




ELŻBIETA PIĄTEK

 <https://orcid.org/0000-0003-4332-7129>

Uniwersytet Jagielloński

Zobaczyć człowieka w chorobie Choroba psychiczna a piętno społeczne

Seeing the Person in the Illness: Mental Illness and Social Stigma

Abstract: Research documents a growing number of individuals – including children and adolescents – requiring support due to mental health problems. The negative image of psychiatric patients, perceived as unpredictable and dangerous, can contribute to social distancing or even outright rejection. Since mental disorders are still frequently considered a taboo topic, it is not surprising that individuals in need of help may avoid seeking professional support for fear of stigmatisation. This article examines the prevailing societal stereotype of a person with a mental illness and its negative consequences. It explores the nature of this stereotype, the factors that may have contributed to its development, and the potential consequences of social stigma. The paper also outlines proposed measures aimed at counteracting stigmatisation.

Keywords: person with a mental illness, stereotype, stigmatisation, non-discriminatory language

Abstrakt: Funkcjonujący w społeczeństwie negatywny obraz osoby leczącej się psychiatrycznie, postrzeganej jako nieprzewidywalna i niebezpieczna, może przyczynić się do trzymania jej na dystans lub nawet odrzucenia. Ponieważ zaburzenia psychiczne nadal bywają uznawane za temat wstydlivy, nie zaskakuje fakt, że z lęku przed stygmatyzacją osoba potrzebująca pomocy często unika kontaktu ze specjalistą. To znaczący problem w sytuacji, gdy – jak wskazują badania – wzrasta liczba osób, w tym dzieci i młodzieży, wymagających pomocy z powodu problemów psychicznych. W artykule podjęto refleksję nad funkcjonującym w społeczeństwie stereotypem osoby chorej psychicznie oraz jego negatywnymi konsekwencjami. Omówiono stereotyp osoby chorej psychicznie, czynniki, które wpłynęły na jego ukształtowanie, oraz skutki społecznego napiętnowania osób chorych. Sformułowano również propozycje przeciwdziałania stygmatyzacji.

Słowa kluczowe: osoba chora psychicznie, stereotyp, piętno społeczne, język niedyskryminujący

Wprowadzenie

Naukowe wyjaśnienie przyczyn zaburzeń psychicznych było procesem długotrwałym i obciążonym wieloma błędami. Współcześnie, kiedy wiedza w tym zakresie uległa znaczącej poprawie i stała się bardziej dostępna, wyzwaniem pozostaje praca nad postawą społecznego dystansu wobec osób leczących się psychiatrycznie i negatywnymi stereotypami na ich temat. Dobrze problem ten zobrazowano w jednej z kampanii społecznych sprzed kilku lat¹. Krótki film *NieObecni. Nasze zdrowie psychiczne* ukazuje scenę toczącą się na ulicy zatłoczonego miasta. Poznajemy w nim osoby, które przedstawiając się, ujawniają, z jakimi zmagają się chorobami. W odpowiedzi na wyznanie spotykają się ze wspierającymi reakcjami przechodniów: chory na serce Marek słyszy, by się nie martwił, dbał o siebie i słuchał lekarzy; cierpiący na nowotwór Stanisław, że „rak nie jest wyrokiem i wszystko będzie dobrze”, a lecząca się na cukrzycę Basia, że „z takim rozpoznaniem da się żyć”. Na końcu pojawia się Rysiek, który ujawnia, że leczy się psychiatrycznie – w odpowiedzi na to zaczyna być omijany przez innych ludzi. Nagranie podsumowane jest komentarzem: „Osoby chore psychicznie także potrzebują wsparcia i zrozumienia. Co czwarty Polak doświadcza zaburzeń psychicznych” (*NieObecni. Nasze zdrowie psychiczne*, 2014).

W dość uproszczony, ale obrazowy sposób film pokazał, jak postrzegane są w społeczeństwie osoby leczone psychiatrycznie. Pacjenci zmagający się z chorobami somatycznymi nie spotykają się na co dzień z tak licznymi negatywnymi określeniami jak ci z diagnozą psychiatryczną. W opisie kampanii możemy przeczytać: „Kampania »NieObecni. Nasze zdrowie psychiczne« przypomina o tym, że osoby cierpiące na choroby psychiczne i uzależnienia bywają nieobecne w życiu zdrowych – niezauważane, obrażane, odrzucane; a problemy utrudniają im normalne funkcjonowanie i włączenie się w społeczeństwo. Projekt informuje, że **mają one takie same potrzeby, plany i marzenia jak zdrowi**” (*NieObecni. Nasze zdrowie psychiczne*, 2014).

Piotr Świtaj, powołując się na artykuł *Conceptualizing Stigma* autorstwa Bruce’a G. Linka i Jo C. Phelan, odnotowuje, że przekonanie o istotnej odmienności danej grupy i wysiłki zmierzające do oddzielenia „nas” od „nich” często przejawiają się bardzo wyraźnie w języku i sposobie używania etykiet (Świtaj, 2008: 27). Mówimy, że ktoś ma grypę, chorobę serca lub raka, dając do zrozumienia, że ta osoba jest jednym z „nas” i ma pewien atrybut. Tymczasem osoba cierpiąca na schizofrenię

¹ Kampania *NieObecni. Nasze zdrowie psychiczne* została zorganizowana w 2014 roku. Nadawcą spotu była Telewizja Polska S.A. Oddział w Opolu. Projekt sfinansowano ze środków Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej oraz z budżetu województwa opolskiego (*NieObecni. Nasze zdrowie psychiczne*, 2014).

to często po prostu „schizofrenik”. „Na chorobę się cierpi, ale schizofrenikiem się jest” – zauważa Świtaj i dodaje: „Etykieta określa w tym wypadku tożsamość osoby i podkreśla jej odmienność” (Świtaj, 2008: 27).

Na problem etykietowania i separowania osób cierpiących na choroby psychiczne zwrócił uwagę także amerykański psychiatra Jeffrey A. Lieberman, który w popularnonaukowej książce *Czarna owca medycyny. Nieopowiedziana historia psychiatrii* zachęca czytelnika do postawienia się w następującej sytuacji:

Wyobraźcie sobie, że jesteście zaproszeni na wesele przyjaciela, ale nagle dopada was choroba. Wolelibyście powiedzieć, że odwołujecie przyjęcie z powodu kamieni nerkowych czy może raczej epizodu maniakalnego? Jako wymówkę podalibyście raczej całonocne wymioty czy może ataki paniki? Wolelibyście powiedzieć, że macie migrenę czy że macie kaca po ciągu alkoholowym? (Lieberman, Ogas, 2023: 312).

Niespodziewane zdarzenia ostatnich lat (pandemia i wojna w Ukrainie) spowodowały, że coraz więcej osób, zarówno dorosłych, jak i dzieci oraz młodzieży, częściej niż dotąd sięga po pomoc specjalistów psychiatrii. Według Światowej Organizacji Zdrowia do 2030 roku depresja ma być najczęściej diagnozowaną przez lekarzy chorobą (Staszyńska, 2021). Jak podaje autor raportu dotyczącego samobójstw i prób samobójczych w latach 2020–2024 sporządzonego na podstawie danych Komendy Głównej Policji, każdego dnia w Polsce około 13 osób odbiera sobie życie, z czego około 11 to mężczyźni. W całej populacji w ostatnich latach obserwuje się stopniowy wzrost liczby prób samobójczych odnotowywanych przez funkcjonariuszy zarówno wśród osób młodych, jak i dorosłych (Czabański, oprac., 2025)².

