

ks. Jan Klimek¹

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

Stygmatyzacja a dobrostan chorych psychicznie – aspekty pastoralne

Streszczenie

W artykule na podstawie badań przedstawiono wpływ wielowymiarowego i wieloetapowego zjawiska stygmatyzacji chorych psychicznie na proces zdrowienia. Zarysowano społeczny obraz chorych psychicznie (stereotypy) i jego wpływ na autostygmatyzację. Przedstawiono złożoną sytuację rodzin chorych psychicznie i znaczenie *sieci społecznej* w procesie zdrowienia. Wszystko w kontekście zadań i możliwości wspólnoty lokalnej (parafia) i partykularnej (diecezje) Kościoła. Dzięki stabilnym (teologicznie, społecznie, ekonomicznie) strukturom wspólnotowym Kościół może w istotny sposób ubogacać i stabilizować sieć społeczną pacjentów chorych psychicznie. Jest to bardzo ważne w procesie zdrowienia i ma fundamentalny wpływ na ich dobrostan.

Słowa kluczowe: stygmatyzacja, choroba psychiczna, dobrostan

Summary

Stigma and Welfare of Mental Illness Patients – Pastoral Aspects

The article, basing on researches, shows how, multidimensional stigmatization has an impact on the process of recovery for mentally ill persons. There is presented the social view of the mentally ill persons and its impact on auto-stigmatization of the patients. There is also described the complex situation of the families of mentally ill persons and the meaning of the “society network” in the recovery process. All these, in the context of responsibilities and possibilities of local (parish) and particular community (diocese) of the Church. Thanks to the stable (theologically, socially and

¹ Ks. dr hab. Jan Klimek (ORCID: 0000-0002-6333-8215) – adiunkt w Katedrze Psychologii Pastoralnej Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie. Wykłada teologię pastoralną w Wyższym Seminarium Duchownym Archidiecezji Krakowskiej oraz Seminarium Duchownym Towarzystwa Salezjańskiego. Jest kapłanem Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie oraz rektorem kościoła pw. Matki Bożej Częstochowskiej w Krakowie. Adres do korespondencji: 30-393 Kraków, ul. dr. Józefa Babińskiego 29/21 m. 4. E-mail: ks.jan@katolicki.eu.

economically) structures of its community, the Church significantly can enrich and stabilize the network of society of the mentally ill patients, what is very important in the process of their recovery and has fundamental impact for their welfare.

Keywords: stigma, mental illness, welfare

Stygmatyzacja chorych psychicznie jest złożonym procesem hamującym ich zdrowienie. Prowadzi do ich odrzucenia i wyłączenia z funkcjonowania w różnych wymiarach życia społecznego². Liczne czynniki społeczne wpływają na dobrostan chorego psychicznie. Są nimi: odbiór społeczny osób psychicznie chorych, przekaz medialny dotyczący choroby, sieć społeczna chorego, postawa oraz funkcjonowanie rodziny i bliskich, relacje zawodowe, a wreszcie sam chory.

Celem artykułu jest zwrócenie uwagi duszpasterzy na istotny związek pomiędzy czynnikami społecznymi a zdrowieniem osoby chorej psychicznie. Przedstawiono, jak chory psychicznie jest postrzegany w społeczeństwie i jak ulega procesowi autostygmatyzacji. Zwrócono uwagę na specyfikę rodzin chorych psychicznie i dotknięto problemu strukturalnej dyskryminacji. Refleksja kończy się wnioskami pastoralnymi nakreślonymi w kontekście zadań rodziny parafialnej (tworzenie i stabilizacja sieci społecznej). Artykuł ze względu na specyfikę teologii praktycznej został napisany w konwencji interdyscyplinarnej.

² Można mówić o czterech etapach procesu stygmatyzacji: 1) Etykietowanie – wyróżnienie i nazwanie pewnych społecznie istotnych różnic. Często etykieta nie jest właściwością osoby, aczkolwiek jest jej przypisywana. Jej zasadność pozostaje kwestią otwartą. Diagnoza psychiatryczna jest specyficznym rodzajem etykiety. 2) Stereotypizacja – powiązanie wyróżnionych kategorii społecznych z negatywnymi stereotypami. Stereotyp chorych psychicznie: niebezpieczni, ponoszą częściową winę za swój stan, choroba jest nieuleczalna, są nieprzewidywalni. 3) Oddzielenie nas od nich – negatywny stereotyp powiązany z pewną kategorią osób stanowi przyczynę uznania ich za inne od całej, normalnej reszty. Przygotowuje to grunt pod odrzucenie, wykluczenie i dyskryminację. 4) Utrata statusu społecznego – kolejny etap stygmatyzacji, a zarazem jego dopełnienie (por. P. Świtaj, *Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii*, Warszawa 2008).

1. Społeczny obraz chorych psychicznie

Osoby chore psychicznie przez znaczną część społeczeństwa są postrzegane negatywnie. Niestety ta postawa od lat nie ulega zmianie, pomimo popularyzacji wiedzy na temat chorób psychicznych i większej społecznej akceptacji leczenia psychiatrycznego³. Chorzy psychicznie są stereotypizowani i utożsamiani z osobami niebezpiecznymi, agresywnymi, nieprzewidywalnymi⁴. Dla wielu wierzących, być może ze względu na ewangeliczne obrazy, psychicznie chorzy, to osoby opętane i wymagające egzorcyzmów. Większość ankietowanych przyznaje, że w stosunku do chorych psychicznie woli utrzymywać dystans społeczny⁵. W polskich badaniach opinii publicznej podkreślana jest zauważalna odmienność chorych w porównaniu do reszty społeczeństwa⁶. Odmienność zachowania i wyglądu wynika z procesu chorobowego lub ze skutków ubocznych stosowanych leków (dyskinezy, dystonie, akatyzja, otyłość). Wśród zdrowych rodzi ona lęk z poczucia nierozumienia natury obserwowanych zjawisk⁷.

