



## Samotność jako pomijany rodzaj doświadczenia osób chorujących na schizofrenię

*Loneliness as a neglected type of experience of persons with schizophrenia*

ANNA BIENIARZ

Z Katedry Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

### STRESZCZENIE

**Cel.** Praca ta ma charakter fenomenologiczny. Stanowi próbę opisu przeżyć osób chorujących na schizofrenię pod kątem doświadczanego przez nich uczucia samotności.

**Poglądy.** Przytoczono kilka definicji pojęcia samotności, spotykanych w psychologii, filozofii, socjologii oraz teologii. Rozróznilo samotność, osamotnienie oraz izolację społeczną, nazywaną niekiedy alienacją. Rozważono czy doświadczanie samotności osób cierpiących z powodu schizofrenii różni się jakościowo od przeżywanego przez osoby nieleżące się psychiatrycznie. Analizowano związek pomiędzy „stopniem emocjonalnym”, trudnościami w kontaktach społecznych i poczuciem samotności, a także powiązania między samotnością a autyzmem i „podatnością na zranienie”. Przedyskutowano kwestię samotności w momencie nawrotu choroby, jak również w chwili ustąpienia dokuczliwych objawów. Przedstawiono pojęcie samotności religijnej, egzystencjalnej, metafizycznej oraz samotności w komunikacji międzyludzkiej zapożyczone z koncepcji McGrawa, jako trafnie oddające przeżycia osób ze schizofrenią. W poszukiwaniu wspólnego mianownika odczuwania samotności przez osoby chore i zdrowe, pomocne okazało się tu rozróżnienie samotnością emocjonalnej i społecznej wg Weissa. Podjęto też opis samotności jako objawu występującego w zaburzeniach z kręgu schizofrenii (osobowość schizoidalna, zaburzenia schizoaffective).

**Wnioski.** Zgłaszane przez pacjentów cierpiących na schizofrenię poczucie samotności może być rozumiane jako próba szukania kontaktu z otoczeniem, od którego odgradza ich rozbudowany system omamów i urojeń.

### SUMMARY

**Objectives.** The paper is of phenomenological character. An attempt was made to describe experiences of persons suffering from schizophrenia, in terms of a sense of loneliness they experience.

**Review.** Several definitions of loneliness proposed in psychology, philosophy, sociology and theology are cited. A differentiation was made between loneliness, solitude and social isolation, sometimes called alienation. An answer was sought to the question whether loneliness experienced by people with schizophrenia is qualitatively different from that experienced by persons who do not receive psychiatric treatment. Relationship was analyzed between “emotional blunting”, difficulties in social contacts, and a sense of loneliness, as well as associations between loneliness, autism and “susceptibility to injury”. The issue of loneliness at the time of relapse and during remission of troublesome symptoms was discussed. The notion of religious, existential and metaphysical loneliness was presented, as well as the concept of loneliness in interpersonal communication borrowed from the theory by McGraw, as accurately describing experiences of people with schizophrenia. In search for a common denominator for experiencing loneliness by ill and healthy people, the differentiation between emotional and social loneliness proposed by Weiss turned out to be useful. Moreover, a description of loneliness as a symptom manifested in schizophrenia spectrum disorders (schizoid personality, schizoaffective disorders) was given.

**Conclusions.** Feelings of loneliness reported by patients suffering from schizophrenia may be interpreted as an attempt at seeking contact with the social environment, from which they are separated by an elaborated system of hallucinations and delusions.

---

**Słowa kluczowe:** schizofrenia / samotność

**Key words:** schizophrenia / loneliness

---

Jest samotność przestrzeni,  
Samotność oceanu,  
Samotność śmierci – lecz wszystkie  
Igraszką są w porównaniu  
Z tym innym odosobnieniem  
Polarnym tchnieniem głuszy:  
Skończoną nieskończonością  
Zamkniętej w sobie duszy  
*Emily Dickinson [za: 19].*

Można przyjąć, że samotność jest nieodłącznym elementem kondycji ludzkiej. Wśród jej cech charakterystycznych wymienia się m.in. powszechność (sporadycznie każ-

dy jej doświadcza), subiektywizm (indywidualny sposób przeżywania), niewyraźność (trudno przekazać drugiemu człowiekowi czym dokładnie jest odczuwana przez nas samotność), wieloznaczność (brak dostatecznego zróżnicowania i zdefiniowania zjawiska samotności).

Samotność może dotyczyć człowieka w każdej fazie jego rozwoju, a w zależności od okresu w którym się pojawi przybiera odmienne formy [1].

Zazwyczaj kojarzona jest z przykrymi doznaniem (jak smutek, żal, tęsknota, nostalgia czy też gniew, nienawiść), ale bywa także łączona z przyjemnymi odczuciami (np. ulgi, odpoczynku od zgiełku dzisiejszego świata). Przez

wielu ludzi postrzegana jest jako szansa szeroko rozumianego rozwoju osobistego. Nie należy wszakże zapominać, że najznakomitsze dzieła sztuki i największe wynalazki techniki powstawały właśnie w twórczej samotności.