² Zgodnie z danymi z 17 stycznia 2025 roku w grupie wiekowej do 19. roku życia „największy przyrost prób samobójczych odnotowano wśród dziewcząt. Od roku 2020 do 2023 nastąpił przyrost prób samobójczych ponad trzykrotny (315%). Wśród chłopców w analogicznym okresie wzrost wyniósł 178%. Wśród dziewcząt i chłopców wzrost w latach 2020–2023 wyniósł 270%” (Czabański, 2025, oprac., s. 7). W roku 2024 próbę samobójczą podjęły 2054 osoby w wieku do 19. roku życia (Czabański, oprac., 2025, s. 7). W grupie wiekowej 19–64 lat „Liczba prób samobójczych wzrosła o około 6,67% w 2024 roku [wyniosła 7541 osób – E.P.] w porównaniu do 2023 roku [wtedy próbę samobójczą podjęło 7087 osób – E.P.]” (Czabański, oprac., 2025, s. 8). W 2024 roku skutecznie targnęło się na swoje życie 127 osób w grupie wiekowej do 19. roku życia (Czabański, oprac., 2025, s. 3). „Porównując rok 2023 i 2024, widzimy duży spadek liczby samobójstw na poziomie 12,4%. W stosunku do roku 2022, kiedy to wystąpił szczyt samobójstw dziewcząt i chłopców (okres pandemii COVID-19), liczba samobójstw wśród nich zmniejszyła się o 18,6%” (Czabański, oprac., 2025, s. 3). W grupie osób w wieku 19–64 lat „w latach 2020 do 2023 nastąpił wzrost samobójstw o 2,8%. Natomiast w roku 2024 odnotowano zmniejszenie się liczby samobójstw w tych grupach wiekowych o 8,9% [tj. z 4079 osób w 2023 roku do 3716 w 2024 roku – E.P.]” (Czabański, oprac., 2025, s. 4).

Brak reakcji na funkcjonowanie w społeczeństwie stereotypu osoby z zaburzeniami psychicznymi może prowadzić do poważnych skutków, takich jak: utrwalanie fałszywych przekonań na temat natury chorób psychicznych i metod ich leczenia, bagatelizowanie cierpienia pacjentów, negatywne postrzeganie zarówno ich samych, jak i ich bliskich, a także pogłębianie poczucia wyobcowania i wstydu, co nierzadko skutkuje rezygnacją chorych z leczenia.

Stereotyp osoby chorej psychicznie

Osoby z zaburzeniami psychicznymi często są postrzegane przez pryzmat utrwalo-nych i powszechnie funkcjonujących stereotypów. Do najczęściej spotykanych należą przekonania, że osoby te różnią się od reszty społeczeństwa, są niebezpieczne, nieodpowiedzialne, a ich zachowania trudne do przewidzenia. Często przypisuje się chorującym również niższy poziom sprawności – zwłaszcza intelektualnej – niedojrzałość, brak zdolności do samodzielnego podejmowania decyzji czy kierowania swoim postępowaniem, zaniedbywanie wyglądu i higieny, winę za własną chorobę, przyjmuje się, że osoby te mają niewielkie szanse na wyzdrowienie oraz trudności w komunikacji. Wśród pozytywnych cech wymienia się to, że są bardziej wrażliwe i więcej rozumieją, bywają bardziej kreatywne (Świtaj, 2008: 30).

W tym miejscu warto zasygnalizować wątpliwości, jakie niesie z sobą sam termin „choroba psychiczna”. Stanisław Pużyński, który prześledził jego użycie w diagnostyce oraz regulacjach prawnych, uznał go za anachroniczny; zwrócił uwagę zarówno na jego nieprecyzyjne granice definicyjne (szczególnie w zapisach prawnych, gdzie nadal występuje), jak i zbyt częste używanie go do etykietowania innych:

termin diagnostyczny „choroba psychiczna”, chociaż odegrał pozytywną rolę w rozwoju wiedzy o zaburzeniach psychicznych i pozycji psychiatrii jako działu medycyny klinicznej – w miarę upływu czasu stał się pojęciem anachronicznym. Ponieważ jego treść ani granice nigdy nie były w sposób poprawny określone, zaczął służyć do maskowania niewiedzy o przyczynach zaburzeń psychicznych. Bywał nadużywany do celów niezgodnych z jego pierwotnym przeznaczeniem, wykorzystywany do „etykietowania” osób, których zachowanie nie mieściło się w akceptowanych dla danej społeczności konwencjach, niekiedy przyczyniał się do społecznego wykluczenia tych osób. Okoliczności te stały się przyczyną zrezygnowania z terminu „choroba

psychiczna” we współczesnych systemach diagnostyczno-klasyfikacyjnych zaburzeń psychicznych (DSM-IV, ICD-10) (Pużyński, 2007: 307–308).

Trudno ustalić, kiedy termin „choroba psychiczna” został użyty po raz pierwszy. Do popularyzacji postrzegania zaburzeń psychicznych jako choroby przyczyniły się prace Antoine’a Laurenta J. Bayle’a, który wskazywał, że u podłoża tych zaburzeń leżą zmiany organiczne w mózgu; wnioski te zostały poparte przez innych psychiatrów (Pużyński, 2007: 301). W XIX wieku określenie „choroba umysłowa” pojawiało się w tytułach podręczników psychiatrii (na przykład Bartłomieja Frydrycha *O chorobach umysłowych*, 1845). Od lat osiemdziesiątych XX wieku w klasyfikacjach nie występuje pojęcie „choroba psychiczna”, zamiast niego sugeruje się sięganie po określenia: „zaburzenie psychiczne i zachowania”, „jednostka kliniczna” lub „zespół objawów” (Cierpiąłkowska, Grzegorzewska, 2000: 35). W węższym znaczeniu określenie „choroba psychiczna” często używane jest jako synonim psychozy, czyli zaburzenia ograniczającego w znacznym stopniu wgląd (poczucie choroby), zdolność radzenia sobie ze zwykłymi wymaganiami życia lub utrzymaniem właściwego kontaktu (Pużyński, 2007: 304). Przede wszystkim jednak termin ten funkcjonuje w codziennym, potocznym użyciu, a często chorymi psychicznie nazywa wszystkie osoby zmagające się z trudnościami o podłożu psychicznym, bez rozróżnienia na konkretne diagnozy³.

W dyskursie publicznym możemy zaobserwować trzy zjawiska językowe odnoszące się do osób leczących się psychiatrycznie. Zwrócili na nie uwagę autorzy raportu *Wrażliwi na słowa. Wrażliwi na ludzi* (Doroszewska i in., 2021). Zjawiska te to:

- 1) pejoratywne słownictwo wykorzystywane w opisie osób chorych, lekarzy psychiatrów, placówek leczniczych i procesu leczenia;
- 2) medykalizacja dyskursu publicznego;
- 3) używanie terminów psychiatrycznych w funkcji inwektyw (Doroszewska i in., 2021: 165–166).

W języku funkcjonuje wiele negatywnych określeń osób z zaburzeniami psychicznymi, na przykład: „wariat”, „czubek”, „świr”, „szajbus”, „psychol” czy „szalony”. Wyróżniamy wśród tych określeń grupę terminów stosowanych w odniesieniu do konkretnych rozpoznań: „schizofrenik” (chorujący na schizofrenię), „border” (mający zaburzenia osobowości typu borderline), „autystyk” (osoba z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, całościowymi zaburzeniami rozwoju). Podobna sytuacja dotyczy szpitali i oddziałów psychiatrycznych; ich określenia: „psychiatryk”, „wariatkowo”, „dom wariatów”, nie kojarzą się z przyjaznymi miejscami,

³ Ze względu na fakt, iż w artykule poruszono zagadnienie stereotypu, w tekście używany jest zarówno termin „zaburzenie psychiczne”, jak i „choroba psychiczna”.

gdzie można uzyskać pomoc. Stereotypizacją obarczony bywa również proces farmakoterapii. W kontekście leczenia zaburzeń psychicznych mówi się o „faszero-waniu lekami”, „leczeniu psychotropami” (zamiast lekami psychotropowymi) oraz podawaniu „końskich dawek”, zamiast po prostu dużych dawek (Doroszevska i in., 2021).

