

Magdalena Szpunar

ODGRODZENI OD ŚWIATA POPRAZ BARIERY MENTALNE. SPOŁECZNE STEREOTYPY I DYSTANSE WOBEC OSÓB CHORYCH PSYCHICZNIE

Niezrozumienie problemów osób psychicznych powoduje uproszczenie ich postrzegania poprzez stygmatyzowanie, etykietowanie i piętno. Nierzadko terminów tych używa się jako synonimicznych, nie zwracając uwagi na różnice, jakie między nimi występują. Zdaniem E. Czykwin stygmat od etykiety różni się tym, iż etykieta może mieć pozytywne konotacje, podczas gdy stygmat jest zawsze negatywny, stygmatyzacja obejmuje obszar znacznie szerszy niż w przypadku etykietowania, a więc również stereotypizację czy ukrywanie stygmatu¹. Odwołując się do różnic pomiędzy tymi dwoma pojęciami wykazanymi przez E. Czykwin, bardziej uprawnione jest posługiwanie się w stosunku do osoby chorej psychicznie terminem stygmatyzacji, niż etykietowania. Zdaniem E. Czykwin cierpienie osób dotkniętych schizofrenią jest wynikiem ich społecznego odbioru, funkcjonowania społecznego stereotypu osoby chorej, który jest nieuprawniony i krzywdzący². Podobne konotacje wywołuje stosowanie terminu piętno. Pierwotnie piętnem określało się znaki wypalane lub wycinane na ciele, które oznaczały, że osoba je nosząca jest niewolnikiem, przestępcą lub zdrajcą, osobą nieczystą, taką, od której należy stronić, szczególnie w przestrzeni publicznej³. Współcześnie raczej rzadko stosuje się tak wyraźne cielesne etykietowanie określonej osoby. Piętnowanie ma raczej charakter mentalnego wykluczenia, ostracyzmu wobec określonej osoby lub grupy osób. E. Goffman wyróżnia trzy podstawowe rodzaje piętna – deformacje fizyczne, piętna związane z rasą, narodowością lub wyznaniem oraz piętna związane

¹ E. Czykwin, *Stygmat społeczny*, PWN, Warszawa 2007, s. 26.

² Tamże, s. 25.

³ E. Goffman, *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, GWP, Gdańsk 2007, s. 31.

z „wadami charakteru przypisywanymi słabej woli”, do których autor zalicza różnego rodzaju nałogi, orientację homoseksualną, zaburzenia psychiczne czy radykalne zachowania polityczne⁴.

Zaburzenia psychiczne są istotnym problemem zdrowotnym, dotyczącym 30% osób, spośród tych, które poszukują pomocy medycznej⁵. Największy odsetek wśród osób chorych stanowią osoby z zaburzeniami nerwicowymi lub zaburzeniami osobowości, ale najpoważniejszą chorobą według specjalistów jest schizofrenia, na którą cierpi około 1% populacji⁶. Zdecydowanie większą skalę zjawiska ujawniają „twarde” dane statystyczne dotyczące leczenia w placówkach psychiatrycznych. Według nich w roku 2006 leczyło się w takich miejscach 1,5 miliona osób, co daje około 4% ludności naszego kraju⁷. Około 1 338,7 tys. szukało pomocy w placówkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej (poradniach i przychodniach), a około 209,3 tys. osób korzystało z opieki całodobowej⁸. Warto jednocześnie wskazać, że szacunki nie obejmują osób, które w ogóle nie korzystają z opieki medycznej lub mimo diagnozy choroby z niej rezygnują. Obawy o stygmatyzację, społeczne naznaczenie wycofuje wiele osób z życia społecznego i powoduje rezygnację z leczenia. Dane te tym bardziej wydają się zaniżone. Po chorobach nowotworowych (81%) i chorobach serca (57%). Polacy najbardziej obawiają się właśnie chorób psychicznych i AIDS (po 29%)⁹.

⁴ Tamże, s. 34.

⁵ J.C. Czabała, J. Meder, M. Sawicka, *Podstawowe zaburzenia psychiczne*, [w:] *Psychologia. Podręcznik akademicki*, (red.) J. Strelau, GWP, Gdańsk 2007, s. 583.