Wydaje się, iż samotność jest zjawiskiem stosunkowo słabo poznanym, co wypływać może z ogólnej niechęci wobec jej ujawniania. Powodów tego stanu rzeczy można poszukiwać w:

- powszechnym traktowaniu samotności jako czegoś hańbiącego, stygmatyzującego jednostkę przyznającą się do jej doświadczenia,
- czynienie usilnych starań niedopuszczenia jej do własnej świadomości, a jeśli to się nie powiedzie – chęci jak najszybszego pozbycia się odczuwanej przez siebie samotności oraz towarzyszącego jej najczęściej bólu psychicznego,
- trudności w identyfikacji samotności ze względu na współwystępowanie jej z innymi przeżyciami, przeważnie ocenianymi negatywnie,
- niemożności pełnego wyrażenia oraz zakomunikowania jej innemu człowiekowi i
- paradoksalnie – wszechobecności samotności uniemożliwiającej jej dostrzeżenie, rozpoznanie i zlikwidowanie (Hołyst, za: [2]).

Pomimo tych trudności podejmowano próby naukowego wyjaśniania fenomenu samotności: (1) Kongres „*La Psicologia della Solitudine*” („Psychologia samotności”) pod patronatem Włoskiego Towarzystwa Psychologicznego, 14 czerwca 2003 roku w Rzymie, Włochy; (2) Międzynarodowa konferencja zorganizowana przez Włoskie Towarzystwo Psychologiczne – „*Silence and Words – Psychology of Loneliness*” („Cisza i słowa – psychologia samotności”), 8–10 listopada 2004 w Rzymie, Włochy; (3) I Ogólnopolska Konferencja Monoseologiczna „Humanistyka wobec fenomenu samotności” zorganizowana przez Zakład Etyki Instytutu Filozofii Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, 3–4 czerwiec 2005 roku w Toruniu; (4) Sympozjum poświęcone tematyce samotności, w ramach XXXII Zjazdu Naukowego Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, 22–25 września 2005 roku w Krakowie.

Piotr Domeracki [3], współredaktor wydanej niedawno monografii traktującej o problematyce samotności proponuje, by naukę o samotności nazywać monoseologią (od greckich słów *monose* – samotność oraz *logos* – nauka).

## WYBRANE DEFINICJE SAMOTNOŚCI

Kwestią samotności interesuje się wiele dziedzin wiedzy. Wzmianki o poczuciu samotności możemy odnaleźć w psychologii, filozofii, teologii, socjologii, literaturoznawstwie oraz w psychiatrii. Omówienie związków samotności z psychiatrią nastąpi w dalszej części pracy.

### Psychologia – samotność jako brak bliskich więzi z innymi

Poniżej cytuję trzy definicje samotności pojawiające się w literaturze psychologicznej oraz pedagogicznej.

„Samotność jest złożonym i wielowymiarowym, psychospołecznym doświadczeniem człowieka, występującym pod różną

postacią i ze złożonym natężeniem. Jest to nieprzyjemne uczucie, pojawiające się na skutek niezgodności pomiędzy oczekiwaniami a realnymi możliwościami. Należy do stanów emocjonalnych, w których jednostka jest świadoma izolacji od innych osób i niemożności działania na ich korzyść. Może pojawić się także na skutek utraty kogoś bliskiego i oczekiwania na kogoś, kto mógłby zapłacić powstałą pustkę” [4].

„Samotność jawi się jako niezwykle złożony fenomen ludzkiej egzystencji. Można przyjąć, że z jednej strony jest to obiektywny stan fizyczny oznaczający brak kontaktów, styczności jednostki z innymi ludźmi np. wskutek odosobnienia, odrzucenia przez grupę, izolacji, życia w pojedynkę, realizowany z konieczności (np. brak rodziny, pobyt w więzieniu) albo z wyboru (życie pustelnicze itp.). Ta obiektywna sytuacja samotności jest jednak równocześnie subiektywnie doświadczana przez jednostkę albo jako osamotnienie (negatywna samotność) albo jako samotność pozytywna” [1].

„Samotność jest tęsknotą za intymnym i pełnym znaczenia doświadczeniem, a jeszcze częściej bliską i rzeczywistą relacją polegającą na takim przeżywaniu. Tęsknota oznacza intensywne pragnienie zniesienia lub przynajmniej zredukowania fizycznego, umysłowego lub duchowego dystansu, który oddziela jednostkę od innego podmiotu lub przedmiotu, który wydaje się pożądany w ten lub w inny sposób” [2].

### Filozofia – dychotomia: samotność – spotkanie

Życie ludzkie płynie między samotnością a wspólnotą (Seneka). Na przeciwległym wobec samotności krańcu kontinuum jest spotkanie, czyli jak określa je Tischner „doświadczenie twarzy”. Spotkanie to wydarzenie. W końcu, spotkanie jest też szansą wypełnienia własnej samotności (za: [1]).

### Socjologia – samotność jako życie poza wspólnotą

Bauman zauważa, że w człowieku istnieją dwie równoważące się potrzeby – stowarzyszenia się, przynależności oraz indywidualności. Pierwsza przejawia się w tworzeniu wspólnoty wraz z innymi członkami danej społeczności. Wyrazem drugiej jest prywatność. Im bardziej przeważa jedna potrzeba nad drugą, tym większe natężenie potrzeby dotąd pomijanej. Wspólnota bez prywatności jest zjawiskiem dosyć często spotykanym w kulturze Wschodu. Człowiek Zachodu cechuje natomiast prywatność z wykluczeniem wspólnoty, czyli samotność [5].

