, że tacy chorzy często pozostają w izolacji społecznej, bezrobotni i wykluczeni [43]. Osiągnięta poprawa kliniczna w zakresie objawów i potencjalnie normalne funkcjonowanie nie gwarantuje sukcesu w codziennym życiu chorych – nadal pozostają oni poza głównym nurtem życia społecznego [44, 45].

### Wnioski

1. Stygmatyzacja związana z leczeniem choroby psychicznej bywa istotną przeszkodą na drodze do zdrowienia niezależnie od korzyści płynących z wdrożonego leczenia samej choroby.
2. Chory psychicznie często jest jednocześnie obiektem stygmatyzacji społecznej i jako osoba wywodząca się ze stygmatyzującego społeczeństwa podziela opinie ogółu i ulega autostygmatyzacji.



3. Pomimo prowadzonych kampanii społecznych oraz edukacyjnych przeciwdziałających stygmatyzacji i wykluczeniu związanym z chorobą psychiczną i jej leczeniem nie ma nadal jednoznacznych danych, że przynoszą one spodziewane rezultaty i zmniejszają w znaczący sposób zjawisko stygmatyzacji, ze względu na jego trwałość i rozpowszechnienie we wszystkich warstwach społeczeństwa [2, 42].

**Стигматизация на пути выздоровления при психических болезнях  
– факторы, непосредственно связанные с психиатрическим лечением**

**Содержание**

Заданием работы является показание неоднородных связей между процессом выздоровления и вводимым психиатрическим лечением. Вместе с диагнозом психически больной человек сразу же причисляется до общественно диагностированной группы и охватывается системой психиатрической опеки. Лица с диагнозом тяжелой психической болезнью вынуждены столкнуться не только с собственной новой ситуацией состояния здоровья, но и приспособиться к доступной системе оздоровительной опеки, но также совместится с реакциями их окружения. Процесс выздоровления при психических заболеваниях охватывает также – кроме ремиссии симптомов и возвращение к нормальному образу жизни, а также и удовлетворения жизнью, т.е. личностное изменение и противопоставление стигматизации. Значительная часть общества демонстрирует стигматизирующие мнения и дискриминирующие поведения по отношению к психически больным, что не облегчает больным возвращения к здоровью и реинтеграции в обществе. Самое близкое окружение больного подвержено влиянию персоналу больницы, иных больных с психическими расстройствами, психотропных лекарств и сама психиатрическая больница. Указанные факторы связаны непосредственно с диагнозом и лечением, что может облегчить время возвращения здоровья. В действительности, они могут в различной степени одновременно помогать в выздоровлении, так и быть источником дополнительного страдания больного. Могут также затруднять возвращение к здоровью ввиду своего стигматизирующего характера. Психически больные часто, несмотря на улучшение здоровья и функционирования в окружении, остаются вне основного ритма жизни, исключения и в изоляции социальной среды.

**Ключевые слова:** стигматизация, выздоровление

**Stigmatisierung auf dem Wege der Genesung in psychischen Krankheiten – unmittelbar mit der psychiatrischen Behandlung verbundene Faktoren**

**Zusammenfassung**

Das Ziel der Arbeit ist die nicht eindeutigen Zusammenhänge zwischen dem Genesungsprozess und der eingesetzten psychiatrischen Behandlung zu zeigen. Mit der Diagnose wird die kranke Person in eine sozial erkennbare Gruppe eingewiesen und im System der psychiatrischen Betreuung einbezogen. Die Personen mit der Diagnose einer schweren Krankheit müssen nicht nur die neue eigene Gesundheitssituation bewältigen, sich an das zugängliche Gesundheitssystem anzupassen, und auch sich mit der Reaktion der Umgebung messen. Der Genesungsprozess in den psychischen Krankheiten umfasst auch – außer der Remission der Symptome und Wiederherstellung der normalen Funktionsweise und Zufriedenheit mit dem Leben – eine persönliche Umwandlung und Widersetzen mit dem Stigma. Der bedeutende Teil der Gesellschaft zeigt die stigmatisierenden Einstellungen und diskriminierendes Verhalten gegenüber den psychisch Kranken, was für diese keine Erleichterung bei der Rückkehr ins normale Leben ist. Die nächste Umgebung des Kranken ist vom psychiatrischen Personal und anderen psychisch Kranken, von psychotropen Mitteln und vom psychiatrischen Krankenhaus beherrscht. Die erwähnten Faktoren, direkt mit der Diagnose und Behandlung verbunden, sollen beim Genesungsprozess des Kranken mitwirken. In Wirklichkeit können sie im unterschiedlichen Ausmaß gleichzeitig bei der Genesung helfen, und dabei auch eine Quelle der

zusätzlichen Qual sein, die Wiedergenesung durch ihren stigmatisierenden Charakter komplizieren. Die psychisch kranken Personen bleiben oft außer dem sozialen Leben trotz der erreichten Besserung der Symptome und Funktionsweise, sie sind sozial ausgeschlossen und isoliert.

