
ANNALES
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA
LUBLIN – POLONIA

VOL. XXIII

SECTIO J

2010

Wydział Pedagogiki i Psychologii
Zakład Psychologii Klinicznej

MAŁGORZATA STEĆ

*Depresja jako element naznaczenia
niepełnosprawności człowieka*

Depression as a component of stigmatization of human disability

Jest poręcz
ale nie ma schodów
Jest ja
Ale mnie nie ma

Rafał Wojaczek, *Sezon*, 1965

WPROWADZENIE

Niepełnosprawność kojarzona jest zwykle z trwałym fizycznym kalectwem uniemożliwiającym lub poważnie ograniczającym kontakt jednostki ludzkiej z otaczającym światem również w kontekście funkcjonowania społecznego i zawodowego. Oczywiście skojarzenie to znajduje swoje odzwierciedlenie w rzeczywistości, niemniej jednak nie wystarcza do stworzenia pełnej i, co więcej, wyczerpującej definicji niepełnosprawności. Nie obejmuje ono bowiem tej sfery działania człowieka, która decyduje o tym, iż stanowi on jednostkę świadomą i zdolną do podejmowania konstruktywnej i celowej aktywności. Sferą tą jest ludzka psychika, będąca nieodzownym elementem funkcjonowania (nie istnieje możliwość zaistnienia człowieka tylko w rozumieniu fizycznym; zawsze jest on swoistą całością obejmującą zarówno cielesność, jak i psychikę, nawet wtedy, kiedy jedna z tych sfer lub obydwie sfery są w jakiś sposób

ograniczone czy też „uszkodzone”). Definicja niepełnosprawności musi więc obejmować co najmniej dwa aspekty: fizyczny i psychiczny. O fizycznej niepełnosprawności można mówić wtedy, kiedy sprawność człowieka ograniczona jest w jakimś zakresie w związku z trwałym uszkodzeniem lub utratą danej części ciała. Niepełnosprawność psychiczna odnosić się będzie z kolei do określonej straty, zaburzenia lub ograniczenia wydolności w sferze ludzkiego funkcjonowania psychicznego.

Z zagadnieniem niepełnosprawności ściśle związane jest zjawisko naznaczenia. Osoby niepełnosprawne, właśnie ze względu na widoczne deficyty w zakresie sprawności i zdolności radzenia sobie, narażone są na spostrzeganie ich (a w związku z tym także traktowanie) przez ogół społeczeństwa, do którego przynależą, inaczej niż jego pozostali członkowie. Od zarania dziejów bowiem to, co inne, lub po prostu nieznane, budzi obawę, zaniepokojenie, lęk oraz inne negatywne emocje i uczucia. Te z kolei generują określone postawy oraz zachowania wobec tego, co nieznane. Z tym też procesem związane jest m.in. zjawisko naznaczenia (stygmatyzacji) oraz towarzyszącego mu samonaznaczenia dokonywanego przez osoby niepełnosprawne zarówno w sensie fizycznym, jak i psychicznym. To z kolei rodzi wiele problemów, z którymi boryka się bardzo wielu chorych, ich rodziny, jak też pomagających im specjalistów.

W dobie rozwoju nowoczesnej psychiatrii, psychologii oraz nauk im pokrewnych problem ten staje się szczególnie rażący, gdyż skutkuje konsekwencjami tak diagnostycznymi, jak i terapeutycznymi, w związku z czym bezpośrednio dotyka życia pacjenta.

EWOLUCJA POGLĄDÓW NA OPIS CZŁOWIEKA W PSYCHIATRII

Podobnie jak w każdej dziedzinie nauki tak też w psychiatrii oraz pokrewnej jej psychologii na przestrzeni historii dokonywały się rozliczne zmiany w spostrzeganiu tego, czym tak naprawdę jest ludzka natura, jak ją opisać i zrozumieć. Oczywiście należy mieć na uwadze, iż psychiatria i psychologia nie narodziły się z ideologicznej próżni. Wpływ ogólnie obowiązujących trendów myślowych oraz kulturowych daje się odnotować w całej zawiłej historii ustalania granic pomiędzy psychicznym zdrowiem czy też normą a chorobą i patologią. Stąd też należy mieć na względzie, iż wypracowane w toku ewolucji poglądów na ludzką naturę ujęcia teoretyczne stanowią niejako wypadkową wielu wieków tradycji, i choć podlegały z czasem zmianom oraz mniej lub bardziej trafnym reinterpretacjom, nie utraciły do chwili obecnej całkowicie siły swego oddziaływania. Tak jak grecka mitologia nadal stanowi fundament nowoczesnego humanizmu, tak minione czasy refleksji nad tym, czym jest obłąd i zdrowie psychiczne, stoją

na pozycji antenatów wobec współczesnych koncepcji dotyczących poglądów na naturę ludzkiej psychiki.

Ponieważ artykuł dotyczy naznaczania ludzkiej niepełnosprawności psychicznej, poniżej przedstawiony zostanie skrócony rys historyczny mający wyjaśnić, jak kształtowały się poglądy na naturę ludzkich zaburzeń psychicznych w obliczu najważniejszych paradygmatów naukowych.

Można powiedzieć, że całą znaną historię psychiatrii zdominowały dwa poglądy kształtujące obraz ludzkiej natury na przestrzeni wieków. Pierwszym z nich jest sięgające czasów starożytnych biologiczno-mechanistyczne ujęcie psychiki jako wypadkowej procesów cielesnych, organicznych, a więc także mózgowych, zaś drugim – ujęcie społeczne, akcentujące rolę wpływu głównie czynników socjologicznych na kształtowanie się kolorytu nastroju, jak również jakości funkcjonowania procesów czynnościowych czy po prostu „nerwów” (por. Shorter 2005). Poglądy te przeplatały się ze sobą w rywalizacji o to, który z nich najpełniej wyraża możliwość zrozumienia niezrozumiałych dotąd i w tym sensie przerażających chorób psychicznych. Z tego punktu widzenia stanowią one dwa główne paradygmaty psychiatrii i psychologii.

Wiodący prym do początku XX wieku ortodoksyjny biologizm, pragnąc odkryć związek mózgu i umysłu, koncentrował swoje wysiłki na rozwoju metody kliniczno-patologicznej i próbach powiązania „obłądu” rozumianego dotychczas raczej w kategoriach magiczno-opętańczych z medycznym modelem wyjaśniania nieprawidłowości w funkcjonowaniu. Należy zauważyć, iż początkowo praktyka psychiatryczna była właściwie wyrazem osobistych zainteresowań lekarzy (zwanych ze względu na swoje zainteresowania *alienistami*) takich specjalności jak neurologia niż pełnoprawną dziedziną medycyny (Shorter 2005).