Z badań CBOS (rok 2000 i 2008) wynika, że odsetek życzliwie nastawionych osób w społeczeństwie wobec chorych psychicznie zmalał z 71 proc. w 1999 do 65 proc. w 2008 roku. W badaniach często (ponad 60 proc.) ci chorzy są opisywani w sposób pogardliwy i obraźliwy⁸. Negatywny stosunek społeczeństwa niemieckiego do tej grupy chorych potwierdzają

³ Por. G. Schomerus, C. Schwahn, A. Holzinger, P. Corrigan, *Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis*, „Acta Psychiatrica Scandinavica” 125 (2012) no. 6, s. 440–452.

⁴ Por. M.C. Angermeyer, H. Matschinger, *The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder*, „Acta Psychiatrica Scandinavica” 2003 (108) no. 4, s. 304–309.

⁵ Por. B. Link, J. Phelan, M. Bresnahn, A. Stueve, *Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance*, „American Journal Public Health” 89 (1999) no. 6, s. 1328–1333.

⁶ Por. B. Wciórka, J. Wciórka, *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie. Komunikat z badań CBOS*, Warszawa 2008.

⁷ Por. P. Kieniewicz, *Stygmatyzacja osób chorych psychicznie jako problem moralny*, w: *Antropologia teologicznomoralna. Koncepcje, kontrowersje, inspiracje*, red. I. Mroczkowski, J. Sobkowiak, Warszawa 2008, s. 157.

⁸ Por. B. Wciórka, J. Wciórka, *Osoby...*, dz. cyt.

wyniki badania Georga Schomerusa. Ankietowani pełnoletni obywatele uznali, że gdyby mieli decydować o cięciach budżetowych w sektorze zdrowia, najchętniej ograniczyliby go dla chorych psychicznie⁹.

Środki masowego przekazu mają olbrzymią rolę w kształtowaniu opinii publicznej. Powinny permanentnie edukować i udzielać rzetelnej informacji na temat chorób psychicznych. Tę rolę spełniają jedynie w odniesieniu do depresji, samobójstw i uzależnień¹⁰. Spośród ankietowanych pacjentów psychiatrycznych 23,8 proc. uważa, że to właśnie media kreują najbardziej negatywny obraz chorych¹¹. Większość artykułów prasowych, dotyczących zdrowia psychicznego, odzwierciedla niechętny stosunek do chorych. Najbardziej napiętnowani są cierpiący na zaburzenia psychotyczne. W gazetach brytyjskich spadła liczba artykułów opisujących choroby psychiczne w niekorzystny sposób. Jednak tendencja ta odnosi się tylko do zaburzeń depresyjnych¹², które na ogół nie budzą negatywnych skojarzeń. To zaburzenia schizotypowe rodzą dystans, niepokój, obawę, agresję. Cierpiący na nie ukrywają to, aby uniknąć społecznego piętna¹³. Z analizy treści medialnych płynie wniosek: chorzy psychicznie są agresywni, niebezpieczni, nieobliczalni i należy ich unikać. Podobny obraz osób chorych przedstawiają również programy telewizyjne dedykowane dzieciom. Wychowuje się w ten sposób kolejne pokolenie stygmatyzujące pacjentów psychiatrycznych¹⁴.

Kościół przez nauczanie i pracę duszpasterską ma wielki wpływ na kształtowanie postaw i zachowań wobec chorych psychicznie. Jest

⁹ Por. G. Schomerus, H. Matschinger, M. Angermeyer, *Preferences of the public regarding cutbacks in expenditure for patient care*, „Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology” 41 (2006), s. 369–377.

¹⁰ Por. M. Podegrodzka-Niell, M. Tyszkowska, *Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych - czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym*, „Psychiatria Polska” 48 (2014) nr 6, s. 1201–1211.

¹¹ Por. M. Karidi, C. Stefanis, C. Theleritis, M. Tzedaki, *Perceived social stigma, self-concept, and self-stigmatization of patient with schizophrenia*, „Comprehensive Psychiatry” 51 (2010) no. 1, s. 19–30.

¹² Por. R. Gouliden, E. Corker, S. Evans-Lacko, D. Rose, *Newspaper coverage of mental illness in the UK, 1992–2008*, „BMC Public Health” 11 (2011), s. 796.

¹³ Szerzej na ten temat: A. Grzywa, *Magiczna wizja świata*, Warszawa 2010.

¹⁴ Por. P. Stout, J. Villegas, N. Jennings, *Images of mental illness in the media*, „Schizophrenia Bulletin” 30 (2004) no. 3, s. 543–561.

rzeczą znamioną, że tylko jedno orędzie, a są one ogłaszane co roku od 1993 na Światowy Dzień Chorego, zostało skierowane do osób chorujących psychicznie [Orędzie Benedykta XVI na XIV Światowy Dzień Chorego 11 lutego 2016. *O sytuacji umysłowo chorych*]. Już to pokazuje, jak niewiele w tym względzie zostało w Kościele uczynione. Za ks. prof. Waldemarem Chrostowskim można powiedzieć: „Jest prawdą – niestety – że w wielowiekowej refleksji teologicznej problematyka chorych psychicznie zajmuje absolutnie marginalne miejsce. Widać wyraźnie, jak była kłopotliwa”¹⁵. A przecież, jak zauważył Benedykt XVI we wspomnianym orędziu „(...) problemy związane z dolegliwościami umysłowymi dotyczą już jednej piątej ludzkości i stanowią prawdziwą bolączkę społeczno-zdrowotną”. Benedykt XVI podejmując dzieło swojego poprzednika, w pięciu orędiach akcentował prawdę, że ulgę w cierpieniu i pomoc choremu mogą przynieść nie tylko zdobycze farmakologii, procedury terapeutyczne i specjalistyczna aparatura medyczna. Ważne jest życzliwe słowo, serdeczna opieka i wielowymiarowe wsparcie, także duchowe, ze strony personelu, rodzin i duszpasterzy.

