

Pomiędzy self-stygumą a wolą zdrowienia. Trudności z akceptacją diagnozy psychiatrycznej – studium przypadku

Between self-stigma and the will of recovery. Difficulties in accepting a psychiatric diagnosis – case study

Ewelina Soroka, Maciej Słotwiński, Justyna Pawężka, Anna Urbańska

Uniwersytet Medyczny w Lublinie, II Klinika Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej

Summary

The consequence of social exclusion of the mentally ill patients is often a worsening of the course of the disease and prognosis. The psychiatric diagnosis is very important for the so-called labeling, which is one of the stages of the stigma process, and it also has a lot of social implications. The purpose of this work is to take look at the issue of psychiatric diagnosis, especially the diagnosis of paranoid schizophrenia and its consequences for the patient's social functioning. The authors of the article have reviewed the literature on the importance of psychiatric diagnosis in the context of self-stigmatization of mental illness and have presented, based on medical records, a clinical case of a patient who had significant difficulties in accepting the diagnosis of paranoid schizophrenia.

The stigma of mental illness is the reason of subjectively experienced suffering for people with psychiatric diagnosis and their relatives, but it is also relevant to public health. Psychiatric diagnosis has significant social consequences, which is why it is so important that the process of diagnosis is not a routine activity for psychiatrists, free from ethical reflection.

Key words: psychiatric diagnosis, stigmatization, schizophrenia

Słowa kluczowe: diagnoza psychiatryczna, stygmatyzacja, schizofrenia

Wstęp

Niewątpliwym skutkiem stygmatyzacji i wykluczenia społecznego osób chorujących psychicznie jest pogorszenie przebiegu choroby [1]. Zawarte w tytule artykułu pojęcie *self-stigma* oznacza autostygmatyzację, która jest zwana w piśmiennictwie drugą chorobą [2]. Wiąże się ona z internalizowaniem i odnoszeniem do siebie negatywnych, obecnych w mentalności społeczeństwa stereotypów, co nierzadko pogarsza rokowanie, prowa-

dzi do obniżenia poczucia wartości, godności i sprawczości w pacjencie, niosąc tzw. piętno [3]. Nie bez znaczenia jest tu rozpoznanie psychiatryczne, które wpływa na tzw. etykietowanie – jeden z zasadniczych etapów stygmatyzacji [3, 4].

Celem artykułu jest przyjrzenie się zagadnieniu diagnozy psychiatrycznej, jej roli i konsekwencjom, a także przedstawienie przypadku pacjentki, która przejawiała istotne trudności z akceptacją rozpoznania stawianego przez lekarzy psychiatrów. Z jednej strony pokładała ona nadzieję w stosowanej terapii, z drugiej nie chciała przyjąć diagnozy schizofrenii paranoidalnej. Autorzy artykułu posłużyli się tutaj dokumentacją medyczną oraz dostępnym polskim i zagranicznym piśmiennictwem dotyczącym omawianych zagadnień.

Diagnoza psychiatryczna

Rozpoznawanie zaburzeń psychicznych należy do podstawowych zadań specjalisty psychiatry, a diagnoza psychiatryczna ma szczególnie kontekst społeczny [3]. Społeczne skutki rozpoznania psychiatrycznego mogą być niekiedy dla pacjenta większym ciężarem niż samo pokonywanie objawów psychopatologicznych związanych z chorobą [5]. Zdaniem Corrigan [6] negatywny wpływ diagnozy na funkcjonowanie społeczne pacjenta jest przykładem stygmatyzacji strukturalnej chorych psychicznie, zaś ujęcie diagnozy jako opisu objawów na pewnym kontinuum, obejmującym również konstrukt normy, mogłoby zmniejszyć stygmatyzujące konsekwencje, gdyż nie uwydatniałoby odmienności osoby z zaburzeniami psychicznymi. Promieńska [7] już pod koniec lat 70. minionego stulecia poruszyła kwestię oceny moralnej w kontekście diagnozy psychiatrycznej. W tym przypadku mamy do czynienia ze współobecnością wielu przyczyn nieostrości znaczeniowej podstawowych pojęć, bowiem znamienne dla pewnych nurtów psychiatrii i refleksji etycznej jest uznawanie powiązań między sferą aksjologicznych wyborów człowieka a jego zdrowiem psychicznym, czego konsekwencją jest zatarcie różnicy między aktem oceniania moralnego i diagnozowania psychiatrycznego.

