



Rola diagnozy psychiatrycznej w procesie stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi¹

The role of psychiatric diagnosis in the process of stigmatization of persons with mental disorders

PIOTR ŚWITAJ

I Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE

Cel. Omówienie roli diagnozy klinicznej w procesie stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi.

Poglądy. Piętno choroby psychicznej stanowi źródło subiektywnie przeżywanego cierpienia dla osób leczących się psychiatrycznie i ich bliskich, ale ma także istotne implikacje dla zdrowia publicznego. W pracy przedstawiono przebieg procesu stygmatyzacji chorych psychicznie i omówiono rolę diagnozy psychiatrycznej w tym procesie, a w szczególności jej związek z dwoma kluczowymi elementami piętna – etykietowaniem i stereotypizacją. W celu zilustrowania stygmatyzującego wpływu psychiatrycznych etykiet diagnostycznych posłużono się przykładem schizofrenii, której zarówno pojęcie, jak i nazwa są w ostatnich latach przedmiotem coraz ostrzejszej krytyki.

Wnioski. Rozpoznanie psychiatryczne nieuchronnie niesie ze sobą istotne konsekwencje społeczne i może wzmacniać piętno choroby psychicznej, dlatego proces diagnozowania nie powinien być dla psychiatrów czynnością rutynową, wolną od refleksji, również etycznej. Posługiwanie się psychiatrycznymi etykietami diagnostycznymi w praktyce klinicznej wymaga odpowiedniej dozy krytycyzmu, ostrożności i wyczulenia na ich potencjalnie dyskredytujący charakter.

SUMMARY

Objectives. To discuss the role of clinical diagnosis in the process of stigmatization of persons with mental disorders.

Background. The stigma of mental illness is not only a source of subjectively experienced suffering for persons receiving psychiatric treatment, their families and friends, but also has some important implications for public health. The course of the process of stigmatization of the mentally ill is outlined in the paper, and the role of psychiatric diagnosis in this process is discussed, with an emphasis on the relationship between the diagnosis and two key elements of stigma: labeling and stereotyping. To illustrate the stigmatizing effect of psychiatric labels the diagnosis of schizophrenia was used, since both the concept and the name have been more and more sharply criticized in recent years.

Conclusions. Psychiatric diagnosis is inevitably associated with social consequences and may reinforce the stigma of mental illness. Thus, the process of diagnosing should not be for psychiatrists a routine procedure lacking reflection, also on ethical aspects. The use of psychiatric diagnostic labels in clinical practice requires due critical attitude, caution, and sensitivity to their potentially discrediting character.

Słowa kluczowe: diagnoza / schizofrenia / piętno / etykietowanie / stereotypizacja

Key words: diagnosis / schizophrenia / stigma / labeling / stereotyping

Jedną z najbardziej rozpowszechnionych chorób jest diagnoza.

Karl Kraus

Rozpoznawanie zaburzeń psychicznych jest jednym z podstawowych zadań psychiatry, należy jednak pamiętać, że diagnoza psychiatryczna zawsze ma szczególny kontekst społeczny, którego w praktyce klinicznej nie można pominąć. Społeczne konsekwencje rozpoznania choroby psychicznej niekiedy mogą być dla pacjentów nie mniejszym obciążeniem niż same objawy psychopatologiczne, stając się niejako „drugą chorobą”. Odnosząc się do tej mocy diagnozy, Sartorius sugeruje nawet, że niedbałe posługiwanie się przez klinicystów etykietami diagnostycznymi jest „najbardziej oczywistym źródłem stygmatyzacji” – może przyczynić się do powstania „jatrogeennego piętna choroby psychicznej” [1, s. 1470].

Owa moc diagnozy psychiatrycznej zdaje się wynikać między innymi z faktu, że w codziennej praktyce i języku ulega ona często swoistej „reifikacji”. Przestaje być więc traktowana jako jeden z możliwych sposobów interpretacji fenomenów klinicznych i użyteczne narzędzie, służące głównie celom praktycznym, a zaczyna być postrzegana jako „obiektywny” opis atrybutów jednostki lub „definitywna prawda” o istocie jej osobowego bytu [2]. Być może u źródeł takiego podejścia do diagnozy (nie tylko psychiatrycznej) leży zjawisko opisywane przez Wulffa i wsp. [3] jako „postawa platońska”. Autorzy zwracają uwagę, że o ile historyczny rozwój współczesnych klasyfikacji chorób mieścił się w tradycji nominalizmu (w przypadku medycyny streszczającego się najzwężej w sentencji przypisywanej J.J. Rousseau: „Nie istnieją choroby, lecz tylko chorzy ludzie”), to analiza zarówno codziennego języka klinicystów, jak i medycznych prac naukowych pozwala uzmysłwić

¹ Tekst stanowi poprawioną i rozszerzoną wersję wystąpienia na Warszawskim Sympozjum Psychiatrycznym „Diagnoza”; Warszawa, 23–24 lutego 2007.

sobie, że w praktyce „jednostki chorobowe” są traktowane często w zupełnie odmienny sposób – czasem niemal jako platońskie byty idealne (na choroby „się cierpi”, są one „odkrywane”, „atakują ludzi”, „przejawiają się na wiele sposobów”, „wchodzą w relacje z organizmem pacjenta”, etc.) [3, s. 112–113]. Zdaniem autorów, takie podejście platońskie nie oznacza oczywiście świadomego opowiedzenia się za skrajnym realizmem pojęciowym, zdradza jednak pewną naturalną tendencję do absolutyzowania i mało krytycznego postrzegania klasyfikacji chorób (a w konsekwencji również diagnozy klinicznej). Wydaje się, że skłonność ta jest jeszcze większa u laików. W przypadku zaburzeń psychicznych skłonność do „urzeczowiania” diagnozy jest szczególnie nieuzasadniona, gdyż trafność psychiatrycznych kategorii diagnostycznych jest stosunkowo słabo ugruntowana, ich definicje w dużym stopniu zależne od kontekstu społeczno-kulturowego, a w niewielkim od występowania uchwytnych markerów biologicznych [2].

STYGMATYZACJA

Za prekursora koncepcji piętna społecznego uważa się socjologa Ervinga Goffmana, którego klasyczny esej pt. „*Stigma. Notes on the management of spoiled identity*” z 1963 r. (wydanie polskie 2005) [4] stał się punktem odniesienia dla niemal wszystkich późniejszych autorów zajmujących się tą problematyką. Autor używa terminu „piętno” na określenie „atributu dotkliwie dyskredytującego” [4, s. 33]. Osoba posiadająca taką cechę jest postrzegana jako naznaczona, niepełnowartościowa i jest uznawana za mniej pożądaną społecznie. Piętnujący atrybut odróżnia jednostkę od innych członków przypisanej jej kategorii społecznej, ustanawiając rozbieżność między jej „pozorną” (oczekiwaną), a „rzeczywistą tożsamością społeczną” [4, s. 32–33]. Zdaniem autora napiętnowanie społeczne w ostatecznej instancji jest zakwestionowaniem pełni człowieczeństwa jednostki, co stanowi podstawową przesłankę dla różnych form dyskryminacji. Goffman wyraźnie zaznacza jednak, że do opisu piętna „przydatny jest tak naprawdę język relacji, nie atrybutów” [4, s. 33]. Ścisłe mówiąc piętno jest bowiem „szczególnym rodzajem relacji między atrybutem a stereotypem” [4, s. 34]. Autor stwierdza, że „atribut, który piętnuje jednego posiadacza, może podkreślać zwyczajność innego, a zatem sam w sobie nie jest ani zaszczytny, ani dyskredytujący” [4, s. 33]. Stygmat jest więc w ujęciu Goffmana wynikiem procesu społecznej konstrukcji. Przysnaje on jednak, że istnieją takie właściwości, które niemal zawsze, praktycznie we wszystkich kontekstach mają charakter dyskredytujący. Za typowy przykład można uznać chorobę psychiczną.

Koncept stygmatyzacji był w późniejszym okresie bardzo różnorodnie ujmowany przez licznych autorów o różnym przygotowaniu teoretycznym (przede wszystkim przez psychologów społecznych i socjologów), czasem w sposób niezgodny z intencjami Goffmana lub wręcz wypaczający jego idee. W odpowiedzi na niektóre głosy krytyczne wobec koncepcji piętna społecznego [np. 5], Link i Phelan [6] podjęli próbę uporządkowania panującego zamieszania terminologicznego i przedstawili nowy socjologiczny model stygmatyzacji, który ma obecnie szczególne znaczenie w badaniach nad piętnem choroby psychicznej. Autorzy zaproponowali szerokie ujęcie piętna jako złożonego, wieloetapowego procesu, zakładającego współwystępowanie kilku wzajemnie powiązanych elementów, takich jak:

– *etykietowanie*, czyli wyróżnienie i nazwanie (opatrzenie etykietą) pewnych różnic między ludźmi;

- *stereotypizacja*, czyli powiązanie wyróżnionych za pomocą etykiet kategorii społecznych z niepożądanymi właściwościami, składającymi się na negatywny stereotyp;
- *oddzielenie*, czyli uznanie naznaczonych jednostek za odmienne lub obce – podział: „my” – „oni”;
- *reakcje emocjonalne*, zarówno tych, którzy stygmatyzują (na przykład gniew, irytacja, lęk, litość), jak i stygmatyzowanych (na przykład zakłopotanie, wstyd, lęk, gniew) – element dodany w późniejszej pracy [7] oraz
- *utrata statusu* przez naznaczone jednostki (przesunięcie w dół w hierarchii społecznej) i dyskryminacja (na poziomie indywidualnym lub strukturalnym).