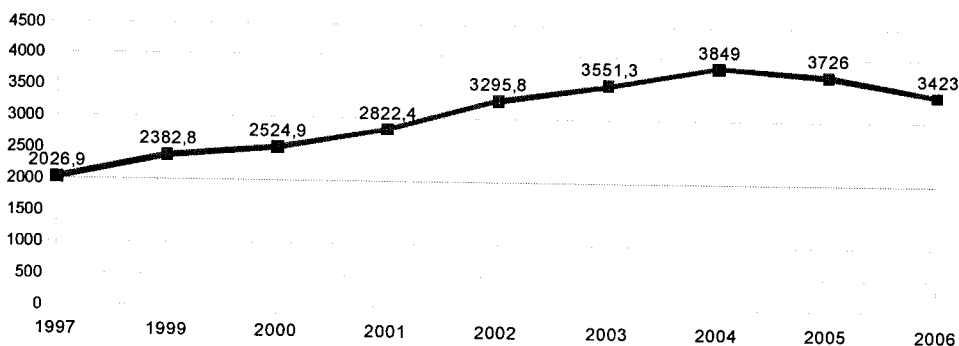
⁶ Tamże.

⁷ B. Wciórka, J. Wciórka, *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie*, Komunikat CBOS, BS/124/2008.

⁸ B. Wciórka, J. Wciórka, *Polacy o niepokojach, zagrożeniach i oczekiwaniach dotyczących zdrowia psychicznego*, Komunikat CBOS, BS/105/2008.

⁹ Tamże.

Wykres 1. Liczba osób leczonych w placówkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej (wskazania na 100 tys.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: B. Wciórka, J. Wciórka, *Polacy o niepokojach, zagrożeniach i oczekiwaniach dotyczących zdrowia psychicznego*, Komunikat CBOS, BS/105/2008.

Niestety, mimo ogromnego postępu cywilizacyjnego, społecznego i kulturowego, jeśli chodzi o stosunek do osób chorych psychicznie, jesteśmy zapóźnieni. E. Goffman twierdzi, że o osobie napiętnowanej – w tym przypadku osobie chorej psychicznie – nie myślimy jak o człowieku. Założenie, że taka osoba nie jest w pełni człowiekiem, pozwala nam stosować wobec niej różne formy dyskryminacji, które jednocześnie uzasadniają naszą niechęć wobec takiej osoby¹⁰. Z badań prowadzonych przez CBOS w 2008 roku wynika¹¹, że w ich otoczeniu osoby chore psychicznie określa się pejoratywnie – wskazuje tak 2/5 badanych. Najczęstsze określenia osób chorych psychicznie sprowadzają się do obraźliwych epitetów, typu: wariat, czubek, świr, down, szajbus, fioł, szurnięty, obłąkany, pomyłony, popapraniec itp. Negatywne określenia dotyczą również cech zachowania i reagowania osoby dotkniętej tą chorobą. Ankietowani wymieniają tutaj następujące określenia: niebezpieczny dla otoczenia, niepoczytalny, nieprzewidywalny, nie do zniesienia, trudny do obcowania (39%). Co jeszcze bardziej niepokoi, osoby chore psychicznie utożsamia się z osobami niedorozwiniętymi czy upośledzonymi umysłowo (24%). Jedynie co czwarty respondent deklaruje, że w jego otoczeniu osoby chore psychicznie określa się w terminach neutralnych lub pozytywnych, a 4% deklaruje, że reakcją otoczenia jest współczucie lub zrozumienie. Negatywne sformułowanie są artykułowane pod adresem osób cho-

¹⁰ E. Goffman, *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości...*, s. 35.

¹¹ B. Wciórka, J. Wciórka, *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie...*

rych psychicznie głównie przez osoby o niższym poziomie wykształcenie, niższych dochodach, mniej zaangażowanych w praktyki religijne¹².

