

Wydział Pedagogiki i Psychologii
Zakład Psychologii Klinicznej

URSZULA KRUSZEWSKA

*Samobójstwo w przebiegu choroby schizoafektywnej jako element
naznaczania niepełnosprawności człowieka*

Suicide in schizoaffective disorder as an element of stigma of disability

WPROWADZENIE

Niepełnosprawność psychiczna oznacza taki stan zdrowia psychicznego, który utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia wypełnianie zadań życiowych i ról społecznych zgodnie z normami prawnymi i społecznymi. Objawy i przebieg choroby zależą od jej rodzaju, nasilenia oraz cech osobowości przedchorobowej, w każdym jednak przypadku, bez względu na rodzaj zaburzenia, utrudniają i dezorganizują codzienne funkcjonowanie człowieka niemal w każdej sferze życia (osobistego, wewnętrznego, społecznego, zawodowego).

Ze zjawiskiem niepełnosprawności psychicznej nieodzownie wiąże się problem stygmatyzacji, czyli naznaczania społecznego. Osoby chore psychicznie spostrzegane i traktowane są przez środowisko w sposób odmienny od innych. Budzą niepokój, lęk, ale też litość. Przypisuje się im określone cechy, często wyznaczone przez powszechnie przyjęte stereotypy, które biorą się przede wszystkim z niewiedzy. W ten sposób tworzy się wizerunek chorego psychicznie, dalece odbiegający od rzeczywistości. Wizerunek ten bywa krzywdzący zarówno dla chorego, jak i dla jego rodziny. Powoduje też błędy diagnostyczno-terapeutyczne. Z jednej strony częściowo zabezpiecza specjalistę psychologa i psychiatrę przed zaangażowaniem emocjonalnym w stosunku do

pacjenta, z drugiej jednak zmniejsza, a nawet wyklucza skuteczność stosowanych przez nich metod terapeutycznych.

KSZTAŁTOWANIE SIĘ POGLĄDÓW NA TEMAT SAMOBÓJSTWA OD STAROŻYTNOŚCI PO WSPÓŁCZESNOŚĆ

Historia postaw wobec samobójstwa jest bogata i skomplikowana. W różnych okresach cywilizacji uznawano ten czyn bądź za akt cnoty, bądź za zbrodnię przeciwko społeczeństwu i złamanie prawa boskiego.

W starożytnej Grecji i Rzymie postawy na temat samozagłady były różne. Arystoteles czy Pitagoras uważali akt samozniszczenia za tchórzostwo. Powszechnie jednak uważa się, że cywilizacja rzymska i grecka okresu przedchrześcijańskiego miała do samobójstwa stosunek tolerancyjny (O'Connor i Sheely 2002). Potępiane były jedynie samobójstwa z przyczyn nieracjonalnych oraz samobójstwa niewolników i żołnierzy, traktowanych jako własność państwa.

Stary Testament rzadko wspomina o samobójstwie. Opisuje 6 aktów samozagłady, przy czym żadnego z nich nie komentuje i nie potępia (Jamison 2004). Dla chrześcijan życie było czymś względnie nieważnym, zatem śmierć uznawano za wyzwolenie od grzechu, pokus i przejście do życia wiecznego, co samobójstwo mogło przyspieszyć. Tertulian (O'Connor i Sheely 2002, s. 13) uważał nawet śmierć Jezusa za samobójstwo przez męczeństwo. Dopiero Święty Augustyn doprowadził do zmiany poglądów kościoła rzymskokatolickiego w odniesieniu do śmierci samobójczej (Jamison 2004; O'Connor i Sheely 2002). Dokonał on reinterpretacji szóstego przykazania „nie zabijaj!” tak, by odzwierciedlało ono pogląd cywilizacji wczesnogreckiej, zgodnie z którym zabicie samego siebie było równoważne z zabiciem członka rodziny. Święty Augustyn nakłonił Kościół do wydania prawa przeciwko samobójstwu. W roku 533 synod w Orleanie wyjął samobójców spod prawa i zakazał spełniania obowiązków żałobnych wobec wszystkich, którzy zginęli z własnej ręki; nałożył na samobójców, nawet odratowanych, ekskomunikę.

Poglądy Świętego Augustyna kontynuował i usystematyzował Święty Tomasz z Akwinu. Zarysował on trzy powody, dla których samobójstwo należy uznać za grzech śmiertelny: jest sprzeczne z prawem naturalnym, ponieważ wszystko w naturze opiera się rozkładowi i śmierci, jak długo może; każda część należy do pełnej całości, a każda jednostka jest częścią społeczeństwa, zatem samobójstwo pozbawia społeczeństwo czegoś, co do niego należy; życie ludzkie zostało dane przez Boga, więc samobójstwo jest grzechem przeciwko Bogu (O'Connor i Sheely 2002).

Podobnie rzecz się ma u Żydów. Zakazywali oni wygłaszania mów pogrzebowych nad zwłokami desperatów, bliskim odradzano noszenie żałoby, a zmarłych chowano w oddzielnej części cmentarza (Jamison 2004).

Świeckie beczeszczenie zwłok samobójców nie należało do rzadkości. Fizycznie izolowano zwłoki, by zapobiec szkodliwemu wpływowi na żywych. W wielu krajach samobójców grzebano nocą na rozstajach dróg, gdyż wierzono, że duży ruch na skrzyżowaniach pozwoli „zatrzymać zmarłych pod ziemią” (Jamison 2004, s. 21), a duchowi trudniej będzie znaleźć drogę powrotną do domu. W Massachusetts z epoki kolonialnej przy grobach samobójców na rozstajach dróg wysypywano całe furmanki kamieni. Finowie uważali, że skoro samobójstwo jest złem, więc ze zmarłym nie można zawrzeć pokoju, a z ciałem samobójcy obchodzono się niezwykle starannie i ostrożnie: zwłok nie myto, chowano w pozycji leżącej twarzą w dół, w ubraniu, jakie mieli na sobie w chwili śmierci, do trumny wkładano ich przy użyciu kijów, nigdy gołymi rękoma, by nie ściągnąć klątwy lub choroby (*ibid.*).