Jak zauważa E. Shorter (2005), do końca XVIII wieku, a zatem do czasu wyodrębnienia się psychiatrii jako nauki, chorych traktowano bezdusznie i brutalnie, sprawując nad nimi nadzór w instytucjach na miarę słynnego Bethlem. Miejsca te nie były niczym więcej niż przytułkami mającymi za zadanie rozwiązać problem rzeszy bezdomnych ludzi cierpiących na psychozy lub choroby otępienne, którymi nie chciała, lub z jakichś względów nie mogła zajmować się własna rodzina. W związku z brakiem jednoznacznego i jednolitego poglądu na etiologię „obłądu” o leczeniu chorób umysłowych nie mogło być mowy, zaś tradycyjnie i konserwatywnie nastawione społeczeństwo nie miało żadnego interesu w próbie przywracania na łono życia jednostek, których zachowania były nie tylko niezrozumiałe, ale wręcz budzące grozę ze względu na nieprzewidywalność. Jedynymi środkami, jakie stosowano wobec chorych, było więc głodzenie, trzymanie w zimnych pomieszczeniach, podawanie silnie działających leków przeczyszczających, bicie i kępowanie (Gutowska 2006).

Zasadne wydaje się przypuszczenie, iż celem stosowania tego typu środków było jedynie uspokojenie lub ukaranie osób chorych.

Można domniemywać, że głównie za sprawą złej sławy instytucji nadzorujących chorych psychicznie, jak to ma miejsce w przypadku wspomnianego już wcześniej ośrodka Bethlem, obraz choroby psychicznej w szeroko pojętej kulturze (która, bądź co bądź, silnie kształtuje postawy społeczeństwa, jednocześnie stanowiąc źródło stereotypizacji obrazu szaleństwa), stał się jednoznacznie negatywny. Jak wspomina E. Shorter (2005, s. 15), „określenie »Bedlam« do dziś kojarzy się z szaleństwem, nad którym nikt nie panuje”, zaś sam szeroko rozumiany azyl dla obłąkanych zyskał powszechny statut „ludzkiego zoo, czy [...] gabinetu osobliwości” (Porter 2003, s. 85), w którym osoby chore „wystawiane” są na widok publiczny w celu przestrogi lub dania moralnego przykładu. Można zastanawiać się nad słusznością tego typu praktyk, które prawdopodobnie nie tylko nie podbudowywały nikogo moralnie, ale wzbudzały jeszcze większy lęk społeczeństwa przed tajemniczą chorobą, która w oczach ówczesnej purytańskiej socjety w sposób nieodwracalny zniewalała umysł i odbierała kontrolę nad zachowaniem, a zatem możliwością kształtowania swojego życia i – co więcej – swojej tożsamości w duchu i granicach obowiązujących norm.

O nieludzkim traktowaniu pacjentów w murach instytucji nadzorczych dowiadujemy się także z relacji samych pacjentów, wśród których nie mogło zabraknąć pisarzy, poetów i innych wiodących „beztroskie”, a więc nieakceptowane społecznie życie artystów. R. Porter (2003) podaje przykład Johna Percevala, autora książki *A Narrative of the Treatment Received by a Gentleman, During a State of Mental Derangement* z 1838 roku, będącej pamiętnikiem i zarazem gorzką relacją z pobytu w przytułku, w którym personel nie tylko nie słuchał próśb pacjentów, ale wręcz nie traktował ich jak istot ludzkich mających realne potrzeby, pragnienia czy obawy.

Podsumowując, biologiczny nurt w psychiatrii doprowadził do zakrojonej na szeroką skalę instytucjonalizacji, a ta z kolei do wyalienowania pacjentów oraz ich negatywnej stygmatyzacji przez społeczeństwo opierające swoje oceny na tradycyjnej polaryzacji sądów podkreślającej przepaść dzielącą jakkolwiek pojęte zdrowie psychiczne od choroby.

Wyodrębnianie się nowego paradygmatu propagującego ujęcie obłądu jako możliwego do wyleczenia zaburzenia psychicznego datuje się na koniec drugiej połowy wieku XVIII. Okres terapeutycznego optymizmu i reformatorskiej filozofii leczenia zaburzeń psychiatria zawdzięcza poglądom takich uczonych, jak W. Battie, P. Pinel, V. Chiarugi czy J. Esquirol, którzy mocno wierzyli w możliwość terapii osób cierpiących na choroby psychiczne, m.in. dzięki tzw. oddziaływaniom „moralnym”, będącym pierwowzorem współczesnej psycho-

terapii opartej na leczniczym znaczeniu relacji terapeutycznej powstającej między lekarzem a pacjentem (Shorter 2005). I choć terapia moralna w zasadzie znikła z psychiatrii tak szybko, jak się pojawiła, jej wpływ na świadomość lekarzy, a w związku z tym także społeczeństwa był bardzo istotny. Psychiatrzy zwrócili się w stronę poszukiwania nowych dróg leczenia, zaś widmo dotychczas nieuleczalnej biologicznie uwarunkowanej choroby psychicznej jako swobodnego wyroku stało się mniej wyraziste, ustępując miejsca wręcz pożądanym diagnostycznie „chorobom nerwowym”.

W związku z zerwaniem z nieuleczalnością i niejako konstytucjonalnością chorób psychicznych pojawiła się nadzieja na zmazanie winy za chorobę z samego cierpiącego na nią człowieka. Idea winy za chorobę psychiczną pokutowała w psychiatrii bardzo długo dodatkowo podtrzymywana przez religijne społeczności oraz przywiązanych do koncepcji metafizycznej duchowości religijnych działaczy, takich jak J. C. A. Heinroth, który uznawał wszelkie zaburzenia psychiczne za świadome, wynikające ze złej woli danej osoby, a zatem grzeszne postanowienia (Porter 2003).

Jednoznaczne zerwanie z mechanistycznym paradygmatem psychiatrii dokonało się około roku 1780 za sprawą W. Cullena i T. Arnolda, którzy zwrócili się w rozpatrywaniu genezy obłądzenia w stronę samej psychiki, a zatem umysłu, zwłaszcza w aspekcie dynamiki procesów myślowych, kojarzeniowych, jak też afektywnych (Porter 2003). Przyniosło to nadzieję na możliwość poradzenia sobie z zaburzeniami, opierając się na metodach typowo psychologicznych, niewymagających podejmowania drastycznych środków nadzorczych.