**Schlüsselwörter:** Stigmatisierung, Genesung

### **La stigmatisation durant la guérison des maladies mentales – les facteurs liés directement avec la thérapie psychiatrique**

#### **Résumé**

Ce travail vise à présenter les relations ambiguës du processus de la guérison et la thérapie appliquée. Avec le diagnostic la personne malade mentalement est automatiquement assignée à un groupe social et elle entre dans le système des services psychiatriques. Les personnes avec le diagnostic psychiatrique grave doivent faire face non seulement avec cette nouvelle situation, elles doivent aussi s'adapter au système et encore faire face aux réactions de leur milieu.

Le processus de guérir des maladies mentales embrasse encore – à côté des rémissions des symptômes, du retour au fonctionnement normal, de la récupération de la satisfaction de vie – la transformation personnelle et l'opposition à la stigmatisation. La grande partie de la population manifeste les opinions et les comportements stigmatisant qui rendent plus difficile la guérison et la réintégration sociale. Le milieu social du patient est dominé par le personnel médical, par les autres patients, les médicaments et l'hôpital psychiatrique. Ces facteurs, liés directement avec le diagnostic et la thérapie, doivent aider le patient en voie de guérison. En réalité ils peuvent l'aider mais aussi augmenter la souffrance et faire obstacle à la rémission par leur caractère stigmatisant. Les personnes souffrant des maladies mentales malgré les rémissions des symptômes et l'amélioration du fonctionnement restent en marge de la vie sociale, exclues et en isolation.

**Mots clés :** stigmatisation, guérison

#### **Piśmiennictwo**

1. Świtaj P. *Rola diagnozy psychiatrycznej w procesie stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi*. Post. Psychiatr. Neurol. 2009; 18(4): 377–386.
2. Beldie A, den Boer JA, Brain C, Constant E, Figuiera ML, Filipcic I i wsp. *Fighting stigma of mental illness in midsize European countries*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2012; 47(supl. 1): 1–38.
3. Angermeyer MC, Matschinger H. *The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder*. Acta Psychiatr. Scand. 2003; 108(4): 304–309.
4. Sartorius N, Goebel W, Cleveland HR, Stuart H, Akiyama T, Arboleda-Florez J i wsp. *WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists*. World Psychiatry 2010; 9: 131–144.
5. Świtaj P. *Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii*. Monografia. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2008.
6. Anthony WA. *Explaining "psychiatric rehabilitation" by an analogy to "physical rehabilitation"*. Psychosoc. Rehabil. J. 1988; 5(1): 61–65.
7. Anthony WA. *Toward a vision of recovery*. Boston: Boston University Press; 2007.
8. Bellack AS. *Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications*. Schizophr. Bull. 2006; 32(3): 432–442.
9. Jacobson N, Greenley D. *What is recovery? A conceptual model and explication*. Psychiatr. Serv. 2001; 52(4): 482–485.
10. Harvey PD, Bellack AS. *Toward a terminology for functional recovery in schizophrenia: Is functional remission a viable concept?* Schizophr. Bull. 2009; 35(2): 300–306.