### Teologia – samotność jako warunek obcowania z Bogiem

Postuluje się tu model samotności pustelniczej, ascetycznej czy klasztornej [6]. Tylko w samotności możliwa jest kontemplacja własnego życia. Samotność sprzyja dochodzeniu do doskonałości, na wzór Boga. Stanowi szansę na wyzwolenie się od własnych słabości. Podkreśla się także, że człowiek jest samotny w obliczu Siły Wyższej (Wojtyła, za: [1]).

## SAMOTNOŚĆ A OSAMOTNIENIE

Można być samotnym, lecz nie czuć się osamotnionym, można też odczuwać osamotnienie nie będąc samotnym. Niezbędne wydaje się poczynienie zasadniczego rozróżnienia pomiędzy używanymi stosowanymi nieraz zamiennie terminami. Można przyjąć, że osamotnienie to negatywne przeżywana samotność, spotyka się tu też określenie „samotność negatywna”. Samotność zaś jest kategorią nie-

jednoznaczną. W przypadku gdy ze stanem samotności przeżywane są przyjemne emocje, nadaje się jej określenie „samotności pozytywnej”.

Do doświadczania samotności przyczynia się nierzadko izolacja czyli oddzielenie, opuszczenie bądź odrzucenie, wykluczenie jednostki z szerszego środowiska społecznego. Nieodmiennie łączona z poczuciem samotności bywa także alienacja, definiowana jako wyobcowanie jednostki od stosunków społecznych, kultury, przyrody oraz głębokie zagubienie człowieka w otaczającym go świecie [1].

## SAMOTNOŚĆ SPOŁECZNA I EMOCJONALNA

Samotność jest ogólnie przeżywanym, lecz jak na razie niezbyt dobrze zbadanym fenomenem ludzkiego doświadczenia. Weiss zaproponował rozróżnienie samotności społecznej i emocjonalnej (za: [4]). Podział ów trafnie odzwierciedla doznawanie samotności przez osoby chore i zdrowe (nieleczone psychiatrycznie). Wydaje się, iż natężenie tych dwóch rodzajów samotności jest mniej więcej równe u wszystkich osób, niezależnie od ich stanu zdrowia psychicznego.

*Samotność emocjonalna* pojawia się, gdy człowiek odczuwa brak ścisłego, intymnego związku z inną osobą. Poczucie to skłania do oceniania innych ludzi poprzez pryzmat możliwości zapewnienia samotnemu brakującej interakcji. Odczuwanie samotności tego rodzaju prowadzi do odczucia niepokoju i izolacji. Przewyciężyć ją można poprzez utworzenie nowej intymnej relacji zapewniającej poczucie przywiązania.

Drugim rodzajem samotności wymienianym przez Weissa jest *samotność społeczna*, odczuwana w sytuacji braku sieci powiązań społecznych. Szczególnie dotyczy osób, które znalazły się w nowym otoczeniu społecznym, grupie itp., gdzie nie zdołały jeszcze wytworzyć więzi łączących je z innymi. W przypadku osób chorujących na schizofrenię, można przypuszczać, że samotność społeczna jest przez nich silnie odczuwana w pierwszych dniach po przyjęciu do szpitala, a potęgowana bywa przez objawy psychotyczne. Człowiek przeżywający tego typu samotność poszukuje aktywności, w których może uczestniczyć wraz z innymi. Stąd też ten rodzaj samotności może być zniwelowany poprzez nawiązanie przyjaznej zapewniającej interakcję społeczną.

## SAMOTNOŚĆ A ZABURZENIA PSYCHICZNE

W psychiatrii dominującym podejściem do zagadnienia samotności jest ujmowanie jej w kategoriach objawu chorobowego występującego w różnorodnych zaburzeniach oraz chorobach psychicznych. Najczęściej spotykanym przykładem związku samotności z psychopatologią w praktyce klinicznej są zaburzenia osobowości. Rozpatrywanie samotności jako objawu znajduje również swoje odzwierciedlenie w konstruowaniu, a następnie stosowaniu poszczególnych narzędzi badawczych, niezbędnych do diagnozowania zgłaszających się pacjentów. Przykładowo, w Kwestionariuszu Objawowym „0” Aleksandrowicza, pozycja 130 w brzmieniu: „potrzeba samotności” zaliczana jest

do skali 10 nazwanej „mieszane zaburzenia osobowości”, kładącej szczególny nacisk na takie cechy osobowości jak: unikanie i zależność, a sama potrzeba samotności została przyporządkowana, jak łatwo się domyślić, osobowości lękliwej (unikającej) oraz osobowości zależnej [7].

Nie brakuje także badań podkreślających związki poczucia samotności z neurotycznością jako cechą osobowości mierzoną za pomocą Wielkiej Piątki [8].

Na samotność odczuwaną przez osoby chore psychicznie, głównie pacjentów cierpiących z powodu schizofrenii zwróciła uwagę A. Grzywa [9]. Podążając jej śladem, można zestawzić ze sobą dotychczasową wiedzę o samotności jako fenomenie psychologicznym z odczuciami zgłaszanymi przez osoby chorujące na schizofrenię.