Nowy paradygmat umożliwił także podjęcie kwestii uwyrażnienia dychotomii pomiędzy przerażającymi z powodu widma genetycznego obciążenia chorobami psychicznymi a chorobami nerwów, których diagnozę przyjmowano z kolei wręcz z zadowoleniem i dumą. Choroby nerwów, jakkolwiek uciążliwe, stały się szybko świadectwem charakterystycznej dla ówczesnej arystokracji „superwyrafinowanej wrażliwości” (Porter 2003, s. 100). Jak zauważa E. Shorter (2005, s. 134) „choroba psychiczna zaczęła być synonimem nieubłaganego, dziedzicznego szaleństwa, a choroba nerwowa oznaczała organiczne schorzenie nerwów, które nie musiało być wcale dziedziczne i nie zagrażało małżeńskim planom niczyich córek”.

Wynikiem przemian w rozumieniu genezy zaburzeń psychicznych była także zakrojona na szeroką skalę XIX-wieczna walka z instytucjonalizacją. Otwarte zakłady psychiatryczne stały się istotnym elementem destygmatyzacji chorych. Wspomagane dodatkowo przez lokowanie pacjentów w mających się nimi opiekować rodzinach stanowiły fundament psychiatrii społecznej i środowiskowej (Shorter 2005).

Kolejnym krokiem było powstanie ruchu antypsychiatrycznego, który stanowił ostrą opozycję wobec psychiatrii naukowej, autorytatywnej, narzucającej osobom uznawanym za chore „piętno” w postaci diagnostycznej etykiety, mającej tworzyć obraz patologii tam, gdzie co najwyżej można mówić o niestosowaniu się do ogólnie przyjętych norm. T. Szasz, E. Goffman czy R. D. Laing głosili pogląd, iż zakład psychiatryczny nie jest niczym więcej niż „instytucją totalną”, w obrębie której rozpoznaje się choroby psychiczne po to, by ograniczać tych, którzy nie mieszczą się w wąskich ramach systemu norm i dopuszczalnego poziomu społecznej tolerancji (Shorter 2005). Pomimo niemożliwości jasnego zdefiniowania, czym tak naprawdę miał być ruch antypsychiatryczny (Szasz 2008, s. 80), jego przedstawicielom udało się wzbudzić w społeczeństwie poczucie, iż praca psychiatry polega głównie na stosowaniu nieuzasadnionego przymusu przez narzucanie diagnostycznych etykiet w celu despotycznego rozporządzania wrażliwymi, niedostosowanymi do wymogów realnego świata jednostkami, co równocześnie poczytywane było przez wiodących antypsychiatrów za wyraz choroby nękającej samą psychiatrię (Berlim i in. 2003).

Wszystkie wspomniane przemiany doprowadziły do zupełnie nowego trendu w psychiatrii (a także neurologii i neuropsychologii), o którym mimo iż nie mówi się jeszcze w kategoriach paradygmatu, to staje się on tendencją wyraźną, mającą coraz większe grono zwolenników. Trend ten zwykle określa się mianem nurtu romantycznego uznającego holistyczną koncepcję jednostki ludzkiej jako psychofizycznej całości definiowanej po części przez niepowtarzalną tożsamość. Do najbardziej znanych przedstawicieli niniejszego nurtu zalicza się słynnego radzieckiego neurologa i neuropsychologa A. R. Łurię. Starał się on dociekać zasad działania ludzkiego mózgu na podstawie analizy nie tylko klinicznej symptomatologii, ale także historii życia jednostek ludzkich, pacjentów, których traktował i opisywał z wielką wnikliwością i szacunkiem. Podobnie czyni O. Sacks, twórca „neurologii ulicznej” opartej na badaniach w naturalnym dla chorego otoczeniu, z poszanowaniem jego osobistej godności i wartości jako spójnego jestestwa, którego ujęcie w sposób analityczny i fragmentaryczny byłoby poważnym artefaktem (Kaczmarek 2002). O. Sacks (1994, s. 14) wychodzi bowiem z założenia konieczności rozwijania „neurologii tożsamości”, twierdząc, iż „chcąc znów umieścić cierpiący, zraniony, walczący ludzki podmiot w centrum uwagi, musimy pogłębić historię przypadku, zamienić ją na opowieść. Tylko wtedy będziemy mieć »jego«, czy »ją« tak samo jak »to«, prawdziwą osobę, pacjenta w odniesieniu do choroby, do tego, co fizyczne”.

W niniejszy nurt wpisuje się także K. R. Jamison, która będąc uznanym autorytetem w dziedzinie znajomości choroby afektywnej dwubiegunowej, otwarcie przyznała się do cierpienia na tę właśnie chorobę, dowodząc jedno-

częściej, że otwarta dyskusja nad problemami psychicznymi zwyczajnych ludzi jest istotnym elementem walki z piętnem choroby psychicznej (Jamison 2006).

Ostatecznie wydaje się, że poglądy na chorobę psychiczną jako rodzaj niepełnosprawności czy niepełnowartościowości ludzkiej powoli odchodzą do lamusa. Ewolucja, jaka dokonała się na przestrzeni wieków w psychiatrii oraz naukach pokrewnych, wiedzie od demonizacji psychicznej niesprawności człowieka do jej akceptacji oraz zrozumienia. Niestety, proces ten nie odbywa się bezproblemowo. Zjawiska takie jak dyskryminacja, stygmatyzacja czy etykietowanie pozostają aktualnie palącym problemem diagnostyki psychiatrycznej. Pomimo wzrostu świadomości, jak również poparcia ze strony środowisk naukowych tych koncepcji, które chorobę psychiczną zrównują pod względem charakterystyki z niestygmatyzującą chorobą somatyczną, zdecydowana większość społeczeństwa, w tym pacjentów i opiekujących się nimi lekarzy, odnosi się do problemu chorób natury psychicznej z rezerwą i nieskrywanymi, ale też nie do końca uzasadnionymi obawami.

STYGMATYZACJA JAKO „PRODUKT UBOCZNY” ROZPOZNANIA

Osoby cierpiące na zaburzenia i choroby psychiczne zmuszone są zwykle do radzenia sobie z rozlicznymi problemami.

Podstawową trudnością, z jaką muszą zmagać się niemalże codziennie, jest szeroki zakres symptomów, których występowanie nierzadko nie tylko dezorganizuje życie, ale także ogranicza kontakty społeczne, powoduje deteriorację więzi rodzinnych oraz rozpad zawodowej aktywności, w związku z czym poważnie obniża jakość życia.