Poza tym Link i Phelan uważają, że wszystkie wymienione elementy muszą wystąpić w kontekście władzy (społecznej, politycznej lub ekonomicznej) jednej grupy osób nad drugą. W takim ujęciu „piętno” jest zbiorczym określeniem powiązanych, ale do pewnego stopnia odrębnych fenomenów.

Wydaje się, że diagnozowanie zaburzeń psychicznych odgrywa istotną rolę zwłaszcza w procesach etykietowania i stereotypizacji, dlatego w dalszej części chciałbym skupić się na tych dwóch komponentach stygmatyzacji. Diagnoza psychiatryczna może też w pewien sposób przyczynić się do wystąpienia pozostałych elementów piętna, jednak wpływ ten jest mniej bezpośredni.

DIAGNOZA PSYCHIATRYCZNA JAKO ETYKIETA

Etykietowanie społeczne

Etykietowanie jest kluczowym elementem w socjologicznych modelach piętna choroby psychicznej. Teoria etykietowania (naznaczania) społecznego (*labeling theory*), podobnie zresztą jak koncepcja stygmatyzacji Goffmana, jest zakorzeniona w tzw. interakcjonizmie symbolicznym, który opiera się na podstawowym założeniu, że „znaczenia obiektów społecznych (osób i działań) są *społecznie konstruowane*” [Mead 1934, Blumer 1969, za: 8, s. 130]. W oparciu o teorię etykietowania Thomas Scheff sformułował socjologiczne ujęcie choroby psychicznej i przedstawił je w swojej głośnej książce *Being mentally ill: a sociological theory*, która ukazała się po raz pierwszy w 1966 r.

Scheff [9] rezygnuje z terminu „objawy psychiatryczne”, który zakłada z góry obecność choroby, za bardziej adekwatne uważając socjologiczne koncepcje „naruszenia norm” (*rule-breaking*) i „dewiacji” (*deviance*). Autor zauważa, że niektóre przypadki pogwałcenia norm społecznych można łatwo skategoryzować, a kultura dostarcza na ich określenie stosownych terminów (np. zbrodnia, perwersja, pijaństwo, złe maniery, etc.). Terminy te pochodzą zwykle od rodzaju pogwałconych norm i od rodzaju zachowań naruszających normy. Po wyczerpaniu tych kategorii pozostają

jednak bardzo liczne i różnorodne przypadki łamania norm, dla których w danej kulturze nie ma konkretnych, jednoznacznych etykiet i nie poddają się one tak łatwo kategoryzacji. Przykładami mogą być takie zachowania jak: wycofanie społeczne, halucynacje, zastyganie czy mówienie do siebie (większość „objawów psychiatrycznych”). Zdaniem Scheffa stanowią one złamanie pewnych „rezydualnych” reguł – takich nieformalnych norm społecznych, które są uważane za oczywiste i dlatego nie są nawet wprost wypowiedziane. Autor podkreśla, że wszystkie tego rodzaju normy są specyficzne dla konkretnej sytuacji i nie są nigdzie skodyfikowane, dlatego kultura nie dostarcza łatwo dostępnych kategoryzacji dla ich naruszenia. Scheff uważa, że naruszenia takich niewypowiedzianych norm dla wygody ujmuje się niekiedy w zbiorcze rezydualne kategorie, takie jak czary, opętanie, a w naszej kulturze – choroba psychiczna. Jego zdaniem termin „choroba psychiczna” jest jednak w istocie jedynie medyczną metaforą.

Według Scheffa łamanie przez jednostkę rezydualnych reguł (*residual rule-breaking*), może mieć bardzo różnorodne przyczyny (np. czynniki organiczne, psychologiczne, stres, intencjonalne łamanie norm) i w większości przypadków podlega „normalizacji” (*normalization*) – tzn. jest przez innych ignorowane lub racjonalizowane, a w konsekwencji ma charakter przejściowy i jest pozbawione istotnego znaczenia. W pewnych szczególnych okolicznościach reakcją społeczną na naruszenie norm może być jednak naznaczenie (etykietowanie) – reakcją będąca biegunowym przeciwieństwem normalizacji, wyolbrzymiająca stopień i zakres pogwałcenia norm. Dzieje się tak na przykład w sytuacjach kryzysowych, jeśli naruszenie norm jest częstsze, poważniejsze i bardziej widoczne – „kiedy dewiacja jednostki staje się kwestią publiczną” [9, s. 85]. Zachowania takie mogą wówczas zostać opatrzone etykietą „choroby psychicznej” („zdefiniowane jako objaw choroby psychicznej”) [9, s. 67]. Naznaczenie zmienia sytuację diametralnie – jednostce łamiącej normy zostaje przydzielony status „dewianta” i poprzez mechanizm kontroli społecznej (obejmujący kontrolę ze strony innych oraz samokontrolę) jest ona stopniowo zmuszana do odgrywania i zaakceptowania roli chorego psychicznie.

Scheff dowodzi, że ludzie już w okresie wczesnego dzieciństwa internalizują szeroko rozpowszechnione w społeczeństwie uwarunkowane kulturowo stereotypy dotyczące chorób psychicznych. W toku codziennych interakcji społecznych te stereotypowe przekonania i wyobrażenia są stopniowo utrwalane poprzez wszechobecne w języku potoczne określenia chorych psychicznie, żarty, anegdoty czy pewne konwencjonalne zwroty nawiązujące do choroby psychicznej (np. „Czyś ty zwariował?”; „To istny dom wariatów”; „Biegł jak szalony”, etc.) [9, s. 80]. Szczególną rolę w procesie rozpowszechniania i utrwalania stereotypów choroby psychicznej odgrywają zdaniem autora środki masowego przekazu. Wyuczony stereotypy w istotny sposób kształtują zarówno reakcje społeczne wobec „dewiantów”, jak i postawy naznaczonych jednostek. Po zdefiniowaniu zachowania jako objawu choroby psychicznej, otoczenie zaczyna reagować na jednostki łamiące normy w schematyczny, zgodny ze zinternalizowanymi stereotypami, sposób i formuje wobec nich wynikające z tych stereotypów jednorodnie oczekiwania. Przyczynia się to do

uniformizacji zachowań osób naznaczonych, a ich „amorficzne i nieustrukturyzowane naruszenie norm zaczyna krystalizować zgodnie z tymi oczekiwaniami” [9, s. 85].

Naznaczone jednostki mogą być następnie nagradzane za odgrywanie przypisanej im stereotypowej roli chorego psychicznie. Jako przykład podaje autor gratyfikacje udzielane przez psychiatrów pacjentom uznającym swoją diagnozę i wykazującym „wgląd”. Z drugiej strony, Scheff wskazuje, że podejmowane przez naznaczonych „dewiantów” próby powrotu do poprzednich, konwencjonalnych ról społecznych, są karane – napotykać oni silny opór społeczny przy próbie odzyskania swojego poprzedniego statusu i są dyskryminowani w różnych dziedzinach życia społecznego.

Według autora proces uniformizacji i stabilizacji zachowań dewiacyjnych dopełnia się, gdy jednostka naruszająca normy pod wpływem sygnałów od otoczenia sama zaczyna zachowywać się zgodnie z wyuczonymi stereotypami (które przecież również podziela) i kierowanymi w stosunku do niej społecznymi oczekiwaniami. W konsekwencji jej zachowanie stopniowo dostosowuje się do wzorca zasugerowanego lub narzuconego przez reakcje innych i jej własne zaszczerpione we wczesnym dzieciństwie wyobrażenia. Pod wpływem wywieranej na nią presji społecznej jednostka może zaakceptować rolę chorego psychicznie i wokół tej roli „organizować swoje zachowanie” [9, s. 86]. W ten sposób zaczyna się „kariera przewlekłej dewiacji” [9, s. 89], czyli – posługując się językiem medycznym – przewlekła choroba psychiczna. Ważną rolę w opisanym procesie przypisuje Scheff psychiatrom, którzy jego zdaniem mają skłonność do rozpoznawania zaburzeń psychicznych nawet w wątpliwych przypadkach.