Samotność pacjentów chorych na schizofrenię bywa najczęściej traktowana jako jeden z objawów negatywnych. Co może wpływać na tendencję do izolowania się u pacjentów schizofrenicznych, nieuchronnie prowadzącą do poczucia samotności? Odpowiadając na podobnie postawione pytanie Alanen przypomina pięć spośród dziesięciu czynników wyróżnionych przez Straussa i wsp. Są to: cierpienie psychiczne wynikające z powracania objawów pozytywnych, utrata nadziei i samoposzaniowania, poczucie winy za poprzednie zachowania psychotyczne, zagrożenie wywołane sytuacją społeczną i efekty instytucjonalizacji, a wśród nich piętno diagnozy schizofrenii [10].

## SAMOTNOŚĆ A SCHIZOFRENIA

W czym tkwi różnica pomiędzy przeżywaniem samotności przez osoby chorujące na schizofrenię, a osobami zdrowymi? Jak można by przypuszczać, poczucie samotności pojawiające się u pacjentów koncentruje się w większym stopniu na doświadczeniu choroby, dolegliwościach z nią związanych, próbach przewyciężania postaw społecznych nacechowanych negatywnymi uczuciami. Osoby nieleczone psychiatrycznie mogą doznawać samotności w sytuacji różnorodnych niepowodzeń, przejściowych kryzysów rozwojowych (szczególnie w okresie dorastania), generalnie we wszelkiego rodzaju istotnych z punktu widzenia jednostki wydarzeniach życiowych, których dokładną listę przedstawili Rahe i Holmes (za: [11]). Na czele wspomnianej listy znajduje się śmierć współmałżonka, rozwód, separacja, kara więzienia, a na dalszych pozycjach można odnaleźć m. in. zmianę dotychczasowych zajęć, otoczenia, ale także sukcesy życiowe jak np. awans w pracy, wygrana na loterii – nie zapominajmy wszakże o zjawisku „samotności pozytywnej”.

### Samotność wg Johna McGrawa

John McGraw [2], amerykański badacz zjawiska samotności wyróżnił szereg jej typów – społeczny, erotyczny, kulturowy, metafizyczny, epistemologiczny, komunikacyjny, etyczny, ontologiczny, egzystencjalny i religijny. Wydaje się, że szczególnie cztery z wyliczonych rodzajów samotności można odnieść do opisu przeżyć osób chorujących na schizofrenię, ze względu na częstość objawów bezpośrednio z nimi związanych. Jednocześnie należy zaznaczyć, że opisane poniżej typy samotności nie ograniczają się jedynie do odczuć osób chorych psychicznie. W umiarkowanym

stopniu doznawane są przez większość ludzi, lecz w schizofrenii przybierają skrajne nasilenie, przyczyniając się tym samym do izolacji chorego od jego środowiska.

*Samotność metafizyczna* przedstawiona została jako odczuwany brak bądź niedostatek pełnej sensu, intymnej więzi z całą rzeczywistością, prowadzący do postrzegania świata w kategoriach zagrożenia, wzmagający postawę obronną w postaci reagowania wrogością wobec antycypowanego niebezpieczeństwa. Można by przypuszczać, że taki sposób przeżywania rzeczywistości jest bliski pacjentom schizofrenicznym (szczególnie tym spełniającym kryteria diagnostyczne schizofrenii paranoidalnej).

*Samotność w komunikacji międzyludzkiej* jest powszechnie spotykanym odczuciem w przypadku pacjentów ze schizofrenią, której częścią są zaburzenia mowy (różnorodne neologizmy, werbigacje, persewacje czy dziwaczne sformułowania). Ten rodzaj samotności wiąże się z poczuciem niemożności pełnego wyrażenia własnych doznań innej osobie. Pacjenci w fazie remisji często potwierdzają trudności w przekazaniu minionych przeżyć psychotycznych, nierzadko wybierają też inne środki wyrazu w celu dokładnego oddania doświadczanych przez siebie emocji.

*Samotnością egzystencjalną* nazwane zostało doświadczenie własnego życia jako niekończącego się poczucia izolacji od innych. Cechą charakterystyczną jest tu pragnienie przezwyciężenia własnej odrębności poprzez zjednoczenie się z inną osobą. Pacjenci ze schizofrenią niejednokrotnie donoszą o odczuwanych przez siebie zdolnościach odczytywania cudzych myśli, przesyłania innym zaszyfrowanych informacji oraz otrzymywania takowych od otoczenia.

Cechą charakterystyczną *samotności religijnej* jest odczuwanie tęsknoty za jakąś wyższą siłą lub mocą, Absolutem, który nadaje rzeczywistości ostateczny sens. Osoby cierpiące z powodu schizofrenii miewają często urojenia o treści religijnej, które można odczytać jako wyraz szukania opieki. Pogląd taki zgodny jest z wynikami badań sugerującymi, iż częstą cechą osobowości spotykaną wśród osób leczonych z powodu schizofrenii jest zależność od osób znaczących [12].