11. Liberman RP, Kopelowicz A, Ventura J, Gutkind D. *Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia*. Int. Rev. Psychiatry 2002; 14(4): 256–272.
12. Sajatovic M, Jenkins JH. *Is antipsychotic medication stigmatizing for people with mental illness?* Int. Rev. Psychiatry 2007; 19(2): 107–112.
13. Mc Intyre RS. *Understanding needs, interactions, treatment, and expectations among individuals affected by bipolar disorder or schizophrenia: the UNITE global survey*. J. Clin. Psychiatry 2009; 70 (supl. 3): 5–11.
14. Auslander LA, Jeste DV. *Sustained remission of schizophrenia among community-dwelling older outpatients*. Am. J. Psychiatry 2004; 16: 1490–1493.
15. Torgalsboen AK, Rund BR. *Maintenance of recovery from schizophrenia at 20-year follow-up: what happened?* Psychiatry 2010; 73(1): 70–83.
16. Murdock R. *Stigma stands in the way of mental health treatment: special issue of American Journal of Public Health highlighted*. Nations Health 2006; 36(9).
17. Comas A, Alvarez E. *Knowledge and perception about depression in the Spanish population*. Actas Esp. Psychiatr. 2004; 32: 371–376.
18. Malpass A, Shaw A, Sharp D, Walter F, Felder G, Ridd M i wsp. *'Medication career' or 'Moral career'? The two sides of managing antidepressants: A meta-ethnography of patients' experience of antidepressants*. Soc. Sci. Med. 2009; 68: 154–168.
19. Anczewska M, Wciórka J. *Umacnianie, nadzieja czy uprzedzenia*. Biblioteka Psychiatrii t.8. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2007.
20. Carter FL, Leiner AS, Bergner E, Thompson NJ, Compton MT. *Stigma and treatment delay in first-episode psychosis a ground theory study*. Early Interv. Psychiatry 2010; 4(1): 47–56.
21. Arboleda-Florez J, Sartorius N. *Understanding the stigma of mental illness*. The Atrium, Southern Gate, Chichester, West-Sussex, England J. Wiley&Sons Ltd.; 2008.
22. Amering M, Schmolke M. *Recovery in mental health*. Chichester Wiley-Blackwell; 2009.
23. Cohen P, Cohen J. *The clinician's illusion*. Arch. Gen. Psychiatry 1984; 41: 1178–1182.
24. Fink JP, Tasman A. *Stigma and mental illness*. Washington: American Psychiatric Press Inc.; 1992.
25. Verhaeghe M, Bracke P. *Associative stigma among mental health professionals: implications for professional and service user well-being*. J. Health Soc. Behav. 2012; 53(1): 17–32.
26. Pinfold V, Byrne P, Toulmin H. *Challenging stigma and discrimination in communities: a focus group study identifying UK mental health service users' main campaign priorities*. Int. J. Soc. Psychiatry 2005; 51(2): 128–138.
27. Nordt C, Rössler W, Lauber C. *Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression*. Schizophr. Bull. 2006; 32(4): 709–714.
28. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego [www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/npoz\\_zdrpub\\_03112011.pdf](http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/npoz_zdrpub_03112011.pdf) (dostęp: 04.10.2013)
29. Archer R, Cash TF. *Physical attractiveness and maladjustment among psychiatric inpatients*. J. Soc. Clin. Psychol. 1985; 3(2): 170–180.
30. Farina A, Burns GL, Austad C, Bugglin C, Fischer EH. *The role of physical attractiveness in the readjustment of discharged psychiatric patients*. J. Abnorm. Psychol. 1986; 95(2): 139–143.
31. Napoleon T, Chassin L, Young RD. *A replication and extension of „Physical attractiveness and mental illness”*. J. Abnorm. Psychol. 1980; 89(2): 250–253.
32. Harvey PD, Helldin L, Heaton RK, Olsson AK, Hjärthag F, Norlander T i wsp. *Performance-based measurement of functional disability in schizophrenia: a cross-national study in the United States and Sweden*. Am. J. Psychiatry 2009; 166(7): 821–827.
33. Thornicroft G, Tansella M, Becker T, Knapp M, Leese M, Schene A i wsp. *The personal impact of schizophrenia in Europe*. Schizophr. Res. 2004; 69: 125–132.

34. Burns T, Catty J, White S, Becker T, Koletsi M, Fioritti A i wsp. *The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: Results of an international study of individual placement and support*. Schizophr. Bull. 2009; 35(5): 949–958.
35. Rodgers ML, Norell DM, Roll JM, Dyck DG. *Powrót do zdrowia psychicznego: przegląd pojęć*. Psychiatr. Dypl. 2008; 5(4): 57–66.
36. Link BG, Phelan JC. *Conceptualizing stigma*. Ann. Rev. Soc. 2001; 27: 363–385.
37. Szasz T. *The myth of mental illness*. Am. Psychologist 1960; 15(2): 113–118.
38. Szasz T. *Mit choroby psychicznej: 50 lat później*. Psychiatr. Dypl. 2012; 9(1): 7–15.
39. Davidson L, Rakfeldt J, Strauss J. *The roots of the recovery movement in psychiatry*. London, Wiley-Blackwell; 2010.
40. Foucault M. *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy; 1987.
41. [www.otworzyciedrzwi.org](http://www.otworzyciedrzwi.org) (dostęp: 4.10.2013)
42. Wciórka B, Wciórka J. *Sondaż opinii publicznej: społeczny obraz chorób psychicznych i osób chorych psychicznie w roku 2005*. Post. Psychiatr. Neurol. 2006; 15(4): 255–267.
43. Remington G, Kapur S. *Remission: what's in a name?* Am. J. Psychiatry 2005; 162(12): 2393–2394.
44. Shrivastava A, Johnston M, Shah N, Bureau Y. *Redefining outcome measures in schizophrenia: integrating social and clinical parameters*. Curr. Opin. Psychiatry 2010; 23(2): 120–126.
45. Van Os J, Burns T, Cavallaro R, Leucht S, Peuskens J, Helldin L i wsp. *Standardized remission criteria in schizophrenia*. Acta Psychiatr. Scand. 2006; 113: 91–95.

Adres: Magdalena Tyszkowska  
Instytut Psychiatrii i Neurologii, III Klinika Psychiatrii  
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9

Otrzymano: 11.07.2012  
Zrecenzowano: 31.05.2013  
Otrzymano po poprawie: 20.08.2013  
Przyjęto do druku: 3.10.2013