Scheff w gruncie rzeczy zakwestionował więc realność choroby psychicznej, uważając że przewlekłe, utrwalone objawy psychopatologiczne są w dużej mierze efektem procesu naznaczania społecznego. Przenikliwie zanalizował on społeczne uwarunkowania chorób psychicznych, niewątpliwie jednak przecenił ich znaczenie, przez co sformułowana przez niego teoria miała dość jednostronny charakter. Nie dziwi więc, że teoria etykietowania w tak radykalnej wersji została poddana ostrej krytyce [np. Gove 1980, 1982, za: 9], co przy równoczesnym wzroście znaczenia psychiatrii biologicznej doprowadziło do jej marginalizacji i wyparcia z głównego nurtu nauk społecznych i medycznych [9].

Ponowny wzrost zainteresowania procesem naznaczania w odniesieniu do chorób psychicznych nastąpił w latach 80. za sprawą Bruce’a Linka, który przedstawił „zmodyfikowaną teorię etykietowania” (*modified labeling theory*) i zainicjował serię badań, dających jej mocne wsparcie empiryczne [10, 11, 12, 13, 14]. Podobnie jak Scheff, Link podkreśla, że ludzie w trakcie procesu socjalizacji internalizują społeczne koncepcje choroby psychicznej i uczą się, co to znaczy być chorym psychicznie. Na ogół stopniowo powstaje u nich przekonanie (różnie silnie wyrażone), że postawy społeczne wobec chorych psychicznie są negatywne, to znaczy, że „większość ludzi” odrzuciłaby osobę leżącą się psychiatrycznie jako sąsiada, pracownika, przyjaciela czy partnera życiowego i uważałaby ją za mniej wiarygodną, inteligentną, kompetentną, etc. Gdy jednostka zaczyna leczyć się psychiatrycznie, czyli otrzymuje „oficjalną etykietę” (*official label*) pacjenta psychiatrycznego, owe zinternalizowane przekonania o powszechnej dewaluacji

i dyskryminacji chorych psychicznie, nabierają dla niej nowego znaczenia. Zaczynają odnosić się do Ja i przekształcają się w „oczekiwanie odrzucenia” (*expectation of rejection*). Lęk przed odrzuceniem może następnie wyzwalać mechanizm samospełniającej się przepowiedni. Starając się uniknąć negatywnych skutków stygmatyzacji naznaczone jednostki stosują różne strategie obronne, takie jak zachowywanie informacji o leczeniu psychiatrycznym w tajemnicy (*secrecy*), wycofanie z kontaktów społecznych, postrzeganych jako źródło zagrożenia (*withdrawal*) lub edukowanie innych i aktywna próba zmiany nieprzychylnych postaw społecznych (*education*).

Zgodnie ze zmodyfikowaną teorią etykietowania piętno społeczne może wywierać swój destrukcyjny wpływ na osoby chorujące psychicznie poprzez kilka mechanizmów. Najbardziej oczywisty, choć nie zawsze najistotniejszy, polega na doświadczeniu bezpośredniego odrzucenia społecznego i dyskryminacji (jak np. odmowa zatrudnienia). Drugi mechanizm oddziałuje poprzez internalizację i odniesienie do siebie negatywnych postaw społecznych i stereotypów dotyczących chorych psychicznie – konsekwencją „oczekiwania odrzucenia” może być uczucie wstydu, zmiany w koncepcji siebie, spadek samooceny, brak wiary w skuteczność własnych działań, a także zakłócenie interakcji z innymi i pogorszenie funkcjonowania społecznego. Wreszcie, stosowane strategie zaradcze chronią wprawdzie naznaczone jednostki przed niektórymi aspektami stygmatyzacji, równocześnie jednak mogą mieć niepożądane skutki i przyczyniać się do ograniczenia ich szans życiowych (np. próby edukowania innych mogą zwiększać ryzyko odrzucenia i dyskryminacji, wycofywanie się z kontaktów społecznych może przyczyniać się do zacieśnienia sieci społecznej i izolacji, a ukrywanie piętna sprawia, że konieczne staje się stałe kontrolowanie sytuacji, które dla innych mają charakter rutynowy). Zmodyfikowana teoria etykietowania przewiduje dalej, że opisane procesy negatywnie wpływające na Ja oraz na jakość funkcjonowania społecznego i zawodowego, zwiększają w ten sposób poziom stresu, a tym samym wytworzą stan zwiększonej podatności na wystąpienie kolejnych epizodów zaburzeń lub zaostrzenia już występujących.

Modyfikacje wprowadzone przez Linka do koncepcji Scheffa polegały więc na innym rozłożeniu akcentów [12]. Przede wszystkim w jego ujęciu naznaczenie nie jest przyczyną choroby psychicznej, może natomiast przyczyniać się pośrednio do utrwalenia lub nawrotu zaburzeń wynikających z innych przyczyn. Po drugie, zgadzając się z Scheffem, że ludzie generalnie postrzegają postawy społeczne wobec chorych psychicznie jako bardzo negatywne, Link kładzie jednak większy nacisk na zróżnicowanie tych przekonań. Po trzecie, w odróżnieniu od Scheffa, który uwydatniał znaczenie reakcji społecznych na dewiację, dla Linka kluczowy mechanizm etykietowania oddziałuje poprzez reakcje naznaczonych jednostek.

Link [10] zastrzega dla ścisłości, że etykietowanie nie ma charakteru dychotomii, a raczej pewnego continuum – jest procesem, na którego końcu jest tak zwana „oficjalna etykieta” (*official label*). Nie każde naznaczenie ma bowiem charakter oficjalny, a nieformalne etykietowanie ma miejsce w rodzinie, w pracy, czy w relacjach ze znajomymi na długo przedtem, zanim jednostka zetknie się z systemem psychiatrycznej opieki zdrowotnej. W przypadku zaburzeń psychicz-

nych oficjalna etykieta i hospitalizacja psychiatryczna mają jednak zdaniem autora znaczenie wyjątkowe, stanowią bowiem pewien punkt zwrotny i znaczącą zmianę jakościową.

Odnosząc teorię Linka do zagadnienia roli diagnozy w procesie stygmatyzacji należy zauważyć, że ustalone przez psychiatrów rozpoznanie jest jednym z kluczowych aspektów wspomnianej oficjalnej etykiety psychiatrycznej. Można powiedzieć, że diagnoza jest etykieta o szczególnej mocy, gdyż jest niejako ostatecznym, formalnym przypieczętowaniem procesu naznaczania. Chociaż więc chorzy psychicznie jako grupa są obiektem niespecyficznego stereotypu i uprzedzeń, to etykieta diagnostyczna, mimo że nie jest ich warunkiem koniecznym (wystarczy etykieta „chorego psychicznie”), może jednak dodatkowo je wzmacniać [15].

Właściwości etykiet

Etykiety to według Scheffa [9] nazwy określające specjalny status przydzielany jednostkom nieprzystającym do społecznych standardów. Link i Phelan [6] zwrócili uwagę na pewne szczególne cechy etykiet. Przede wszystkim autorzy podkreślają, że etykieta to nie to samo co używane nieraz w podobnym kontekście terminy, takie jak „atrybut”, „kondycja” czy „znak”. Etykieta, wbrew narzucającym się pozorom, nie jest bowiem cechą jednostki, ale raczej wytworem pewnego społecznego procesu – jest społecznie konstruowana. Tym samym ma charakter względny, do pewnego stopnia arbitralny i nie musi być trafna. O ile cechę czy atrybut jednostka po prostu posiada, to etykieta jest jej przypisywana.

Link i Phelan zauważają, że etykietami mogą stać się tylko te cechy, które są społecznie istotne, a ściślej mówiąc, poprzez proces społecznej selekcji zostaną za takie uznane. Nie są one bowiem ważne same w sobie, a ich znaczenie może być różne w zależności od kultury, epoki historycznej czy kontekstu sytuacyjnego. Autorzy powołują się m.in. na przykład nadpobudliwość, której znaczenie w ostatnim okresie wyraźnie wzrosło po uznaniu jej za wskaźnik zaburzenia psychicznego, a medyczny termin ADHD wszedł nawet do języka potocznego. Według Linka i Phelana względność i arbitralność etykiet wynika też z faktu, że dla tworzenia określeń kategorii społecznych niezbędne jest pewne uproszczenie w postrzeganiu rzeczywistości. Autorzy zauważają na przykład, że między białym a czarnym kolorem skóry istnieje przecież cały wachlarz odcieni pośrednich, dlatego etykieta „czarnego” nie jest wcale tak oczywista, jak by się mogło wydawać. Podobnie rzecz się ma w przypadku innych kategoryzacji – nie ma wyraźnej linii podziału na widzących i niewidomych, homoseksualistów i heteroseksualnych, etc. Link i Phelan zwracają jednak uwagę, że kiedy już pewne cechy zostaną uznane za ważne i opatrzone etykieta, to są one na ogół uważane za oczywiste. Dopiero bliższa, wnikliwa analiza pozwala odsłonić i unaocznic ich społeczne uwarunkowania. Zdaniem autorów to właśnie pozorna oczywistość etykiet jest jedną z przyczyn, dla których mają one tak dużą wagę.