2. Autostygmatyzacja i efekt oczekiwanego odrzucenia

W zdrowieniu ważną rolę odgrywa zaangażowanie chorego w kontrolę nad swoim życiem i aktywne przeciwstawianie się stygmatyzacji. W procesie umacniania (ang. *empowerment*) chory sam może stać się dla siebie oparciem¹⁶. Jednak pacjenci często myślą o chorobach psychicznych stereotypowo. Wzrastają i wychowują się w społeczeństwie negatywnie nastawionym do chorych psychicznie. Dlatego tak łatwo po zachorowaniu internalizują, akceptują i odnoszą do siebie negatywne postawy społeczne, ulegając autostygmatyzacji¹⁷. To pokazuje, jak ważną kwestią jest wychowanie i kształtowanie w środowisku społecznym postaw otwartych

¹⁵ Psychiatria po Dyplomie, <https://podyplomie.pl/psychiatria/18270,biblia-czyli-przykłady-cierpienia-psychicznego?page=2> (19.02.2019).

¹⁶ Szerzej na ten temat: M. Anczewska, J. Wciórka, *Umocnienie - nadzieja czy uprzedzenia*, Warszawa 2007.

¹⁷ Por. P. Corrigan, A. Watson, *The paradox of self-stigma and mental illness*, „Clinical Psychology Science and Practice” 9 (2002), s. 35–53.

i życzliwych wobec osób chorych psychicznie. Rolę Kościoła z odpowiednio opracowanymi katechezami i prowadzonym duszpasterstwem ludzi chorych psychicznie trudno przecenić.

W badaniach Andrzeja Cechnickiego 58 proc. pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii i zespołów podobnych antycypowało dyskryminację w relacjach międzyludzkich, a 55 proc. badanych – na rynku pracy. Doświadczenie piętna w postaci odrzucenia przez innych potwierdziło aż 87 proc. respondentów, a 50 proc. badanych doświadczyło całkowitego zerwania kontaktów towarzyskich z powodu choroby¹⁸. Większość osób chorych psychicznie wręcz oczekuje negatywnych reakcji otoczenia (np. strach lub dyskryminacja), choć nie zawsze odpowiada to realnie doświadczanej dyskryminacji. *Efekt oczekiwanego odrzucenia* prowadzi do autostygmatyzacji (ang. *self-stigma*), zwanej też *drugą chorobą* i ostatecznie skutkuje obniżoną samooceną. Jest też główną przeszkodą w podejmowaniu ról społecznych¹⁹. Przewidywanie odrzucenia przez pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii sprawiło, że aż 64 proc. z nich zaniechało szukania pracy lub możliwości nauki²⁰. W badaniu Bruce'a Linka i współpracowników 74 proc. pacjentów wierzyło, że pracodawcy dyskryminują chorych psychicznie.

Większość chorych nie wierzy w możliwość nawiązania i utrzymania bliższej relacji z drugą osobą. Wśród ankietowanych pacjentów 81 proc. oczekiwało odrzucenia w relacjach intymnych²¹. We wspomnianej grupie jedynie 36 proc. chorych miało rozpoznanie schizofrenii paranoidalnej. W innych badaniach 79,3 proc. schizofreników nie wierzyło, by ktokolwiek zechciał z nimi zawrzeć związek małżeński²². Większość chorych na schizofrenię (72 proc.) czuje, że powinna zatajać diagnozę. W tej

¹⁸ A. Cechnicki, M. Angermeyer, A. Bielańska, *Anticipated and experienced stigma among persons with schizophrenia: its nature and correlates*, „Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology” 46 (2011), s. 643–650.

¹⁹ A. Ucock, D. Brohan, N. Sartorius, M. Leese, *Anticipated discrimination among people with schizophrenia*, „Acta Psychiatrica Scandinavica” 1 (2011) no. 125, s. 77–83.

²⁰ A. Ucock, D. Brohan, N. Sartorius, M. Leese, *Anticipated...*, dz. cyt., s. 77–83.

²¹ B. Link, E. Struening, S. Neese-Todd, S. Asmussen, J. Phelan, *Stigma as a Barrier to Recovery: The Consequences of Stigma for the Self-Esteem of People with Mental Illness*, „Psychiatric Services” 12 (2001) no. 52, s. 1621–1626.

²² Por. M. Karidi, C. Stefanis, C. Theleritis, M. Tzedaki, *Perceived...*, dz. cyt., s. 19–30.

grupie przeważają ludzie młodzi i lepiej wykształceni. Antycypacja dyskryminacji jest częstsza u tych, którzy nigdy nie doświadczyli dyskryminacji²³. Za Ervingiem Goffmanem można powiedzieć, że stygmatyzacja w dużej mierze jest wytworem oczekiwań, a nie rzeczywistości²⁴. Według badań młodszy wiek zachorowania bardziej predysponuje do internalizacji i rozwinięcia poczucia piętna. Pacjenci subiektywnie czują się stygmatyzowani w okresie tuż po rozpoznaniu choroby psychicznej. Z kolei osoby dłużej chorujące, częściej realnie doświadczają stygmatyzacji. To one ponoszą najwięcej społecznych jej konsekwencji. Na społeczne skutki choroby bardziej podatni są mężczyźni²⁵. Ponadto stwierdzono, że autostygmatyzacja pozytywnie koreluje z ciężkością objawów chorobowych, natomiast negatywnie ze współpracą w leczeniu²⁶.