Oleksandr i wsp. [8] w odniesieniu do etyki ustalania diagnozy psychiatrycznej prezentują dwa główne i ekstremalnie rozbieżne kierunki dotyczące problemu stosunku zdrowia psychicznego do choroby, tj. nozocentryzm i normocentryzm. Nozocentryzm to myślenie lekarza nastawione na poszukiwanie choroby i patologii, gdzie wszelkie odstępstwa od oczekiwanej funkcji ludzkiej psychiki klasyfikowane są jako oznaka choroby, objawu lub zespołu. Takie podejście nierzadko łączy się z nadinterpretacją choroby psychicznej [9]. Natomiast normocentryzm to myślenie lekarza ukierunkowane na poszukiwanie tylko czynników sanogenicznych, dzięki czemu nawet odbiegające od normy zachowania są psychologizowane i wytłumaczone sytuacją oraz nie wyłączają się z ram zdrowia psychicznego. Absolutyzacja tej zasady leży u podstaw antypsychiatrii [8].

Rosenhan [10] pisał o ludziach normalnych w nienormalnym otoczeniu następująco: „Jeżeli istnieje zdrowie psychiczne i choroba psychiczna, jak można je rozróżnić? Pytanie to nie jest wymysłem kaprysu ani też szaleństwem. Niezależnie od tego, jak głęboko tkwi w nas przekonanie, że potrafimy odróżnić zdrowego od chorego psychicznie, dowody na to nie są w pełni przekonywujące (...)”.

Prezentacja przypadku klinicznego

Pacjentka lat 32, zamężna, bezdzietna, mieszkająca z rodziną. W wywiadzie rodzinnym brak informacji o występowaniu chorób psychicznych. Ukończyła studia prawnicze, a następnie rozpoczęła aplikację radcowską.

Początek zaburzeń psychicznych nastąpił w 27. roku życia pacjentki. Według relacji męża zaczęła wtedy mówić, że nie chce żyć, obawiała się, że przełożeni w pracy oskarżą ją o rzekomo popełnione błędy. Przejawiała zachowania autodestrukcyjne oraz tendencje suicydalne. Zgłosiła się wówczas do lekarza psychiatry, który rozpoznał depresję i zalecił przyjmowanie wenlafaksyny i trazodonu. Leki pacjentka przyjmowała przez pół roku.

Nawrót choroby nastąpił jesienią, trzy lata później. Po powrocie z pracy pacjentka stwierdziła, że czuje się prześladowana, że obcy ludzie na ulicy rozmawiają o niej. W domu zaczęła szukać zainstalowanych podsłuchów. Powtarzała, że nie chce żyć, prosiła męża, aby pomógł jej w samobójstwie i ułożył sobie życie na nowo.

Lekarz psychiatra w trybie ambulatoryjnym przepisał pacjentce olanzapinę, chlorprotyksen, trazodon oraz escitalopram. Mimo przyjmowania leków objawy utrzymywały się. Z powodu braku poprawy w leczeniu ambulatoryjnym pacjentka została skierowana do dziennego oddziału psychiatrycznego pobliskiego szpitala. Przyjmowała tam wenlafaksynę oraz olanzapinę. Zaczęła ujawniać konkretne zamiary samobójcze – planowała skok z wysokiego budynku. W związku z tym została wypisana z rozpoznaniem zaburzenia depresyjnego nawracającego – ciężkiej depresji z objawami psychotycznymi – i przeniesiona do oddziału ogólnopsychiatrycznego, w którym przebywała przez ponad miesiąc. W trakcie hospitalizacji w tamtejszym oddziale pacjentka przejawiała dziwaczne, niedostosowane zachowania, ubogi afekt, nie wypowiadała treści urojeniowych, aczkolwiek jej zachowanie wskazywało, że mogła w tym czasie podlegać urojeniom prześladowczym. W leczeniu zastosowano wenlafaksynę (do 300 mg/d), mianserynę (do 90 mg/d), olanzapinę (do 20 mg/d), aripiprazol (do 30 mg/d) oraz pernazynę (do 300 mg/d). Pacjentka w trakcie hospitalizacji wielokrotnie dopytywała, czy będzie musiała brać leki do końca życia, obawiała się diagnozy schizofrenii, twierdziła, że nie będzie chciała czy mogła żyć z taką diagnozą.

Po uzyskaniu poprawy stanu psychicznego pacjentka została wypisana do domu z rozpoznaniem: inne ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne. Po dwóch tygodniach od wypisu została ponownie przyjęta na oddział psychiatryczny ogólny w wyniku wystąpienia nasilonych myśli samobójczych oraz zachowań autoagresywnych. W chwili przyjęcia była sztywna emocjonalnie, na pytania odpowiadała słabo modulowanym, monotonnym głosem, nie rozwijała wątków. Potwierdzała obecność myśli suicydalnych, zaprzeczała występowaniu halucynacji, jednak lekarz prowadzący brał pod uwagę możliwość dyssymulacji. Często pytała o wypis do domu oraz o to, czy przez resztę życia będzie musiała przyjmować leki. Jej zachowanie i swoista logika myślenia kontrastowały z poziomem wykształcenia, co mogło wskazywać na rozwijanie się ubytkowych objawów procesu schizofrenicznego. W trakcie tej hospitalizacji była leczona wenlafaksyną (do 150 mg/d), olanzapiną (do 20 mg/d), risperidonem (do 5 mg/d) i aripiprazolem (do 30 mg/d). Po niecałym miesiącu została wypisana