Nieznamość osób chorych psychicznie, incydentalne z nimi kontakty, stereotypy powielane w środowisku społecznym i utrwalane przez media wytworzą zniekształcony obraz osoby chorej psychicznie. Stereotyp jest uproszczonym, jednostronnym i skrajnie wyjaskrawionym obrazem pewnej zbiorowości¹³. W potocznym rozumieniu stereotypu pełnią funkcję ułatwiającą poznanie rzeczywistości, ale to oczywiście nieprawda. Owo „poznanie” przez stereotypy ma bowiem charakter zniekształcający wskutek schematycznego i emocjonalnego stosunku do określonego podmiotu¹⁴. Niestety, większość stereotypów nie opiera się na rzetelnym doświadczeniu, tylko zasłyszanych opiniach lub co gorsza obrazach wytworzonych przez środki masowego przekazu¹⁵. Oczywiście nie zawsze stereotypy muszą mieć negatywny wydźwięk, np. niemiecka precyzja czy rytmiczność Afroamerykanów. Nawet wtedy, gdy mają one wydźwięk pozytywny, są krzywdzące dla przedstawicieli danej zbiorowości, bo nie traktują one jednostki jako indywiduum o swoistych dla siebie cechach, rozmywając jej indywidualność w masie zunifikowanych jednostek. Najczęściej wskazywaną cechą charakterystyczną dla osób chorych psychicznie jest zdaniem badanych niezrozumiałe zachowanie (38%) oraz mówienie od rzeczy (38%). Nieco rzadziej ankietowani twierdzą, że osoby te przejawiają niepokój w zachowaniu (36%) oraz zaniedbują wygląd i higienę (34%). Co trzeci respondent uważa, że osoby z problemami psychicznymi są zubożniałe wobec własnego losu (33%), uważają się za kogoś, kim nie są (32%) oraz boją się bez powodu (31%). Badani deklarują, że takie osoby nie wiedzą, co robią (27%), słyszą „nierzeczywiste” głosy (26%), są zrozpaczone (22%) oraz bierne i beczynne. Co piąty ankietowany jest zdania, że osoba chora psychicznie unika ludzi (20%), zachowuje się agresywnie wobec innych (19%), myśli o popełnieniu samobójstwa (19%), a także okazuje niepohamowaną wesołość (18%)¹⁶. Stereotypy dotyczące osób chorych psychicznie potwierdzają kluczowe cechy stereotypów, a więc ubóstwo treści, uproszczenie, nieweryfikowalność, silne zabarwienie emocjonalne, a także małą wariację egzemplarzy w obrębie kategorii (przekonanie, że wszyscy są tacy sami)¹⁷. Badania CBOS-u dowodzą stereotypowego postrzegania osób chorych psychicznie.

¹² Tamże.

¹³ P. Sztompka, *Socjologia. Analiza społeczeństwa*, Znak, Kraków 2002, s. 300.

¹⁴ S. Kosiński, *Socjologia ogólna. Zagadnienia podstawowe*, PWN, Warszawa 1987, s. 111.

¹⁵ E. Aronson, *Człowiek – istota społeczna*, PWN, Warszawa 1978, s. 233.

¹⁶ B. Wciórka, J. Wciórka, *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie...*

¹⁷ B. Weigl, *Stereotypy i uprzedzenia*, [w:] *Psychologia. Podręcznik akademicki*, (red.) J. Strelau, GWP, Gdańsk 2007, s. 207.

Mimo odmienności chorób psychicznych, ich różnorodnego przebiegu u różnych osób, aż 38% badanych jest przekonana, że *niezrozumiałe zachowanie* i *mówienie od rzeczy*, prawie zawsze dotyczy osób chorych psychicznie (mała wariancja w obrębie kategorii). Tak naprawdę te „wskaźniki” choroby psychicznej są bardzo uproszczone i nieprecyzyjne. Trudno operacjonalizować taką kategorię, jak *niezrozumiałe zachowanie*, bywa przecież bowiem, że osoby, które uważamy za zdrowe psychicznie, zachowują się tak, że wprawiają nas w zdumienie i nie rozumiemy ich zachowania. Jednakże taka wygodna etykieta stanowić może dla nas prosty sposób na ustosunkowanie się do zachowania, którego nie rozumiemy, a w wielu przypadkach w ogóle nas zwalnia z procesu myślenia. Jak słusznie zauważa J. Tokarska-Bakir, powołując się na D. LaCapra, często przesadzamy, do czego są zdolni normalni czy też „zwyczajni” ludzie, w tym i my. Zbyt łatwo zakładamy, że wiemy kim jesteśmy i czego bylibyśmy w stanie się dopuścić, co powoduje stereotypizację i demonizację tak zwanych perwersji¹⁸. Okazuje się, że nasze fałszywe założenia, iż my w takiej sytuacji nigdy nie zachowalibyśmy się tak a tak, radykalnie weryfikuje zetknięcie się z tą sytuacją. Same próby wizualizacji, wyobrażenia sobie, co mógłbym czuć, nie mogą stanowić przyczynku do tego, byśmy z całą stanowczością i nieodwołalnością orzekali nasze przyszłe postępowania i reakcje na daną sytuację. Próby odwoływania się do reakcji i przeżyć innych niewiele dają w sytuacji prawdziwie traumatycznej i niespodziewanej przez nas.