Dodatkowym obciążeniem dla pacjentów psychiatrycznych jest sam fakt cierpienia na chorobę psychiczną, która w większości społeczeństw nadal postrzegana jest w sposób zdecydowanie negatywny (Rush i in. 2005). W związku z tym faktem problem stygmatyzacji czy też naznaczania osób chorych psychicznie staje się istotnym elementem problematyki dotyczącej psychicznej niepełnosprawności. Dzieje się tak choćby dlatego, że proces naznaczania nie pozostaje bez wpływu na aktywność osób chorych pod względem szukania pomocy medycznej, zatrudnienia, zakwaterowania, czy też po prostu szeroko pojętego wsparcia społecznego. Można spodziewać się, iż deficyty odnotowane na wspomnianym powyżej poziomie będą miały duże znaczenie dla terapii zaburzeń ze względu na fakt wtórnego pogłębiania objawów chorobowych.

W świetle tychże ustaleń warto zastanowić się, czym jest naznaczanie (stygmatyzacja) chorych psychicznie, jakie są jej możliwe źródła, potencjalne konsekwencje oraz powiązania.

E. Goffman definiuje samą stygmę (naznaczenie) jako cechę głęboko dyskredytującą, zaś proces stygmatyzowania (naznaczania) jako interaktywny proces społeczny (Gray 2002).

E. Scambler z kolei spostrzega stygmę jako każdą podstawową cechę czy zaburzenie naznaczające jednostkę, co powoduje, że różni się ona od innych ludzi w stopniu niemożliwym do zaakceptowania. Dodatkowo na podstawie badań własnych wyróżnia on dwa rodzaje stygmy, które mogą ze sobą współwystępować. Z jednej strony jest to rzeczywista stygma (*enacted stigma*), a więc doświadczenie bycia dyskryminowanym bądź nieakceptowanym przez innych, zaś z drugiej strony stygma odczuwana (*felt stigma*), czyli poczucie bycia stygmatyzowanym odnoszące się do obawy czy wręcz strachu przed faktem dyskryminowania lub nieakceptacji ze strony innych, co okazuje się bardziej dewastujące dla życia pacjenta niż wpływ rzeczywistej stygmy (Scambler 1998).

Należy odnotować, iż proces stygmatyzowania związany jest silnie ze zjawiskiem etykietowania (*labelling*). Pojęcie to wprowadził w latach 60. ubiegłego wieku T. Scheff na oznaczenie procesu aktywizacji stereotypów dotyczących określonej choroby psychicznej nagromadzonych w toku rozwoju jednostki (Gray 2002). Można domyślać się, że stereotypy te aktywizowane są niejako z powodu samej diagnozy, która bezsprzecznie wymaga nie tylko używania specjalistycznych systemów klasyfikacji schorzeń, ale, co się z tym wiąże, także specjalistycznej nomenklatury, jako że diagnoza *per se* jest zawsze diagnozą „czegoś”, co z racji określonej specyfiki musi dać się wyróżnić już za pomocą samej nazwy.

E. Shorter (2005) podaje, iż stygmatyzacja pojawiła się właśnie w związku z XIX-wieczną tendencją do wiązania zaburzeń psychicznych z procesem dziedziczenia, co budziło lęk społeczeństwa, powodując jednocześnie, że nazwy poszczególnych schorzeń psychicznych zaczęły rodzić nieprzyjemne skojarzenia. Nie ulega wątpliwości, że pojęcie choroby psychicznej nadal obciążone jest w świadomości społecznej wieloma stereotypami i negatywnymi konotacjami, w związku z czym – jak podaje R. Porter (2003, s. 76) – „diagnoza stanowi silne narzędzie klasyfikacyjne, medycyna zaś ma niemały udział w produkcji stygmatu”.

Można zastanawiać się, czy w związku z tym medycyna jako nauka powinna „czuć się winą” za występowanie zjawiska stygmatyzacji czy też raczej zachować *status quo* jako dziedzina zupełnie w tejże kwestii neutralna. A. Gray (2002) zauważa, iż nie możemy w żaden sposób pozbyć się medycznej nomenklatury, bo ta wymagana jest zarówno w praktyce klinicznej, jak i w badaniach empirycznych. Poza tym stygma nie zależy tylko i wyłącznie od „etykiety”, ale również od określonych zachowań osoby stygmatyzowanej. Z badań

wynika, że nasze reakcje na zachowanie innej osoby determinowane są nie tylko tym, iż wiemy o tejże osobie, iż cierpi na dany rodzaj schorzenia, ale także tym, iż dostrzegamy w jej zachowaniu coś, co odróżnia ją od ogółu społeczeństwa, do którego przynależymy. Badania dowodzą, iż pacjenci doświadczający silniej wyrażonych objawów mogą być bardziej narażeni na doświadczanie stygmatyzacji. Często w chorobach psychicznych zwiększona podejrzliwość oraz gorsze umiejętności społeczne powodują bardziej negatywne reakcje ze strony otoczenia (Ertugrul i Ulug 2004).

Do podtrzymania przekonań o odmienności określonej mniejszości społecznej czy też jednostki niezbędna jest wyraźna postawa społecznej przynależności do pewnego „my”, a zatem wysoki poziom poczucia bycia częścią danej grupy oraz związanej z tym faktem silnego poczucia grupowej tożsamości, która wymaga ostrego określenia, co przynależy do obrazu „my”, a co do niego nie przynależy, a w związku z tym zasługuje na odrzucenie. Generalnie rzecz ujmując, etykietowanie sprzyja ostrej dychotomizacji na „my-oni”, co prowadzi do przeświadczenia, iż „oni” w sposób fundamentalny różnią się od „my” i że są tym, czego mianem są okreśłani.

Różnice te podtrzymuje także sposób użycia języka, czego przykładem jest mówienie o osobie chorej psychicznie „schizofrenik”, zamiast nazywanie jej osobą chorą na schizofrenię, co jednocześnie wyklucza taką osobę z kręgu „my”, a więc w tym przypadku osób zasługujących na szacunek istot ludzkich (Rusch i in. 2005).