z rozpoznaniem zaburzenia depresyjnego nawracającego, epizodu depresji ciężkiej bez objawów psychotycznych, a następnie przyjęta do kliniki psychiatrycznej celem kontynuacji leczenia, o co zabiegała rodzina pacjentki. W klinice pacjentka wykazywała niską aktywność, była blada afektywnie, niechętna do podejmowania działań. Wielokrotnie dopytywała lekarzy o diagnozę, wyrażała duże obawy o rozpoznanie u niej schizofrenii. Mężowi mówiła, że jest za młoda na chorobę, bała się, że nie będzie mogła pracować ani mieć dzieci. W leczeniu utrzymano olanzapinę (do 20 mg/d), aripiprazol (do 30 mg/d) oraz włączono paroksetynę (do 20 mg/d). Po uzyskaniu poprawy stanu psychicznego pacjentka została wypisana w wyrównanym nastroju i napędzie, bez objawów wytwórczych oraz bez myśli i tendencji samobójczych.

W trakcie leczenia ambulatoryjnego pacjentka była wielokrotnie motywowana przez lekarza prowadzącego do podjęcia psychoterapii, jednakże nigdy się na nią nie zdecydowała. Musiałaby bowiem przyznać i zaakceptować, że potrzebuje pomocy psychoterapeuty, tymczasem ciągle negowała taką potrzebę.

W wieku 31 lat pacjentka została przyjęta po raz kolejny do kliniki psychiatrycznej z powodu trwającego od kilku dni znacznego pogorszenia stanu psychicznego. Była niespokojna, płaczliwa, nie wypowiadała spontanicznie treści urojeniowych, ale jej zachowanie wskazywało, że mogła pozostawać pod ich wpływem. Zgodę na hospitalizację podpisała niechętnie, tuż po przyjęciu próbowała podduszać się rękami oraz przy użyciu paska od płaszcza. Konieczne było zastosowanie wobec pacjentki przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia czterokończynowego pasami bezpieczeństwa.

W trakcie hospitalizacji chora dyssymulowała, przeczyła obecności myśli samobójczych, była mało aktywna, nie uczestniczyła w terapii zajęciowej, większość czasu spędzała w łóżku. Zaobserwowano u niej pogorszenie pamięci krótkotrwałej oraz formalne zaburzenia myślenia pod postacią rozkojarzenia. Podczas wizyt lekarskich, a także w indywidualnych rozmowach z lekarzami wielokrotnie, uparczywie pytała o postawione rozpoznanie, konieczność przyjmowania leków do końca życia oraz o możliwość posiadania potomstwa. Informowana o rozpoznaniu schizofrenii mówiła, że nigdy nie miała objawów tej choroby, twierdziła, że zawsze miała depresję i prosiła, wręcz domagała się pozostawienia takiego rozpoznania na karcie wypisowej. Była leczona paroksetyną (do 40 mg/d), flupentiksolem (do 6 mg/d), olanzapiną (do 10 mg/d). Ze względu na słabą odpowiedź na leczenie zastosowano terapię elektrowstrząsową, w wyniku której uzyskano niewielką poprawę stanu psychicznego pacjentki. Po zakończeniu zabiegów zmieniono leczenie na klozapinę (do 150 mg/d), aripiprazol (do 7,5 mg/d) oraz wortioksetynę (do 20 mg/d). W celu poprawy funkcji pamięci stosowano także piracetam (do 800 mg/d). W celu poprawy funkcji pamięci stosowano także piracetam (do 800 mg/d).

W wyniku zastosowanego leczenia farmakologicznego uzyskano niepełną poprawę w zakresie funkcji poznawczych oraz napędu psychoruchowego. Ustąpiły myśli i tendencje samobójcze, chora zaprzestała zachowań autodestrukcyjnych. Została wypisana z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej, pod opieką męża, w stanie ogólnym dość dobrym.

Zarówno podczas hospitalizacji w klinice, jak i wizyt w warunkach ambulatoryjnych prowadzono elementy psychoterapii, a zwłaszcza psychoedukacji, mającej na celu pomóc pacjentce w pogodzeniu się z chorobą. Wielokrotnie wyjaśniano jej, że przyjmując regularnie leki, można uzyskać długotrwałą remisję choroby, że możliwy jest powrót do pracy i posiadanie dzieci. Pacjentka poza szpitalem nigdy nie podjęła specjalistycznej psychoterapii ani indywidualnej, ani grupowej, gdyż nie wykazywała takiej woli i motywacji.