Jeszcze na początku XX wieku samobójców chowano bez żadnych uroczystości. Ich groby znajdowały się poza murem cmentarza, często w głębi lasu. Krążyły opowieści, że zwłoki samobójcy są bardzo ciężkie.

We Francji ciała desperatów wleczono ulicami głową w dół, a następnie wieszano na szubienicy. W niektórych regionach Niemiec ciała samobójców wkładano do beczek i spuszczano rzeką, by nie mogły wrócić w rodzinne strony. Wczesne prawo norweskie nakazywało samobójców grzebać w lesie razem z innymi zbrodniarzami.

Z czasem sankcje religijne i prawne wobec samobójców uległy rozluźnieniu. Systemy prawne i społeczeństwa w rosnącym stopniu traktowały akt samozagłady jako efekt niezrównoważenia umysłowego, a nie skutek słabości czy grzechu. Ciał nie grzebano już na rozstajach dróg, a coraz częściej po północnej stronie cmentarza, w pobliżu niechrześcijan lub innych niepełnoprawnych członków wspólnoty: ludzi ekskomunikowanych, nieochrzczonych niemowląt i zbrodniarzy. W większości krajów europejskich samobójstwo przestało być przestępstwem w XVIII lub XIX wieku, chociaż w Anglii i Walii pozostało nim do 1961 roku, a w Irlandii aż do 1993 roku (*ibid.*).

Komisja ds. Kultu Bożego i Dyscypliny Sakramentu Episkopatu Polski z dnia 5 maja 1978 roku wyraziła następującą opinię:

Według powszechnego zdania psychiatrów samobójcy nie są w pełni odpowiedzialni za swój czyn. Dlatego nie odmawia się im pogrzebu katolickiego, jeżeli w ciągu życia okazywali przywiązanie do wiary i Kościoła. Uczestnikom takiego pogrzebu należy wyjaśnić sytuację. Jeżeli zachodzi poważna wątpliwość, należy zwrócić się do ordynariusza. Samobójcę, który przed zamachem na własne życie dawał zgorszenie, należy traktować jako jawnego grzesznika (<http://www.kkbids.episkopat.pl/dokumenty/dlep/sakramentalia1.htm>).

STYGMATYZACJA OSÓB PODEJMUJĄCYCH PRÓBY SAMOBÓJCZE

Stygmatyzacja i etykietowanie, czyli przypisywanie określonych cech, nazw, jest zjawiskiem często wynikającym ze stereotypów, lęku i niewiedzy. Osoba podejmująca próby samobójcze postrzegana jest powszechnie jako chora psychicznie (co w większości przypadków jest prawdą). Budzi lęk, strach oraz ambiwalentne uczucia – od litości, żalu, współczucia do gniewu, złości, wrogości. Ogólny model, który w sposób orientacyjny klasyfikuje reakcje na niepełnosprawność, pokazuje Freidson (Pankiewicz i Erenc 2000). Uwzględnił w nim trzy wymiary: odpowiedzialność jednostki za jej stan, prognozy i możliwości zmiany tego stanu, kontakty i częstotliwość obcowania z osobami niepełnosprawnymi. Model ten odnosi się zarówno do osób mających schorzenia somatyczne, jak i psychiczne, przy czym reakcje na niedyspozycje psychiczne są szczególnie złożone, ponieważ kontakty osób zdrowych z chorymi psychicznie mają charakter ograniczony. Przez wiele lat choroby psychiczne były ukrywane i stanowiły tajemnicę rodzinną. W poprzednim i bieżącym stuleciu społeczne funkcje rodziny uległy osłabieniu, a chorymi psychicznie zajęły się bardziej wyspecjalizowane instytucje. Jednak one także – szczególnie po II wojnie światowej – utrzymywały stan izolacji osób chorych psychicznie, a nawet go wzmacniały. Izolacja natomiast pogłębiała niewiedzę społeczną na temat chorób psychicznych. Niewiedza przyczyniła się do rozwoju stereotypu osoby chorej psychicznie, a w efekcie do jej stygmatyzacji. Choremu przypisywane są często takie cechy, jak: nieprzewidywalny, zagubiony, niezrozumiały, wrażliwy, zamknięty w sobie, nieświadomy, nieopanowany, pobudliwy, zagrażający i niebezpieczny, agresywny i gwałtowny (Bąk 2000, s. 805). Na tej samej podstawie budowany jest stereotyp osoby popełniającej samobójstwo. Błędne przekonania utrudniają rozpoznanie ryzyka zachowań suicydalnych. Do najważniejszych i najczęściej spotykanych fikcyjnych opinii zalicza się (Shneidman i Mandelkorn za: Suchańska i Krysińska 2003, s. 67):

– Mit 1: Nie popełni samobójstwa ten, kto o nim mówi.

Prawda/rzeczywistość: Na 10 samobójców przypada 8, którzy niedwuznacznie o swoich zamiarach mówili.

– Mit 2: Do samobójstwa dochodzi bez oznak sygnalizacyjnych.

Prawda/rzeczywistość: Ludzie, którzy odbierali sobie życie, sygnalizowali to zazwyczaj niedwuznacznymi oznakami lub działaniami.

– Mit 3: Kto popełnia samobójstwo, koniecznie chce odebrać sobie życie.

Prawda/rzeczywistość: Większość samobójców oscyluje między pragnieniem życia i śmierci.

– Mit 4: Poprawa po kryzysie samobójczym oznacza koniec ryzyka.

Prawda/rzeczywistość: Większość samobójstw zdarza się w ciągu 3 miesięcy po zaznaczającej się „poprawie”.

– Mit 5: Samobójstwo częściej występuje wśród bogatych lub odwrotnie – dotyczy tylko ludzi ubogich.

Prawda/rzeczywistość: Samobójstwo zdarza się we wszystkich warstwach społecznych.