Przedstawioną przez Linka i Phelana ogólną charakterystykę etykiet można odnieść również do szczególnego przypadku psychiatrycznych etykiet diagnostycznych. Podobnie jak inne etykiety, również etykieta „chorego psychicznie” z pewnością nie ma charakteru oczywistego i jest uwarunkowana społecznie, gdyż wytyczenie granicy między zdrowiem a zaburzeniem psychicznym jest zadaniem bardzo

trudnym, zależnym od wyboru alternatywnych kryteriów i ich aplikacji w konkretnym przypadku. Należy też zauważyć, że obecność objawów psychopatologicznych wcale nie jest konieczna, aby etykietę „chorego psychicznie” lub „wariata” otrzymać (niekiedy wystarczy sam kontakt z systemem psychiatrycznej opieki zdrowotnej, błędna diagnoza, niewłaściwa interpretacja zachowania, plotka, etc.). Jeszcze mniej oczywisty charakter mają konkretne etykiety diagnostyczne – ustalone („przypisywane”) przez psychiatrów rozpoznania poszczególnych zaburzeń psychicznych. Proces diagnozowania zakłada z konieczności pewne uproszczenie i redukcję złożonej, zmiennej i dość płynnej rzeczywistości klinicznej, tak aby zmieściła się w skonstruowane i zaakceptowane przez stosowne grono ekspertów statyczne kategorie diagnostyczne. Kategorie te są historycznie zmienne, zależne również od czynników (lub wręcz nacisków) społecznych, a czasem niewolne też od wyborów aksjologicznych. Obserwując, jak w kolejnych, aktualizowanych wersjach klasyfikacji zaburzeń psychicznych pojawiają się nowe zaburzenia (np. patologiczny hazard), inne są z nich wykreślane (np. homoseksualizm), a jeszcze inne przedefiniowywane (np. schizofrenia), wyraźnie widoczne staje się, że kategorie diagnostyczne są w dużym stopniu społecznymi konstruktami i u ich źródeł leży opisany przez Linka i Phelan proces społecznej selekcji. Szasz [16] posuwa się nawet do stwierdzenia, że Robert Spitzer i inni autorzy klasyfikacji DSM, dekretując, co jest, a co nie jest zaburzeniem psychicznym, działają jak legislatorzy. Opisane właściwości diagnozy często uchodzą jednak uwadze osób posługujących się nią (dotyczy to zarówno klinicystów, jak i laików, w tym pacjentów). Diagnoza w praktyce jest często traktowana jako coś oczywistego, tak jakby np. schizofrenia czy anoreksja były po prostu atrybutami osoby, albo wręcz definiowały jej tożsamość (co przejawia się w takich określeniach jak „schizofrenik” lub „anorektyczka”).

Psychiatryczne etykiety diagnostyczne mają więc wszystkie cechy etykiet opisane przez Linka i Phelan – są społecznie definiowane, przez co mają charakter względny, uproszczony, czasem arbitralny i mogą być nietrafne. Równocześnie jednak narzucają się jako oczywiste. Mają one jeszcze tę właściwość, że „przyklejają się” do osoby – trudno ich się pozbyć. Nawet wieloletnia remisja (w tym wypadku właściwiej byłoby chyba powiedzieć: „brak objawów”, bo „bycie w remisyj” zdaje się sugerować, że choroba istnieje nadal w postaci utajonej) nie uwalnia od rozpoznania schizofrenii czy choroby afektywnej dwubiegunowej.

DIAGNOZOWANIE JAKO ANALOGIA STEREOTYPIZACJI

Niektórzy autorzy zwracają z kolei uwagę na pewne cechy wspólne między procesem diagnozowania klinicznego a stereotypizacją [15, 17, 18]. Stereotypy na ogół ujmują się jako reprezentacje poznawcze osób, a zwłaszcza grup społecznych, tradycyjnie przypisując im takie cechy, jak nadmierne uproszczenie (nietrafność, ubóstwo treści), nasylenie wartościowaniem, nadogólność i odporność na zmiany [19]. Pojęcie stereotypizacji odnosi się natomiast do „roli, jaką stereotypy grupowe odgrywają w spostrzeganiu jednostek skategoryzowanych jako członkowie stereoty-

pizowanej grupy” [20, s. 208]. Zdaniem Brewer [20, s. 208] stereotypizacja wymaga więc spełnienia co najmniej dwóch warunków: „(1) musi istnieć zestaw przekonań lub umysłowa reprezentacja jakiejś kategorii społecznej i (2) spostrzegana jednostka musi zostać sklasyfikowana (świadomie bądź nie) jako członek tej kategorii”. Należy podkreślić, że zgodnie z dominującym obecnie ujęciem społeczno-poznawczym, odchodzi się od podkreślania negatywnych aspektów stereotypizacji, traktując ją raczej jako neutralny, niepatologiczny proces psychologiczny, odgrywający istotną rolę w przetwarzaniu informacji i schematyzacji [21, 22, 23]. Zdaniem Schneidera [24] takie cechy jak negatywne wartościowanie, sztywność czy nietrafność, nie powinny być włączane do definicji stereotypów.

Ottati i wsp. [18, s. 108–109] w następujący sposób opisują analogię między diagnozowaniem a stereotypizacją:

„Kiedy klinicyści przypisują klienta do jakiejś kategorii diagnostycznej, pomijają cechy indywidualne i skupiają się na podobieństwie między klientem a szczególnym profilem objawów, który określa przynależność do pewnej szczególnej grupy (np. osób z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi). W konsekwencji interakcje z klientem, w tym również strategie terapeutyczne, mogą opierać się w większym stopniu na uogólnieniach dotyczących danej grupy jako całości, niż na wyjątkowych cechach indywidualnego klienta. Mimo, że są dobre racje, aby sądzić, że kliniczne kategorie diagnostyczne stanowią zasadniczo trafny i użyteczny zestaw generalizacji, istnieje jednak ryzyko, że poleganie na tych kategoriach może prowadzić do nadużywania założonych z góry przeświadczeń i w związku z tym do niewrażliwości na niepowtarzalną indywidualność każdego klienta. Jeszcze bardziej problematyczne są generalizacje laików dotyczące różnych grup osób z poważną chorobą psychiczną”.

Warto zauważyć, że w praktyce klinicznej indywidualność konkretnych pacjentów może ulegać jeszcze dalej idącej redukcji, gdyż zdarza się, że są oni postrzegani nawet nie poprzez pryzmat rozpoznania klinicznego, ale odpowiadającego mu kodu w klasyfikacji zaburzeń psychicznych, np. ICD-10. W ten sposób w zrutyinizowanym, żargonowym języku klinicystów chorych określa się czasem jako „F 33”, „pacjent z rozpoznaniem F 20”, etc. Co więcej, obserwuje się, że sami pacjenci niekiedy przejmują i stosują taki skrajnie uproszczony sposób określania siebie.

W poznawczym podejściu do stereotypów szczególną rolę przypisuje się zjawisku kategoryzacji. Stereotypy zaczynają powstawać wtedy, gdy jakieś grono osób zostanie skategoryzowane jako jedna grupa i odróżnione od innych grup [25]. Diagnozowanie zaburzeń psychicznych jest szczególnym przypadkiem kategoryzacji. Ottati i wsp. [18] zauważają, że kategoryzacja jest w procesie poznania użyteczna i funkcjonalna, jednak niekiedy może mieć niepożądane konsekwencje. Poprzez skojarzenie ze stereotypami etykiety kategorii (np. rozpoznania psychiatryczne) mogą bowiem wpływać na spostrzeganie przedstawicieli danej grupy (np. osób z zaburzeniami psychicznymi), interpretację ich zachowań i formułowane wobec nich oczekiwania. Według Corrigana [15] diagnoza kliniczna i związana z nią kategoryzacja mogą wzmacniać stereotypy związane z chorobą psychiczną poprzez wpływ na takie cechy jak grupowość (*groupness*), homogenność (*homogeneity*) i stabilność (*stability*). W konsekwencji chorzy psychicznie mogą być postrzegani jako wyraźnie odgraniczona i odmienna od

innych, jednorodna grupa osób, posiadających dobrze określony zespół wspólnych, dość trwałych cech.