Autostygmatyzacja to złożony i samonapędzający się proces, który wpływa na rozwój niekorzystnych mechanizmów obronnych. Pacjenci internalizujący piętno, akceptują dyskryminujące postawy społeczne, co jeszcze bardziej obniża ich samoocenę. Prowadzi to do unikania wyzwań społecznych takich, jak podjęcie nauki w szkole lub staranie się o pracę. Szczególnie niepokojący jest wpływ samonapiętnowania na osoby młode, po pierwszym epizodzie psychotycznym. Już na początku swojej walki o powrót do zdrowia, zamiast utwierdzać się w nadziei i stymulować proces umacniania, ulegają negatywnym stereotypom otoczenia²⁷.

3. Rodzina chorego

Chory psychicznie doświadcza radykalnego osamotnienia. Pozostaje przy nim zwykle nieliczna grupa bliskich, która go wspiera. Rodzina chorego i jego najbliżsi często sami stają się ofiarą stygmatyzacji. Nazywamy ją *piętnem udzielonym* (ang. *courtesy stigma*). Wraz z diagnozą bliscy

²³ Por. A. Ucock, D. Brohan, N. Sartorius, M. Leese, *Anticipated...*, dz. cyt., s. 77–83.

²⁴ Por. E. Goffman, *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, Gdańsk 2005.

²⁵ Por. M. Karidi, C. Stefanis, C. Theleritis, M. Tzedaki, *Perceived...*, dz. cyt., s. 19–30.

²⁶ J.D. Livingston, J.E. Boyd, *Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis*, „Social Science and Medicine” 2010 (12) no. 71, s. 2150–2161.

²⁷ Por. M. Podegrodzka-Niell, M. Tyszkowska, *Stygmatyzacja...*, dz. cyt., s. 1204.

chorego muszą odnaleźć się w nowej, dramatycznej sytuacji. Nagle spada na nich odpowiedzialność za podstawowe potrzeby chorego: zapewnienie mu mieszkania, opieki, wyżywienia, środków do życia. Dodatkowo zmagają się z trudnymi, często niezrozumiałymi objawami procesu chorobowego. Psychicznie chory członek rodziny staje się dla niej obciążeniem finansowym. To może budzić silne uczucie lęku, gniewu, frustracji, bezradności i wstydu²⁸. W kontekście wiary pojawiają się dramatyczne pytania: Czy nie jest to kara Boża? Jaki jest sens cierpienia? Dlaczego Bóg do tego dopuścił? A może nie jest to żadna choroba, tylko opętanie?

Stygmatyzacja rodzin chorych psychicznie wiąże się z poczuciem wstydu za posiadanie *innego-chorego* lub wynika z poczucia winy i odpowiedzialności za jego zachorowanie. Prowadzi do przypisania całej rodzinie statusu *rodziny chorej psychicznie*²⁹. Silnym źródłem piętna udzielonego jest wciąż obwinianie rodziny za chorobę psychiczną bliskiej osoby. Funkcjonowała w psychiatrii koncepcja *schizofrenogennej matki*. Rodzice czują się odpowiedzialni za chorobę dziecka, za nieudolność okazywanej mu opieki lub za doprowadzenie do jego hospitalizacji. Poczucie winy współistnieje z poczuciem krzywdy za odrzucenie społeczne. Dodatkowo dzieci mogą w reakcji obronnej odrzucać i wyśmiewać psychicznie chorego członka rodziny³⁰. Atmosfera panująca w domu rodzinnym ma olbrzymi wpływ na proces zdrowienia i na długość czasu remisji objawowej. Ryzyko nawrotu psychozy u chorego jest kilkakrotnie niższe, gdy w rodzinie panuje życzliwy i empatyczny stosunek do niego³¹.

Niestety długoterminowa opieka nad chorym psychicznie często skutkuje rozwojem zaburzeń nerwicowych i depresyjnych³². W badaniach takich rodzin stwierdzono, że aż 40 proc. z nich miało objawy

²⁸ Por. Z. Puchelak, A. Bielańska, *Rodzina pacjenta: jej brzemię i jej możliwości*, w: *Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie*, red. J. Bomba, B. de Barbaro, cz. 2, Kraków 2002, s. 81–85. Por też: B. de Barbaro, *Między rozpoznaniem psychiatrycznym a „rozpoznaniem rodzinnym”*, „Psychiatria Polska” 38 (2004) nr 8, s. 771–782.

²⁹ Por. B. de Barbaro, *Między rozpoznaniem psychiatrycznym...*, dz. cyt.

³⁰ Por. B. de Barbaro, *Stygmatyzacja społeczna rodziny chorego psychicznie*, w: *Europa i praca*, red. P. Sałustowicz, Warszawa 2004, s. 135–143.

³¹ Por. B. de Barbaro, *Między rozpoznaniem...*, dz. cyt.

³² Por. M. Ciałkowska-Kuźmińska, A. Kiejna, *Konsekwencje opieki nad pacjentem z zaburzeniem psychicznym – definicje i narzędzia oceny*, „Psychiatria Polska” 44 (2010) nr 4, s. 519–527.

depresyjne (≥ 16 pkt. w skali CES-D). Im większe nasilenie objawów chorobowych u członka rodziny, tym większe nasilenie objawów depresyjnych u najbliższego opiekuna³³. Samo zrozumienie istoty choroby nie łagodzi negatywnych skutków stygmatyzacji i nie pomaga zaakceptować istniejącej sytuacji. Badania mówią, że im większy wgląd w chorobę ma rodzina, tym bardziej doświadcza piętna udzielonego³⁴.