– Mit 6: Samobójstwo jest dziedziczne, jest „złem rodzinnym”.

Prawda/rzeczywistość: Samobójstwo nie jest zjawiskiem dziedzicznym, jest zjawiskiem indywidualnym, aczkolwiek nie wyklucza się dziedziczenia predyspozycji genetycznych do jego popełnienia.

– Mit 7: Wszyscy, którzy popełniają lub chcą popełnić samobójstwo, są chorzy psychicznie, każde samobójstwo jest czynem człowieka niezdrowego na umyśle.

Prawda/rzeczywistość: Samobójca jest krańcowo nieszczęśliwy, ale nie musi cierpieć na przejawy głębokiej psychozy.

– Mit 8: Kto skłania się do samobójstwa, będzie to czynił zawsze.

Prawda/rzeczywistość: Ludzie zmęczeni życiem tylko w wybranych okresach swojej egzystencji odczuwają potrzebę zabicia siebie.

– Mit 9: Kto raz targnął się na własne życie i został odratowany, nie zrobi tego więcej.

Prawda/rzeczywistość: Wcześniejsza próba samobójcza jest istotnym czynnikiem ryzyka dla kolejnej próby.

Zjawisko stygmatyzacji zostało dokładnie omówione w pracy Linka i Phelan z 2001 roku (za: Grzywa 2009 w: <http://pml.strefa.pl/ePUBLI/153/19.pdf>). Uważają oni, że o stygmatyzacji możemy mówić, jeśli współwystępują powiązane ze sobą elementy:

– etykietowanie (identyfikacja i nazwanie niektórych społecznie istotnych różnic);

– stereotypizacja (powiązanie różnic społecznych ze stereotypami);

– oddzielenie „nas” od „nich” na podstawie utworzonych stereotypów (czyli zwiększenie dystansu społecznego);

– utrata statusu społecznego i dyskryminacja (czego doświadcza osoba napiętnowana).

Wyróżnia się kilka rodzajów stygmatów, m.in. społeczny i własny. Stygmat społeczny to taka cecha jakiejś grupy, która prowadzi do uprzedzeń i dyskryminowania jej. Pojęcie stygmatyzacji własnej (samostygmatyzacja, autostygmatyzacja) odnosi się do członków naznaczanych grup, którzy zgadzają się z negatywnym stereotypem ich dotyczącym, a przez to utrwalają uprzedzenia. W tym kontekście stygmatyzacja społeczna doprowadza do stygmatyzacji

własnej – osoby chore zaczynają postrzegać siebie i zachowywać się w określony sposób odpowiadający stereotypowi. Etykietowanie zatem wpływa zwrotnie na sposób myślenia chorego o sobie w kategoriach zawartych w stygmacie, jednostka zaczyna wierzyć w dysponowanie przypisywanymi właściwościami, utożsamiać się z nimi i zachowywać zgodnie z treścią stygmatu, spełniając oczekiwania społeczne. Chory na psychozę schizoafektywną zaczyna np. traktować siebie jako osobę pozbawioną wyższych uczuć, niepotrzebującą bliskich więzi interpersonalnych, niezrównoważoną i wycofującą z życia społecznego. Osoba podejmująca próbę samobójczą widzi natomiast siebie np. jako chorą psychicznie, niezrównoważoną, budzącą lęk i strach, wobec czego izoluje się od społeczeństwa, co jeszcze bardziej pogłębia zły stan psychiczny. Osoby takie tracą zaufanie do siebie i do innych, a ich myślenie o samym sobie, mówiąc kolokwialnie, wygląda następująco: „jestem samobójcą, jestem chory psychicznie, jestem schizofrenikiem, jestem dziwakiem, mam prawo czuć się źle, inni mnie nie rozumieją; moje uczucia są inne niż zdrowych, a moje życie skazane jest na klęskę”. Takie myślenie często doprowadza do zaprzestania szukania pomocy i korzystania z niej.

Naznaczanie jest charakterystyczne nie tylko dla ogółu społeczeństwa, dla laików, ale także dla specjalistów z dziedziny psychiatrii i psychologii. Stygmatyzacja może stanowić ujemny skutek diagnozy psychiatrycznej czy psychologicznej. W tym znaczeniu stygmatyzacja polega na klasyfikowaniu ludzi w kategoriach zero-jedynkowych. Źródłem negatywnego myślenia o jednostce może być osobowość diagnosty, jego wcześniejsze kontakty z osobami z danej grupy i oficjalne stereotypy. Powoduje to, że specjalista traktuje pacjenta/klienta nie jako człowieka, ale jako przypadek konkretnej choroby czy zaburzenia i do tej choroby dostosowuje sposób leczenia, terapii, jak też swoje zachowanie i postępowanie wobec jednostki. W ten sposób po części chroni siebie przed zaangażowaniem emocjonalnym, ale jednocześnie ogranicza, a nawet uniemożliwia autentyczne poznanie chorego, co w efekcie doprowadza do błędów diagnostyczno-terapeutycznych.

Stygmatyzacja w psychiatrii ma jednak także pozytywny aspekt. Podstawą terapii, obok prawidłowej diagnozy, jest samoświadomość choroby, nazwanie jej. Pozytywnym skutkiem procesu naznaczania wykorzystywanym w terapii jest m.in. wychodzenie z uzależnień – pierwszym krokiem jest autonaznaczenie, czyli werbalizacja braku kontroli nad sobą, warunek niezbędny powodzenia terapii („jestem alkoholikiem”, „jestem odratowanym samobójcą – potrzebuję pomocy”, ale ten sam przekaz można sformułować w inny, mniej etykietujący sposób – „jestem osobą uzależnioną od alkoholu”, „jestem osobą po próbie

samobójczej” – dobór słów ma w wielu przypadkach istotne dla chorego znaczenie).