Osoby chore psychicznie są napiętnowane przez wiele mitów, które ich dotyczą. Jak słusznie pisze R. Girard: „W wielu mitach wystarcza nawet sama bliskość nieszczęśnika, aby zarazić wszystko, co go otacza, przekazać zarazę ludziom i zwierzętom, zniszczyć zbiory, zatruć żywność (...) Wszystko rozpada się pod jego stopami, a trawa już nie odrasta. Rodzi kłęski w tak naturalny sposób, jak drzewo figowe figi. Wystarcza, iż jest, kim jest”¹⁹. A. Cechnicki i A. Bielańska wskazują, że w przypadku osób chorych na schizofrenię funkcjonuje na ich temat wiele mylnych i krzywdzących stereotypów mówiących m.in., że schizofrenia jest zawsze chorobą nieuleczalną i zawsze przebiega niekorzystnie, chorzy na schizofrenię są agresywni i niebezpieczni, chorzy na schizofrenię mogą zarazić innych swoim szaleństwem (sic!), chorzy na schizofrenię są leniwi i nie można na nich polegać, schizofrenia jest wynikiem słabej woli i charakteru – chory mógłby się z niej otrząsnąć, gdyby tylko chciał (sic!), winę za schizofrenię pono-

¹⁸ J. Tokarska-Bakir, *Et(n)ologia piętna* – Wstęp do wydania polskiego, [w:] E. Goffman, *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości...*, s.20.

¹⁹ R. Girard, *Kozioł ofiarny*, Wyd. Łódzkie, Łódź 1987, s. 67.

szą rodzice²⁰. To tylko niektóre z błędnych opinii dotyczących osób dotkniętych schizofrenią. Doszukiwanie się win choroby w rodzicach, których choroba dziecka jest karą za coś, co oni zrobili, jest sposobem na usprawiedliwienie tego, jak źle traktujemy osobę chorą psychicznie²¹. Jednakże tak naprawdę stereotypy dotyczące osób chorych na schizofrenie tak naprawdę niczym nie różnią się od stereotypów dotyczących innych chorób. W przypadku np. AIDS spory odsetek naszego społeczeństwa sądzi, że można się zakazić przez ukąszenie komara (34%), korzystanie z publicznych toalet i łaźni (27%), korzystanie ze wspólnych naczyń (22%), a także przez zwykłe codzienne kontakty z sobą chorą (13%)²². Jednakże tak niski poziom wiedzy na temat schizofrenii dziwi tym bardziej, że od roku 2000 prowadzona jest w Polsce kampania *Schizofrenia – otwórzcie drzwi*, której celem jest poprawa społecznego odbioru tej choroby i pogłębienie wiedzy na jej temat. W trakcie czterech lat trwania programu (2000–2004) tematyka schizofrenii została poruszona w mediach – prasie, radiu i telewizji²³. Mimo tak wielu działań ciągle wiele osób uskarża się na niedoinformowanie w tym względzie, łatwo jednakże wyobrazić sobie poziom tej wiedzy (a właściwie jej brak) bez tej, jakże ważnej kampanii.

Funkcjonowanie stereotypów, nieuprawnione dokonywanie uogólnień dotyczących osób chorych psychicznie może stanowić również wypadkową niewielkiej wiedzy na ten temat. Aż 36% badanych przez CBOS chciałoby coś więcej wiedzieć na temat chorób psychicznych i zdrowia psychicznego, a co czwarta osoba twierdzi, że w ogóle nie interesuje ją ta sprawa (24%). Jedyne co trzeci badany (33%) deklaruje wystarczające poinformowanie w tej kwestii²⁴. Uproszczone, nieprawdziwy i krzywdzący obraz osoby chorej psychicznie to również efekt braku bezpośredniego kontaktu z nią. Niemal co druga osoba deklaruje, że z osobą chorą psychicznie „zetknęła się” w filmie, prasie, telewizji, radiu, książkach czy czasopismach²⁵. Kształtowanie poglądów na podstawie z reguły sensacyjnych informacji dotyczących osób chorych psychicznie musi prowadzić do wypaczenia obrazu osoby chorej i zniekształcenia jej postrzegania. Dopiero kon-

²⁰ A. Cechnicki, A. Bielańska, „Schizofrenia – otwórzcie drzwi” – program przeciwko piętnu i dyskryminacji osób chorych na schizofrenię, <http://www.openthedoors.pl/mtxt/a,1,1,0,6,1>, dostęp: 12.05.2009.