Do najbardziej typowych stereotypów chorych psychicznie należą przekonania, że są oni niebezpieczni, nieodpowiedzialni, nieprzewidywalni, mniej sprawni (zwłaszcza intelektualnie), dziecinni, nie potrafią troszczyć się o swoje sprawy i świadomie kierować swoim postępowaniem, nie dbają o wygląd i higienę, ponoszą odpowiedzialność za swoją chorobę, mają niewielkie szanse na wyzdrowienie, trudno się z nimi porozumieć [26, 27, 28, 29, 30, 31, 32]. Badania empiryczne sugerują, że poszczególne kategorie diagnostyczne mogą wiązać się z nieco odmiennym profilem stereotypowych przekonań [29, 30, 31, 33]. Rozpoznanie psychiatryczne mają też różne znaczenie w języku profesjonalistów i laików. Należy jednak zauważyć, że stereotypy często są uwarunkowane kulturowo i uzgodnione społecznie [18, 19, 24, 34, 35]. Nie są więc od nich wolni także psychiatrzy i oni również kojarzą (często bezwiednie) różne etykiety diagnostyczne nie tylko ze „szczególnym profilem objawów”, ale też z pospolitymi stereotypami, będącymi składnikami systemu zbiorowych przekonań danej kultury czy społeczności.

Diagnoza psychiatryczna a mechanizm samospełniającej się przepowiedni

Dopatrując się analogii w procesach diagnozowania i stereotypizacji warto też zwrócić uwagę na zjawisko samospełniającej się przepowiedni, często związane ze stereotypami [17, 18]. Wpływają one bowiem nie tylko na reakcje spostrzegających, ale też na osoby stereotypizowane i interakcje między nimi. Jussim i Fleming [17, s. 136] stwierdzają, że „do wystąpienia zjawiska samospełniającej się przepowiedni niezbędne są trzy kroki:

1. Spostrzegający wyrabiają w sobie błędne oczekiwania.
2. Oczekiwania spostrzegających wpływają na to, jak traktują oni osoby spostrzegane.
3. Osoby spostrzegane reagują na to traktowanie zachowaniem, które potwierdza oczekiwania”.

Autorzy zauważają, że szufladkujące etykiety diagnostyczne (podobnie jak stereotypy społeczne) są kategoriami obejmującymi jednostki, pomiędzy którymi występują znaczne różnice. Ze względu na swoją nietrafność mogą więc zniekształcać oceny i sądy, w konsekwencji prowadząc do samospełniających się przepowiedni. Jussim i Fleming zaznaczają jednak, że stosunkowo nieliczne są badania weryfikujące doświadczalnie taką hipotezę. Autorzy przytaczają wyniki dwóch badań nad samospełniającymi się efektami etykiety nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD) w interakcjach między uczniami szkoły podstawowej [Harris i wsp. 1990, Harris i wsp. 1992, za: 17], w których potwierdzono wpływ oczekiwań zarówno na spostrzegających, jak i na spostrzeganych. Równocześnie jednak drugie z tych badań [Harris i wsp. 1992, za: 17, s. 146] wykazało, że „choć etykieta może się przyczynić do błędnego koła w rówieśniczych kontaktach dzieci nadpobudliwych, to większą różnicę pomiędzy dziećmi nadpobudliwymi, a ich normalnymi kolegami ma charakter rzeczywisty i nie istnieje jedynie w umysłach osób spostrzegających”.

Jussim i wsp. [36] sądzą, że w przypadku tak poważnych chorób psychicznych, jak schizofrenia czy zaburzenia afektywne dwubiegunowe efekt samospełniających się prze-

powiedni ma prawdopodobnie stosunkowo niewielki udział. Dużą rolę są mu natomiast skłonni przypisywać autorzy odwołujący się do omówionej wcześniej teorii etykietowania. Również z praktyki klinicznej i kazuistycznych opisów [np. 37] znane są przypadki pacjentów, u których rozpoznano poważną chorobę psychiczną (np. schizofrenię), szczególnie łatwo dostosowujących się do stereotypowych, opartych na (często nietrafnej) diagnozie, oczekiwań otoczenia. Niekiedy można wręcz odnieść wrażenie, że pacjent tak silnie identyfikuje się z przypisaną mu przez psychiatrów nietrafną etykietą diagnostyczną, że w pewnym (metaforycznym) sensie potrafi wręcz „zrealizować rozpoznanie”. Wydaje się więc, że w przypadku diagnozy psychiatrycznej mechanizm samospełniającej się przepowiedni przynajmniej czasem może odgrywać pewną rolę w nasileniu problemów klinicznych, choć nie należy jego znaczenia przeceniać.

Znaczenie językowego aspektu rozpoznania psychiatrycznego

Dla procesu stygmatyzacji ma znaczenie nie tylko naznaczenie jednostki ogólną etykietą „chorego psychicznie” czy też rozpoznanie u niej konkretnego zaburzenia psychicznego („postawienie diagnozy”). Potraktowanie diagnozy klinicznej jako swoistej nazwy kategorii pozwala zwrócić uwagę na jeszcze jedno bardzo istotne zagadnienie. Wpisuje się ono w szerszy problem związany z rolą języka w procesie poznania, przetwarzania informacji, a w szczególności stereotypizacji. Z tej perspektywy istotny jest też wybór terminów lingwistycznych (nazw, etykiet) określających poszczególne zaburzenia psychiczne. Wiadomo, że na określenie tych samych kategorii społecznych można używać różnych nazw. Mogą one mieć zróżnicowane zabarwienie emocjonalne i wywoływać odmienne skojarzenia. Na przykład niektóre określenia chorych psychicznie mogą być deprecjonujące i obraźliwe („świr”, „wariat”, „czubek”, etc.), inne natomiast w mniejszym lub większym stopniu neutralne lub politycznie poprawne („osoba lecząca się psychiatrycznie”, „osoba z zaburzeniami psychicznymi”, „klient”, „pacjent”, etc.). Odnosi się to również do fachowej terminologii psychiatrycznej, stosowanej na określenie poszczególnych kategorii zaburzeń psychicznych. Te same zaburzenia psychiczne były (i w pewnym stopniu są nadal) nazywane w różny sposób. Na przykład zaburzenia afektywne dwubiegunowe określano wcześniej jako psychozę maniakalno-depresyjną lub cyklofrenię, upośledzenie umysłowe jako niedorozwój umysłowy, a jeszcze wcześniej jako idiotyzm, imbecylizm lub debilizm, natomiast zaburzenia konwersyjne i dysocjacyjne jako histerię. Doświadczenie pokazuje, że przynajmniej niektóre stare, odrzucone w najnowszych wersjach oficjalnych klasyfikacji zaburzeń psychicznych określenia, nadal są używane przez niektórych klinicystów, a zwłaszcza przez laików. Są również obecne w niektórych uregulowaniach prawnych (np. „niedorozwój umysłowy” w Kodeksie cywilnym). Kwestia konkretnych wyborów językowych nie jest w tym przypadku bez znaczenia, gdyż mogą one w pewnym stopniu wpływać na spostrzeganie danych grup społecznych.

Maass i Arcuri [34] wyróżniają kilka funkcji, jakie język pełni w procesie stereotypizacji. Wiąże się one z przekazywaniem stereotypów, organizacją poznawczą, utrzymywaniem się stereotypów oraz wyrażaniem stereotypowych toż-

samości. W odniesieniu do omawianego zagadnienia szczególnie istotna jest druga z wymienionych – porządkująca funkcja języka. Polega ona na tym, że wokół pewnych kluczowych terminów dostarczanych przez język, takich jak na przykład etykiety kategorii społecznych, organizowana jest stereotypowa informacja. Według autorów, terminy te stanowią lingwistyczne „kotwice”, które są koniecznym warunkiem kategoryzacji i stereotypizacji. Maass i Arcuri zauważają, że z badań nad związkiem między etykietami oznaczającymi kategorie społeczne a myśleniem wynika, iż nazwy kategorii aktywizują sieć skojarzeń w sposób w dużym stopniu automatyczny. Użycie negatywnej etykiety może więc wywołać negatywne skojarzenia i takie oceny grupy, którą ona określa, nawet u osób świadomie nieakceptujących negatywnych stereotypowych przekonań na jej temat. Innymi słowy, z dokonanej przez autorów analizy wynika, że etykiety kategorii społecznych pełnią istotną funkcję porządkującą – różne etykiety oznaczające te same kategorie w odmienny sposób wpływają na procesy poznawcze związane ze stereotypizacją oraz na reprezentacje umysłowe danych grup społecznych, przy czym świadoma kontrola nad tymi procesami jest niewielka. Ilustrując swoje tezy Maass i Arcuri powołują się na badania dotyczące głównie obelg o charakterze etnicznym i rasowym oraz tzw. języka seksistowskiego. Należy przyznać, że badań nad wpływem etykiet psychiatrycznych (zwłaszcza alternatywnych nazw zaburzeń psychicznych) na spostrzeganie i postawy jest stosunkowo niewiele, wydaje się jednak, że istnieje dość argumentów, aby uznać, że kwestia ta jest dość istotna i godna uwagi. Na podstawie danych zgromadzonych przez psychologów społecznych można podejrzewać, że terminy językowe określające poszczególne zaburzenia psychiczne mogą w pewnym stopniu wpływać na to, jak postrzegane są osoby, u których te zaburzenia zdiagnozowano. Haghghat [38] uważa więc, że „interwencja lingwistyczna” powinna być istotnym elementem oddziaływań zmierzającym do destygmatyzacji (kwestia etykiet diagnostycznych jest tylko jednym z aspektów zmiany języka psychiatrii).