STYGMATYZACJA OSOBY PODEJMUJĄCEJ PRÓBY SAMOBÓJCZE
W PRZEBIEGU CHOROBY SCHIZOAFEKTYWNEJ – CZĘŚCIOWE
STUDIUM PRZYPADKU

Samobójstwo jest zjawiskiem typowo ludzkim, ponadczasowym. Występuje od najwcześniejszych dziejów ludzkości i według badaczy nie tylko wciąż będzie istnieć, ale zwiększy się też wskaźnik jego nasilenia, gdyż już od wielu lat obserwuje się znaczny wzrost liczby samobójstw. Tak niepokojące statystyki wywołują obawy nie tylko wśród ekspertów, ale również wśród wszystkich grup społecznych. Osoby, które podejmują próby samobójcze, wciąż budzą lęk i postrzegane są w określony sposób, co ma istotne znaczenie podczas kontaktu badawczego. W tej części artykułu opisany zostanie kontakt terapeutyczno-badawczy z osobą podejmującą próby samobójcze w przebiegu choroby schizofrenii oraz rola stygmatyzacji w tym konkretnym przypadku, a tym samym błędy, jakie popełnia się w trakcie prowadzenia badań i interpretacji. Osobą badaną był A.B., młody mężczyzna urodzony na wsi, obecnie mieszkający w mieście wojewódzkim, z rozpoznaniem choroby schizofrenii (Kruszewska 2009). Badania zostały przeprowadzone przez autorkę niniejszego artykułu w okresie od marca 2008 roku do grudnia 2008 roku na potrzeby pracy magisterskiej przygotowanej w Zakładzie Psychologii Klinicznej i Neuropsychologii Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. Objęły one 13 spotkań z badanym, podczas których zastosowano następujące metody:

- Test Rysunku Drzewa Ch. Kocha.
- Test Uzupełniania Zdań Sacksa i Sidneya.
- Test Przymiotnikowy ACL-37.
- Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS.
- Inwentarz Stanu i Cechy Lęku.
- Kwestionariusz do Badania Kryzysów w Wartościowaniu KKW.
- Przymiotnikowa Skala Nastroju UMACL.
- Kwestionariusz Poczucia Sensu Życia PIL.
- Kwestionariusz Egzystencjalnego Wymiaru Depresji M. Ledwocha.
- Kwestionariusz osobowości EPQ – R.
- Kwestionariusz Orientacji Życiowej Antonovsky’ego.
- Wywiad (badany bez dodatkowych pytań opowiadał swój życiorys).
- Wywiad Standardowy do Badania Syndromu Suicydalnego w opracowaniu Z. Płużek i J. Kołodziej.

- Test MMPI.
- Obserwacja.
- Analiza narracyjna.

Przed pierwszym kontaktem z osobą badaną uzyskano informacje, że mężczyzna ma zaburzenie osobowości typu *borderline*. Podczas spotkania z mężczyzną starano się dostrzec w nim cechy charakterystyczne dla osobowości *borderline*: niestabilność emocjonalna, zaburzony obraz samego siebie, własnych celów i wewnętrznych preferencji, skłonność do wchodzenia w intensywne i niestabilne związki, co często prowadzi do kryzysów emocjonalnych i może wiązać się z próbami uniknięcia porzucenia i z powtarzającymi się groźbami samobójstwa lub samouszkodzenia (Pużyński i Wciórka 2000). Powyższy sposób interpretacji wypowiedzi został wprowadzony, aby przypisać mu wymienione cechy osobowości z pogranicza. W czasie trwającego około dwie godziny spotkania osoba badana pokazała swoją kartę wypisową ze szpitala psychiatrycznego, na której widniało rozpoznanie schizofrenii prostej. Dlatego w opisywanych badaniach nadano nową etykietę obrazowi siebie stworzonemu przez mężczyznę – „schizofrenik prosty”, dla którego charakterystyczny jest powolny, ale postępujący rozwój dziwactw zachowania, niezdolność do spełniania wymagań społecznych, całościowy spadek sprawności; splecienie afektywne, awolacja, apatia, utrata zainteresowań, beczynność, społeczne wycofywanie się (ICD–10 2000). Postrzeganie badanego przez pryzmat choroby (mimo że diagnoza stanowi podstawę terapii) okazało się ograniczeniem w poznawaniu mężczyzny, a samostygmatyzacja, jakiej dokonał, doprowadziła do błędów w obrazie samego siebie. Poniżej przedstawiono fragmenty wypowiedzi badanego, w których zauważa się wpływ samonaznaczania:

Nawet jakbyś powiedziała, że jestem specyficzną osobą w negatywnym znaczeniu, to bym się nie obraził i tak samo, jakbyś traktowała mnie instrumentalnie, to by mi nie przeszkadzało. Przyzwyczyłem się już do tego po tamtej dziewczynie i w ogóle po szpitalu też. A to, co powiedziałeś, że mnie polubiłaś, to nie chcę cię urazić, ale mnie to nie obchodzi. Ja się przyzwyczyłem do instrumentalnego podejścia. [...] wszyscy mnie tak traktują, bo mam schizofrenię i jestem inny.

[...] Ala mówi, że mnie kocha, ale dla mnie miłość to nie jest żadne uczucie, tylko postawa. I jak ona mówi, że mnie kocha, to mi się śmiać chce. To takie dziecinne.

[...] kiedyś rozpląkałem się przez rodziców, to było najgłupsze, co zrobiłem w życiu.

– Czyli jednak masz uczucia – tęskniłeś, płakałeś – to są uczucia.

– Ale to było głupie.

[...] nie potrzebuję ludzi, nie nadaję się na studia, bo za dużo ludzi tam; psycholog powiedziała, że ja nie mam żadnych zainteresowań, zawsze w testach tak wychodzi, że nie mam żadnych zainteresowań.