Z pojęciem stygmatyzacji wiąże się także wiele innych zjawisk, tj. stereotypizacja, uprzedzenia oraz dyskryminacja. Współistnieją one ze sobą, tworząc tzw. stygmę społeczną. Stereotypy będące strukturami wiedzy o charakterze negatywnych przekonań o danej grupie ludzi (o ich niekompetencji, słabości charakterologicznej, niebezpieczności) są często poczytywane za prawdziwe, co z kolei wiedzie do wytworzenia się uprzedzeń wobec grupy, której dotyczy dany stereotyp (zgoda na stereotyp, czemu towarzyszą negatywne emocje, tj. złość czy strach), zaś końcowym efektem całego procesu okazuje się reakcja behawioralna w postaci dyskryminacji (np. odmowa pomocy czy zaoferowania zatrudnienia). Warto zauważyć, iż schemat ten odnosi się także do procesu samostygmatyzacji (Rusch i in. 2005).

Samostygmatyzacja czy też samonaznaczanie jest procesem analogicznym do procesu stygmatyzacji, niemniej jednak dotyczy nie reakcji pomiędzy większą grupą społeczną a cierpiącą z powodu swej odmienności jednostką, ale relacji, jaka zachodzi pomiędzy jednostką a nią samą. Samostygmatyzacja także opiera się na powiązaniu stereotypów, uprzedzeń i procesu dyskryminacji, ale dotyczą one tylko jednej osoby. Osoba ta, po pierwsze, musi zgodzić się ze

stereotypem dotyczącym siebie jako jednostki chorej, a więc w swoim przeświadczeniu słabej, niekompetentnej, niebezpiecznej, co, po drugie, wiedzie do samouprzedzenia i związanych z tym negatywnych stanów emocjonalnych i behawioralnych, zwłaszcza obniżenia poczucia własnej wartości i własnej skuteczności. To może prowadzić do wycofywania się tej osoby z aktywności mającej na celu choćby poszukiwanie zatrudnienia lub samodzielnego mieszkania. Okazuje się więc, iż różnego typu problemy społeczne i ekonomiczne dotyczące osób cierpiących z powodu zaburzeń i chorób psychicznych mogą wynikać nie z samego faktu choroby, ale ich samodyskryminującego zachowania (Rusch i in. 2005).

KONSEKWENCJE DLA ŻYCIA PACJENTA

Proces stygmatyzacji oraz etykietowania w sposób bezpośredni wpływa na życie osób, których dotyczy, a więc w tym przypadku także osób cierpiących na zaburzenia i choroby psychiczne. Wpływ ten ma najczęściej charakter negatywny i w sposób widoczny obniża odczuwany poziom jakości życia. Zakres tego oddziaływania jest bardzo szeroki. Obejmuje bowiem nie tylko samego chorego, ale także jego środowisko, płaszczyznę relacji społecznych, zawodowych oraz socjalnych.

Stygmatyzacja oraz związane z nią zjawisko dyskryminowania osób cierpiących na schorzenia psychiczne stanowi poważną przeszkodę dla rozwoju opieki zdrowotnej skierowanej na prowadzenie działalności pomocowej wobec tej grupy ludzi. Chorzy często nie otrzymują należnych im oraz ich rodzinom świadczeń ze względu na negatywne postawy osób wydających decyzje w tej sprawie. Podobna sytuacja dotyczy samego procesu leczenia, a także prób włączania osób cierpiących na choroby psychiczne z powrotem na łono społeczeństwa (Sartorius 1998).

Okazuje się także, iż postawy lekarzy psychiatrów wobec osób chorych psychicznie nie różnią się w znacznym stopniu od postaw odnotowywanych w szeroko rozumianym społeczeństwie. Problem dyskryminacji, a przynajmniej nieco „innego” traktowania chorych nie jest w tym przypadku czymś odosobnionym, choć ogólnie deklaruje się tu pozytywne nastawienie i swego rodzaju przychyłność. Obydwie poddane badaniom grupy okazują się charakteryzować tendencją do zwiększania dystansu wobec osób cierpiących na zaburzenia psychiczne w przypadku wchodzenia z nimi w interakcje wymagające społecznej bliskości. Grupa lekarzy psychiatrów okazała się jednak bardziej otwarta na ewentualną przeprowadzkę w pobliże miejsca zamieszkania osoby chorej psychicznie, zawieranie z nią przyjaźni czy też zaakceptowania związku

uczuciowego swojego dorosłego dziecka z taką osobą. Jeżeli zaś chodzi o możliwość podjęcia pracy w tym samym miejscu co osoba chora, przedstawiciele ogólnej populacji wykazali się większą niż grupa lekarzy psychiatrów gotowością. W związku z powyższymi ustaleniami lekarze pełniący w społeczeństwie funkcję autorytetów w dziedzinie zdrowia i choroby zarówno na płaszczyźnie somatycznej, jak i psychicznej powinni mieć świadomość, iż reprezentowane przez nich postawy kształtują w dużej mierze obraz opinii publicznej. Ich stanowisko ma wszechstronny wpływ na stosunek społeczności do osób cierpiących na problemy psychiczne, w związku z czym powinni czuć się zobligowani do poszerzania swojej wiedzy nie tylko o nowe sposoby leczenia, ale też nie mniej ważne sposoby walki z naznaczaniem i dyskryminacją (Lauber i in. 2004).

Istotny z punktu widzenia pacjentów i zajmującej się ich problemami służby zdrowia jest fakt przejawianego przez nich lęku przed szukaniem pomocy. To właśnie strach przed napiętnowaniem stanowi podstawowe utrudnienie w zasięgnięciu porady lekarza, przez co czas związany z otrzymaniem obligatoryjnej w przypadku zaburzeń i chorób psychicznych profesjonalnej pomocy psychiatrycznej i psychologicznej przedłuża się, co – rzecz jasna – działa na niekorzyść pacjentów i ich rodzin. Wielu cierpiących z powodu symptomów choroby psychicznej ludzi świadomie bądź nieświadomie unika kontaktu z psychiatrą w celu chronienia siebie przed spodziewanym napiętnowaniem. Antycypacja bycia stygmatyzowanym działa tu w sposób bardzo silny. Z tego powodu powinno się dbać o to, by już we wczesnych fazach kontaktu pacjenta psychiatrycznego ze służbą zdrowia wspomagać go w radzeniu sobie ze strachem, by umożliwić mu tym samym podjęcie skutecznej terapii (Freidl i in. 2003).

Podwójnym zagrożeniem jest stygmatyzacja osób starszych cierpiących jednocześnie na zaburzenia psychiczne, takie jak związana z wiekiem depresja, zaburzenia lękowe czy organicznie uwarunkowane problemy natury poznawczej. Przez paraliżujący strach przed społecznym odrzuceniem wielu starszych ludzi cierpi w samotności i ciszy, nie mając odwagi przyznać się do utrudniających im funkcjonowanie dodatkowych deficytów, jednocześnie przyczyniając się do braku społecznej dyskusji na temat polepszenia warunków pomocowych stosowanych wobec tej grupy chorych (De Mendonca Lima 2004).