„SCHIZOFRENIA” – ŹRÓDŁO PIĘTNA?

Sądzę, że do zilustrowania roli psychiatrycznych etykiet diagnostycznych w procesie stygmatyzacji, szczególnie nadaje się etykieta „schizofrenii”, wokół której skupiają się jak w soczewce i stają się wyraźnie widoczne wszystkie problemy związane z omawianym zagadnieniem. Schizofrenia należy do najbardziej stygmatyzujących zaburzeń psychicznych, a równocześnie zarówno jej pojęcie, jak i nazwa są przedmiotem licznych kontrowersji. W tym miejscu chciałbym skupić się nie tyle na kwestiach związanych z trafnością i użytecznością samej koncepcji schizofrenii, ile raczej na roli, jaką może odgrywać w procesie stygmatyzacji etykieta (nazwa) „schizofrenia”. Wydaje się, że ma ona szczególny status, odróżniający ją od nazw innych zaburzeń psychicznych – silnie oddziałuje na masową wyobraźnię, łatwo przenika do języka potocznego i funkcjonuje w bardzo różnych kontekstach, często mających niewiele wspólnego z jej pierwotnym znaczeniem („polityczna schizofrenia” „schizofreniczne myślenie”, „postawa schizofreniczna”, etc.). Dość powszechne w języku są również nawiązujące

do „schizofrenii” żargonowe określenia, zazwyczaj o jednoznacznie negatywnych konotacjach („schizol”, „schiza”, etc.). Źródłem wielu z tych potocznych terminów czy metafor jest sugerowane przez nazwę stereotypowe przekonanie o rozdwojeniu czy rozszczepieniu osobowości („rozdwojeniu jaźni”) chorych na schizofrenię. O ile trafność stereotypów jest zagadnieniem spornym i złożonym [19, 24, 39], to o tym konkretnym stereotypie można powiedzieć, że jest nietrafny z całą pewnością – do tego stopnia, że w zasadzie słuszniej byłoby go określić mianem swoistego mitu. O specyfice zarówno konceptu, jak i nazwy schizofrenii stanowi też ich szczególnie silne uwikłanie w zależności wynikające z uwarunkowań historycznych i tradycji psychiatrii. Wyraźnie uwidacznia się w tym przypadku, że tradycja ta może być nie tylko wartością, ale i balastem.

Termin „schizofrenia” jest w ostatnim okresie dość częstym przedmiotem krytyki [np. 40, 41, 42]. Podnoszone argumenty za zmianą nazwy są różnorodne. Wielu autorów wskazuje, że jest ona nieadekwatna i nietrafna. Kim i Berrios [40], omawiając historyczny kontekst powstania i upowszechnienia nazwy „schizofrenia”, zwracają uwagę, że stworzony przez Bleulera neologizm i stojąca za nim koncepcja (metafora) „rozszczenia funkcji psychicznych” (niem. *Spaltung*, ang. *splitting*, gr. *schizis*), nigdy nie były zaakceptowane przez wszystkich. Wśród krytyków Bleulerskiej koncepcji schizofrenii autorzy wymieniają tak wybitne postaci, jak Freud, Jaspers, Ey czy Schneider. Kim i Berrios zauważają, że koncepcja schizofrenii Schneidera nie uwzględniała mechanizmu rozszczenia, a jej wpływ na klasyfikację DSM doprowadził do stopniowego odejścia od poglądów Bleulera. W konsekwencji, objawy psychopatologiczne niegdyś uważane za kliniczne przejawy rozszczenia, współcześnie są wyjaśniane w odmienny sposób. Na dowód, że koncepcja rozszczenia w odniesieniu do schizofrenii nie ma już istotnego znaczenia, autorzy przytaczają analizę prac naukowych mających w tytule termin „schizofrenia”, opublikowanych między 1997 a 1998 rokiem. Spośród 1854 znalezionych artykułów, zaledwie kilka odnosiło się do rozszczenia w tradycyjnym sensie. Kim i Berrios konkludują, że nie ma obecnie powodów, aby przebrzmiały koncept znajdował odzwierciedlenie w nazwie choroby. Również de Barbaro [41] dowodzi, że „schizofrenia” jest nazwą przestarzałą, gdyż powstała w zupełnie innym niż obecny kontekście, oraz nieprecyzyjną – wadliwą z punktu widzenia formalno-logicznego i nieostrą.

Być może jednak najważniejszy zarzut wobec terminu „schizofrenia” polega na tym, że jest on „źródłem piętna” [40]. Wydaje się, że przynajmniej częściowo kwestia ta jest związana z nietrafnością i nieadekwatnością nazwy. Zdaniem de Barbaro [41] nazwa „schizofrenia” jest w praktyce klinicznej nieużyteczna, gdyż nie implikuje określonych procedur terapeutycznych, utrudnia lub wręcz zamyka dialog terapeutyczny (ma charakter krepujący, wprawia w zakłopotanie), a dla pacjentów i ich bliskich stanowi „tragiczny (pesymistyczny) wzorzec narracyjny” [41, s. 59]. Co więcej, według autora „schizofrenia” jest nazwą, która „osłabia (psychicznie, interpersonalnie, społecznie) i przez to jest szkodliwa” – pełni rolę „kłętwy wypowiedzianej pod adresem pacjenta” i dlatego należy z niej zrezygnować [41, s. 64].

Warto w tym miejscu wspomnieć, że w 2002 r. w Japonii dokonano zmiany nazwy „schizofrenia” (a ściślej mówiąc,

jej japońskiego odpowiednika, będącego tłumaczeniem Bleulerowskiego neologizmu). Wydaje się, że doświadczenia japońskie, choć ciągle zbyt krótkie, aby wyciągnąć z nich definitywne konkluzje, pozwalają rzucić nieco więcej światła na zagadnienie roli, jaką odgrywa nazewnictwo psychiatryczne w procesie stygmatyzacji. Należy zastrzec, że sytuacja w Japonii i innych krajach posługujących się znakami ideograficznymi cechuje pewną specyfikę. Termin „schizofrenia” został przetłumaczony na język japoński jako „*seishin-bunretsu-byo*” („choroba rozszczepienia umysłu”) [40, 43]. Poszczególne człony nazwy są w tym przypadku niezależnymi i powszechnie używanymi terminami, co sprawia, że nieznanostwo języka greckiego nie chroni przed bezpośrednim uchwyceniem jej „właściwego” sensu [40]. Ma ona również bardzo negatywne konotacje, takie jak np. „katastroficzna dezorganizacja”, „odcięcie od duszy” czy „fragmentacja ducha” [40, 43, 44]. Konsekwencją była wyraźna niechęć klinicyстів do informowania pacjentów o rozpoznaniu schizofrenii. Z badania przeprowadzonego przez Ono i wsp. [44] wśród japońskich psychiatrów wynikało na przykład, że tylko 7% ankietowanych zawsze informowało pacjentów o diagnozie schizofrenii, 52% w zależności od indywidualnego przypadku, a 37% informowało tylko rodzinę pacjenta. W innym badaniu wykazano z kolei, że jedynie około 17% chorych, u których zdiagnozowano schizofrenię oraz 34% ich bliskich krewnych znało rozpoznanie (w przypadku zaburzeń afektywnych lub nerwicowych odsetki te wynosiły około 90%) [Kim i wsp. 1997, za: 40].

Oficjalna zmiana nazwy była efektem wspólnych działań organizacji rodzin chorych psychicznie *Zenkaren* i Japońskiego Towarzystwa Psychiatrii i Neurologii, które powołało w tym celu specjalny komitet. Spośród kilku wstępnie wyselekcjonowanych opcji zdecydowano się ostatecznie na termin „*togo-shiccho-sho*” („zaburzenie integracji myślenia”) [43]. Japoński rząd wsparł następnie badania mające na celu ocenę efektywności zmiany nazwy. Przeprowadzono je wśród psychiatrów, pacjentów, członków rodzin pacjentów, studentów oraz profesorów psychiatrii zajmujących się kształceniem studentów. Wyniki tych badań można uznać za obiecujące. Wskazują one, że rozpowszechnienie i przyjęcie się nowego terminu wymaga czasu (np. stara i nowa nazwa były używane przez psychiatrów i profesorów psychiatrii równolegle – w zależności od sytuacji, wielu pacjentów znało nową nazwę, ale nieliczni odnosili ją do siebie, etc.). Równocześnie jednak 77% ankietowanych członków rodzin pacjentów wyraziło pozytywną opinię o zmianie nazwy. Podobnie, uczestniczący w badaniu studenci, którzy wypełniali specjalny kwestionariusz posługujący się nową nazwą mieli mniej negatywny stosunek do użytego terminu niż studenci, którzy otrzymali wersję kwestionariusza ze starą nazwą. Co więcej, pozytywny wpływ filmu „Piękny umysł” na postawy był większy w pierwszej grupie [43].