²¹ E. Goffman, *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości...*, s. 36.

²² M. Falkowska, *Spoleczeństwo wobec chorych na AIDS*, Komunikat CBOS, BS/163/2001.

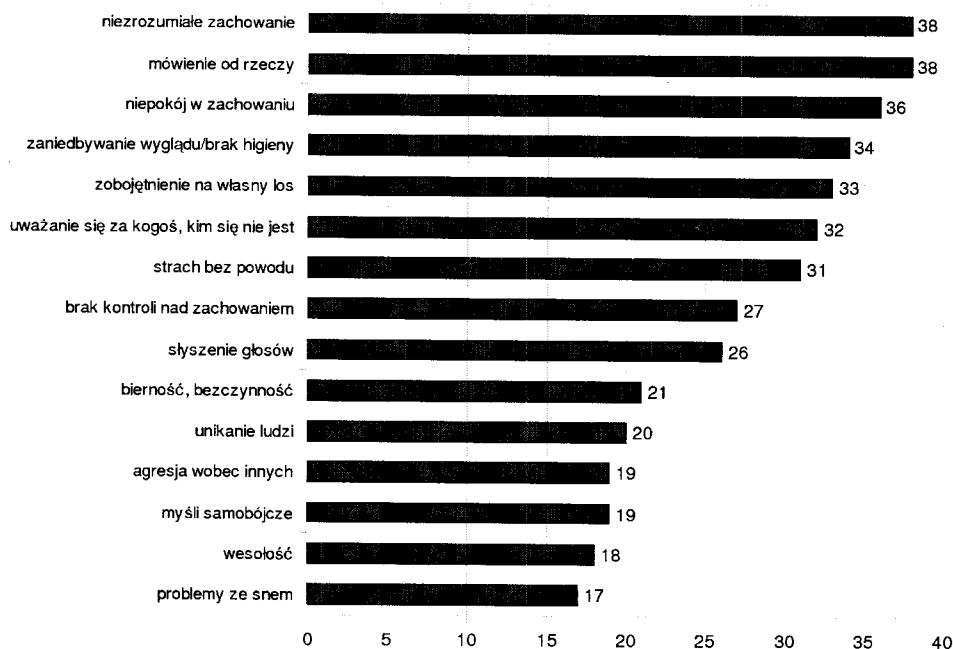
²³ A. Cechnicki, *Pozytywna kampania edukacyjna*, <http://www.openthedoors.pl/mtxt/a,1,1,0,20,1>, dostęp: 12.05.2009.

²⁴ B. Wciórka, J. Wciórka, *Polacy o niepokojach, zagrożeniach i oczekiwaniach dotyczących zdrowia psychicznego...*

²⁵ Tamże.

takt osobisty z chorym powoduje, że dana osoba czuje się wystarczająco poinformowana na temat chorób psychicznych (40%). Dla porównania wśród osób, które nie miały bezpośredniej styczności z taką osobą wystarczające poinformowanie w tej kwestii deklaruje jedynie 16% ankietowanych. Jednocześnie warto wskazać, że aż 34% osób, które chciałyby o chorobach psychicznych wiedzieć więcej, problemy psychiczne wywołują szczególny lęk²⁶.

Wykres 2. Zachowania charakterystyczne dla osób chorych psychicznie według badanych (dane w %)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: B. Wciórka, J. Wciórka, *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie*, Komunikat CBOS, BS/124/2008, na wykresie zaprezentowano procentowanie dla kategorii „prawie zawsze”.

Dystans wobec osób chorych psychicznie jest jedną z najbardziej bolesnych i dotkliwych praktyk przejawianych przez osoby zdrowe wobec osób chorych. Dystans społecznych można zdefiniować jako bliskość mierzona przez zmienne społeczne. W celu mierzenia dystansu społecznego stosuje się skalę Bogardusa, która pozwala mierzyć stopień bliskości, obojętności czy niechęci respondenta

²⁶ Tamże.