Wypowiedzi te z jednej strony ukazują, że badany bezkrytycznie przyjmuje cechy osoby chorej na schizofrenię prostą, takie jak: splecienie emocjonalne, utrata zainteresowań, brak potrzeby kontaktów społecznych, z drugiej – sug-

rują, że badany traktowany jest przez otoczenie z punktu widzenia przejawów swojej choroby, co wyraźnie dostrzega. Tworzy się błędne koło: postrzeganie i traktowanie chorego przez społeczeństwo (a także personel szpitalny) – zniekształcony obraz samego siebie – ograniczenie obrazu chorego przez autorkę opisywanych badań.

Kolejne spotkania z osobą badaną, analiza testów psychologicznych, ale przede wszystkim wnikliwa obserwacja i prowadzone rozmowy stopniowo doprowadziły do modyfikacji wizerunku mężczyzny w percepcji autorki niniejszego artykułu. Przełomem w postrzeganiu badanego, jako osoby niemalże pozbawionej uczuć, była poniższa wypowiedź:

[...] nie wiem, co będzie z tym mieszkaniem, jak się wyprowadzę z miasta, to czy masz jakąś inną osobę za mnie?... jakby tak się stało, że wyjadę... ale wtedy musiałabyś zaczynać od zera.

Wypowiedź ta wyraźnie zasygnalizowała, że mężczyzna nie jest całkowicie obojętny, apatyczny, ozięby. Potrafi nawiązać kontakt z drugą osobą i tego potrzebuje. Od tego momentu nie patrzono na mężczyznę wyłącznie przez pryzmat choroby i próby samobójczej, jakiej się podjął w jej efekcie, a dalsza praca z nim polegała nie tylko na badaniach i czynnościach służących stworzeniu portretu psychologicznego, w jak najmniejszym stopniu obciążonego czynnikami stygmatyzacji, ale też nabrała charakteru terapeutycznego.

W procesie poznawania zaobserwowano silny komponent afektywny w zachowaniu mężczyzny współistniejący z komponentem psychotycznym, co nie odpowiadało diagnozie schizofrenii prostej. Dlatego lekarz psychiatra zmienił rozpoznanie zaburzenia na chorobę schizofrenię afektywną. Czy jest to kolejna etykieta przypisana mężczyźnie? Z jednej strony tak, dlatego też należy zachować ostrożność i dystans, z drugiej jednak – prawidłowa diagnoza stanowi podstawę terapii (o czym była już mowa w niniejszym artykule).

W procesie terapii natomiast nastąpiła minimalizacja czynnika samonaznaczenia, badany zaprzestał nazywania siebie „schizofrenikiem”, przyznał się przed sobą samym i przed osobą badającą, że potrzebuje bliskiej więzi (zarówno emocjonalnej, jak i fizycznej) z drugim człowiekiem, co zaowocowało stałym związkiem z kobietą, którą mężczyzna zamierza poślubić.

Poniżej przedstawiono portret psychologiczny osoby badanej, opracowany na bazie interpretacji uzyskanych danych psychologicznych, ze zwróceniem uwagi na zredukowanie roli stygmatyzacji.

Już sam jego wygląd może budzić zastanowienie – pozornie normalny, młody mężczyzna, ale jeśli dokładniej mu się przyjrzeć, uwaga skupia się na bliźnie w okolicach szyi. Zauważa się także spowolnienie ruchowe, specyficzny tik oczu.

Badany demonstruje dystans i powściągliwość wobec innych oraz chłód emocjonalny, a nawet oziębłość. Skupia się na sobie, na własnym świecie, nie wykazuje natomiast zainteresowania emocjami innych. Zarysowuje się egocentryzm, instrumentalne traktowanie otoczenia. Funkcjonowanie interpersonalne wydaje się sferą życia codziennego najbardziej zaburzoną. Osoba portretowana ma trudności w nawiązywaniu i podtrzymywaniu satysfakcjonujących relacji międzyludzkich, szczególnie problemy te stają się widoczne w pozytywnej reprezentacji siebie wobec kobiet. Niska potrzeba afiliacji, kontaktów, w tym też heteroseksualnych, powoduje, że mężczyzna wycofuje się z relacji społecznych, izoluje się od otoczenia, co jest typowe dla choroby schizoafektywnej. Jeśli wchodzi w relacje – są one raczej oparte na lęku, niż na stabilności. Przy tym ma tendencje do poniżania się, podporządkowywania, zależy mu na opinii, ale bez przesady. Potrzebuje wsparcia, wskazówek, zainteresowania nim i w ten sposób radzi sobie w kontaktach. Uwagę zwraca pewien paradoks: osoba portretowana z jednej strony unika kontaktów, z drugiej – potrzebuje bliskiej osoby. Czasami też próbuje manipulować otoczeniem, wobec czego bywa nieszczerą. Nieszczęście ta nie jest jednak wynikiem świadomego okłamywania, ale efektem słabego wglądu w siebie, subiektywnej percepcji własnej osoby, nie ma więc charakteru instrumentalnego. Trudności interpersonalne zaznaczały się od najwcześniejszych lat życia i z biegiem czasu stale narastały. Badany podejmował jednak nieliczne próby nawiązania relacji, które zapisały się w jego pamięci, odegrały rolę socjalizacyjną w jego życiu, aczkolwiek związki te nigdy nie były oparte na prawdziwym, głębokim uczuciu czy stabilności. Czy A.B. nie jest zatem zdolny do wchodzenia w satysfakcjonujące kontakty, związki? Jak już wspomniano, odczuwa on potrzebę posiadania bliskiej osoby. Daje mu rodzaj gratyfikacji i zwiększa poczucie bezpieczeństwa, wypełnia pustkę egzystencjalną, o czym świadczą ostatnie wydarzenia z jego życia – zamieszkanie wspólnie z dziewczyną, a następnie zaręczyny z nią. Jego stan psychiczny od tego czasu uległ poprawie.