### Objaw „stopnia emocjonalnego”

E. Bleuler twierdził, że głównym mechanizmem leżącym u podłoża zaburzenia psychotycznego jest rozszczepienie. Według niego, rozdzielenie uczuć od myśli powoduje niedostosowanie emocjonalne, utrudniające choremu kontakt z otaczającą go rzeczywistością [12].

Zmiany w sferze uczuć stanowią dziś jeden z podstawowych i odrębnych od rozszczepienia osobowości objawów, składających się na obraz zaburzenia schizofrenicznego. „Stopień uczuciowy”, ujmowane przez A. Bilikiewicza [13] jako zblednięcie afektu, zaburzenia modulacji, nie obejmuje całości życia uczuciowego chorego, a jedynie pewną jego część. Pacjent z rozpoznaniem schizofrenii może być obojętny bądź „stępały uczuciowo” wobec spraw życia codziennego, a przejawiający ogromne zainteresowanie losem świata, konfliktami etnicznymi toczącymi się na odległych kontynentach czy też kontaktami z istotami pozaziemskimi. Można stwierdzić, że u chorego dochodzi do przeplatania się tendencji do zamknięcia w kręgu własnych doznań psychotycznych wraz z pragnieniem zbliżenia do

innych ludzi, chęci ucieczki od spraw uznawanych przez pacjenta jako przyziemne wraz z potrzebą pozostania wśród bliskich. Owa chęć do pozostania wśród dotychczasowych spraw i ludzi może być motywowana poczuciem samotności pojawiającym się u chorego. Jednak z powodu deficytów w trafnym odczytywaniu emocji u siebie i reagowaniu na nie u innych, spowodowanym otrzymaniem w przeszłości komunikatów o podwójnym znaczeniu, pacjent napotyka na trudności w kontaktach interpersonalnych. Błądność afektywna u chorego bywa traktowana przez otoczenie jako niewerbalny komunikat chęci zakończenia rozmowy, wycofania się z kontaktu, tymczasem może ona oznaczać wyuczony sposób ochrony przed ambiwalencją uczuć w związkach międzyludzkich.

### Autyzm

Autyzm, czyli nadmierne zamknięcie się w sobie, oderwanie od rzeczywistości, koncentracja na własnych doznaniach wewnętrznych, stanowi jeden z osiowych objawów w schizofrenii [13]. Chorzy żyją prawie wyłącznie swoimi pragnieniami, lękami, wytworami wyobraźni, nie ujawniając ich treści osobom z otoczenia. Brak współbrzmienia emocjonalnego z otoczeniem oraz izolowanie się od niego sprawia, iż rodzina, osoby znajome odnoszą się krytycznie wobec człowieka zmagającego się z chorobą. Potęguje to skłonności chorego do „oddalania się” od innych oraz odczuwania samotności, czy może raczej osamotnienia. Podobne odczucie pojawia się jednocześnie u osób bliskich, które podejmując wysiłki w celu znalezienia wspólnej płaszczyzny porozumienia z chorym natrafiają na liczne przeszkody. Wymagają przeto wsparcia ze strony personelu medycznego. Wartościowy wydaje się dla nich udział w zajęciach psychoedukacyjnych, podczas których mają szansę uzyskania podstawowych informacji o chorobie ich bliskiego, uczą się technik nawiązywania dialogu z pacjentem, wymieniają się uwagami i własnymi spostrzeżeniami z osobami znajdującymi się w podobnym do nich położeniu.

### „Podatność na zranienie”

„Podatność na zranienie” utożsamiana z nadwrażliwością na sytuacje stresowe mogące spowodować rozbicie struktury osobowości, jest dosyć częstą cechą występującą u osób ze schizofrenią. W ujęciu psychoanalitycznym wspomina się o „słabym ego” u osób chorujących na schizofrenię. Freud zauważył, że w psychozie *ego* jest pokonane przez *id* w taki sposób, że traci związek ze światem zewnętrznym. Robbins, amerykański psychoterapeuta zajmujący się leczeniem psychoz, analizując wyniki badań biopsychiatrycznych rozpoznał dwa podstawowe obszary podatności na zranienie. Są to: *trudność organizacji (mózgu)* powodująca awersję do kontaktów społecznych oraz *trudności w regulowaniu stymulacji* (za: [11]). Podatność tego rodzaju została więc sklasyfikowana jako czynnik o charakterze biopsychicznym i przedstawiona w modelu integrującym, uwzględniającym przyczyny biologiczne i psychologiczne w powstawaniu choroby. Cacioppo próbuje znaleźć biologiczne uwarunkowania samotności [14]. Twierdzi, że za odczuwanie samotności odpowiedzialne jest wzajemne oddziaływanie genotypu i środowiska, w którym człowiek żyje. Możliwe, że chodzi tu o identyczne powiązania.

### Zaburzenia z kręgu schizofrenii

Niektóre osoby przejawiają szczególną tendencję do poszukiwania samotności, odosobnienia. U pacjentów z osobowością schizoidalną występuje „prawie stała preferencja do samotnictwa” (ICD-10) [15]. Twierdzenie, że pacjenci schizoidalni nie odczuwają dotkliwej samotności wydaje się przesadzone. Stosowanie przez nich mechanizmu obronnego zwanego *fantazjowaniem* może sygnalizować przetworzoną potrzebę kontaktów, która jednak stanowi dla pacjenta zagrożenie i w związku z tym nie może być w pełni uświadomiona.