Konsekwencje rozpoznania psychiatrycznego

Aby nie dopuścić do znaczącego obniżenia poczucia własnej wartości, osoby chorujące przez wiele lat zmagają się z postawioną diagnozą psychiatryczną oraz potrzebą leczenia. Gdy już osiągną stosunkowo dobry poziom wglądu, codziennie przeżywają obawy oraz wątpliwości, czy i komu opowiedzieć o swoim problemie, jak i czy warto ujawnić fakt choroby, co stanowi ryzyko zmniejszenia życiowych szans i utraty statusu społecznego. Rozwijająca się wówczas izolacja społeczna wiąże się z lękiem przed negatywną oceną i odrzuceniem [1, 11–13].

W piśmiennictwie mówi się o tzw. kosztach psychologicznych wynikających z diagnozy psychiatrycznej i stygmatyzacji, które pojmuje się jako konsekwencję dysonansu między wyobrażonym stanem idealnym a realiami. Są to negatywne emocje, odczuwane przez człowieka w wyniku braku akceptacji dostrzeganej przez niego rozbieżności między oczekiwaniami a rzeczywistością [14, 15]. Chodzi tu o pewien dyskomfort psychiczny, będący subiektywną reakcją na sytuację trudną związaną z brakiem jej akceptacji [14]. Koszty psychologiczne dotyczące samego doświadczenia choroby psychicznej nie są tożsame z kosztami stygmatyzacji społecznej, gdyż wynikają z codziennych zmagania z przejawami zaburzeń, z własnymi słabościami oraz ograniczeniami. Zatem człowiek może doświadczać kosztów dwojakiego rodzaju, tych związanych z dyskomfortem znalezienia się w trudnej sytuacji problemów zdrowotnych, jak i tych wynikających ze stygmatyzacji, negatywnego, niesprawiedliwego traktowania przez innych ludzi [14]. Chodzi też o autostygmatyzację, kiedy człowiek uświadamia sobie i odnosi do siebie negatywne aspekty sytuacji i stereotypowe traktowanie, często mające źródło w mentalności społecznej [2, 13, 14]. Toteż obok kosztów poznawczych pacjent może doświadczać różnego rodzaju kosztów emocjonalnych, będących skutkiem diagnozy psychiatrycznej i postawy innych ludzi wobec niej, takich jak np. poczucie krzywdy, złości oraz gniewu, poczucie naruszenia własnej godności, niesprawiedliwego, nierównego traktowania, poczucie winy lub wstydu, poczucie słabości, bezsilności i bezradności, lęk przed utratą posiadanych sił i zasobów, przed przyszłością, czy też poczucie odrzucenia ze strony innych, na przykład ze względu na inność, posiadaną cechę, przypisany „defekt”, a także poczucie rozczarowania, niespełnionej nadziei, kiedy poczynania danej osoby nie przynoszą spodziewanych rezultatów, gdy zawiodą ludzie, w których ktoś pokładał nadzieje [14, 16].

O tym, jak ważna w zmaganiach z samą chorobą jest nadzieja – pisali m.in. Libman i Nasierowski. Nadzieja stanowi jeden z ważnych wymiarów funkcjonowania psychicznego człowieka, jest ona tym elementem, który integruje życie psychiczne

człowieka, daje siłę w egzystencjalnych zmaganiach zarówno w stanach zdrowia, jak i choroby. Odgrywa również niebagatelną rolę w działaniach zmierzających do poprawy szeroko pojmowanego funkcjonowania społecznego pacjenta [17].

Negatywne konsekwencje wynikające z doświadczenia zaburzeń zdrowia psychicznego i związanych z nim zjawiskami stygmatyzacji i autostygmatyzacji potwierdzają wyniki wielu badań [16, 18–20]. Choroba psychiczna niewątpliwie pociąga za sobą niekorzystne zmiany w przeżywaniu i zachowaniu, które utrudniają podtrzymywanie kontaktów oraz wchodzenie w relacje społeczne oraz obniżają zdolność do odgrywania ról społecznych [21]. Rozpatrując funkcje diagnozy psychiatrycznej w kontekście zjawiska stygmatyzacji, nie można pominąć idei postpsychiatrii oraz Open Dialogue Approach. Krytyka „imperializmu psychiatrycznego” (w tzw. psychiatrii krytycznej czy postpsychiatrii) jest uzasadniona, przede wszystkim w sytuacji, gdy współczesna medycyna zmierza ku pewnej technicyzacji oraz depersonalizacji pacjenta [22]. Z kolei Open Dialogue Approach polega na spójnym podejściu do opieki w ramach rodziny czy sieci społecznościowej. Zrodziło się ono na fali poszukiwań optymalnego sposobu leczenia choroby psychicznej, a zwłaszcza psychozy. To język kształtuje naszą rzeczywistość, dlatego tak istotne jest stworzenie wspólnego zrozumienia problemu. Rodzina pacjenta, przyjaciele i sieć społecznościowa są postrzegani jako kompetentni lub potencjalnie kompetentni partnerzy w procesie powrotu do zdrowia. W Open Dialogue Approach wszyscy uczestnicy mają równy status w dialogu, toteż branie w nim udziału pozwala jednostkom przezwyciężyć piętno choroby psychicznej i dyskryminujący wpływ rozpoznania psychiatrycznego [23, 24].