Należy podkreślić również, iż problem naznaczania osób chorych psychicznie nie pozostaje bez wpływu na powagę doświadczeń przez nie objawów. Okazuje się, że osoby chore, zgłaszające doświadczenia związane ze stygmatyzacją, charakteryzują się silniej wyrażonymi symptomami, zwłaszcza z grupy objawów pozytywnych: złudzeniami oraz zwiększonym poziomem podejrzliwości. Jednocześnie zaznacza się przy tym współwystępujące wyco-

fanie emocjonalne, stępiły afekt, stany depresyjne, pasywność w nawiązywaniu kontaktów społecznych, ale też wyrażony w reakcjach somatycznych niepokój. Wszystko to skorelowane jest w dużym stopniu z poziomem psychicznej niepełnosprawności osób cierpiących na problemy natury psychicznej. Relacja pomiędzy niepełnosprawnością a stygmatyzacją ma więc charakter błędnego koła, którego elementy wzajemnie się wzmacniają, czego wynikiem jest zwiększony poziom cierpienia chorego i jego bliskich. Tylko przerwanie tej relacji może doprowadzić do widocznego polepszenia się warunków życiowych osób chorych psychicznie (Ertugrul i Ulug 2004).

Pomimo potwierdzonych negatywnych skutków stygmatyzacji i etykietowania niektórzy autorzy podają, iż etykietowanie ma pewien pozytywny aspekt, mianowicie zmniejsza u osoby chorej poczucie winy za doświadczany stan psychiczny. Zaznaczają oni przy tym, iż należy do tej kwestii podejść z pewną ostrożnością. Nadanie etykiety i związane z tym obniżenie poczucia winy przeważane jest bowiem w znacznym stopniu przez negatywne skutki naznaczania (Angermeyer i Matschinger 2005).

Pewne jest, iż ważną konsekwencją procesu stygmatyzacji jest stan zobojętnienia obecny u wielu osób doświadczających problemów psychicznych. Spodziewając się napiętnowania ze strony społeczeństwa, poddają się i wycofują z aktywności, potwierdzając tym samym stereotypowy obraz osoby chorej psychicznie jako niekompetentnej, słabej czy niepotrafiącej sobie skutecznie radzić. Towarzyszące temu problemy ze znalezieniem zatrudnienia, jak również otrzymaniem profesjonalnej pomocy stanowią czynnik wzmacniający poczucie bycia osobą chorą, niezdolną do funkcjonowania i podejmowania aktywności mającej na celu zmianę swojej sytuacji. Skutki tego procesu mogą być bardzo poważne, ponieważ doświadczanie poczucia beznadziejności i zawężonych perspektyw zwiększa ryzyko podejmowania prób samobójczych (Gray 2002).

Za kształtowanie poczucia bycia gorszym u osób cierpiących na zaburzenia psychiczne odpowiadają również szeroko pojęte media, które odgrywają ważną rolę także w kształtowaniu społecznego wizerunku osoby chorej. Niestety, wizerunek ten ma charakter potwierdzający negatywne stereotypy. Filmy i programy dotyczące osób z problemami natury psychicznej zwykle koncentrują się na sensacyjnych i jednocześnie negatywnych aspektach w ukazywaniu życia osób chorych. Fakty są często przejawiane, zbyt dramatyczne lub szokujące, w związku z tym podtrzymują obawy społeczeństwa przed osobami borykającymi się z problemami psychicznymi (Grzywa 2005).

STYGMATYZACJA W DEPRESJI
– ILUSTRACJA EMPIRYCZNA REFLEKSJI TEORETYCZNEJ

Depresja jest jedną z najbardziej rozpowszechnionych chorób psychicznych. Podobnie jak inne schorzenia natury psychicznej także depresja podlega procesowi stygmatyzacji. Badania dowodzą, iż osoby cierpiące na zaburzenia depresyjne postrzegane są za nieprzewidywalne, a nawet niebezpieczne (Wang i Lai 2008).

Będąc świadomymi nieprzychylnych postaw społecznych, osoby z problemem depresji często unikają szukania profesjonalnej pomocy, która jest niezbędna nie tylko w celu rozpoczęcia procesu terapeutycznego, ale także zmniejszenia ryzyka samobójstwa. Niestety, utrzymywanie choroby w tajemnicy to najczęściej stosowany przez chorych na depresję mechanizm radzenia sobie z napiętnowaniem (Schomerus i in. 2009).

Jako przykład tak pojętego sposobu radzenia sobie z problemem stygmatyzacji przez osobę doświadczającą depresji poniżej zaprezentowana zostanie pogłądowa analiza studium przypadku osoby cierpiącej na zaburzenie depresyjne wykonanego przez autorkę niniejszego artykułu.

Badania przeprowadzono w 2009 roku na potrzeby pracy magisterskiej w Zakładzie Psychologii Klinicznej Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie.

Osobą badaną była kobieta w wieku 50 lat cierpiąca na poważne zaburzenia depresyjne, które pojawiły się u niej po okresie trwającego kilka lat problemu z poszukiwaniem pracy. Wykorzystano standaryzowane lub znane techniki diagnostyczne (m.in. Inwentarz Depresji Becka, Skala UMACL, Kwestionariusz EWD, STAI, INTE, EPQ-R oraz NEO-PI-R), jak też analizę dyskursu narracyjnego na podstawie treści udzielonych przez nią dwóch wywiadów. Ich tematyka dotyczyła głównie historii życia oraz choroby osoby badanej.

W niniejszym opracowaniu przedstawiona zostanie część wyników analizy narracyjnej dyskursu, gdyż – moim zdaniem – relacja samej badanej najlepiej ilustruje problem doświadczania przez nią naznaczania i problemów związanych z tym faktem.

W jednym z udzielonych przez osobę badaną wywiadów wyraziła ona swoje obawy przed zasięgnięciem porady psychiatry:

No i któregoś razu, w czasie spotkania pani M., znaczy M. powiedziała, że mnie by się chyba przydała jednak rozmowa z fachowcem w takiej przychodni specjalistycznej neurologiczno-psychiatrycznej, tak mi delikatnie powiedziała. Mówi: Zadzwoń tam, umów się na spotkanie z psychiatrą, to on ci pomoże. No, myślę sobie: no to, tak, no tak, to pięknie, jak już tylko psychiatra mi pomoże.