Drugą istotną kwestią podjętą przez autorów raportu jest medykalizacja dyskursu publicznego. Często w kontekście politycznym lub biznesowym sięga się po słowa zaczerpnięte z języka psychiatrii, które mają na celu wzmocnienie przekazu, pobudzenie wyobraźni, zwrócenie uwagi odbiorcy lub wywołanie poczucia, że osoba, która je wypowiada, posiada wiedzę specjalistyczną. Możemy spotkać się z użyciem diagnozy ADHD na określenie osób wyraźnie aktywnych, słowa „demencja” w odniesieniu do chwilowych problemów z pamięcią („polityczna demencja”) czy „anoreksja” wobec osób szczupłych lub drobnych przedmiotów („anorektyczna choinka”).

Niesprzyjającym dobremu odbiorowi leczenia psychiatrycznego zjawiskiem językowym jest używanie terminów psychiatrycznych w funkcji inwektyw. Mamy z tym do czynienia szczególnie wówczas, kiedy w sporze sięga się po pojęcia związane z zaburzeniami psychicznymi po to, by przekaz był bardziej wyrazisty, negatywny, naznaczający. Możemy wówczas usłyszeć o oponentach jako „chorych psychicznie”, „paranoikach”, „histerykach”, „szaleńcach” czy „psychopatach”. Ich działania są zazwyczaj „wariactwem” czy „schizą” (Doroszevska i in., 2021).

Słownictwo, jakiego używa się wobec osób leczących się psychiatrycznie, może świadczyć zarówno o funkcjonujących w społeczeństwie wyobrażeniach na ich temat, jak i o stosunku do nich. Bogna Wciórka i Jacek Wciórka na podstawie przeprowadzanych badań opinii społecznej zgromadzili zbiór określeń używanych w odniesieniu do osób chorych psychicznie (Wciórka, Wciórka, 2000, 2005, 2008). Zwrócili uwagę na dominację pejoratywnego sposobu nazywania osób chorych oraz odnotowali grupę określeń neutralnych. Zgromadzony przez badaczy materiał został zaprezentowany w tabeli 1.

Określenia stosowane w odniesieniu do osób chorych psychicznie –
wyniki badania Centrum Badania Opinii Społecznej
Odpowiedzi na pytanie: Czy mógłby/mogłaby Pan(i) powiedzieć, jak (jakimi słowami)
określa się w Pana/Pani otoczeniu osoby chore psychicznie?

Określenia pejoratywne	
Podkreślające odmiennosć	różnorodne epitety: wariat, czubek, świr, down, szajbus, fijoł, szurnięty, obłąkany, pomyłony, popapraniec, zakręcony, poplątany, porąbany, ma odchyły, odbiło mu, fiśnięty, bzik, korek, nawiedzony, szalony, oszołom, stuknięty, bez piątej klepki, ma nierówno pod sufitem, ma coś pod kopułą, ma żółte papiery, deprecha, schiza, tumok, odmieniec, wyrzutek społeczeństwa
	negatywne oceny cech zachowania i reagowania: niebezpieczny dla otoczenia, niepoczytalny, nieprzewidywalny, nieodpowiedzialny, trudny do obcowania, nie do zniesienia
Podkreślające niższość intelektualną – odwołujące się do normy zdrowia psychicznego i rozwoju lub do słabości intelektu	nienormalny, umysłowo niedorozwinięty, upośledzony umysłowo, psychicznie, głupi, przygłup, niemądry, gamoń, nierozgarnięty, ciemniak, dureń, idiota, kretyn, imbecyl, debil, jełop, matoł, cymbał, półmózg, niedorobiony
Nawiązujące ogólnie do sfery psychiki	psychiczny, psychik, psychol, psychopata, psycho, umysłowy
Określenia neutralne lub pozytywne	
Podkreślające chorobę, brak odporności lub równowagi psychicznej albo inwalidztwo, kalectwo, niesprawność	chory, chory psychicznie, chory umysłowo, chory inaczej, pacjent, depresyjny, schizofrenik, znerwicowany, załamany, nieodporny, nierównoważony, nerwus, ma uszczerbek na zdrowiu, kaleka, niepełnosprawny, inwalida, ułomny, niesprawny umysłowo, upośledzony intelektualnie
Podkreślające zrozumienie, współczucie lub inne	nieszczęśliwa osoba, cierpiący, wymaga pomocy, należy mu się współczucie, pokrzywdzony przez los, biedak, człowiek z problemem, pozbawiony pomocy, powinien się leczyć, żyje w swoim świecie, zagubiona w świecie, nie kojarzy wszystkiego, mają stany lękowe, nieprzystosowani do życia, nie mówi, jak trzeba, osoba unikająca ludzi, inaczej myśli i postępuje, trochę inny człowiek
Wypowiedzi dotyczące reakcji otoczenia	
Reakcje neutralne lub pozytywne	nie jest poruszany taki temat, nie określa się inaczej, nie słyszałam nic złego, wyrażamy się pozytywnie, ze zrozumieniem, ze współczuciem, z ubolewaniem, wyraża litość
Reakcje negatywne lub lekceważące	nieładnie, szyderczo, pogardliwie, nieprzychylnie, bardzo źle, głupie wypowiedzi i uśmieszki

Opracowanie własne na podstawie: Wciórka, Wciórka, 2008. Zachowano oryginalny zapis odpowiedzi.

Określenia negatywne przytaczane przez respondentów najczęściej uwypuklały odmiennosc pacjenta, jego niższość intelektualną oraz dotyczyły ogólnie sfery psychiki. Warto przypomnieć, że używane dzisiaj w formie obraźliwej nazwy „debil”, „imbecyl” oraz „idiota” funkcjonowały w przeszłości jako terminy medyczne określające poziom inteligencji osoby: debil ‘osoba z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim’, imbecyl ‘osoba z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym’, idiota ‘osoba z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim’ (Hamerlok, 2021: 91–92).

Zgromadzone w badaniu nazwy o charakterze neutralnym podkreślały chorobę, inwalidztwo, brak odporności lub równowagi psychicznej oraz akcentowały zrozumienie i współczucie.

Stosowanie pejoratywnych określeń na osoby leczące się – jak zauważają badacze – odzwierciedla tendencję do wykluczania chorych z kręgu ludzi uznawanych za pełnoprawnych uczestników życia społecznego (Wciórka, Wciórka, 2008: 5):

Warto zwrócić uwagę, że akcentowanie odmienności zachowania osób chorych w stosunku do tzw. normalnej części społeczeństwa, jako cechy zachowania charakterystycznej dla osób chorujących psychicznie, może się wiązać z dążeniem do wyraźnego oddzielenia „ich” od „nas” i stanowić ważny element procesu społecznego napiętnowania (stygmatyzacji) chorych psychicznie, który w konsekwencji może doprowadzić do wytwarzania dystansu wobec nich i do nierównego, dyskryminującego ich traktowania (Wciórka, Wciórka, 2008: 7–8).

Przewaga silnie stygmatyzujących określeń w odniesieniu do osób leczących się psychiatrycznie może wskazywać na społeczny dystans do nich i ich niezrozumienie. Świadczy także o niewykształceniu w potocznym języku rzeczowych i bezstronnych określeń dotyczących chorób psychicznych (Wciórka, Wciórka, 2000: 5).

Dystans społeczny wobec chorujących psychicznie widoczny jest jednak nie tylko w języku. Deklaratywnie wiele osób może zapewniać o swoim życzliwym nastawieniu do leczących się, a o faktycznej postawie tych osób wobec innych będą świadczyły ich wypowiedzi, które wyrażają sprzeciw wobec pełnienia przez byłych pacjentów ról związanych z odpowiedzialnością za innych ludzi – dopuszczenia ich do bycia opiekunem/opiekunką dziecka, nauczycielem/nauczycielką, synową lub zięciem⁴.