Autostygmatyzacja w przebiegu schizofrenii

Stygmatyzacja z powodu choroby psychicznej w ogóle, a schizofrenii w szczególności, jest problemem stale aktualnym oraz fenomenem mającym negatywne implikacje w życiu społecznym, w całym procesie zdrowienia (*recovery*) oraz przekładającym się na gorszą jakość życia pacjentów [25]. Autorzy pracy *Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help* wyróżniają pojęcia: *public stigma* i *self-stigma*. *Public stigma* – odnosi się do sytuacji w której jednostka jest społecznie nieakceptowana, co sprzyja negatywnym postawom i reakcjom wobec niej. Natomiast *self-stigma* prowadzi do obniżenia poczucia własnej wartości powodowanego samonapiętnowaniem się jako osoby społecznie nieakceptowanej [26]. Przykładowo pacjenci z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej mają bardziej pozytywny obraz samych siebie i doświadczają mniejszej autostygmatyzacji w porównaniu z pacjentami ze schizofrenią. Pacjenci ze schizofrenią wydają się częściej zmagać z postawą samopiętnującą niż pacjenci z chorobą afektywną dwubiegunową [27].

Rozpatrując zagadnienia stygmatyzacji i autostygmatyzacji ze względu na chorobę psychiczną, nie można pominąć zagadnienia wglądu. W pracy pt. *Insight and recovery in schizophrenic patients* zbadano korelację wglądu i zdrowienia u pacjentów ze schizofrenią według kryteriów zarówno objawowej, jak i funkcjonalnej remisji. Odzyskiwanie wglądu było pozytywnie skorelowane z płcią żeńską, starszym wiekiem, leczeniem, wstępnie chorobową adaptacją społeczną i niskim poziomem negatywnych

objawów schizofrenii na początku badania [28]. Wraz ze wzrostem poziomu wglądu w chorobę wzrasta poczucie wpływu na jej przebieg, a tym samym poprawia się poziom funkcjonowania społecznego we wszystkich aspektach życia chorego. Pacjent ma wówczas świadomość konieczności podjęcia i przestrzegania zasad leczenia, samoobserwacji, wykazuje się umiejętnością nawiązywania i podtrzymywania trwałych relacji interpersonalnych oraz samodzielności w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, w wyniku czego wydłużają się okresy remisji, a chory lepiej funkcjonuje w środowisku i zyskuje poczucie wolności od choroby [29, 30].

Autostygmatyzacją z powodu choroby psychicznej wiąże się ze wspomnianym pojęciem piętna. Piętno choroby psychicznej dotyczy przede wszystkim osób cierpiących na zaburzenia psychotyczne. Zaburzenie depresyjne dla przykładu nie wzbudza tyłu negatywnych skojarzeń, a wręcz skłania do współczucia, pomocy, zaopiekowania się chorym. Schizofrenia ma negatywne konotacje, budzi niepokój, dystans, złość, powoduje tym samym nieprzyznawanie się do swojej choroby [31]. Torrey [32] określił chorych na schizofrenię mianem „współczesnych trędowatych” – ktoś, kto leczy lub leczyl się u psychiatry, jest uważany za odmiennego, gorszego od innych, w pojęciu społecznym osoba taka jest nieobliczalna i nie potrafi właściwie reagować. Ta etykieta jest trudna do pozbycia się nawet po powrocie pacjenta do tzw. „normalności”.

Podsumowanie

Zdaniem Hobfolla [34] konstruktywną podstawą zdrowia jest potencjał jednostki, jej zasoby osobiste oraz zasoby otoczenia, z których może skorzystać. Całość wewnątrzpsychicznych uwarunkowań odporności psychofizycznej oraz zdrowienia obejmuje: poczucie koherencji, prężność psychiczną, pewne cechy osobowości, tj. poczucie sprawstwa, umiejscowienie kontroli, poczucie własnej skuteczności i procesy zaradcze. Holistyczne odniesienie do zdrowia i procesu leczenia uznaje odrębność psychospołeczną chorego, jego podmiotowość i poszukuje sposobów leczenia optymalnie dostosowanych do indywidualnych potrzeb zdrowotnych i psychologicznych. Chodzi tu o kontekst społeczny choroby, skupienie się na różnorodnych uwarunkowaniach dysfunkcji pacjenta, pamiętając o zachowaniu poczucia godności chorego w procesie leczenia [33, 35].