wobec określonych relacji społecznych. Osobę badaną prosi się o ustosunkowanie się do szeregu twierdzeń dotyczących określonej grupy społecznej i zaakceptowanie jej jako np. grupy turystów przyjeżdżających do kraju, współobywateli, sąsiadów, przyjaciół czy członków rodziny²⁷. Zaakceptowanie pewnego stopnia integracji pozwala przypuszczać, że będzie ona skłonna zaakceptować wszystkie inne możliwości poprzedzające na liście, czyli te o mniejszej intensywności²⁸. Im bliskość określonej deklaracji mniejsza i jej akceptacja, tym mniejszy dystans wobec określonej grupy społecznej. Najbardziej obawiamy się sytuacji, gdyby osoba lecząca się psychiatrycznie sprawowała opiekę nad naszym dzieckiem (+70)²⁹, była nauczycielem naszego dziecka (+60), była lekarzem, do którego chodzimy (+46), była burmistrzem lub wójtem w gminie. Mniejsze obawy dotyczą osoby leczącej się psychiatrycznie (teraz lub w przeszłości) będącej posłem w okręgu wyborczym respondenta (+39), synową lub zięciem osoby badanej (+23), proboszczem w parafii (+20) czy szefem w pracy (+14). Najmniejsze obawy dotyczą sytuacji, gdy osoba chora psychicznie była naszym najbliższym sąsiadem (-68), koleżanką, kolegą w klasie (-59), gościem na naszym przyjęciu (-44) oraz bliskim współpracownikiem (-43)³⁰. Badania CBOS wskazują również, że doświadczenie kontaktu z osobą chorą (zarówno bezpośredni, jak zapośredniczony przez media) wpływa na zmniejszenia dystansu wobec osób chorych psychicznie (przynajmniej w pewnych aspektach). Zmniejszenie dystansu wobec tych osób implikuje również niepokój o własne zdrowie psychiczne³¹.

Zdaniem badanych w przypadku kontaktu z osobą chorą psychicznie najczęstszą reakcją jest współczucie (57%), zakłopotanie (52%) oraz bezradność (38%). Zaraz potem pojawia się jednak strach (37%), litość (34%), a nawet zaciekawienie (13%). Strach najczęściej deklarują studenci i uczniowie oraz osoby młode, pomiędzy 18 a 24 rokiem życia. Osoby młode częściej od starszych odczuwają odrazę i zakłopotanie wobec tych osób. Wraz z wiekiem osoby badanej rośnie grupa osób odczuwających bezradność i litość, którą szczególnie wyrażają emeryci i renciści. Rolnicy częściej od innych grup są obojętni wobec osób chorych, a robotnicy niewykwalifikowani deklarują pogardę i złość³².

²⁷ G. Marshall, *Słownik socjologii i nauk społecznych*, PWN, Warszawa 2004, s. 308.

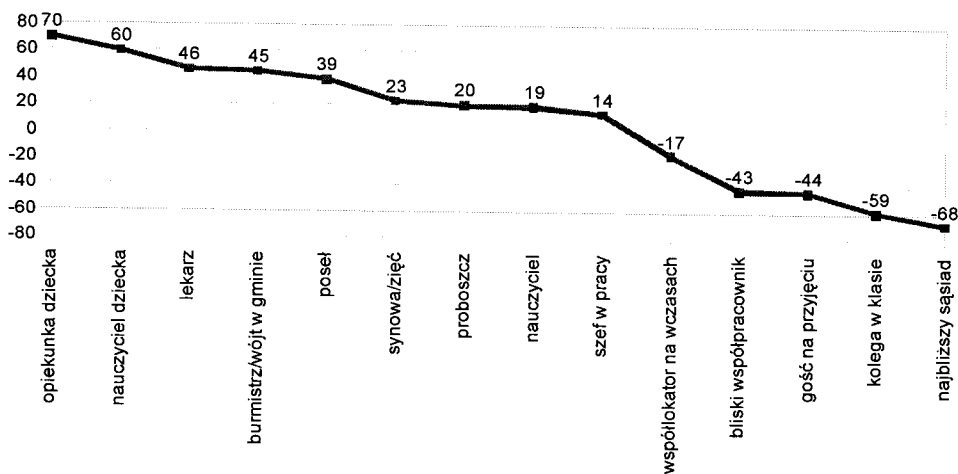
²⁸ E. Babbie, *Badania społeczne w praktyce*, PWN, Warszawa 2004, s. 190.

²⁹ Plus oznacza wagę sprzeciwu, zaś minus wagę zgody na pełnienie danej roli przez byłego pacjenta szpitala psychiatrycznego.

³⁰ B. Wciórka, J. Wciórka, *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie...*

³¹ Tamże.

³² B. Wciórka, J. Wciórka, *Polacy wobec chorób psychicznych i osób chorych psychicznie*, Komunikat CBOS, BS/118/2005.