Osobowość A.B. wykazuje liczne zaburzenia. Część z nich należy do indywidualnych uwarunkowań mężczyzny, część jest wkomponowana w psychozę schizoafektywną. Z danych biograficznych wynika, że choroba ta kształtowała się od dzieciństwa i największe jej nasilenie przypadło na 16 rok życia, czyli w chwili podjęcia próby samobójczej, silnie przesyconej autoagresją. Oddzielenie więc tego, co jest efektem zaburzenia, a co istnieje w psychice badanego samoistnie, jest praktycznie niemożliwe, gdyż cechy choroby nakładają się na właściwości osobowościowe. Co zatem charakteryzuje funkcjonowanie osobowościowe portretowanego? Otóż osobowość ta jest nieusystematyzowana i nieuporządkowana. Występuje w niej wiele rozbieżności. W związku z tym osoba

ma trudności w określeniu, a nawet w rozumieniu siebie. Na pierwszy plan wysuwa się napięcie emocjonalne, labilność emocjonalna, łatwość zmiany nastroju od radości do smutku, od chęci do niechęci, od euforii do przygnębienia itd. Wahania nastroju stanowią dla osoby portretowanej istotny problem, ponieważ sprawiają jej wiele przykrości i bólu. Tylko dzięki odpowiednio dobranym lekom nastrój jest stabilizowany, wyrównywany. A.B. przejawia wiele nierozładowanych emocji. Z jednej strony akcentuje on jakieś emocje, z drugiej – tłumi je w sobie. Z niektórych uczuć, jakie w nim są, nawet nie zdaje sobie do końca sprawy. Czasami im zaprzecza, czasami je wypiera tak, jakby one nie istniały, nie pojawiały się. Przyczynia się to do poczucia lęku, niepewności, obaw. Może też powodować kierowanie złości, agresji do siebie, a nie ujawnianie jej na zewnątrz. Niepokojący jest fakt, że odczuwa on więcej emocji negatywnych niż pozytywnych. Lęk, strach, rozpacz, przygnębienie, upokorzenie i poniżanie siebie, smutek i poczucie winy często mu towarzyszą. Pojawiają się uczucia izolacji, alienacji, obcości. Jest niedojrzały emocjonalnie, występują cechy nie zrównowazenia emocjonalnego. Nie ma też wglądu w emocjonalny czynnik leżący u podstaw jego problemów. Odporność na stres jest niska, wykorzystuje mało efektywne sposoby radzenia sobie w stresie, a mianowicie koncentruje się na swoich emocjach. Często reakcją na stres jest somatyzacja, dolegliwości pochodzące z różnych części ciała. Zauważalne są skłonności do ranienia ciała.

Osoba portretowana ma małe zaufanie do siebie. Jest impulsywna, a jej samoocena oscyluje między adekwatnością a obniżeniem w zależności od aktualnego samopoczucia, stanu i sytuacji. Akceptuje siebie, swój wiek, swoją tożsamość, ale jednocześnie odczuwa jakieś niezadowolenie z obecnej sytuacji, rozbieżności między tym, jaka jest, a jaka chciałaby być. Cechuje ją pesymistyczny pogląd na życie, czasami też poczucie bezradności i bezwartościowości. Ta bezwartościowość polega nie tyle na całkowitym braku czy utracie wartości (gdyż portretowany ma system wartości uporządkowany na poziomie przeciętnym, zatem wartości posiada, czasami jednak bywają one zagubione), co niemożności realizacji wielu z nich. Ma obniżone poczucie sensu życia, często czuje się rozbity, a swoje istnienie określa z jednej strony jako ciekawe, z drugiej – jako szare i bezcelowe. Gdyby miał wybór, wolałby się raczej nigdy nie narodzić. Nie ma sprecyzowanych celów życiowych, a konkretnie celem jego istnienia jest „szukanie celów”. Jego pragnieniem jest godne życie bez choroby. Brakuje mu siły, wytrwałości, aczkolwiek jest zdolny do dużego wysiłku fizycznego i umysłowego, co sprzyja samorozwojowi, stanowi niejako czynnik ochronny przed zanikiem aktywności, motywacji. Niskie jest także poczucie koherencji. Występują trudności w porządkowaniu i strukturalizowaniu

docierających informacji; obiektywnej, racjonalnej oceny sytuacji trudnej, pojmowaniu, co i dlaczego się dzieje. Ma wrażenie bycia niezrozumianym, męczą go mieszane uczucia i myśli, których wolałby nie mieć. Swoje życie określa jako nieprzewidywalne, zmienne, niestabilne. Znajdując się w nieznanej bądź stresującej sytuacji, nie wie, co robić; wybór rozwiązania problemu określa jako trudny i niejasny. Nie ma wystarczającego poczucia mocy i sprawstwa. Z drugiej jednak strony istnieje w nim przekonanie, że wszystko, co się dzieje (nawet jeśli nie ma nad tym kontroli), posiada sens, nadaje też subiektywne znaczenie swoim wyborom i czynom. Dlatego właśnie poczucie sensu życia nie jest bardzo niskie, a jedynie obniżone. Niepokojące jest przeżywanie przez A.B. depresji egzystencjalnej, wyrażającej się w poczuciu pustki, winy i rozpaczliwej egzystencjalnej, co doprowadza do bólu psychicznego.

Osobowość badanego cechuje także wielość konfliktów intrapsychicznych. Konflikty dotyczą stosunku do rodziny i rodziców, kobiet, własnych uzdolnień, przeszłości i przyszłości, stosunku do znajomych, a także planów i realizacji osobistych celów. Osoba portretowana swoją rodzinę określa jako nienormalną, uważa, że rodzina traktuje go jak dziecko, jest inna niż większość rodzin i nigdy go nie rozumiała. Ojca określa jako niedojrzałego, surowego, nie chce utrzymywać z nim kontaktów. Matkę charakteryzuje jako chorą, nadwrażliwą, nadopiekuńczą. Nie darzy rodziców miłością, w ich stronę kieruje uczucia raz zupełnej obojętności, innym razem – żalu i pretensji. Stosunki z rodzicami wydają się podstawowym obszarem konfliktowym, w związku z czym u A.B. występują tendencje do submisji autorytetów. Konflikt z kobietami polega na mieszanych uczuciach wobec nich – lęk i niechęć przeplata się z zainteresowaniem, potrzebą kontaktu. Własnych uzdolnień jest niepewny, czasami oscyluje między zadowoleniem, satysfakcją z nich, kiedy indziej – odczuwa, że uzdolnień nie posiada. W stosunku do znajomych jest powściągliwy, nieufny i niepewny. Raz się od nich izoluje, innym razem – próbuje zbliżyć. Wiele przeszłych wydarzeń chciałby cofnąć, postąpić inaczej, co powoduje poczucie winy, niezadowolenia z siebie i niespełnienia. Przyszłość wydaje się mu niepewna, niejasna, trochę nieokreślona. Celów wciąż szuka, pragnie je posiadać, podejmuje próby ich odnalezienia.