Piętno choroby psychicznej jest przyczyną subiektywnie przeżywanego cierpienia dla osób z diagnozą psychiatryczną oraz ich bliskich, ale ma także znaczenie dla zdrowia publicznego [3, 36]. Diagnoza psychiatryczna ma szczególny związek z dwoma etapami procesu stygmatyzacji, którymi są etykietowanie i stereotypizacja, przy czym w istotny sposób piętnuje i wyklucza społecznie rozpoznanie schizofrenii paranoidalnej [3, 25, 27, 32].

Rozpoznanie psychiatryczne niesie istotne konsekwencje społeczne oraz może wzmacniać piętno choroby psychicznej, dlatego tak ważne jest, aby proces diagnozowania nie był dla psychiatrów czynnością rutynową oraz wolną od refleksji etycznej [3]. Niektórzy autorzy zwracają uwagę na fakt, że proces diagnozowania klinicznego ma pewne cechy wspólne ze wspomnianą stereotypizacją, która polega na powiązaniu wyróżnionych kategorii społecznych z negatywnymi stereotypami [6, 37, 38]. Posłu-

giwanie się diagnozami psychiatrycznymi w praktyce klinicznej wymaga ostrożności oraz wrażliwości na ich stygmatyzujący, niejako dyskredytujący charakter [3, 32, 39], gdyż, jak brzmi tytuł jednego z artykułów na ten temat: *Change Starts with us: Stigmatizing Attitudes Towards Mental Illnesses and the Use of Stigmatizing Language Among Mental Health Professionals*.

Stygmatyzacja jest istotnym czynnikiem wpływającym na zaangażowanie społeczne, funkcjonowanie interpersonalne i zawodowe oraz procesy leczenia i opieki nad osobami z chorobami psychicznymi [40]. Stygmatyzację tę można zaobserwować również wśród pracowników służby zdrowia psychicznego [1, 40]. Biorąc pod uwagę znaczenie języka specjalistycznego, badania i interwencje w tej dziedzinie mogą przyczynić się do zmniejszenia zjawiska stygmatyzacji z powodu choroby psychicznej [40–43], a także lepszego i pełniejszego życia bez internalizowania dyskryminacji, czyli self-stygmy [44].

Kończąc, warto nadmienić, iż klasyczna psychopatologia wysoko stawia wagę interakcji pomiędzy klinicystami a pacjentami. Tzw. subiektywne doświadczenie praktyka ma istotną rolę w procesie diagnostycznym. Już psychoanaliza przypisywała uprzywilejowaną pozycję uczuciom klinicysty oraz empatyczny udział w ocenie i głębokim zrozumieniu pacjenta [45]. Jednak proces diagnostyczno-terapeutyczny może zawierać pewne etyczne pułapki, jak chociażby nieujawnianie pełnej diagnozy w przypadku pacjentów z zaostrzonymi objawami urojeniowymi, którzy nie godzą się na leczenie przeciwpsychotyczne lub też mają obniżone zdolności decyzyjne [46]. Zaleca się jednak rzetelne poinformowanie o diagnozie po wyrównaniu ciężkiego stanu psychicznego pacjenta, mimo faktu, że działanie to może zaostrzyć self-stygmię. [47].

Z całą pewnością diagnoza schizofrenii paranoidalnej może nieść piętno [13, 32], którego powszechną konsekwencją jest dyskryminacja, prowadząca do tego, że możliwości normalnego życia, pracy, terapii, rehabilitacji i integracji społecznej są zmniejszone [43, 48–50].

Przedstawiona w artykule historia pacjentki ukazuje problem diagnozy psychiatrycznej z dwóch różnych perspektyw: czym jest rozpoznanie schizofrenii dla samej chorej oraz jakie znaczenie winno ono mieć w praktyce psychiatrycznej. Pacjentka, mimo iż wyrażała zgodę na proponowane formy terapii, stawiała opór przed przyjęciem ostatecznego rozpoznania schizofrenii paranoidalnej, gdyż choroba ta niosła w jej (i nie tylko) pojmowaniu rodzaj piętna społecznego, miała negatywne konotacje, czego chora była świadoma. Ulegała tym samym zjawisku autostygmatyzacji i nie próbowała spojrzeć obiektywnie na zasoby, jakimi dysponowała, na cele, jakie już udało jej się osiągnąć w życiu, oraz na całokształt dobrostanu psychofizycznego i względnie dobrego funkcjonowania społecznego mimo takowej diagnozy.

Niezwykle istotne dla lekarzy praktyków powinno być świadome i rozważne, uzupełnione o osobistą refleksję etyczną stawianie rozpoznania choroby psychicznej, gdyż niesie ono znaczące implikacje kliniczne, ale i społeczne. Autostygmatyzacja w przebiegu schizofrenii paranoidalnej jest nie w pełni zbadanym obszarem wiedzy, wartym pogłębiania i uzupełnienia celem efektywniejszego zwalczania piętna choroby psychicznej.