Wydaje się, iż w jej poczuciu wizyta u psychiatry była przykrą koniecznością, a nie szansą na znalezienie pomocy. Ton wypowiedzi wyraża wątpliwości co do możliwości uzyskania pomocy oraz przeświadczenie o fakcie dewaluacji własnej wartości spowodowanej przez cierpienie na schorzenie natury psychicznej.

Osoba portretowana doświadczała także napiętnowania ze strony własnej matki, która nie mogąc zrozumieć problemu swojej córki, nie tylko nie wspierała jej w zadowalającym stopniu w procesie walki z chorobą, lecz również etykietowała w sposób negatywny:

No więc mmm... dr M. powiedział, że by mi się przydała taka właśnie terapia w oddziale, na oddziale otwartym, bo jest coś takiego, że wiesz, rano się idzie...yyy...do południa, są zajęcia...No i byłam tam przez jakiś czas... No przyznam szczerze, że jak chodziłam na to, to moja mama mówiła: Do wariatkowa chodzisz? Nie mogła zrozumieć, że mnie to jest potrzebne.

Z badań wynika, iż rodziny osób cierpiących na choroby i zaburzenia psychiczne budują złe otoczenie przez silnie wyrażone poczucie wstydu, braku zrozumienia, pretensji czy nadmiernej ochrony (Grzywa 2005). Wydaje się, iż w przypadku matki osoby badanej dominuje zdecydowanie agramacja negatywnego stereotypu związanego z chorobą psychiczną jako taką (przyrównanie szpitala psychiatrycznego do „wariatkowa”, a więc zaliczenie własnej córki do grupy „wariatów”, osób których należy się wstydzić).

Wiele osób borykających się z problemem cierpienia na chorobę psychiczną nie może znaleźć zatrudnienia lub też pracuje w miejscach, w których minimalizuje się możliwość ujawnienia objawów chorobowych, a tym samym skazuje osoby chore na jeszcze większą samotność, odosobnienie oraz poczucie mniejszej wartości. Z podobnym traktowaniem spotkała się osoba badana:

Mój szwagier był zaproponował mi, żebym u niego w biurze była w sekretariacie po prostu. No, okazało się, że to była praca tego typu, że on przenoślił biuro do innego miejsca, gdzie wszyscy poszli do innego miejsca, a ja zostałam w tym starym jeszcze, no bo mogły być różne, wiesz, kontakty. Więc siedziałam całymi dniami sama, z komputerem sama i nic nie było do roboty, więc ja wytrzymałam sześć tygodni i powiedziałam: „Szwagier, jeszcze dzień posiedzę, to wrócę do A., ale już na oddział zamknięty, więc niestety musimy się pożegnać”, bo on mi nie mógł zaproponować miejsca tam, tylko tu. Wiesz, mówi, że oo... „kiedyś to się zmieni”...oo..., a ja mówię: „Do tego, kiedy się zmieni, to ze mnie będzie tylko, wiesz, ślad, może punkt”. Nie byłam w stanie tego znieść.

Praca, którą zaproponowano osobie badanej, miała więc charakter „ukrycia” jej przykrego problemu. Nie liczone się przy tym z konsekwencjami uświadomienia sobie przez nią tego faktu oraz kosztami takiego rozwiązania dla jej stanu psychicznego.

Osoba badana doświadczyła także bezpośredniego naznaczenia przez kobietę udzielającą zatrudnienia w pewnej firmie. Zbudowało to u niej przeświadczenie, iż nie może znaleźć pracy z powodu swojej choroby, a to z kolei spowodowało

powzięcie przez nią postanowienia, iż nie przyzna się nikomu do cierpienia na chorobę psychiczną.

No, ale jak poszłam na rozmowę do tej pani, bo ta pani na razie jedna była. Miałam być druga. Jak ona mnie zaczęła wypytywać, z jakiego powodu ja jestem na rencie, jak jej powiedziałam prawdę, no, to się tak na mnie spojrziała i podziękowała. I od tamtej pory powiedziałam, że nigdy nie powiem z jakiego powodu, nigdy, żeby mnie po prostu przetortuowali. Już parę razy mnie tutaj przepytowano. Nawet Warszawa mnie pytała, ale im nie powiedziałam.

Uznając, iż nie może ona nikomu powiedzieć o swoim problemie, osoba portretowana umocniła w sobie przekonanie, iż fakt bycia chorym na depresję czyni ją gorszą od innych przedstawicieli społeczeństwa i jest czymś, co należy za wszelką cenę ukryć. Może to skutkować niechęcią do poszukiwania przez nią pomocy z powodu antycypowanego lęku przed odrzuceniem i dodatkowym napiętnowaniem. Depresja jest więc w jej przypadku brzemieniem, z którym trudno jej żyć nie tylko z powodu ograniczających aktywność objawów, ale także związanej ze stereotypem tego schorzenia realnej możliwości bycia uznanym za kogoś mniej wartego, winnego za swój stan, słabego, niedającego sobie rady z własnymi emocjami i towarzyszącymi im reakcjami.

KONKLUZJE

Zagadnienie stygmatyzacji i etykietowania chorych psychicznie jest aktualnym i niezwykle poważnym problemem psychiatrii i psychologii. Wiąże się ono bowiem z diagnozą oraz w wyraźny sposób wpływa na proces terapeutyczny.

Wpływ ten ma charakter negatywny w związku z faktem poważnego ograniczania osobom chorym psychicznie dostępu do należnych im świadczeń. Ograniczenia te często w sposób nieświadomy narzucają na siebie także sami pacjenci, unikając szukania profesjonalnej pomocy z uwagi na lęk przed byciem napiętnowanym jako osoba psychicznie chora, a więc psychicznie niepełnowartościowa, niepełnosprawna, gorsza.

Dotyczy to także poszukiwania wsparcia społecznego. Świadomość istnienia negatywnych stereotypów społecznych odnoszących się do osób cierpiących na zaburzenia i choroby psychiczne skutecznie powstrzymuje takie osoby od otwartego przyznawania się do problemów, co prowadzi do samotnego cierpienia i borykania się z nieuzasadnionym, ale zrozumiałym w takich okolicznościach poczuciem winy i wstydu.

Walka ze stygmatyzacją wymaga szerokiego zainteresowania nie tylko specjalistów, ale także szeroko pojętego społeczeństwa. Otwarta dyskusja nad tym zagadnieniem powinna towarzyszyć inicjatywom społecznym podejmowanym na rzecz osób chorych psychicznie i ich rodzin (Jamison 2006).