Wykres 3. Poziom dystansu (opinie netto)³³ wobec osób, które chorowały psychiatrycznie i leczyły się w szpitalu psychiatrycznym [N=1107]

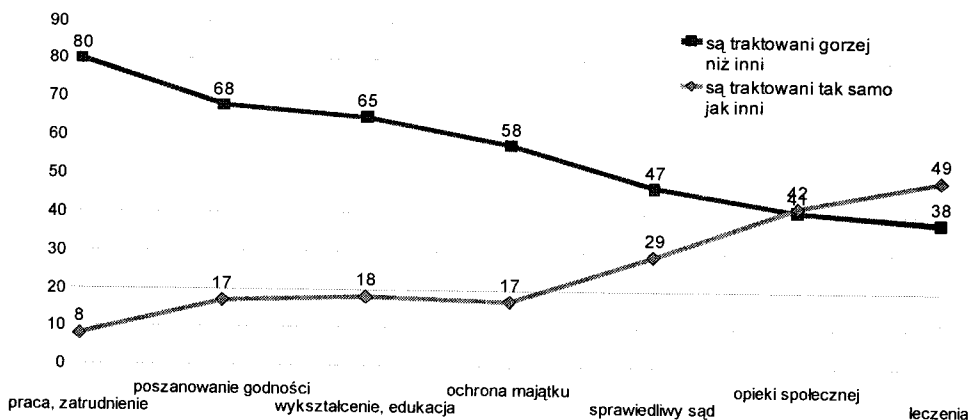
Źródło: Opracowanie własne na podstawie: B. Wciórka, J. Wciórka, *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie*, Komunikat CBOS, BS/124/2008, na wykresie zaprezentowano procentowanie dla kategorii „prawie zawsze”.

Badani mają świadomość, iż osoby chore psychicznie są w Polsce dyskryminowane. Zdaniem ankietowanych osoby chore są gorzej traktowane od innych, jeśli chodzi o prawo do pracy i zatrudnienia (80%), poszanowania godności osobistej (68%), wykształcenia i edukacji (65%) oraz ochrony majątku (58%). Respondenci nieco rzadziej wskazują, że osoby te są dyskryminowane w kwestii sprawiedliwego sądu (47%), opieki społecznej (41%) oraz leczenia (38%). Co czwarty badanych dostrzega dyskryminację tych osób aż w siedmiu dziedzinach (26%), 6% w siedmiu dziedzinach, 12% w pięciu lub w czterech dziedzinach, a 15% w trzech. Warto jednocześnie nadmienić, że dyskryminacja jest częściej dostrzegana przez osoby, które miały kontakt osobisty z osobą chorą psychicznie oraz „znają” te kwestie z mediów, niż wśród takich, które nie miały żadnej styczności z osobami chorymi³⁴.

³³ Opinia netto stanowi różnicę pomiędzy odsetkiem odpowiedzi „byłbym przeciwko temu” a „nie miałbym zastrzeżeń”.

³⁴ B. Wciórka, J. Wciórka, *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie...*

Wykres 4. Osoby chore psychiczne i ich traktowanie, jeśli chodzi o poszczególne prawa



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: B. Wciórka, J. Wciórka, *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie*, Komunikat CBOS, BS/124/2008, na wykresie zaprezentowano procentowanie dla kategorii „prawie zawsze”.

Istotną kwestię, jeśli chodzi o stosunek społeczeństwa do osób chorych psychicznie, jest przyzwolenie lub jego brak na przymusowe leczenie, niewymagające zgody osoby chorej. Przymusowe leczenie spotyka się z aprobatą 77% badanych (35% uważa takie działanie za całkowicie słuszne, a 42% za raczej słuszne). Sprzeciw wobec takich działań deklaruje 10% ankietowanych, a 13% nie ma zdania w tej kwestii. Aprobata wobec przymusu stosowanego w leczeniu osób chorych psychicznie dotyczy zarówno tych, którzy uznają te choroby za nieuleczalne, jak i tych, którzy uważają, że są one uleczalne, tych którzy obawiają się o swoje zdrowie psychiczne, jak i tych, którzy deklarują brak takich obaw³⁵. Jednocześnie warto dodać, że aż 75% badanych uważa, że choroby psychiczne są wstydlive i ukrywa się je przed innymi ludźmi, tylko 20% ankietowanych nie zgadza się z tą opinią³⁶. Inność, w tym przypadku objawiająca się niezrozumiałym zachowaniem, jest niepożądana społecznie. Być może część ankietowanych przymus leczenia traktuje jako sposób na pozbycie się tych osób ze swojego otoczenia. Czasem wolelibyśmy nie patrzeć, nie wchodzić w bezpośrednie styczności z tego typu osobami, w związku z tym forma odizolowania tych osób, może być w wielu przypadkach podyktowana komfortem funkcjonowania. Odseparowanie tychże osób nie oznacza, że problem przestaje istnieć, mimo że nie dotyka nas

³⁵ Tamże.