Piśmiennictwo:

1. Kochański A, Cechnicki A. *Postawy polskich psychiatrów wobec osób chorujących psychicznie*. Psychiatr. Pol. 2017; 51(1): 29–44.
2. Suwalska J, Suwalska A, Szczygieł M, Łojko D. *Studenci medycyny a stygmatyzacja z powodu depresji. Część II. Autostygmatyzacja*. Psychiatr. Pol. 2017; 51(3): 503–513.
3. Świtaj P. *Rola diagnozy psychiatrycznej w procesie stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi*. Post. Psychiatr. Neurol. 2009; 18(4): 377–386.
4. Tyszkowska M, Podogrodzka M. *Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki bezpośrednio związane z leczeniem psychiatrycznym*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(6): 1011–1022.
5. Sartorius N. *Iatrogenic stigma of mental illness: Begins with behaviour and attitudes of medical professionals, especially psychiatrists*. BMJ. 2002; 1470–1471.
6. Corrigan PW. *How clinical diagnosis might exacerbate the stigma of mental illness*. Soc. Work. 2007; 52(1): 31–39.
7. Promieńska H. *Ocena moralna a diagnoza psychiatryczna*. Etyka. 1979; 17: 23–38.
8. Oleksandr D, Radziejowska M, Radziejowski P, Knotowicz J. *Nowoczesne podejście do określenia „normy psychicznej i patologii”*. Etyka ustalania diagnozy psychiatrycznej. https://www.wseit.edu.pl/images/upload/monografie/2018/art_9.pdf
9. Davidson L, Bellamy C, Guy K, Miller R. *Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience*. World Psychiatry. 2012; 11(2): 123–128.
10. Rosenhan DL. *O ludziach normalnych w nienormalnym otoczeniu*. W: Jankowski K. red. *Przełom w psychologii*. Warszawa: Czytelnik, 1978; s. 49–82.
11. Cechnicki A, Angermeyer MC, Bielańska A. *Anticipated and experienced stigma among people with schizophrenia: its nature and correlates*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2011; 46(7): 643–650.
12. 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.
13. Świtaj P. *Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2008.
14. Chudzicka-Czupała A, Biernat M. *Psychologiczne koszty diagnozy psychiatrycznej i stygmatyzacji. Jak skuteczniej pomagać osobom doświadczającym problemów ze zdrowiem psychicznym?* Czasopismo Psychologiczne – Psychological Journal. 2018; 24(1): 201–211.
15. Balawajder K, Bańka D, Otrębska K. *Psychologiczne koszty aktywności człowieka. Koncepcja teoretyczna*. Psychologiczne Problemy Funkcjonowania Człowieka w Sytuacji Pracy. 1989; 8(17): 5–25.
16. Chudzicka-Czupała A, Gałuszka A. *Wykluczenie społeczne osób chorych i niepełnosprawnych – aspekty etyczne. Psychologiczne koszty stygmatyzacji*. Społeczeństwo i Edukacja. 2016; 20(1): 47–58.
17. Libman-Sokołowska M, Nasierowski T. *The importance of hope in coping with schizophrenia*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(5): 933–946.
18. Podogrodzka-Niell M, Tyszkowska M. *Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym*. Psychiatr. Pol. 2014; 48(6): 1201–1211.
19. Thornicroft G, Rose D, Mehta N. *Discrimination against people with mental illness: What can psychiatrists do?* Advances in Psychiatric Treatment 2010; 16: 53–59.