Poczucie winy, krzywdy i wstydu sprawiają, że rodzina ogranicza poszukiwania pomocy na zewnątrz i zaczyna się izolować społecznie. Opiekunowie chorych psychicznie, oprócz skarg na niską jakość życia, zgłaszają liczne doświadczenia izolacji, tak jak ich podopieczni³⁵. Badania pokazują, że 43 proc. ankietowanych opiekunów uważało, że rodziny chorych psychicznie są dewaluowane³⁶. W konsekwencji osamotnienie rodzin w opiece nad chorym psychicznie, brak psychologicznego wsparcia z zewnątrz, brak opieki duszpasterskiej i doświadczenia wspólnoty sprawiają, że sama rodzina nie jest wystarczającym oparciem dla osób chorych. Niewydolność opieki w tej płaszczyźnie może stać się przyczyną zaostrzeń choroby psychicznej, a w konsekwencji hospitalizacji pacjenta bądź umieszczenia go na stałe w ośrodkach pomocy społecznej³⁷.

Rola duszpasterza lokalnej wspólnoty wobec chorych psychicznie i ich rodzin zaczyna się od właściwej prezentacji teologicznych aspektów cierpienia i wykluczenia (Chrystus jako Pierwszy Wykluczony i Chrystus jako szukający wykluczonych) w homiliach, konferencjach i w działaniach (koordynacja) wspólnot istniejących w parafii. Dzięki informacjom

³³ Por. S. Magaña, J. Ramírez García, M. Hernández, *Psychological distress among Latino family caregivers of adults with schizophrenia*, „Psychiatric Services” 58 (2007) no. 3, s. 378–384.

³⁴ Por. I. Hasson-Ohayon, I. Levy, S. Kravetz, A. Vollanski-Narkis, *Insight into mental illness, self-stigma, and the family burden of parents of persons with a severe mental illness*, „Comprehensive Psychiatry” 52 (2011) no. 1, s. 75–80.

³⁵ Por. X. Zendjidjian, R. Richieri, M. Adida, S. Limousin, N. Gaubert, N. Parola, *Quality of life among caregivers of individuals with affective disorders*, „Journal of Affective Disorders” 135 (2012) no. 3, s. 660–665. Por. też: A. Caqueo-Urizar, J. Gutiérrez-Maldonado, C. Miranda-Castillo, *Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: a literature review*, „Health and Quality of Life Outcomes” 7 (2009), s. 84.

³⁶ Por. E. Struening, D.A. Perlick, B.G. Link, F. Hellman, D. Herman, J.A. Sirey, *Stigma as a barrier to recovery: The extent to which caregivers believe most people devalue consumers and their families*, „Psychiatric Services” 52 (2001) no. 12, s. 1633–1638.

³⁷ Por. M. Ciałkowska-Kuźmińska, A. Kiejna, *Konsekwencje...*, dz. cyt., s. 519–527.

zawartym w kartotece parafialnej oraz działalności grup charytatywnych łatwiej można dotrzeć do chorych psychicznie i do ich rodzin, pomimo wspomnianych mechanizmów izolacji. Ze względów na znaczenie sieci społecznej pacjenta i doświadczenie wsparcia wspólnoty religijnej, ważne byłoby tworzenie w ramach struktur dekanalnych i diecezjalnych duszpasterstwa osób chorych psychicznie.

4. Sieć społeczna chorych psychicznie

U przewlekle chorych często obserwujemy brak autonomii i pogłębiającą się zależność od innych. Wypadaniu z ról społecznych towarzyszy brak bliskich osób oraz znaczących relacji międzyosobowych. Problemy w funkcjonowaniu społecznym wiążą się z przebiegiem choroby, ale mogą też wynikać z przeżywanej stygmatyzacji w codziennym życiu. Kluczowe znaczenie w prawidłowym funkcjonowaniu chorych ma ich sieć społeczna. Większa sieć społeczna pacjenta skutkuje na ogół lepszym wglądem w chorobę, większą samokontrolą, większą subiektywną satysfakcją z życia (poprzez doświadczenie wsparcia i opieki), większą satysfakcją z przebiegu leczenia, a ostatecznie większym dobrostanem pacjenta³⁸.

Niestety sieć społeczna przewlekle chorych psychicznie jest bardzo uboga. Najczęściej ograniczona jest do członków najbliższej rodziny, terapeutów i pacjentów. Najrzadziej do systemów wsparcia należą sąsiedzi, co potwierdza powszechną izolację chorych w miejscu ich zamieszkania i niechęć najbliższego otoczenia wobec nich³⁹. Jak wskazują badania, sieć pozarodzinna jest szczególnie istotna, gdyż jej wielkość pozytywnie koreluje z mniejszym nasileniem objawów psychopatologicznych i z lepszymi wynikami leczenia w obszarze społecznym⁴⁰. Większa sieć społeczna,

³⁸ Por. A. Cechnicki, A. Wojciechowska, M. Valdes, *Sieć społeczna a jakość życia osób chorujących na schizofrenię w siedem lat od pierwszej hospitalizacji*, „Psychiatria Polska” 41 (2007) nr 4, s. 527–537.

³⁹ Por. P. Bronowski, M. Sawicka, S. Kluczyńska, *Indywidualna sieć wsparcia społecznego osób przewlekle chorych psychicznie objętych środowiskowym programem rehabilitacji*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 17 (2008) nr 4, s. 297–303.

⁴⁰ Por. A. Cechnicki, A. Wojciechowska, M. Valdes, *Sieć społeczna...*, dz. cyt., s. 513–525. Szerzej na ten temat: M. Tyszkowska, *Kryteria remisji a ocena poprawy i funkcjonowania chorych na schizofrenię pozostających w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej*, Warszawa 2011.

w tym pozarodzinna, stanowi „bufor” zabezpieczający przed hospitalizacjami oraz wpływa na łagodniejszy przebieg choroby. Potwierdzają to liczne badania, według których system oparcia, odnajdywany w sieci społecznej, przeciwdziała obciążeniom emocjonalnym i redukuje liczbę hospitalizacji⁴¹.