Osobowość schizoidalna może również stanowić wstęp do schizofrenii, opisuje się ją wówczas jako część prepsychotycznego rozwoju osobowości. Jak donosi Alanen, w badaniach prepsychotycznej osobowości pacjentów ze schizofrenią, dominują dwie przeciwstawne cechy spotykane u chorych: tendencja do wycofywania się z kontaktów oraz symbiotyczna potrzeba podpory [11]. Oba te krańce kontinuum dotyczą problemu samotności. Izolowanie się od innych ludzi nakreśla dążenie do samotności, która wydaje się stanowić dla chorego schronienie przed wyprojektowanym na otoczenie niebezpieczeństwem, natomiast symbioza ujmowana być może w ramach introjekcji zagrożenia i poszukiwania przez pacjenta pomocy polegającej na ochronie przed własną destrukcyjnością.

Nieco odmiennie przeżywana bywa samotność przez pacjentów z zaburzeniami schizoafektywnymi, gdzie objawy schizofreniczne współwystępują z objawami afektywnymi. Ujawnianie poczucie samotności spotyka się częściej u pacjentów, u których do objawów schizofrenicznych dołączają objawy depresyjne. Doznawanie samotności może być u nich związane z uczuciem bezsilności. Należy przy tym zauważyć, że samotność może wzmagać myśli samobójcze, a także stanowić predyktor podejmowanych prób samobójczych.

### W trakcie pierwszego epizodu schizofrenii

Pierwszy epizod schizofrenii bywa nierzadko sporym zaskoczeniem dla pacjenta oraz jego rodziny. Zdarza się, że chory stara się ukryć niepokojące go objawy przed otoczeniem, racjonalizuje motywy własnego postępowania. Najczęściej pacjent nie dowierza bliskim czy znajomym ukazującym mu symptomy chorobowe, próbującym przekonać do podjęcia leczenia. Pierwszy epizod traktuje w ramach nieszczęśliwego przypadku, nadwrażliwości rodziny na naturalne w odczuciu chorego zachowanie. Trudno się dziwić, że współpraca lekarza z chorym nie układa się wtedy pomyślnie. Pacjenci często odmawiają przyjmowania leków bądź samodzielnie je odstawiają. Nie mają poczucia choroby, towarzyszyć im natomiast może wrażenie ulegania przymusowym oddziaływaniom lekarskim, toteż zwykle buntują się przeciwko pomijaniu ich zgody na „niepotrzebną” kurację. W zmaganiu się z nieoczekiwanymi i uciążliwymi nieraz dolegliwościami oraz próbami uniknięcia hospitalizacji, towarzyszy pacjentom poczucie obcości, niezrozumienia ze strony bliskich. W ich przeżyciach odnaleźć także można poczucie osamotnienia w „podwójnej walce” – z objawami oraz z osobami otaczającymi chorych. Odczucie samotności może być w trakcie tej fazy rozpatrywane jako czynnik nasilający występowanie objawów (pozytywnych lub negatywnych).

### Remisja

Okresy występujące pomiędzy nawrotami chorobowymi nie powinny wiązać się z poczuciem osamotnienia, izolacji od innych osób. Czy to oznacza, iż chory nie odczuwa wtedy samotności? Niekoniecznie.

Doświadczenie przebytej choroby całkowicie odmienia życie człowieka, o czym najlepiej wiedzą pacjenci onkologiczni, którym udało się pokonać raka. Porównanie psychozy do tzw. *przeżyć granicznych* trafnie oddaje powagę tej choroby, w trakcie której chory doznaje skrajnie silnych emocji, traci kontrolę nad swoim zachowaniem czy też ma poczucie obcości wobec dotychczas znanego otoczenia. Traci poczucie bezpieczeństwa i stabilności życiowej. Wszystkie te elementy składające się na doświadczenie choroby psychicznej jaką jest schizofrenia znacząco zmieniają człowieka, przyczyniają się do weryfikacji jego światopoglądu, wyznawanego przez niego systemu wartości, ale przede wszystkim wpływają na samoocenę, która ulega znacznemu obniżeniu. Zażywane leki przypominają o istnieniu schorzenia psychicznego. Wiedza o chorobie wśród pacjentów czy też ich rodzin bywa niewystarczająca, przynajmniej na początku leczenia. Dopiero po usłyszeniu diagnozy medycznej zaczynają się pytania, poszukiwanie informacji o chorobie ze wszystkich możliwych źródeł. Wtedy też zarówno pacjenci, jak i ich bliscy odkrywają bolesną „odrębność” od reszty nastawionego hedonistycznie społeczeństwa, u którego nie odnajduje oddźwięku ich chęć podzielenia się swoimi problemami.

Choroba, szczególnie poważna – a do takich zaliczyć trzeba schizofrenię – wiąże się z obecnością cierpienia. Konfrontacja z nim tworzy barierę pomiędzy doznającym go człowiekiem, a osobą, która, by go zrozumieć może jedynie polegać na empatii. Choć zdolność do współbrzmienia emocjonalnego jest zróżnicowana, to przy niewielkim wysiłku, ale sporych chęciach można ją w sobie rozwinąć.