⁴ Tego typu wypowiedzi możemy spotkać w wielu opracowaniach socjologicznych. Pojawiają się w większości badań nad stosunkiem do osób chorych psychicznie prowadzonych przez CBOS (zob. Wciórka, Wciórka, 2000, 2005, 2008).

Kojarzenie osób cierpiących z powodu zaburzeń psychicznych z kontekstem społecznego potępienia może naruszać godność tych osób, zabierać im nadzieję i utrudniać proces zdrowienia (Wciórka, Wciórka, 2008: 5).

Historia psychiatrii i źródła negatywnego myślenia o chorobach psychicznych

Rozwój psychiatrii naznaczony był licznymi błędami diagnostycznymi i terapeutycznymi oraz długotrwałym brakiem empatycznego rozumienia pacjenta jako osoby cierpiącej. Istotny wpływ na to, które zachowanie na przestrzeni wieków było odbierane jako zgodne z normą, a więc także zdrowe, a które nie, miał światopogląd danej epoki. W zależności od sposobu postrzegania osób przejawiających zaburzenia psychiczne były one albo przedmiotem czci, strachu, litości, albo – rzadziej – akceptowane. Niezrozumiałym zachowaniom przypisywano wpływ demona, sił zwierzęcych, krążących w ciele płynów. To, w jaki sposób rozumiano źródło trudności osób chorych, wpływało na sposób ich traktowania oraz wybór metod radzenia sobie z psychopatologią (Seligman, Walker, Rosenhan, 2003: 17–43). Z tego powodu w początkowych wiekach w ogóle nie można było mówić o żadnym rodzaju leczenia.

W czasach przednowożytnych objawy zaburzeń psychicznych przypisywano czynnikom animistycznym. Wierzono, że szaleństwo wywołują złe duchy, które kontrolują zachowanie człowieka. Ludzie mogli zostać opętani przez duchy: przodków, zwierząt, bogów, herosów oraz niepomszczonych ofiar. W celu uwolnienia owych demonów drążono w czaszkach chorych otwory trepanacyjne. Takie praktyki miały miejsce już w paleolicie. W późniejszych wiekach o pomoc w uwolnieniu człowieka od opętania zaczęto zwracać się do szamanów, czarowników i czarownic, ponieważ wierzono, że posiadają oni magiczną moc, by odczynić zło.

Człowieka chorego długo postrzegano jako opętanego. Był on poddawany ostracyzmowi społecznemu (znaleźć można zapiski o średniowiecznych statkach szaleńców, które były wysyłane w morze bez celu). Osoby opętane przez demona leczono uroczystymi rytuałami, mającymi wypędzić złego ducha z ciała (Seligman, Walker, Rosenhan, 2003: 27–28).

W XVIII wieku sławą cieszył się opracowany przez Franza Mesmera system leczenia zwany mesmeryzmem zwierzęcym. Badacz sądził, że wiele chorób wynika z zablokowania przepływu uniwersalnego fluidu magnetycznego, a blokadę tę leczył za pomocą wywoływania w organizmie kryzysów. Praktyki Mesmera zostały

nazwane szarlatanerią i powstrzymane przez specjalnie powołaną w 1783 roku komisję, w której miał zasiadać sam Benjamin Franklin (Seligman, Walker, Rosenhan, 2003: 30–31).

Szpital jako instytucja medyczna powstał dopiero w XVII wieku; miał zapewnić dach nad głową i odosobnienie biednym, bezdomnym, bezrobotnym i chorym psychicznie. Tymi ostatnimi opiekowano się zazwyczaj gorzej, często byli przykuwani łańcuchami do ściany i trzymani na długich powrozach. Takie traktowanie chorych wynikało z niezrozumienia zaburzeń psychicznych, upatrywania szaleństwa w animalizmie, przekonania, że chorzy utracili rozum, a spokój ducha można przywrócić im jedynie przez wzbudzanie strachu. Chorych izolowano od społeczeństwa – kierowano do przytułków, domów wariatów, sierocińców, więzień (Grzywa, 2018: 211).

Dopiero pod koniec XVIII wieku pojawiły się pierwsze propozycje humanitarnych metod leczenia zaburzeń psychicznych. W 1792 roku Philippe Pinel wprowadził zmiany dotyczące sposobów traktowania pacjentów Szpitala Generalnego w Paryżu. Przeniósł ich do słonecznych sal i pozwolił poruszać się po terenie przy szpitalnym (Seligman, Walker, Rosenhan, 2003: 33–34).

Wraz z rozwojem nowoczesnej medycy stopniowo zaczęto postrzegać szaleństwo jako wynik choroby podatnej na te same sposoby leczenia co choroby somatyczne. Ważnym momentem w procesie zmiany postrzegania chorób psychicznych było wprowadzenie przez niemieckiego lekarza Johanna Reila w 1808 roku do terminologii naukowej pojęcia „psychiatria” (Grzywa, 2018: 216). Tworzenie się nowej dziedziny medycyny pozwalało na uznanie niejasnych dotąd zachowań człowieka za objawy choroby, co sprzyjało dostrzeganiu w takich osobach ludzi, którzy wymagają pomocy. Lekarze nowej specjalności, psychiatrzy, stali się – jak wskazuje etiologia nazwy: *psyche* ‘umysł, dusza’, *iatros* ‘uzdrowiciel’ – uzdrowicielami umysłu, duszy (Grzywa, 2018: 217). Jeszcze długo jednak nie potrafiono odnaleźć medycznych sposobów pomocy osobom chorującym.

Pod koniec XIX wieku za sprawą najpierw Jeana-Martina Charcota, a potem Josefa Breuera popularność w leczeniu zaburzeń psychicznych zaczęła zyskiwać hipnoza, metoda, która wpłynęła na poglądy wiedeńskiego neurologa Zygmunta Freuda. To dzięki niej Freud zwrócił uwagę na poprawę funkcjonowania pacjentów pod wpływem rozmowy. W 1900 roku w publikacji *Marzenia senne* sformułował podstawowe postulaty teoretyczne psychoanalizy – wskazał na istnienie nieświadomych stanów umysłu, opisał mechanizmy ich wypierania i wpływające stąd neurotyczne konsekwencje. Wprowadził nowe metody pracy poprzez analizę marzeń sennych pacjenta. Objawy histeryczne, dotąd uważane za zaburzenie neurologiczne wywołane chorobą narządów rodnych, odczytywał w sposób symboliczny (Porter, 2003: 217).

W kolejnych latach, pod wpływem głoszonej pod koniec I wojny światowej w Niemczech teorii o bezwartościowości życia osób przewlekle chorych psychicznie,

nadal dochodziło do krzywdzenia osób chorujących – poprzez najpierw przymusowe sterylizacje, a później mordowanie chorych. W akcji pod kryptonimem T4 – realizowanym w latach 1939–1944 nazistowskim programie polegającym na „eliminacji życia niewartego życia” – zginęło ponad 70 tysięcy chorych i niepełnosprawnych wybranych z listy przygotowanej przez czołowych profesorów psychiatrii i najlepszych lekarzy (Porter, 2003: 217–218).

Równoległe do tych tragicznych zdarzeń kontynuowano prace nad poszukiwaniem skutecznych metod leczenia chorób psychicznych. Począwszy od lat trzydziestych, rozwiązań zaczęto szukać w psychochirurgii. Entuzjastycznie przyjęto lobotomię oraz leukotomię, których skutki uboczne dostrzeżono z czasem.