W jego osobowości wyraźnie zarysowuje się lęk, niepokój, neurotyzm. Ma on silne tendencje do postrzegania sytuacji obiektywnie niegroźnych jako zagrażające i reagowania na nie wzmożonym lękiem. Lęk ma też u niego charakter nieokreślony, czasami abstrakcyjny. Związane jest to z napięciem emocjonalnym, nierozładowanymi emocjami, konfliktami wewnętrznymi, a także z przeżywaniem choroby. Zagrożone jest poczucie przywiązania, bezpieczeństwa, stabilności. Osoba portretowana świadomie bądź nieświadomie dąży

do wzmocnienia tych wymiarów (usamodzielnienie się, podjęcie nauki w studium, związek z kobietą, korzystanie z profesjonalnej pomocy psychiatryczno-psychologicznej). Z mechanizmów obronnych osobowości, jakie nieświadomie stosuje, wymienić należy somatyzację, represję (wyparcie), zaprzeczanie i racjonalizację. Pojawia się także regresja, ale ulega ona wycofywaniu.

Obok emocji negatywnych pojawiają się również pozytywne, chociaż jest ich zdecydowanie mniej. Wyróżnić można przede wszystkim uczucie zadowolenia i przyjemności, nadziei, która towarzyszy podejmowaniu nowych czynności, nowych decyzji. Zdarza się także odczuwanie radości, poczucia przywiązania oraz pozytywnego nastawienia do życia i do ludzi czy też pozytywnej samooceny, pewności siebie. Emocje te pojawiają się w sytuacjach wynikających z relacji z ludźmi, posiadania bliskiej osoby.

Czy wobec tak wielu odczuwanych przez A.B. emocji można mówić o zblednięciu afektywnym i oziębłości emocjonalnej? Otóż w pewnym stopniu – tak, ponieważ wyraźnie zaznaczają się niedostatki emocjonalne, wkomponowane w obraz choroby; obojętność, egocentryzm; instrumentalizm, ale jednocześnie należy zaznaczyć, że osoba portretowana niektóre swoje emocje przeżywa bez uświadomienia, niektóre też wypiera, nie przyznaje się do nich sama przed sobą.

W sferze poznawczej pojawiają się myśli i zachowania obsesyjne. Niewykluczone są urojenia hipochondryczne. Osobę portretowaną charakteryzuje sztywność poznawcza oraz nieco obniżone tempo myślenia. Zdarza się także myślenie magiczne oraz idee nadwartościowe. Występują zaburzenia koncentracji uwagi spowodowane przede wszystkim lękiem i niepokojem. Typowe są trudności w motywacji, mobilizacji, podejmowaniu decyzji. Skarży się na brak sprecyzowanych zainteresowań. Potrzeba osiągnięć jest niska. Jest jednak sprawny intelektualnie, zdolny do wysiłku umysłowego, zatem wzmocnienie motywacji i mobilizacji polepszyłyby ogólne funkcjonowanie badanego.

Portretując osobę będącą po próbie samobójczej, błędem byłoby nieprzyjrzenie się bliżej aktowi samozagłady, by określić jego genezę, a przez to z pewnym prawdopodobieństwem przybliżyć ryzyko kolejnych zachowań autodestrukcyjnych. Analiza aktu samobójczego przebiega według pewnych stałych, uniwersalnych punktów: czynniki zagrażające/ochraniające; dominujące mechanizmy obronne; funkcja instrumentalna aktu; motywacja: bezpośrednia, pośrednia; objawy psychopatologiczne; stosunek do poprzedniej próby samobójczej; stan psychiczny przed i po próbie.

Do czynników zagrażających, które występują u A.B., należą wszystkie opisane w niniejszym artykule zaburzenia w obrębie osobowości: lęk i niepokój; neurotyzm, labilność emocjonalna, impulsywność, konflikty intrapsychiczne,

w tym konflikt z rodzicami, obniżone poczucie sensu życia i koherencji, depresyjność, trudności interpersonalne, ból psychiczny, choroba schizoafektywna, oraz aspekty pozaosobowościowe, takie jak: niekorzystna sytuacja rodzinna, złe relacje z rodzicami, występowanie prób samobójczych w rodzinie, a także fakt, że jeden zamach samobójczy zwiększa ryzyko kolejnego. Samobójstwo zostało przez A.B. dokładnie zaplanowane, przemyślane. Czynnikiem, chroniącym go w tym momencie są: posiadanie bliskiej osoby, korzystanie z pomocy psychiatryczno-psychologicznej, deklaracja chęci życia i podejmowania trudów z nim związanych. Dominującymi mechanizmami obronnymi są: somatyzacja, represja, racjonalizacja, zaprzeczanie, tłumienie emocji. Funkcja instrumentalna aktu polegała na *acting out*, czyli rozładowaniu nagromadzonych emocji. Motywację bezpośrednią stanowiło upokorzenie go przez kolegów, natomiast pośrednią, czyli rzeczywistą, były dalekosiężne konflikty z rodzicami oraz konflikty interpersonalne, brak więzi emocjonalnej. Objawami psychopatologicznymi są przede wszystkim: labilność nastroju (w momencie dokonywania samobójstwa nastrój ten był znacznie obniżony) oraz natłok, gonitwa myśli. Badany ma pozytywny stosunek do podjętej przez siebie próby samobójczej („to musiało się w końcu stać”). Stan psychiczny przed zamachem był zły – charakteryzował go smutek, żal do siebie, wewnętrzne napięcie. Po próbie stan ten uległ poprawie. Pozytywna ocena samobójstwa sugerowałaby zagrożenie kolejną próbą, jednak obecnie osoba portretowana pragnie żyć, uważa, że człowiekowi, który myśli o samozagładzie należy pomagać, ratować go.