Spośród osób przewlekle chorych psychicznie, uczestniczących w środowiskowych programach wsparcia, aż 75 proc. ankietowanych stanowiły osoby samotne. Paweł Bronowski i jego współpracownicy zwrócili uwagę na pasywne formy spędzania wolnego czasu przez chorych. Ich aktywności odbywały się tylko w ramach ośrodków opieki środowiskowej. Ta izolacja nie sprzyja nawiązywaniu kontaktów i umacnianiu sieci społecznej⁴². Wycofanie społeczne chorych wiąże się z lękiem przed odrzuceniem lub potępieniem. Wynika również z tego, że zaufanie społeczne w stosunku do chorych psychicznie jest bardzo ograniczone. Nie są dopuszczani do pełnienia ról społecznych i organizacji działań, co nasila ich marginalizację. Ankietowani przez CBOS co prawda akceptowali chorego psychicznie jako sąsiada, jednak sprzeciw budziło powierzenie mu ról społecznie odpowiedzialnych⁴³.

Dla chorego psychicznie parafia winna stanowić, po naturalnej rodzinie, kolejną społeczną strukturę służącą budowaniu i podtrzymywaniu pozarodzinnej sieci społecznej. Ważna jest tu otwartość wspólnoty parafialnej, szczególnie jej duszpasterzy. Konieczne jest poszukiwanie i pielęgnowanie dróg kontaktu z chorymi i ich rodzinami, pamiętając przy tym o blokującym efekcie przewidywanego odrzucenia i autostygmatyzacji. Działania duszpasterskie należy projektować tak, by aktywnie poszerzały sieć społeczną chorych psychicznie i przeciwdziały izolacji.

⁴¹ Por. G. Caplan, *Support and systems and community mental health*, New York 1974.

⁴² Por. P. Bronowski, M. Sawicka, S. Kluczyńska, *Funkcjonowanie społeczne osób przewlekle chorych psychicznie uczestniczących w środowiskowych programach wsparcia społecznego*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 18 (2009) nr 4, s. 43–50.

⁴³ Por. B. Wciórka, J. Wciórka, *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie. Komunikat z badań CBOS*, Warszawa 2008.

5. Dyskryminacja strukturalna

Na proces zdrowienia chorego psychicznie, oprócz wspomnianych czynników środowiskowych, olbrzymi wpływ ma odpowiednia organizacja opieki psychiatrycznej oraz dostęp do nowoczesnych metod i środków leczenia. I w tej dziedzinie chorzy psychicznie są dyskryminowani. Mówią o niewydolności środowiskowej opieki psychiatrycznej (Zespoły Leczenia Środowiskowego) i zwracają uwagę na potrzebę przesunięcia ciężaru z lecznictwa zamkniętego (opresyjnego) na prewencję⁴⁴. Nadzieje wiązano z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego. Z raportu na temat jego realizacji w 2011 roku wynika, że zaangażowanie większości instytucji i podmiotów w jego wdrażanie było znikome. Jednostki samorządu powierzały realizację zadań osobom niekompetentnym, przekonanym o fakultatywnym charakterze NPOZP. Skupiono się na doraźnych działaniach naprawczych⁴⁵.

Dyskryminację chorych psychicznie pokazuje dystrybucja środków na ochronę zdrowia psychicznego. W Polsce w 2010 roku wydatki na ten cel stanowiły zaledwie 3,29 proc., a obecnie wynoszą 3,5 proc. całego budżetu zdrowotnego (przy średniej dla krajów rozwiniętych w 2010 roku 4,27 proc.), co – biorąc pod uwagę coraz większe rozpowszechnienie chorób psychicznych – jest kroplą w morzu potrzeb⁴⁶. Dla porównania, w krajach Europy Zachodniej na ten cel przeznaczają się dziś od 6 proc. do 10 proc. budżetu zdrowotnego (średnio 8 proc.). Dodatkowo zaniżona wycena świadczeń psychiatrycznych, nieodpowiednia alokacja środków i ograniczenia w refundacji leków psychotropowych bezpośrednio wpływają na skuteczność leczenia⁴⁷.

⁴⁴ Por. B. Schulze, M.C. Angermeyer, *Subjective...*, dz. cyt., s. 299–312.

⁴⁵ Por. Ministerstwo Zdrowia, *Informacja o realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w 2011 r.*, Warszawa 2013. Por też: Raport. Ocena realizacji Narodowego Programu Zdrowia Psychicznego, red. J. Gryglewicz, PDF, <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=RAPORT> (24.02.2019).

⁴⁶ M. Podegrodzka-Niell, M. Tyszkowska, *Stygmatyzacja...*, dz. cyt., s. 1207.

⁴⁷ Por. A. Araszkiewicz, D. Golicki, J. Heitzman, M. Jarema, D. Karkowska, W. Langiewicz, *Biała Księga - osoby chorujące na schizofrenię w Polsce. Raport*, <https://studylibpl.com/doc/602210/biala-ksiega---osoby-chorujace-na-schizofrenie-w-polsce> (24.02.2019).

6. Wnioski pastoralne

1. Chory psychicznie może odnaleźć w sobie siłę, by przeciwstawić się stygmatyzacji, może też przejąć piętnującą postawę otoczenia. Autostygmatyzacja i *efekt oczekiwanego odrzucenia* jest istotną przeszkodą w podejmowaniu na nowo ról społecznych i hamuje proces zdrowienia. W praktyce liturgiczno-homiletycznej Kościoł winien przybliżyć wiernym teologiczne aspekty odrzucenia (stygmatyzacji), akcentując chrystologię kenotyczną (Chrystus cierpiący fizycznie i psychicznie, odrzucony przez Izraela i zamęczony poza miastem-wspólnotą)⁴⁸ oraz wprowadzać w podstawie programowej jednostki katechetyczne, które przybliżają rzetelną wiedzę na temat chorych psychicznie, ucząc postaw empatii, otwartości i życzliwości wobec nich.