Doświadczenie choroby jest swojego rodzaju „balastem”, który będzie towarzyszył choremu do końca życia. Nawet przy pojedynczych epizodach chorobowych, zawsze pozostaje lęk przed nawrotem. Z tego względu należy się zastanowić, czy nie mamy tu do czynienia z *samotnością chroniczną*, przeżywaną w sposób ciągły, nieustannie odgradzającą chorego od społeczeństwa. Samotność wiążącą się ze świadomością przebytej choroby i często skrzętnie skrywaną przed nietolerancyjnym otoczeniem.

### W momencie nawrotu choroby

W momencie gdy objawy psychotyczne ulegają zaostreniu, większość chorych ma tendencję do wycofywania się z kontaktów społecznych i przebywania w samotności [16]. Można mówić w tej sytuacji o samotności fizycznej (inaczej społecznej), to jest obiektywnie mierzalnej, spowodowanej tendencją do izolowania się od innych ludzi.

Bezpośrednio przed nawrotem choroby pacjenci odczuwają wzmoczone napięcie, bywają niespokojni, przeczuwają, że niedługo stanie się coś niepokojącego. Kępiński mówi w tym przypadku o „fazie oczekiwania” [17]. Niektórzy pacjenci podejrzewają, że choroba powraca. Nie chcą, by inni byli świadkami ich zachowań psychotycznych. Przebywanie w samotności można też odczytywać jako jeden ze sposobów radzenia sobie w trudnej sytuacji, którą z pewnością stanowi psychoza.

### W momencie ustępowania objawów

Samotność w chwili mijania najbardziej uciążliwych objawów chorobowych związana jest z poczuciem utraty. Omamy wzrokowe bądź słuchowe traktowane są jako przeszkoda w normalnym funkcjonowaniu – „głosy”, które chory słyszy w głowie, nierzadko w trakcie rozmowy z innymi wpływają na zniekształcenie przekazywanych mu informacji. Jednak zdecydowana większość pacjentów przyzwyczaja się do obecności „głosów” czy też „wizji” w swoim życiu. Kiedy objawy ustępują odczuwają ambiwalentne uczucia – z jednej strony radość z powodu powrotu do zdrowia, z drugiej – smutek, gdyż mają poczucie, że „coś zostało im odebrane” przez leki. Po ustąpieniu objawów mierzą się z pustką po chorobie. Uświadamiają sobie też, jakie szkody poczyniła w ich życiu psychoza, spostrzegają bezpowrotny upływ czasu. Nierzadko pacjenci czują się pozostawieni sami sobie w niełatwym powrocie do społeczeństwa, wykazującego nieraz całkowity brak zrozumienia wobec nich. Na tym tle także może pojawiać się u chorego poczucie samotności związane z poczuciem własnej odrębności, nieprzystawalności do zasad wyznaczanych przez silniejszych czy też przebieglejszych od niego. A stąd już niedaleka droga, by chęć ucieczki od bezwzględności świata przybrała postać kolejnego nawrotu choroby.

### Przewlekła postać choroby

Pacjent zmagający się z chorobą od wielu lat obarczony jest zazwyczaj tak zwanym „defektem schizofrenicznym”. Liczne hospitalizacje, nawroty choroby, ograniczone kontakty interpersonalne, gorsza sytuacja materialna pozostają w związku ze zjawiskiem „naznaczenia” czy „napiętnowania” społecznego. Nietrudno sobie wyobrazić odczucie osamotnienia wynikające z marginalizacji społecznej.

Hasło tolerancji dla odmienności wciąż pozostaje w sferze deklaracji nieznajdujących pokrycia w rzeczywistości. Osoby chorujące psychicznie nadal mają trudności ze znalezieniem pracy odpowiadającej ich kwalifikacjom zawodowym. Niechęć dużej części społeczeństwa wobec wieloletnich rezydentów szpitali psychiatrycznych wynika z braku dostatecznej wiedzy na temat chorób i zaburzeń psychicznych, jak również rozpowszechnianych przez media stereotypów odnoszących się do zachowań odbiegających od ogólnie przyjętej normy. Znajduje to wyraz w społecznej skłonności do izolowania chorych psychicznie. Stwarzanie chorym „sztucznego środowiska” w którym mogą funkcjonować (np. Domy Pomocy Społecznej) z jednej strony pozbawia pacjentów możliwości zmierzenia się z problemami dotyczącymi przeciętnego człowieka, przez co naraża ich na wtórną stygmatyzację, będącą rezultatem deficytów w sferze kompetencji społecznych, a z drugiej pozbawia ludzi nieleczonych psychiatrycznie kontaktów z chorymi cechującymi się szczególnego rodzaju wrażliwością w ocenie zewnętrznej rzeczywistości.

U osób chorujących chronicznie można dostrzec tzw. *samotność kulturową* – oddzielenie od otaczających wartości kulturowych. Brak lub znacznie ograniczone zainteresowania obyczajowością, zwyczajami czy panującymi obecnie trendami ekonomicznymi, sprawami politycznymi czy frapującymi problemami społecznymi dużym stopniu izoluje chorych od świata i – siłą rzeczy – skazuje na samotność.