Dopiero w 1949 roku udało się wprowadzić skuteczną farmakoterapię. Pierwszym lekiem psychotropowym był lit, który podawano, by opanować psychozę maniakalno-depresyjną. W kolejnych latach odkryto skuteczne zastosowanie w psychiatrii chloropromazyny i imipraminy (Porter, 2018: 231). Tak wyczekiwana możliwość wdrożenia farmakoterapii w proces leczenia osób chorych pozwoliła im na opuszczenie zamkniętych ośrodków i szpitali oraz zdrowienie w domowych warunkach.

W 1952 roku opublikowano pierwszy podręcznik diagnostyczny, który powstał w celu usystematyzowania wiedzy na temat rozpoznania. Podręcznik jest co pewien czas aktualizowany. Kryteriami obecnie stosowanymi w diagnozie zaburzeń psychicznych są kryteria amerykańskie DSM (publikowane pod tytułem *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, a w Polsce *Diagnostyczny i statystyczny podręcznik zaburzeń psychicznych*) oraz europejskie ICD (noszące tytuł: *International Classification of Diseases and Related Health Problems*, w wersji polskiej: *Międzynarodowa klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych*).

Negatywny wizerunek osób zmagających się z zaburzeniami psychicznymi przez lata był powielany w literaturze, filmach czy innych tekstach kultury. By zobrazować, w jaki sposób tworzone takie kreacje, warto przywołać kilka filmowych egzemplifikacji osób zmagających się z zaburzeniami psychicznymi.

Stereotypy utrwalano szczególnie w tych produkcjach, które w obliczu braku wiedzy o chorobie wprowadzały oglądających w świat zniekształcony, prezentujący obraz jednostronny i wybiórczy. Wystarczy sięgnąć po klasyczne przykłady, takie jak *Lot nad kukułczym gniazdem* (1975, reż. Miloš Forman) czy *Psychoza* (1960, reż. Alfred Hitchcock), które pokazują, że w szpitalach psychiatrycznych jest niebezpiecznie, chorzy pozbawieni są praw, a personel nadużywa władzy (Wedding, Boyd, Niemiec, 2014).

Filmy silnie oddziałują na społeczną percepcję choroby, wpływają szczególnie na opinie osób, które traktują obrazy filmowe jako główne źródło wiedzy o zaburzeniach psychicznych. Chorzy często są przedstawiani w kinie jako agresywni i nieprzewidywalni, a opiekujący się nimi psychiatrzy i pielęgniarki jako arogancy

i nieskuteczni (Wedding, Boyd, Niemiec, 2014: 2). Szpitale psychiatryczne bywają wybierane na miejsca akcji horrorów czy makabrycznych morderstw. Są to zazwyczaj przestrzenie mroczne, ponure i nieprzyjazne, w których nierzadko można usłyszeć krzyki. Pacjenci zazwyczaj bezwiednie snują się po korytarzach i dziwnie się zachowują (Wedding, Boyd, Niemiec, 2014: 224). W takiej scenerii rozgrywała się akcja wielu filmów, na przykład: *Siedlisko węży* (1948, reż. Anatole Litvak), *Lot nad kukułczym gniazdem, 12 małą* (1995, reż. Terry Gilliam), *Przerwana lekcja muzyki* (1999, reż. James Mangold), *Obląkana miłość* (2005, reż. David Mackenzie) (Wedding, Boyd, Niemiec, 2014: 224).

Danny Wedding, Mary Ann Boyd i Ryan M. Niemiec dokonali analizy błędnych przekonań i stereotypowych wątków w filmach. Stwierdzili, że osoba chora psychicznie bywa przedstawiana w utworach kinematograficznych na różne sposoby, jako: buntownik, wolny duch (*K-Pax*, 2001, reż. Iain Softley), groźny maniak, morderca (*Blizny przeszłości*, 1996, reż. Billy Bob Thorn), uwodziciel (*W przebraniu mordercy*, 1980, reż. Brian De Palma), skoncentrowany na sobie, narcystyczny pasożyt (*Chory z miłości*, 1983, reż. Michael Simon) lub przedmiot drwin i źródło zabawy osób zdrowych (*Marat/Sade*, 1966, reż. Peter Brook) (Wedding, Boyd, Niemiec, 2014: 8–9).

Negatywne ukazywanie w filmach procesu leczenia psychiatrycznego sprzyja powielaniu szeregu mitów na jego temat, na przykład tych, że osoby z zaburzeniami psychicznymi są szalone i nieprzewidywalne, że autyzm i schizofrenia są wywołane zachowaniami rodziców, że leczenie psychiatryczne (elektrowstrząsy, leki) blokuje kreatywność i inteligencję, a przerwanie na własną rękę leczenia (na przykład przyjmowania leków) przynosi wyzwolenie (Wedding, Boyd, Niemiec, 2014: 242). Stereotypowe przedstawianie chorych, personelu, ale także metod leczenia – od farmakoterapii po terapię indywidualną – może wywoływać u odbiorców lęk i skutkować unikaniem sięgania po te formy pomocy. Jednowymiarowy obraz choroby psychicznej, stworzony na potrzeby filmu, nie oddaje złożoności człowieka i istoty problemu.

Autorzy książki *Kino i choroby psychiczne. Filmy, które pomagają zrozumieć zaburzenia psychiczne* przytaczają fragment wypowiedzi Akivy Goldsmana, scenarzysty filmu *Piękny umysł*, który tak oto opisał kwestię ujmowania choroby psychicznej w filmie:

Oglądanie filmów o tematyce dotyczącej zdrowia psychicznego często przypomina chodzenie do zoo. Film może być wspaniały, lecz idziesz do kina z niby normalnym towarzyszem i razem patrzycie na osobę z chorobą psychiczną. Oglądasz chorobę z zewnątrz, co nie służy empatii ani zrozumieniu. Gdybyśmy mogli ujrzeć świat widziany oczami osoby cierpiącej, postrzegalibyśmy ją inaczej. Jeżeli choć jeden człowiek po wyjściu z kina zobaczy na rogu ulicy kogoś krzyczącego w próżnię i zwróci się do niego z większym

niż dotąd zrozumieniem, będzie to oznaczać, że zrobiliśmy dobrą robotę (Wedding, Boyd, Niemiec, 2014: XI).

Istotne znaczenie mają więc takie produkcje, których twórcy odchodzą od ukazania stereotypowego obrazu chorego jako osoby niebezpiecznej na rzecz prezentowania go z empatią i uwzględniania tych aspektów jego życia, które istnieją poza chorobą, jak codzienność, relacje, praca czy zainteresowania. W tym kontekście wartościowe są takie filmy, jak przywołany już *Piękny umysł* (2001, reż. Ron Howard) czy *Solista* (2009, reż. Joe Wright), przybliżające sylwetki osób, które pomimo trudności psychicznych podążają za swoimi pasjami.

Współcześnie coraz częściej możemy obejrzeć w kinie pozycje, w których przełamuje się stereotypy, kładąc większy nacisk na pokazanie złożoności bohatera zmagającego się z zaburzeniami psychicznymi: począwszy od lżejszej formuły *Poradnika pozytywnego myślenia* (2012, reż. David O. Russell), a skończywszy na bardziej skomplikowanej analizie psychologicznej przestępcy w filmie *Joker* (2019, reż. Todd Phillips).

Perspektywa chorującego – choroba jako piętno (koncepcja Ervinga Goffmana)

Erving Goffman, uważany za prekursora koncepcji piętna społecznego, analizował różne wymiary odmienności człowieka. Chociaż sam badacz zaangażowany był w ruch antypsychiatrii, zwrócił uwagę na ważne aspekty funkcjonowania osoby chorej psychicznie (zob. Goffman, 2005).