³⁶ Tamże.

bezpośrednio. Z drugiej strony przymus leczenia bywa jedyną nadzieją na „normalne” funkcjonowanie, szczególnie gdy osoba przejawia autoagresję i agresję wobec członków najbliższej rodziny i otoczenia. Niestety, jak wynika z raportu NIK, jednostki nie przestrzegają praw pacjentów przyjętych do szpitala bez ich zgody tj. w trybie nagłym³⁷, w trybie przymusowej obserwacji³⁸ i w trybie wnioskowym³⁹. Szpitale nie informowały pacjentów o przyczynach przyjęcia, nie informowano o tym fakcie dyrektorów szpitali (w ciągu 48 h) ani sądów opiekuńczych (72 h). Sytuacja ta dotyczyła 3% pacjentów przyjętych bez ich zgody⁴⁰.

Jak słusznie zauważa E. Goffman, piętno w wieku przypadkach stanowi podstawę do organizowania sobie życia – „Jednakże musi się w tym celu wycofać do niepełnego świata. Może w nim rozwinąć swoją niewesołą opowieść o tym, dlaczego jest nosicielem piętna”⁴¹. Czasem osoba chora psychicznie szuka winy w sobie. Jest przekonana, że choroba, jaka ją dotyka, jest karą za grzechy własne lub rodziców. Z czasem w wielu przypadkach mocno zanurza się w wykreowanym przez siebie świecie, który odbiera jako jedyny bezpieczny. Skoro świat normalsów – posiłkując się terminologią E. Goffmana – nie jest w stanie zaakceptować jej inności, stworzenie sobie własnego świata jako azylu staje się jedyną możliwą alternatywą, umożliwiającą codzienną egzystencję.

Powinniśmy pamiętać, że „to, że normalni mogą się poruszać, patrzeć i słuchać, nie znaczy, że widzą czy słyszą. Mogą być naprawdę ślepi na prawdy, które zakłócają ich szczęście, i kompletnie głusi na cudze apele o życzliwość”⁴². I rzeczywiście, posiadanie zmysłów nie oznacza automatycznego, sprawnego posługiwania się nimi. Bywa wręcz, że pewność bycia osobą „normalną” powoduje nieuprawnioną pogardę wobec tych, którzy od tej normy odstają. Jak dowodzi

³⁷ Art. 23 ustawy OZP dotyczy osoby chorej psychicznie, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób – podaje za: *Informacja o wynikach kontroli funkcjonowania opieki psychiatrycznej, ze szczególnym uwzględnieniem opieki stacjonarnej*, Wrocław 2008.

³⁸ Art. 24 ustawy OZP dotyczy osoby, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio własnemu życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie.

³⁹ Art. 29 ustawy OZP dotyczy osoby chorej psychicznie, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego bądź która jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych.

⁴⁰ *Informacja o wynikach kontroli funkcjonowania opieki psychiatrycznej, ze szczególnym uwzględnieniem opieki stacjonarnej...*, s. 32–33.

⁴¹ E. Goffman, *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości...*, s. 53.

⁴² Tamże, s. 42.

E. Goffman, świadomość własnej niższości oznacza pojawienie się chronicznego uczucia niepokoju, komunikatu: „Jestem gorszy, toteż ludzie nie będą mnie lubić, a ja nie mogę czuć się wśród nich pewnie”⁴³. Ważne jest, by jeśli nie eliminować, to minimalizować mimowolne odruchy stygmatyzujące, piętnujące osobę chorą psychicznie. Niekoniecznie w sytuacji, której nie rozumiemy, musi się pojawić krzywdzący epitet. Niekoniecznie osoba chora psychicznie nie ma szans na wyzdrowienie. Im bardziej odizolowujemy te osoby od siebie, tym bardziej one będą odczuwały naszą wrogość wobec nich i jeszcze bardziej zamykały się w sobie. Nie potęgujemy wrażenia, że rodzina, w której występuje ta choroba, płaci karę za swoje grzechy.

⁴³ Tamże, s. 45.