Wiele krajów angażuje się corocznie w liczne akcje edukacyjne i integracyjne mające na celu uświadomienie społeczeństwu, iż życie z chorobą psychiczną jest możliwe, o ile środowisko społeczne gotowe jest na akceptację, otwartość i gotowość do pomocy. Podstawą tak pojętej pomocy jest walka z wciąż żywymi stereotypami dotyczącymi zaburzeń i chorób psychicznych.

Najbardziej rozpowszechnionym programem skierowanym przeciwko stereotypom choroby psychicznej jest zainicjowana w 1996 roku przez World Psychiatric Association (WPA) międzynarodowa akcja „Schizofrenia: otwórzcie drzwi”, której celem jest walka z naznaczeniem i dyskryminacją w odniesieniu do osób cierpiących na schizofrenię. Choroba ta została wybrana jako rdzeń kampanii, gdyż to właśnie towarzyszące jej objawy są kojarzone przez społeczeństwo z pojęciem schorzenia psychicznego. Wciąż żywa inicjatywa WPA ma na celu zwiększenie świadomości i wiedzy o naturze schizofrenii i metodach jej leczenia. Skutkować ma to poprawą społecznych postaw w stosunku do osób cierpiących na schizofrenię i ich rodzin po to, by eliminować zjawisko dyskryminacji i uprzedzeń. Akcja oparta jest na trzech strategiach walki z naznaczeniem: proteście przeciwko publicznej stygmatyzacji, edukacji oraz kontakcie z osobami chorymi (Rusch i in. 2005).

Należy liczyć się z faktem niemożliwości całkowitego wyeliminowania stereotypów choroby psychicznej ze społecznej percepcji, co jednak nie oznacza, że ich ilość, a tym samym wpływ na kształtowanie postaw wobec osób cierpiących na choroby psychiczne nie może być zredukowany. Zależy to od wysiłków zarówno specjalistów zajmujących się problematyką chorób i zaburzeń psychicznych, jak i osób odpowiadających za przyznawanie świadczeń osobom cierpiącym z powodu problemów natury psychicznej. Powinni oni aktywnie zachęcać do korzystania z pomocy i dbać o to, by wizerunek instytucji pomocowych nie był kojarzony z dyskryminowaniem i piętnowaniem.

Ułatwienie dostępu do terapii może także pomóc w zwalczaniu stereotypu choroby psychicznej oraz związanej z nim stygmatyzacji. Im więcej osób będzie w razie konieczności korzystało z pomocy specjalistów, tym większe są szanse na ich wyleczenie i szybki powrót do społeczeństwa. Unikanie kontaktu ze służbami pomocowymi stanowi czynnik zwiększający ryzyko stygmatyzacji w związku z przedłużającym się czasem cierpienia z powodu objawów chorobowych.

Ważna jest także rozbudowana sieć wsparcia społecznego. Prawidłowe postawy otoczenia, jak też wysoki poziom zrozumienia oraz empatii stanowi najistotniejszy czynnik w radzeniu sobie z chorobą psychiczną.

BIBLIOGRAFIA

- Angermeyer M. C., Matschinger H. (2005). *Labeling-stereotype-discrimination. An investigation of the stigma process*. „Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology”, 40, s. 391–395.
- Berlim M. T., Fleck M. P. A., Shorter E. (2003). *Notes on antipsychiatry*. „European Archive of Psychiatry and Clinical Neuroscience”, 253, s. 61–67.
- De Mendonca Lima C.A. (2004). *The reduction of stigma and discrimination against older people with mental disorders: a challenge for the future*. „Archives of Gerontology and Geriatrics”, 9, s. 109–120.
- Ertugrul A., Ulug B. (2004). *Perception of stigma among patients with schizophrenia*. „Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology”, 39, s. 73–77.
- Freidl M., Lang T., Scherer M. (2003). *How psychiatric patients perceive the public's stereotype of mental illness*. „Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology”, 38, s. 269–275.
- Gray A. (2002). *Sigma in psychiatry*. „Journal of The Royal Society of Medicine”, 95, s. 72–76.
- Gutowska A. (2006). *Stygmatyzacja chorych psychicznie – kontekst edukacyjny*. W: Z. Palak (red.), *Jakość życia osób niepełnosprawnych i nieprzystosowanych społecznie*. Lublin: Wyd. UMCS, s. 229–238.
- Grzywa A. (2005). *Oblicza psychozy*. Lublin: Wydawnictwo Czelej.
- Jamison K. R. (2006). *The many stigmas of mental illness*. „The Lancet”, 367, s. 533–534.
- Kaczmarek B. J. J. (2002). *Nurt romantyczny w badaniach neuropsychologicznych*. W: A. Herzyk, B. Daniluk (red.), *Jakościowy opis w neuropsychologii klinicznej*. Lublin: Wyd. UMCS, s. 15–27.
- Lauber C., Anthony M., Ajdacic-Gross V., Rossler W. (2004). *What about psychiatrists' attitude to mentally ill people?* „European Psychiatry”, 19, s. 423–427.
- Porter R. (2003). *Szaleństwo. Rys historyczny*. Poznań: Wydawnictwo Rebis.
- Rusch N., Angermeyer M. C., Corrigan P. W. (2005). *Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma*. „European Psychiatry”, 20, s. 529–539.
- Sacks O. (1994). *Mężczyzna, który pomylił żonę z kapeluszem*. Poznań: Wyd. Zysk i Ska.
- Sartorius N. (1998). *Stigma: what can psychiatrists do about it?*, „The Lancet”, 352, s. 1058–1059.
- Scambler G. (1998). *Stigma and disease: changing paradigms*. „The Lancet”, 352, s. 1054–1055.
- Schomerus G., Matschinger H., Angermeyer M. C. (2009). *The stigma of psychiatric treatment and help-seeking intentions for depression*. „European Archive of Psychiatry and Clinical Neuroscience”, 259, s. 298–306.
- Shorter E. (1997). *Historia psychiatrii. Od zakładu dla obłąkanych po erę Prozacu*. Warszawa: Wydawnictwo WSiP.
- Stęć M. (2009). *Rozwiązywanie problemów życiowych przez osobę z zaburzeniami depresyjnymi. Portret psychologiczny*. Niepublikowana praca magisterska. Instytut Psychologii UMCS.
- Szasz T. (2008). *Debunking Antipsychiatry: Laing, Law, and Largactil*. „Current Psychology”, 27, s. 79–10.