Goffman określił piętno jako „atrybut dotkliwie dyskredytujący”, podkreślając, że jest ono zależne od kontekstu, ponieważ to, co w jednej sytuacji będzie uznane za piętno, w innej może świadczyć o zwyczajności osoby. Zwracał uwagę na społeczny charakter piętna – dostrzegał, że obciąża ono osobę w relacjach społecznych, ponieważ ta staje się za sprawą piętna łatwiej zauważalna.

Wiele z poglądów Goffmana wydaje się nadal nie tracić na aktualności. Szczególnie cenne są spostrzeżenia o tym, w jaki sposób postrzegane są osoby z piętnem, co stanowi o widoczności lub niewidoczności piętna oraz jak może przebiegać spotkanie osoby bez piętna (nazywanej przez autora „normalsem”) z osobą naznaczoną piętnem.

Goffman dokonał rozróżnienia nosicieli piętna na osoby „zdyskredytowane”, czyli te, których ułomność jest znana i widziana, i „dyskredytowalne”, czyli takie,

których odmienność nie jest widoczna i od razu rozpoznawalna. Szczególnie istotny problem tych pierwszych stanowi radzenie sobie z napięciem w kontaktach społecznych wynikającym z dostrzegalnego piętna. Piętno może wzbudzać niezdrową ciekawość, ale też troskę i współczucie (Goffman, 2005: 46). Dla drugich, do których można zaliczyć osoby zmagające się z problemami psychicznymi, wyzwaniem staje się kontrolowanie informacji o sobie. Osoby te stają ciągle wobec dylematu, czy, a jeśli tak, to komu ujawnić swój sekret, powiedzieć prawdę czy skłamać (Goffman, 2005: 78). Taki proces zarządzania informacjami, określane przez Goffmana „pomijaniem piętna”, często pozwala uniknąć dyskredytacji, zawsze jednak odbywa się dużym kosztem.

Autor koncepcji piętna społecznego dobrze rozpoznawał, czym dla konkretnej osoby może być owo piętno, jak ona się z nim czuje i jak wpływa ono na budowanie relacji tej osoby z innymi oraz jej stosunek do samej siebie. Mechanizm skutków piętna wyjaśniał w następujący sposób:

z założenia nie wierzymy, że osoba napiętnowana jest w pełni człowiekiem. Opierając się na takim założeniu, stosujemy wobec niej różne formy dyskryminacji, przez co skutecznie – nawet często nieświadomie – zmniejszamy jej życiowe szanse. Niepostrzeżenie konstruujemy własną teorię piętna – ideologię tłumaczącą niższość napiętnowanego i świadczącą o niebezpieczeństwie, jakie on sobą reprezentuje (Goffman, 2005: 35).

Opisanej sytuacji może towarzyszyć myślenie o tym, że piętno jest wyrazem kary za coś, co zrobiła osoba chora, jej rodzina lub grupa, do której dany człowiek należy (Goffman, 2005: 36), czym można usprawiedliwiać jego gorsze traktowanie. Bywa, że jednostka w obliczu piętna może na przykład „nie odczuwać z tego powodu specjalnych skrupułów” (Goffman, 2005: 37) – być nosicielką piętna, ale pozostawać nieskruszoną. Inaczej jest wówczas, kiedy chory ma świadomość norm panujących w społeczeństwie i tego, co uznawane jest za słabość. Wówczas odczuwa wstyd z powodu swojego piętna: „jednostka zaczyna odnajdować w sobie takie cechy, które mogłyby tę odmowę uzasadnić. Zaczyna kwestionować także swoje atrybuty, które wcześniej uważała za niewątpliwe” (Goffman, 2005: 39). Goffman opisuje różne możliwe reakcje osób chorujących na piętnowanie ich: od dążenia do poprawy swojej sytuacji do takiej organizacji życia, by unikać spotkań z innymi, co może skutkować podejrzliwością wobec innych, wrogością, nerwowością czy zdezorientowaniem chorego (Goffman, 2005: 44). W czasie spotkania z innymi osobami jednostka „będzie prawdopodobnie odczuwać, że nie podlega zwykłemu schematowi interpretacji codziennych zdarzeń” (Goffman, 2005: 46). Może czuć niepewność co do tego, w jaki sposób będzie określona i przyjęta przez innych, do której

kategorii zostanie przypisana i czy będzie definiowana jedynie przez pryzmat piętna. Osoba ta w obawie przed tym, co inni o niej pomyślą, może stać się bardziej czujna i skupiona na tym, jakie robi na innych wrażenie.

Goffman opisuje też różne typy osób z otoczenia jednostki stygmatyzowanej, dzieli je na dwie grupy ludzi współczujących: „swoich” i „zorientowanych”. „Swoi” to najbliższe środowisko danej osoby, natomiast „zorientowani” to osoby, które znają sytuację nosiciela piętna – mogą to być krewni, przyjaciele czy specjaliści. Autor zauważa, że piętno nie dotyczy wyłącznie jednego człowieka – w pewnym stopniu przenosi się także na osoby z jego otoczenia. Z tego powodu ludzie często unikają relacji z osobami chorymi lub decydują się je zakończyć. Zjawisko „rozprzestrzeniania się piętna” tłumaczy również, dlaczego negatywne stereotypy dotyczące osoby chorej obejmują także instytucje i ludzi z nimi związanych – na przykład placówki szpitalne czy personel medyczny (Goffman, 2005: 64).

Koncepcja Goffmana dostarczyła ważnych informacji na temat tego, co może odczuwać osoba, której dotyczy stereotyp. Badacz wniósł ciekawą perspektywę patrzenia na osoby noszące piętno, ponieważ przyjrzał się jego konsekwencjom zarówno dla niej, jak i dla jej bliskich.

Rozwijanie wrażliwości na drugiego człowieka

Mając w pamięci dotychczasowe rozważania, warto zastanowić się nad tym, jakie postawy będą wspierać wychodzenie poza krzywdzący stereotyp osoby chorującej i leczonej się psychiatrycznie. Oto trzy propozycje.

1. Zobaczyć człowieka w chorobie.

Czy potrafimy myśleć o osobie leczonej się psychiatrycznie inaczej niż jedynie przez pryzmat jej choroby? Dostrzegać w niej jej umiejętności, zawód, pełnione role? Akcja społeczna *Zdrowe myślenie* (Brzezińska-Waleszczyk, 2016) zwróciła uwagę na to, w jaki sposób myślenie o chorobie może zniekształcić postrzeganie drugiej osoby, a także wpłynąć na to, co ona sama sądzi na swój temat. Każda osoba biorąca udział w kampanii została przedstawiona na dwóch fotografiach. Oto jeden z przykładów: na pierwszej fotografii możemy zobaczyć twarz młodego mężczyzny, którą przysyłania lista tzw. chorych słów: „świrus”, „czubek”, „psychol”, „debil”, „idiota”, „agresor”, „paranoik”, „schizol”, na drugiej wizerunek tej samej postaci, już bez negatywnych określeń, opatrzony został podpisem: MARCIN/ 31 LAT/ MAŻ, OJCIEC, WUJEK/ UKOŃCZYŁ POLITECHNIKĘ/ Z ZAWODU INFORMATYK/ DUŻO CZYTA/ LUBI PSY – MA DWA/ OD ROKU ZMAGA SIĘ ZE SCHIZOFRENIĄ.

Podobny komentarz zamieszczono pod zdjęciem Anny. Okazuje się, że kobieta, która nazywana jest „dziwaczką” i „psycholką”, ma 68 lat, jest żoną, matką i babcią, posiada średnie wykształcenie i pracowała jako księgowka. Obecnie lubi słuchać oper i kocha swoje kwiaty, zmagając się z chorobą Alzheimera.

W gąszczu kierowanych na co dzień do Marcina czy Anny, bohaterów kampanii, negatywnych określeń z powodu postawionej im diagnozy umyka to, kim ludzie ci są poza chorobą. Przytoczony przykład obrazuje, w jakim stopniu stereotypy mogą zamazywać indywidualność człowieka chorującego.