Jak wspomniano, sytuacja w Japonii różni się od sytuacji w krajach zachodnich i trudno wnosić z japońskiego eksperymentu zmiany nazwy uogólniać. Wydaje się jednak, że mogą one być cenną wskazówką. Grecki termin „schizofrenia” także może przecież nieść ze sobą negatywne konotacje i aktywizować podobne stygmatyzujące stereotypy, choć w mniej bezpośredni sposób niż jego japoński odpowiednik. Sądzę więc, że wspomniana różnica ma raczej ilościowy charakter – problem jest podobny, ale w krajach

posługujących się znakami ideograficznymi jest obecny w formie wyostrojonej. Należy jednak przyznać, że prowadzone w różnych krajach badania empiryczne nad wpływem etykiety „schizofrenii” na spostrzeganie i postawy nie przynoszą jednoznacznych wyników. W badaniu przeprowadzonym w Hong Kongu nie wykryto znaczących różnic w postawach badanych wobec opisanej osoby spełniającej kryteria diagnostyczne schizofrenii w zależności od użytej etykiety („choroba rozszczepienia umysłu”, „dysregulacja myślenia i spostrzegania”, „choroba psychiczna” oraz opis bez etykiety). Autorzy stwierdzili jedynie, że ankietowani, którzy mieli przekonania religijne, deklarowali wyższy poziom akceptacji w stosunku do przedstawionej osoby, jeśli opisowi towarzyszyła etykieta diagnostyczna [45]. W Niemczech Angermeyer i Matschinger [46] wykazali, że skojarzenie opisu przypadku osoby spełniającej kryteria schizofrenii z etykietą diagnostyczną „schizofrenii” zwiększało skłonność badanych do upatrywania przyczyn choroby w czynnikach biologicznych. Etykieta przyczyniała się też do zmniejszenia odpowiedzialności przypisywanej za zachowanie, ale także do gorszej oceny rokowania i skuteczności leczenia. W Turcji Arkar i Eker [47] stwierdzili, że etykieta „schizofrenii paranoidalnej” dołączona do odpowiadającego temu rozpoznaniu opisu przypadku wpływała w istotny sposób na niektóre aspekty postaw, w tym również na zwiększenie dystansu społecznego. W Stanach Zjednoczonych Penn i wsp. [48] wykazali, że opis objawów w ostrej fazie schizofrenii w większym stopniu przyczyniał się do stygmatyzacji niż sama etykieta, natomiast reakcje wywoływane przez opis objawów schizofrenii były podobne do reakcji na opis tych samych objawów opatrzonych etykietą „schizofrenii”. Penn i Nowlin-Drummond [49] porównywali z kolei reakcje wobec różniących się pod względem politycznej poprawności etykiet określających osoby chorujące psychicznie, takich jak: „schizofrenik”, „osoba z poważną chorobą psychiczną”, „osoba ze schizofrenią” oraz trudno poddająca się tłumaczeniu na język polski politycznie poprawna etykieta „*consumer of mental health services*”. Ostatnia z wymienionych wiązała się ze słabiej wyrażonymi negatywnymi reakcjami i była postrzegana jako odzwierciedlenie kondycji łatwiej poddającej się zmianom w porównaniu z innymi etykietami. Równocześnie jednak w większym stopniu wywoływała atrybucje dotyczące osobistej odpowiedzialności za chorobę. Pozostałe trzy mniej politycznie poprawne określenia w żadnym z badanych aspektów stygmatyzacji nie różniły się istotnie między sobą. W brytyjskim badaniu Cormack i Furnhama [50] wpływ na postawy wywierał opis zachowania odpowiadającego różnym zaburzeniom psychicznym (schizofrenia paranoidalna, depresja, alkoholizm, agorafobia), natomiast etykieta psychiatryczna zwiększała jedynie skłonność do postrzegania opisanych zaburzeń jako poważnych (bez statystycznie istotnego wpływu na dystans społeczny, przewidywane rokowanie, domniemane czynniki etiologiczne). W innym badaniu przeprowadzonym w Wielkiej Brytanii Kingdon i wsp. [51] podjęli interesującą próbę porównania postaw wobec „schizofrenii” oraz wobec czterech podgrup schizofrenii określonych jako „psychoza związana z używaniem substancji psychoaktywnych” (*drug-related psychosis*), „psychoza lękowa” (*anxiety psychosis*), „psychoza traumatyczna” (*traumatic psychosis*) oraz „psychoza związana z nadwrażliwością na stres” (*stress-*

sensitivity psychosis). Podstawą ich wyróżnienia były obserwacje kliniczne, badania psychospołeczne i niektóre historyczne koncepcje różnych autorów. Stwierdzono, że postawy wobec podgrup i alternatywnych terminów były generalnie mniej negatywne niż wobec „schizofrenii”. Badani lepiej oceniali szanse na wyzdrowienie w przypadku wszystkich podgrup, w mniejszym stopniu kojarzyli je również ze skłonnością do zachowań niebezpiecznych dla otoczenia (wyjątek stanowiła tu psychoza związana z używaniem substancji psychoaktywnych). Kingdon i wsp. [52] wykazali też, że proponowana nowa terminologia w większym stopniu niż tradycyjna jest akceptowana przez pacjentów.

Wyniki omówionych badań są wyraźnie niespójne, co wynika zapewne z różnic metodologicznych, a być może także z wpływu czynników kulturowych. W ich świetle kwestia zasadności zastąpienia nazwy „schizofrenia” innym terminem wydaje się więc otwarta (istotną trudność stanowi np. przedstawienie lepszej alternatywy), sądzę jednak, że nie jest to sprawa błaha i warto nad nią dyskutować.

PODSUMOWANIE

W dotychczasowych wywodach starałem się wykazać że diagnoza psychiatryczna nieuchronnie niesie ze sobą ważne konsekwencje społeczne – chociaż jest w praktyce klinicznej niezbędna i użyteczna, może również przyczyniać się do nasilenia piętna choroby psychicznej. Warto zauważyć, że w ostatnim okresie pojawiają się nowe zagadnienia nadające omawianej kwestii szczególnego znaczenia praktycznego. Przykładem może być tak zwana wczesna interwencja, która z pewnością jest godną uwagi szansą na zapobieganie negatywnym skutkom zaburzeń psychicznych, równocześnie jednak wiąże się z dużym ryzykiem stygmatyzacji osób, u których rozpoznano je w oparciu o niewystarczające przesłanki.

Zdaniem Corrigan [15] negatywny wpływ diagnozy może być uznany za przykład stygmatyzacji strukturalnej chorych psychicznie. Autor sądzi, że jednym z możliwych sposobów przeciwdziałania tego rodzaju piętnu jest zakwestionowanie samych podstaw, na których się ono opiera. Warto więc jego zdaniem rozważyć zastąpienie kategorialnego podejścia do diagnozy psychiatrycznej podejściem wymiarowym. Według Corrigan ujęcie diagnozy jako opisu profilu objawów na pewnym continuum, obejmującym również normę, mogłoby zmniejszyć jej stygmatyzujące skutki, gdyż nie podkreślałoby odmienności osób z zaburzeniami psychicznymi.

Podsumowując, należy stwierdzić, że proces diagnozowania nie jest szkodliwy sam w sobie. Wziąwszy jednak pod uwagę, że diagnoza psychiatryczna nie jest po prostu obiektywnym, neutralnym opisem pewnych faktów klinicznych (które mogą być interpretowane w odmienny sposób), a równocześnie ma potencjalnie stygmatyzujący charakter, wypada uznać, że rozpoznawanie zaburzeń psychicznych (a także komunikowanie innym postawionego rozpoznania) nie powinno być dla psychiatry czynnością rutynową, wolną od głębszej refleksji, również etycznej. Przeciwnie, obowiązek ten wiąże się z dużą odpowiedzialnością i wymaga pewnej dozy ostrożności i dystansu, gdyż niewłaściwie używana lub nadużywana diagnoza psychiatryczna może w pewnych

okolicznościach nabierać charakteru dyskredytującej etykiety i nakładać na osoby chorujące psychicznie dodatkowe obciążenia.