### ZAKOŃCZENIE

Odczuwana samotność skłania człowieka borykającego się z problemem choroby schizofrenicznej do prób nawiązywania kontaktów ze światem zewnętrznym, choćby poprzez włączanie osób ze swojego otoczenia w system omamów i urojeń. Jednocześnie objawy wytwórcze w znacznym stopniu odgradzają chorego od jego otoczenia. To błędne koło powinno zostać przerwane przez oddziaływania psychoterapeutyczne. Długotrwała, systematyczna praca wymagająca wiele wysiłku od wszystkich zaangażowanych w nią stron ma na celu nawiązanie przez chorego trwałej relacji z terapeutą, umożliwiającej przejście przez pacjenta procesu separacji – indywidualizacji.

W pracy tej została podjęta próba opisu zjawiska samotności odczuwanej przez osoby chorujące na schizofrenię. Uwzględniono doświadczenie samotności na poszczególnych etapach chorowania (w momencie nawrotu choroby, ustępowania objawów, powrotu pacjenta do swojego środowiska). Odniesiono rodzaje samotności wyróżnione przez Johna McGrawa [2] do odczuć osób cierpiących z powodu schizofrenii. Szukano związków pomiędzy zgłaszanym poczuciem samotności i poszczególnymi objawami schizofrenii (autyzmem, zaburzeniami w sferze uczuć, wycofywaniem się z kontaktów interpersonalnych). W psychiatrii samotność traktowana jest jako objaw psychopatologiczny, kiedy pojawia się w schizofrenii tłumaczy się ją jako objaw negatywny. Stosunkowo niewiele natomiast wiadomo o subiektywnym przeżywaniu samotności przez pacjentów.

Być może artykuł ten przyczyni się do większego zainteresowania klinicystów tematyką samotności oraz podjęcia badań nakierowanych na eksplorację tego zagadnienia.

Kostecka [18] pisze, że podczas psychoterapii z chorym psychotycznie:

„balansujemy pomiędzy bliskością i samotnością, poczuciem, że „właśnie wszystko stało się jasne”, a poczuciem, że błądzimy we mgle i nie ma żadnego drogowskazu” (s. 49).

Dodaje również, że

„psychoza kończy się w momencie, gdy pojawia się uczucie przynależności, a samotność i pustka zostały wypełnione” (s. 53).

### PIŚMIENNICTWO

1. Dubas E. Edukacja dorosłych w sytuacji samotności i osamotnienia. Rozprawa habilitacyjna. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego; 2000.
2. McGraw J. Samotność – studium psychologiczne i filozoficzne. Warszawa: Wyd. Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej; 2000.
3. Domeracki P, Tryburski W. Zrozumieć samotność. Studium interdyscyplinarne. Toruń: Wyd. Uniwersytetu Mikołaja Kopernika; 2006.
4. Rembowski J. Samotność. Gdańsk: Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego; 1992.
5. Bauman Z. Socjologia. Poznań: Wyd. Zysk i S-ka; 1995.
6. Kalita Z. Człowiek i świat wartości. Aksjologia renesansowego humanizmu. Wrocław: Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego; 1993.

7. Rewer A. Skale kwestionariusza objawowego „O”. *Psychiatria Polska*. 2000; 34 (6): 931–943.
8. Dołęga Z. Samotność jako stan psychiczny – samotność jako cecha psychiczna. W: Domeracki P, Tyburski W. red. *Zrozumieć samotność. Studium interdyscyplinarne*. Toruń: Wyd. Uniwersytetu Mikołaja Kopernika; 2006.
9. Grzywa A. *Omamy i urojenia*. Wrocław: Wyd. Urban & Partner; 2000.
10. Alanen Y O. *Schizofrenia – jej przyczyny i leczenie dostosowane do potrzeb*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
11. Zimbardo PG, Ruch FL. *Psychologia i życie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1998.
12. Tsirigotis K, Gruszczyński W. *Schizofrenia – psychologia i psychopatologia. Wybrane zagadnienia psychologii w schizofrenii*. Kraków: Wyd. Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2005.
13. Bilikiewicz A. (red.) *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2001.
14. Boomsma DI, Willemsen G, Dolan CV, Hawkey LC, Cacioppo JT. Genetic and Environmental Contributions to Loneliness In Adults: The Netherlands Twin Register Study. *Behavior Genetics*. 2005; 35 (6): 745–752.
15. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków – Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Versalius” i Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
16. Mueser KT, Gingerich S. *Życie ze schizofrenią. Poradnik dla rodzin*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis; 2001.
17. Kępiński A. *Schizofrenia*. Warszawa: PZWL; 1972.
18. Kostecka M. *Dynamiczna indywidualna psychoterapia schizofrenii*. W: Meder J, Sawicka M. red. *Psychoterapia schizofrenii*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2006.
19. Gadacz T. *O samotności, o spotkaniu. Wypisy z ksiąg filozoficznych*. Kraków: Wydawnictwo Znak; 1995.

*Wpłynęło: 25.09.2007. Zrecenzowano: 21.11.2007. Przyjęto: 05.11.2008.*

*Adres: Anna Bieniarz, Katedra Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego, ul. Chodźki 1, 20-093 Lublin  
anna.note@wp.pl*