2. Być wrażliwym na język.

Spśród wszystkich chorób zaburzenia psychiczne wydają się najbardziej napiętnowane. Jak pisano na początku, podobnych określeń jak te używane w odniesieniu do ludzi leczących się psychiatrycznie nie usłyszymy wobec osób leczących się kardiologicznie czy onkologicznie. W ramach programu *Wrażliwi na słowa. Wrażliwi na ludzi* zespół składający się ze specjalistów w dziedzinie medycyny, psychiatrii i językoznawstwa przygotował rekomendacje dotyczące języka, który nie będzie dyskryminował osób z zaburzeniami psychicznymi. Autorzy przypominają, że:

Słowa tylko pozornie opisują obiekty czy zdarzenia, w rzeczywistości służą raczej do wyrażania naszej perspektywy i stosunku do TEGO, co opisujemy. Gdy wybieramy jakieś słowo, jednocześnie wybieramy sposób oglądania, rozumienia i działania wobec nazwanego obiektu, a także wpływamy na to, jak będą go widzieć inni. [...] Słowa mogą podnosić na duchu, ale też ranić. Niektóre słowa mogą stygmatyzować, inne budzić lęk. Zdając sobie sprawę z tego, że język współtworzy interpretację zdarzeń, określa rozumienie emocji, a także sugeruje sposób myślenia i postępowania, apelujemy o wrażliwość na słowa. Wrażliwość na słowa to wrażliwość na ludzi (Doroszevska i in., 2021: 164).

Zdaniem specjalistów używanie w przypadku chorób nazw opisowych, na przykład: „pacjent/osoba/człowiek z diagnozą schizofrenii, ludzie żyjący z depresją, osoba z chorobą dwubiegunową”, będzie bardziej poprawne i nie wzbudzi przekonania, że choroba decyduje o tożsamości człowieka, jak ma to miejsce, gdy używamy na przykład określenia „schizofrenik”. Podobnie rzecz się ma z nazywaniem leczenia farmakologicznego. Warto sięgać po takie określenia, jakie są stosowane przez samych pacjentów mówiących o swoich dawkach, na przykład: „biorę leki”, „biorę dużo leków”, „biorę leki w dużych dawkach”, „leki na depresję”, „leki przeciwłękowe”. Więcej wskazówek komunikacyjnych zawiera przygotowany przez autorów kodeks dobrych praktyk edukacyjnych (Doroszevska i in., 2021: 167), w którym możemy przeczytać:

1. Wrażliwość na słowa odzwierciedla wrażliwość na ludzi. Nie używaj określeń, które stygmatyzują osoby z zaburzeniami psychicznymi. Nie mów wariat, psychiczny, oszołom itd., ale nie mów też schizofrenik, autystyk, border, bo takie określenia definiują człowieka przez pryzmat choroby. Używaj konstrukcji opisowych: osoba z diagnozą schizofrenii, osoba z autyzmem, osoba z zaburzeniami osobowości borderline.
2. Zwróć uwagę na to, w jakim kontekście używasz jakiegoś słowa. Pamiętaj, że jeśli stosujesz medyczne terminy na określenie zjawisk niemedycznych, to wpływasz na sposób, w jaki postrzegane są zaburzenia i osoby nimi dotknięte.
3. Nie stosuj nazw zaburzeń psychicznych jako wyzwisk, z intencją wykazania czyjejś słabości czy odmienności. To utrwała stereotypy, które powodują, że ludzie z zaburzeniami psychicznymi są wykluczani i dyskryminowani. Cierpią przez to też ich bliscy.
4. Nie odwołuj się do emocji, jakie budzą w ludziach zaburzenia psychiczne, i nie twórz negatywnych skojarzeń z użyciem określeń odnoszących się do nich. Pamiętaj, jesteś politykiem, dziennikarzem, komentatorem. Nie staraj się być psychiatrą.
5. Spróbuj wczuć się w sytuację osoby z zaburzeniami psychicznymi. Pomyśl, co chciałbyś usłyszeć na temat swojej choroby, co przeczytać w prasie, co obejrzeć w telewizji.
6. Używaj języka, który będzie wyrażał szacunek dla osób z zaburzeniami psychicznymi.
7. Nie lekceważ faktu, że dla osoby przyjmującej konkretne leki lub korzystającej z różnych form terapii stygmatyzujące mogą być określenia, które w negatywnym świetle przedstawiają leczenie, które jest jej udziałem.
8. Zanim powiesz albo napiszesz coś przykrego na temat zaburzeń psychicznych – pomyśl! Pamiętaj, choroba nie wybiera! Ty możesz dokonać wyboru!
9. Pamiętaj! Wrażliwość na słowa to wrażliwość na ludzi! (Doroszevska i in., 2021: 167)

3. Przytaczać przykłady pozytywnych rozwiązań kryzysów.

Sposób, w jaki mówimy o zdarzeniach dotyczących zdrowia psychicznego, i to, jakiego używamy w tym celu języka, ma istotne znaczenie dla ich odbioru. Przypomina nam o tym efekt Wertera (Phillips, 1974). Nazwa zjawiska pochodzi od nazwiska głównego bohatera powieści Johanna Wolfganga Goethego *Cierpienia młodego Wertera* (1774). Jej protagonista odebrał sobie życie z powodu nieszczęśliwej miłości. Niedługo po premierze książki wiele osób miało popełnić samobójstwo w ten sam

sposób, co poskutkowało wprowadzeniem zakazu czytania książki we Włoszech, Kopenhadze oraz Lipsku. Współcześnie rejestruje się podobne zjawiska po śmierci nie tylko znanych osób (aktorów, piosenkarzy), lecz także osób z bliskiego otoczenia.

Osoby pracujące w środkach przekazu powinny mieć świadomość istnienia efektu Wertera, działania mechanizmu naśladownictwa i efektu sugestii, a mediom zaleca się szczególną uważność na to, w jaki sposób informują o próbach samobójczych czy samobójczej śmierci. Coraz częściej zwraca się uwagę na prowadzenie w dyskursie publicznym takiej narracji, w której zamiast nadmiernego skupiania się na tragedii akcentuje się informacje na temat różnych form pomocy, jakie osoba w kryzysie może uzyskać, by uchronić się przed jego skutkami (Baran, Gmitrowicz, Pawelec, 2018). Zjawisko to, znane w literaturze jako efekt Papageno, nawiązuje do innego bohatera, postaci z opery Wolfganga Amadeusza Mozarta *Czarodziejski flet* (1791). Papageno, którego rozdzielono z ukochaną żoną, porzucił zamiar popełnienia samobójstwa dzięki temu, że otrzymał sugestię innego rozwiązania trudnej sytuacji (Kwiatkowska, 2019).

Zakończenie

W ostatnim czasie coraz częściej porusza się temat zdrowia psychicznego. W ramach kolejnych inicjatyw podejmowane są próby zmiany perspektywy spojrzenia na człowieka i jego problemy. Jedną z wielu wartościowych propozycji jest kampania dotycząca osób zmagających się z depresją pod tytułem *Twarze depresji. Nie oceniam. Akceptuję* (Fundacja Twarze Depresji [strona główna], [b.d.]). Pierwsza edycja kampanii miała miejsce w 2015 roku. Jej organizatorzy angażują w projekt destygmatyzacji zaburzeń zdrowia psychicznego, profilaktyki i leczenia depresji osoby znane (aktorów, dziennikarzy, sportowców) – chcą pokazać, że kryzys psychiczny może dotknąć każdego.

W listopadzie 2023 roku rozporządzeniem Rady Ministrów ustanowiono Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030, którego jednym z dwóch głównych celów – obok zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wszechstronnej, kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb – jest prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi (Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 października 2023 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030, rozdz. 2, pkt 1). Jednym ze skutków programu jest wzrost znaczenia pomocy psychologicznej i pedagogicznej w szkołach.