2. Rodzina chorego często jest jego jedynym źródłem wsparcia społecznego, sama pozostając pod destrukcyjnym wpływem piętna udzielonego. Sama pozbawiona wszechstronnej opieki i wsparcia często nie jest w stanie wspierać chorego. Kolejną w porządku miłości po rodzinie wspólnotą wsparcia dla chorego psychicznie winna być jego parafia. Duszpasterz (proboszcz) jest pierwszym kapłanem zobowiązanym do troski o niego. Ważne wydaje się tworzenie duszpasterstwa chorujących psychicznie w ramach struktur Kościoła partykularnego (diecezji i dekanatu) oraz tworzenie poradni dla osób chorujących psychicznie działających przy kuriach i sanktuariach.

3. Funkcjonowanie chorego psychicznie ogranicza uboga sieć społeczna pozarodzinna oraz dyskryminacja ze strony otoczenia. Niezwykle cenna w oddziaływaniu na pacjentów chorych psychicznie może być grupa charytatywna i dobrze funkcjonujące duszpasterstwo chorych w parafii ubogacające i stabilizujące sieć społeczną chorego.

4. Dyskryminacja strukturalna chorych psychicznie jest barierą w zdrowieniu i źródłem stygmatyzacji. Obecna struktura opieki

⁴⁸ Ciekawą propozycją przeorientowania teologii w tym względzie wydaje się być: V. Codina SI, *Kościół wykluczonych. Teologia z perspektywy Nazaretu*, Kraków 2018. Por też: W. Hryniewicz OMI, *Dramat boskiego uniżenia*, https://opoka.org.pl/biblioteka/T/TE/prawoslawie_kenoza.html (01.03.2019).

psychiatrycznej z jej niedofinansowaniem sprzyjają utrzymywaniu się stygmatyzacji. W Zespołach Leczenia Środowiskowego winien pracować nie tylko lekarz, pielęgniarka, psycholog, ale również właściwie przygotowany kapelan niosący choremu psychicznie wsparcie duchowe i koordynujący duszpasterską opiekę.

5. Ważne wydaje się wprowadzenie w seminariach duchownych i innych ośrodkach formacji zajęć (w ramach psychologii pastoralnej lub teologii pastoralnej) przybliżających złożoną problematykę cierpienia psychicznego i uczących podstaw duszpasterstwa chorych psychicznie. Część teoretyczna powinna być ubogacona spotkaniami kleryków z personelem i pacjentami szpitali psychiatrycznych.

Zakończenie

Isolacja i podtrzymywanie dystansu społecznego wobec chorych psychicznie powoduje, że sami zaczynają o sobie myśleć negatywnie. W efekcie zaniżają samoocenę i tracą nadzieję na zdrowienie. Prowadzi to do wycofania oraz wzmocnienia i tak już istniejącej stygmatyzacji. Chory psychicznie, o ile nie otrzyma profesjonalnego i wielokierunkowego wsparcia psychologiczno-duszpasterskiego, oprócz adekwatnego leczenia farmakologicznego, ma małe szanse na rozwinięcie w sobie wiary w możliwość wyzdrowienia i pełnego powrotu do społeczeństwa. Rodzina i jego najbliżsi na ogół zapewniają mu podstawową opiekę i środki do życia. Jednakże ulegając destruktywnym wpływom udzielonego piętna, najczęściej nie są już w stanie zaoferować mu nic więcej.

Wydaje się, że po sieci społecznej najważniejszym czynnikiem sprzyjającym zdrowieniu jest posiadanie zatrudnienia. Dla osób psychicznie chorych jest to jednak znacznie utrudnione⁴⁹. Wykonywanie właściwej pracy, niezależność finansowa i korzystanie z możliwości osobistego rozwoju są postrzegane zarówno przez chorych, jak i przez klinicystów

⁴⁹ H. Kaszyński, A. Cechnicki, *Polscy pracodawcy wobec zatrudniania osób chorujących psychicznie*, „Psychiatria Polska” 2011 (45) nr 1, s. 45–60.

za sprzyjające zdrowieniu⁵⁰. Temat ten nie został omówiony w niniejszym artykule ze względu na jego obszerność. Z pewnością należałoby przebadać możliwości włączenia się Kościoła z jego strukturami wspólnotowymi (zasobami ludzkimi) i infrastrukturą w oferowane programy aktywizacji zawodowej chorych psychicznie.

Bibliografia

- Amering M., Schmolke M., *Recovery in mental health*, Chichester 2009.
- Anczewska M., Wciórka J., *Umacnianie - nadzieja czy uprzedzenia*, Warszawa 2007.
- Angermeyer M. C., Matschinger H., *The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder*, „Acta Psychiatrica Scandinavica” 108 (2003) no. 4, s. 304–309.
- Araszkievicz A., Golicki D., Heitzman J., Jarema M., Karkowska D., Langiewicz W., *Biała Księga - osoby chorujące na schizofrenię w Polsce. Raport*, <https://studylibpl.com/doc/602210/biala-ksiega--osoby-chorujace-na-schizofrenie-w-polsce> (24.02.2019).
- Bronowski P., Sawicka M., Kluczyńska S., *Indywidualna sieć wsparcia społecznego osób przewlekle chorych psychicznie objętych środowiskowym programem rehabilitacji*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 17 (2008) nr 4, s. 297–303.
- Bronowski P., Sawicka M., Kluczyńska S., *Funkcjonowanie społeczne osób przewlekle chorych psychicznie uczestniczących w środowiskowych programach wsparcia społecznego*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 18 (2009) nr 4, s. 43–50.
- Caqueo-Urizar A., Gutiérrez-Maldonado J., Miranda-Castillo C., *Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: a literature review*, „Health and Quality of Life Outcomes” 7 (2009), s. 84.
- Caplan G., *Support and systems and community mental health*, New York 1974.
- Cechnicki A., Angermeyer M., Bielańska A., *Anticipated and experienced stigma among persons with schizophrenia: its nature and correlates*, „Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology” 46 (2011), s. 643–650.
- Cechnicki A., Wojciechowska A., Valdes M., *Sieć społeczna a jakość życia osób chorujących na schizofrenię w siedem lat od pierwszej hospitalizacji*, „Psychiatria Polska” 41 (2007) nr 4, s. 527–537.
- Ciałkowska-Kuźmińska M., Kiejna A., *Konsekwencje opieki nad pacjentem z zaburzeniem psychicznym - definicje i narzędzia oceny*, „Psychiatria Polska” 44 (2010) nr 4, s. 519–527.
- Codina V., *Kościół wykluczonych. Teologia z perspektywy Nazaretu*, Kraków 2018.
- Corrigan P. W., Markowitz F. E., Watson A., *Structural levels of mental illness stigma and discrimination*, „Schizophrenia Bulletin” 30 (2004), s. 481–491.