20. Wciórka B, Wciórka J. *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie*. Komunikat z badań. Warszawa: CBOS; 2008.
21. Jackowska E. *Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy psychologiczne*. *Psychiatr. Pol.* 2009; 43(6): 655–670.
22. De Barbaro B. *Tezy o psychoterapii w Polsce*. *Psychoterapia*. 2013; 1: 164.
23. Dunne S, MacGabhann L, Amering M, McGowan P. „*Making People Aware and Taking the Stigma Away*”: *Alleviating Stigma and Discrimination through Trialogue*. *Irish Journal of Applied Social Studies*. 2018; 18(1): 5.
24. Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J, Holma J, Rasinkangas A, Lehtinen V. *Open dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia*. *Ethical Human Sciences and Services*. 2003; 5(3): 163–182.
25. Imhoff R. *Zeroing in on the effect of the schizophrenia label on stigmatizing attitudes: a large-scale study*. *Schizophrenia Bull.* 2016; 42(2): 456–463.
26. Vogel DL, Wade NG, Haake S. *Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help*. *J. Couns. Psychol.* 2006; 53(3): 325.
27. Karidi MV, Vassilopoulou D, Savvidou E, Vitoratou S, Maillis A, Rabavilas A, Stefanis CN. *Bipolar disorder and self-stigma: A comparison with schizophrenia*. *J. Affects. Disorders*. 2015; 184: 209–215.
28. Cannavò D, Minutolo G, Battaglia E, Aguglia E. *Insight and recovery in schizophrenic patients*. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2016; 20(2): 83–90.
29. Gawęda Ł, Buciuński P, Stanisławski K, Słodki Z, Sym A, Kokoszka A. *Związki wglądu w chorobę, poczucia wpływu na jej przebieg, stylów radzenia sobie z chorobą z objawami psychopatologicznymi w schizofrenii*. *Psychiatria*. 2008; 5(4): 124–133.
30. Załuska M. *Funkcjonowanie społeczne w schizofrenii i zapotrzebowanie na opiekę środowiskową: rozprawa habilitacyjna*. Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
31. Grzywa A. *Piętno choroby psychicznej*. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*. *Via Medica*. 2004; (4): 149–153.
32. Dziwota E. *Stygmatyzacja osób chorych psychicznie*. *Current Problems of Psychiatry*. 2014; 15(1).
33. Gulla B, Izydorczyk B, Kubiak R. *Godność i intymność pacjenta: aspekty psychologiczne i prawne*. 2019; 9–10.
34. Hobfoll SE. *Zachowanie zasobów. Nowa próba konceptualizacji stresu*. *Nowiny Psychologiczne*. 1989; 5–6: 36–37
35. Ogińska-Bulik N, Kobylarczyk M. *Resiliency and social support as factor promoting the process of resilience in adolescents-wards of children's homes*. *Health Psychology Report*. 2015; 3(3): 210–219.
36. Mathew KJ, Sharma S, Bhattacharjee D. *Helping families of persons with mental illness: role of psychiatric social work*. *Indian Journal of Psychiatric Social Work*. 2017; 8(2): 44–50.
37. Ottati V, Bodenhausen GV, Newman LS. *Social psychological models of mental illness stigma*. W: Corrigan PW. red. *On the stigma of mental illness. Practical strategies for research and social change*. Washington, DC: American Psychological Association 2005; s. 99–128.
38. Świtaj P. *Piętno choroby psychicznej*. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*. 2005; 14(2): 137–144.
39. de Barbaro B. *Schizofrenia jako klątwa*. W: Cechnicki A, Bomba J. red. *Schizofrenia – różne konteksty, różne terapie, cz. 3*. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2004; s. 57–64.

40. Ozer U, Varlik C, Ceri V, Ince B, Delice MA. *Change starts with us: Stigmatizing attitudes towards mental illnesses and the use of stigmatizing language among mental health professionals.* Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences. 2017; 30(3): 224.
41. Hannson L, Jormfeldt H, Svedberg P, Svensson B. *Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: do they differ from attitudes held by people with mental illness?* Int. J. Soc. Psychiatry. 2013; 59: 48–54.
42. Cam O, Bilge A. *The process of stigmatization and attitude, belief about mental illness and patient in Turkey: a systematic review.* Journal of Psychiatric Nursing. 2013; 4: 91–101.
43. Helmus K, Kleine Schaars I, Wierenga H, de Glint JE, van Os J. *Decreasing stigmatization: reducing the discrepancy between 'us' and 'them'. An intervention for mental health care workers.* Frontiers in Psychiatry. 2019; 10: 243.
44. Turkmen SN, Yorulmaz M, Koza E, Ozdemir SG. *Internalized stigmatization and social functioning in psychiatric patients.* J. Turgut Ozal Med. Center. 2018; 25(1): 12–17.
45. Pallagrosi M, Fonzi L, Picardi A, Biondi M. *Association between clinician's subjective experience during patient evaluation and psychiatric diagnosis.* Psychopathology. 2016; 49(2): 83–94.
46. Eugene AR, Masiak J. *A pharmacodynamic modelling and simulation study identifying gender differences of daily olanzapine dose and dopamine D2-receptor occupancy.* Nord. J. Psychiat. 2017; 71(6): 417–424.
47. Bartels J, Ryan CJ. *How Should Physicians Use Their Authority to Name a Stigmatizing Diagnosis and Respond to a Patient's Experience?* AMA Journal of Ethics 2018; 20(12): 1119–1125.
48. Markiewicz R, Masiak J. *Evaluation of cognitive deficits in schizophrenia using event-related potentials and rehabilitation influences using EEG Biofeedback in patients diagnosed with schizophrenia.* Psychiatr. Pol. 2019; 53(6): 1261–1273.
49. Sutovic A. *Psychiatry between glorification and stigmatization.* Psychiatria Danubina. 2017; 29(5): 880–884.
50. Markiewicz R, Koziol M, Olajossy M, Masiak J. *Can brain-derived neurotrophic factor (BDNF) be an indicator of effective rehabilitation interventions in schizophrenia?* Psychiatr. Pol. 2018; 52(5): 819–834.

Adres: Ewelina Soroka
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
II Klinika Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej
20-439 Lublin, ul. Głuska 1
e-mail: ewelinasoroka@umlub.pl

Otrzymano: 22.05.2020
Zrecenzowano: 23.06.2020
Otrzymano po poprawie: 29.06.2020
Przyjęto do druku: 29.06.2020