Określenia „choroba psychiczna”, „szpital psychiatryczny”, „lekarz psychiatra” przywołują negatywne skojarzenia, co wpływa zarówno na stosunek społeczeństwa do chorych, jak i samych chorych do siebie, ponieważ lekceważące słowa i wyrażenia mogą wywołać poczucie upokorzenia i wstyd. Podejmowanie dyskusji z funkcjonującymi w powszechnej świadomości stereotypami jest bardzo ważne – to, w jaki sposób ktoś będzie postrzegał oferowaną mu pomoc specjalistyczną, wpływa na to, czy zdecyduje się na nią, a od tego może zależeć nie tylko jego zdrowie, lecz także życie.

Bibliografia

- Baran A., Gmitrowicz A., Pawelec R., 2018, *Rola mediów w promocji zdrowia psychicznego i w zapobieganiu samobójstwom. Poradnik dla osób wypowiadających się w mediach*, Grupa ds. mediów Zespołu roboczego ds. prewencji samobójstw i depresji przy Radzie ds. Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia, Warszawa, pobrano z: <https://suicidologia.org/wp-content/uploads/2016/09/Guidelines-People-talking-to-media-about-suicide-PL-1.pdf> [20.10.2025].
- Brzezińska-Waleszczyk M., 2016, *Wyrzuc chore słowa. Włącz zdrowe myślenie*, <https://pl.aleteia.org/2016/09/01/wyrzuc-chore-slowa-wlacz-zdrowe-myslenie/> [dostęp: 20.07.2025].
- Cierpiałkowska L., Grzegorzewska I., 2020, *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży – salutogenetyczne i patogenetyczne modele empiryczne i genetyczne*, w: *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*, red. I. Grzegorzewska, L. Cierpiałkowska, A.R. Borkowska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 31–59.
- Czabański A., oprac., 2025, *Samobójstwa i próby samobójcze w Polsce w latach 2020–2024 na podstawie danych KGP na dzień 17.01.2025*, Biuro do spraw Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym, pobrano z: <https://zapobiegajmysamobojstwom.pl/wp-content/uploads/Raport-zachowania-samobojcze-2020-2024-2.pdf> [dostęp: 5.07.2025].
- Doroszewska A. i in., 2021, *Wrażliwi na słowa. Wrażliwi na ludzi. Rekomendacje dotyczące języka niedyskryminującego osób z zaburzeniami psychicznymi*, „Psychiatria”, nr 22 (18), s. 163–167, pobrano z: <https://journals.viamedica.pl/psychiatria/article/download/75900/55512> [13.10.2025].
- Fundacja Twarze Depresji [strona główna], [b.d.], <https://twarzedepresji.pl/kampaniatd/> [dostęp: 10.07.2025].
- Goffman E., 2005, *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, przekł. A. Dzierżyńska, J. Tokarska-Bakir, wstęp do wyd. pol. J. Tokarska-Bakir, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.

- Grzywa A., 2018, *Jak powstało napiętnowanie i błędne rozumienie chorób psychicznych?*, „Psychiatria”, nr 4 (15), s. 211–219, pobrano z: <https://journals.viamedica.pl/psychiatria/article/view/61553/46899> [21.10.2025].
- Hamerlok D., 2021, *Wariat, kretyn, szalenica – semantyka wybranych nazw osób przejawiających cechy choroby psychicznej*, w: *Bogactwo Polszczyzny w świetle jej historii*, red. W. Wilczek, t. 8, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, s. 84–97.
- Kwiatkowska A., 2019, *Między Werterem a Papageno, czyli jak informować o samobójstwie, żeby nie zaszkodzić*, „Dyskurs & Dialog”, nr 2, s. 21–28, pobrano z: https://dyskursdialog.org/wp-content/uploads/2020/02/Kwiatkowska_DiD_nr2.pdf [5.07.2025].
- Liberman J.A., Ogas O., 2023, *Czarna owca medycyny. Nieopowiedziana historia psychiatrii*, przeł. M. Miłkowski, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań.
- Nie(Obecni). *Nasze zdrowie psychiczne*, 2014, Telewizja Polska S.A. Oddział w Opolu, <https://kampaniespoleczne.pl/niewiedziani-a-jednak-obecni/> [dostęp: 10.07.2025].
- Phillips D.P., 1974, *The Influence of Suggestion on Suicide: Substantive and Theoretical Implications of the Werther Effect*, „American Sociological Review”, vol. 39, no. 3, s. 340–354, <https://psycnet.apa.org/doi/10.2307/2094294/>
- Porter R., 2003, *Szaleństwo. Rys historyczny*, przeł. J. Karłowski, Dom Wydawniczy „Rebis”, Poznań.
- Pużyński S., 2007, *Choroba psychiczna – problem z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych*, „Psychiatria Polska”, t. 41, nr 3, s. 299–308.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 października 2023 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030, „Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej”, poz. 2480, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20230002480/O/D20232480.pdf> [dostęp: 10.07.2025].
- Seligman M.E.P., Walker E.F., Rosenhan D.L., 2003, *Psychopatologia*, przeł. J. Gilewicz, A. Wojciechowski, Wydawnictwo Zys i S-ka, Poznań.
- Staszyńska M., 2021, *Zdrowie psychiczne Polaków. Komunikat z badań CBOS*, nr 154, Centrum Badań Opinii Społecznej, Warszawa, pobrano z: https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2021/K_154_21.PDF [4.07.2025].
- Świtaj P., 2008, *Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii*, Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- Wciórka B., Wciórka J., 2000, *Choroby psychiczne. Społeczny stereotyp i dystans. Komunikat z badań CBOS*, BS/5/2000, Centrum Badań Opinii Społecznej, Warszawa, pobrano z: https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2000/K_005_00.PDF [4.07.2025].
- Wciórka B., Wciórka J., 2005, *Polacy wobec chorób psychicznych i chorych psychicznie. Komunikat z badań CBOS*, BS/118/2005, Centrum Badań Opinii Społecznej, Warszawa, pobrano z: https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2005/K_118_05.PDF [4.07.2025].

Wciórka B., Wciórka J., 2008, *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie. Komunikat z badań CBOS*, BS/124/2008, Centrum Badań Opinii Społecznej, Warszawa, pobrano z: https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2008/K_124_08.PDF [4.07.2025].

Wedding D., Boyd M.A., Niemiec R.M., 2014, *Kino i choroby psychiczne. Filmy, które pozwalają zrozumieć zaburzenia psychiczne*, przeł. K. Strzałkowska, Wydawnictwo Paradygmat, Warszawa.

Elżbieta Piątek – doktor nauk humanistycznych, literaturoznawca, psycholog, dydaktyk z kilkunastoletnim stażem. Adiunkt na Wydziale Polonistyki Uniwersytetu Jagiellońskiego. Psycholog, psychoterapeuta na Oddziale Klinicznym Psychiatrii Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego im. św. Ludwika w Krakowie. Zainteresowania naukowe: romska zagłada w literaturze, twórczość literacka Romów i o Romach, psychologia kliniczna (zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży), psychologia społeczna (szczególnie mechanizmy powstawania stereotypów), edukacja.

Elżbieta Piątek – PhD in Humanities; literary scholar, psychologist, and educator with over a decade of professional experience. She is an Assistant Professor at the Faculty of Polish Studies at the Jagiellonian University in Krakow, Poland. She also works as a psychologist and psychotherapist at the Clinical Department of Psychiatry of the St. Louis Provincial Specialist Children's Hospital in Krakow. Her research interests include the Roma Genocide in literature, Romani literature and literature on Roma people, clinical psychology (particularly the mental health of children and adolescents), social psychology (especially mechanisms underlying stereotype formation), and education.