⁵⁰ Szerzej na ten temat: M. Amering, M. Schmolke, *Recovery in mental health*, Chichester 2009; por. też: M. Załuska, *Funkcjonowanie społeczne chorych na schizofrenię po 15 latach od pierwszej hospitalizacji (cz. I - ocena funkcjonowania)*, „Psychiatria Polska” 31 (1997) nr 5, s. 559–572.

- Corrigan P., Watson A., *The paradox of self-stigma and mental illness*, „Clinical Psychology Science and Practice” 9 (2002), s. 35–53.
- de Barbaro B., *Stygmatyzacja społeczna rodziny chorego psychicznie*, w: *Europa i praca*, red. P. Sałustowicz, Warszawa 2004, s. 135–143.
- de Barbaro B., *Między rozpoznaniem psychiatrycznym a „rozpoznaniem rodzinnym”*, „Psychiatria Polska” 38 (2004) nr 8, s. 771–782.
- Goffman E., *Piętno Rozważania o zranionej tożsamości*, Gdańsk 2005.
- Goulden R., Corker E., Evans-Lacko S., Rose D., *Newspaper coverage of mental illness in the UK, 1992-2008*, „BMC Public Health” 11 (2011), s. 796.
- Grzywa A., *Magiczna wizja świata*, Warszawa 2010.
- Hasson-Ohayon I., Levy I., Kravetz S., Vollanski-Narkis A., *Insight into mental illness, self-stigma, and the family burden of parents of persons with a severe mental illness*, „Comprehensive Psychiatry” 52 (2011) no. 1, s. 75–80.
- Karidi M., Stefanis C., Theleritis C., Tzedaki M., *Perceived social stigma, self-concept, and self-stigmatization of patient with schizophrenia*, „Comprehensive Psychiatry” 51 (2010) no. 1, s. 19–30.
- Kaszyński H., Cechnicki A., *Polscy pracodawcy wobec zatrudniania osób chorujących psychicznie*, „Psychiatria Polska” 2011 (45) nr 1, s. 45–60.
- Kieniewicz P., *Stygmatyzacja osób chorych psychicznie jako problem moralny*, w: *Antropologia teologicznomoralna. Koncepcje, kontrowersje, inspiracje*, red. I. Mroczkowski, J. Sobkowiak, Warszawa 2008.
- Link B., Phelan J., Bresnahn M., Stueve A., *Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance*, „American Journal Public Health” 89 (1999) no. 6, s. 1328–1333.
- Livingston J.D., Boyd J.E., *Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis*, „Social Science and Medicine” 2010 (12) no. 71, s. 2150–2161.
- Magaña S., Ramírez García J., Hernández M., *Psychological distress among Latino family caregivers of adults with schizophrenia*, „Psychiatric Services” 58 (2007) no. 3, s. 378–384.
- Ministerstwo Zdrowia, *Informacja o realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w 2011 r.*, Warszawa 2013.
- Podegrodzka-Niell M., Tyszkowska M., *Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym*, „Psychiatria Polska” 48 (2014) nr 6, s. 1201–1211.
- Psychiatria po Dyplomie*, <https://podyplomie.pl/psychiatria/18270,biblia-czyli-przykłady-cierpienia-psychicznego?page=2> (19.02. 2019).
- Puchelak Z., Bielańska A., *Rodzina pacjenta: jej brzemię i jej możliwości*, w: *Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie*, red. J. Bomba, B. de Barbaro, Kraków 2002.
- Schomerus G., Matschinger H., Angermeyer M., *Preferences of the public regarding cutbacks in expenditure for patient care*, „Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology” 41 (2006), s. 369–377.

Schomerus G., Schwahn C., Holzinger A., Corrigan P., *Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis*, „Acta Psychiatrica Scandinavica” 125 (2012) no. 6, s. 440–452.

Stout P., Villegas J., Jennings N., *Images of mental illness in the media*, „Schizophrenia Bulletin” 30 (2004) no. 3, s. 543–561.

Świtaj P., *Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii*, Warszawa 2008.

Tyszkowska M., *Kryteria remisji a ocena poprawy i funkcjonowania chorych na schizofrenię pozostających w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej*, Warszawa 2011.

Ucok A., Brohan D., Sartorius N., Leese M., *Anticipated discrimination among people with schizophrenia*, „Acta Psychiatrica Scandinavica” 1 (2011) no. 125, s. 77–83.

Wciórka B., Wciórka J., *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie. Komunikat z badań CBOS*, Warszawa 2008.

Załużka M., *Funkcjonowanie społeczne chorych na schizofrenię po 15 latach od pierwszej hospitalizacji*, „Psychiatria Polska” 31 (1997) nr 5, s. 559–572.

Zendjadjian X., Richieri R., Adida M., Limousin S., *Quality of life among caregivers of individuals with affective disorders*, „Journal of Affective Disorders” 135 (2012) no. 3, s. 660–665.