Zważając na powyższe, jak też na fakt posiadania bliskiej osoby, co daje A.B. pewną gratyfikację i zwiększa poczucie bezpieczeństwa, jak też na to, że korzysta on z pomocy psychiatryczno-psychologicznej, można z nadzieją przypuszczać, że ryzyko samobójstwa maleje. Należy jednak uwzględnić chorobę schizoafektywną, która predysponuje do zachowań suicydalnych. Podsumowując, można uznać, że zagrożenie samobójstwem jest niewielkie, zaleca się jednak zachowanie ostrożności i kontynuowanie przez A.B. korzystania z profesjonalnej pomocy.

Niewielkie ryzyko samobójstwa, próby stabilizacji przez osobę portretowaną własnego życia, rozbudowywania sfery emocjonalnej, poznawczej i motywacyjnej, nieodrzućanie pomocy i wsparcia, odpowiednio dobrana farmakologia oraz gotowość przyjęcia i przyswojenia informacji o swoim zachowaniu (co sprzyja zmianie i rozwojowi) rokują pozytywnie co do dalszych losów życiowych badanego.

Zasygnalizowane cechy portretu psychologicznego osoby podejmującej próby samobójcze, zakończone optymistycznym przesłaniem, być może wniosą nowe spojrzenia na problem samobójstw. Z pewnością byłoby to korzystne ze

względu na stale rosnącą liczbę samobójców. Wiedza ta jest niezwykle cenna – odkrycie właściwości wskazujących na podatność jednostki do zachowań suicydalnych będzie przydatne w „wychwytywaniu” takich tendencji, co umożliwi wczesną profilaktykę, a także opracowanie specjalnych programów pomocy dla osób zagrożonych samobójstwem oraz będących po próbie/próbach samobójczych.

ZAKOŃCZENIE

Zjawisko naznaczania osób niepełnosprawnych psychicznie stanowi aktualny problem społeczny. Problem ten dotyka bezpośrednio chorych, gdyż postrzeganie ich w stereotypowy sposób doprowadza do dyskryminacji niepełnosprawnych, wykluczenia ich z życia społecznego.

Naznaczanie społeczne w efekcie powoduje samostygmatyzację, zmienia, zniekształca i ogranicza obraz samego siebie. Chory bezkrytycznie przyjmuje przypisane mu cechy, które w rzeczywistości często nie są adekwatne do obrazu i funkcjonowania chorego.

Doznawanie stygmatyzacji społecznej, jak też autonaznaczanie bywa przyczyną zaprzestania korzystania z fachowej pomocy, co spowodowane jest lękiem przed psychiatrą/psychologiem, wstydem przed społeczeństwem lub też utratą wiary w sens leczenia.

Naznaczania dokonuje nie tylko społeczeństwo, które nie posiada merytorycznej wiedzy na temat chorób psychicznych, ale również specjaliści diagności. Stygmatyzacja powoduje wówczas błędy diagnostyczne i postdiagnostyczne.

Czynnik stygmatyzacji nie da się całkowicie wykluczyć (ponieważ już sama diagnoza, rozpoznanie jest formą stygmatyzacji), ale jego zminimalizowanie przyczynia się do autentycznego poznania chorego.

Zarówno choroby psychiczne, jak i akty samobójstwa budzą lęk w społeczeństwie. Lęk ten jest wynikiem niewiedzy i w efekcie przyczynia się do etykietowania. Celem zmniejszania lęku, a przez to ryzyka stygmatyzacji powinno się organizować akcje edukacyjne i integracyjne, które umożliwiają głębsze poznanie i zrozumienie uwarunkowań sytuacji trudnych i dramatycznych w życiu człowieka.

BIBLIOGRAFIA

- Bąk O. (2000). *Propozycja modyfikacji metody badawczej typu dyferencjał semantyczny w badaniach stereotypu chorego psychicznie*. „Psychiatria Polska”, XXXIV, 5.

- Grzywa A. (2009) <http://pml.strefa.pl/ePUBLI/153/19.pdf>.
- Jamison K. R. (2004). *Noc szybko nadchodzi. Zrozumieć samobójstwo, by mu zapobiec*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Kruszewska U. (2009). *Portret psychologiczny osoby podejmującej próby samobójcze*. Niepublikowana praca magisterska. Instytut Psychologii UMCS.
- O'Connor R., Sheely N. (2002). *Zrozumieć samobójcę*. Gdańsk: GWP.
- Pankiewicz P., Erenc J. (2000). *Spoleczne wyobrażenia o chorobach psychicznych – wyniki badań*. „Psychiatria Polska”, XXXIV, 5.
- Pużyński S., Wciórka J. (2000). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD–10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Kraków: Vesalius.
- Suchańska A., Krysińska K. (2003). *Samobójstwo – perspektywa psychologiczna*. Konin: Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Koninie.
episkopat.pl/dokumentydep/sakramentalia1.htm

SUMMARY

The aim of this article is to find answers to a number of questions concerning the phenomenon of social stigmatization of the mentally disabled in the context of individuals attempting to commit suicide in the course of schizoaffective disorder and the consequences of stigma for suicidal patients, their environment as well as psychiatrists and psychologists taking care of those whose lives have been saved.

The article begins with a presentation of views on suicide formed since ancient times until the present day. The next issue discussed is the phenomenon of stigma and its consequences for suicidal individuals. The last part of the article is a presentation of the author's partial case study analysis of an individual who has attempted to commit suicide in the course of schizoaffective disorder.