PIŚMIENNICTWO

1. Sartorius N. Iatrogenic stigma of mental illness. *BMJ*. 2002; 324 (7352): 1470–1471.
2. Grover S. Reification of psychiatric diagnoses as defamatory: implications for ethical clinical practice. *Ethical Hum Psychol Psychiatry*. 2005; 7 (1): 77–86.
3. Wulff HR, Pedersen SA, Rosenberg R. *Filozofia medycyny*. Wprowadzenie. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1993.
4. Goffman E. *Piętno*. Rozważania o zranionej tożsamości. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
5. Sayce L. Stigma, discrimination and social exclusion: what's in a word? *J Ment Health*. 1998; 7 (4): 331–343.
6. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol*. 2001; 27: 363–385.
7. Link BG, Yang LH, Phelan JC, Collins PY. Measuring mental illness stigma. *Schizophr Bull*. 2004; 30 (3): 511–541.
8. Markowitz FE. Sociological 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 129–144.
9. Scheff TJ. *Being mentally ill: a sociological theory* (3rd ed.). New York: Aldine de Gruyter; 1999.
10. Link BG. Mental patient status, work, and income: an examination of the effects of a psychiatric label. *Am Sociol Rev*. 1982; 47: 202–215.
11. Link BG. Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. *Am Sociol Rev*. 1987; 52: 96–112.
12. Link BG, Cullen FT, Struening E, Shrout PE, Dohrenwend BP. A modified labeling theory approach to mental disorders: an empirical assessment. *Am Sociol Rev*. 1989; 54: 400–423.
13. Link BG, Struening EL, Rahav M, Phelan JC, Nuttbrock L. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study on men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *J Health Soc Behav*. 1997; 38 (2): 177–190.
14. Link BG, Struening EL, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan JC. The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatr Serv*. 2001; 52 (12): 1621–1626.
15. Corrigan PW. How clinical diagnosis might exacerbate the stigma of mental illness. *Soc Work*. 2007; 52 (1): 31–39.
16. Szasz T. *Insanity: the idea and its consequences*. New York: John Wiley & Sons; 1990.
17. Jussim L, Fleming C. Samospełniające się przepowiednie a utrzymywanie się stereotypów społecznych: rola interakcji dyadykcyjnych i sił społecznych. W: Macrae CN, Stangor C, Hewston M. red. *Stereotypy i uprzedzenia. Najnowsze ujęcie*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1999. s 133–160.
18. 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.
19. Weigl B. Stereotypy i uprzedzenia. W: Strelau J. red. *Psychologia*, t. 3. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2000. s 205–224.
20. Brewer MB. Kiedy stereotypy powodują stereotypizację: wpływ stereotypów na spostrzeganie osób. W: Macrae CN, Stangor C, Hewston M. red. *Stereotypy i uprzedzenia. Najnowsze ujęcie*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1999. s 208–224.

21. Dovidio JF, Brigham JC, Johnson BT, Gaertner SL. Stereotypizacja, uprzedzenia i dyskryminacja: spojrzenie z innej perspektywy. W: Macrae CN, Stangor C, Hewstone M. red. Stereotypy i uprzedzenia. Najnowsze ujęcie. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1999. s 225–260.
22. Nelson TD. Psychologia uprzedzeń. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003.
23. Dovidio JF, Major B, Crocker J. Piętno: wprowadzenie i zarys ogólny. W: Heatherton TF, Kleck RE, Hebl MR, Hull JG. red. Społeczna psychologia piętna. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2008. s 23–45.
24. Schneider DJ. Współczesne badania nad stereotypami: niedokończone zadanie. W: Macrae CN, Stangor C, Hewstone M. red. Stereotypy i uprzedzenia. Najnowsze ujęcie. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1999. s 335–367.
25. Mackie DM, Hamilton DL, Susskind J, Rosselli F. Społeczno-psychologiczne podstawy powstawania stereotypów. W: Macrae CN, Stangor C, Hewstone M. red. Stereotypy i uprzedzenia. Najnowsze ujęcie. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1999. s 39–65.
26. Wahl OF. Media madness: public images of mental illness. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press; 1995.
27. Wahl OF. Telling is risky business: mental health consumers confront stigma. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press; 1999.
28. Farina A. Stigma. W: Mueser KT, Tarrrier N. red. Handbook of social functioning in schizophrenia. Needham Heights: Allyn & Bacon; 1998. s 247–279.
29. Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health*. 1999; 89 (9): 1328–1333.
30. Pescosolido BA, Monahan J, Link BG, Stueve A, Kikuzawa S. The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. *Am J Public Health*. 1999; 89 (9): 1339–1345.
31. Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry*. 2000; 177 (1): 4–7.
32. 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.
33. Corrigan PW, River LP, Lundin RK, Uphoff-Wasowski K, Campion J, Mathisen J, Goldstein H, Bergman M, Gagnon C, Kubiak MA. Stigmatizing attributions about mental illness. *J Community Psychol*. 2000; 28 (1): 91–102.
34. Maass A, Arcuri L. Język a stereotypizacja. W: Macrae CN, Stangor C, Hewstone M. red. Stereotypy i uprzedzenia. Najnowsze ujęcie. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1999. s 161–188.
35. Stangor C, Schaller M. Stereotypy jako reprezentacje indywidualne i zbiorowe. W: Macrae CN, Stangor C, Hewstone M. red. Stereotypy i uprzedzenia. Najnowsze ujęcie. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1999. s 13–36.
36. Jussim L, Palumbo P, Chatman C, Madon S, Smith A. Piętno a samospełniające się proroctwa. W: Heatherton TF, Kleck RE, Hebl MR, Hull JG. red. Społeczna psychologia piętna. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2008. s 342–383.
37. Świtaj P, Bemberek A. Negatywne konsekwencje stereotypów i uprzedzeń w diagnostyce i leczeniu zaburzeń psychicznych – opis przypadku. *Post Psychiatr Neurol*. 2004; 13 (2): 177–184.
38. Haghigat R. A unitary theory of stigmatisation. Pursuit of self-interest and routes to destigmatisation. *Br J Psychiatry*. 2001; 178 (3): 207–215.
39. Ryan CS, Park B, Judd CM. Pomiar trafności stereotypów: implikacje dla zrozumienia procesu stereotypizacji. W: Macrae CN, Stangor C, Hewstone M. red. Stereotypy i uprzedzenia. Najnowsze ujęcie. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1999. s 97–129.
40. Kim Y, Berrios GE. Impact of the term *schizophrenia* on the culture of ideograph: the Japanese experience. *Schizophr Bull*. 2001; 27 (2): 181–185.
41. 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.
42. Kingdon D. Down with schizophrenia. *New Scientist*. 2007; 196 (2625): 22.
43. Sartorius N, Schulze H. Reducing the stigma of mental illness. A report from a global programme of the World Psychiatric Association. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.
44. Ono Y, Satsumi Y, Kim Y, Iwadata T, Moriyama K, Nakane Y, Nakata T, Okagami K, Sakai T, Sato M, Someya T, Takagi S, Ushijima S, Yamauchi K, Yoshimura K. Schizophrenia: is it time to replace the term? *Psychiatry Clin Neurosci*. 1999; 53 (3): 335–341.
45. Chung KF, Chan JH. Can a less pejorative Chinese translation for schizophrenia reduce stigma? A study of adolescents' attitudes toward people with schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2004; 58 (5): 507–515.
46. Angermeyer MC, Matschinger H. The effect of diagnostic labelling on the lay theory regarding schizophrenic disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1996; 31 (6): 316–320.
47. Arkar H, Eker D. Effect of psychiatric labels on attitudes toward mental illness in a Turkish sample. *Int J Soc Psychiatry*. 1994; 40 (3): 205–213.
48. Penn DL, Guynan K, Daily T, Spaulding WD, Garbin CP, Sullivan M. Dispelling the stigma of schizophrenia: what sort of information is best? *Schizophr Bull*. 1994; 20 (3): 567–577.
49. Penn DL, Nowlin-Drummond A. Politically correct labels and schizophrenia: a rose by any other name? *Schizophr Bull*. 2001; 27 (2): 197–203.
50. Cormack S, Furnham A. Psychiatric labelling, sex role stereotypes and beliefs about the mentally ill. *Int J Soc Psychiatry*. 1998; 44 (4): 235–247.
51. Kingdon D, Vincent S, Vincent S, Kinoshita Y, Turkington D. Destigmatising schizophrenia: does changing terminology reduce negative attitudes? *Psychiatr Bull*. 2008; 32 (11): 419–422.
52. Kingdon D, Gibson A, Kinoshita Y, Turkington D, Rathod S, Morrison A. Acceptable terminology and subgroups in schizophrenia. An exploratory study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008; 43 (3): 239–243.

Wpłynęło: 17.08.2009. Zrecenzowano: 27.08.2009. Przyjęto: 15.09.2009.

Adres: Dr Piotr Świtaj, I Klinika Psychiatryczna IPiN, al. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, e-mail: switaj@ipin.edu.pl