



## Negatywne konsekwencje stereotypów i uprzedzeń w diagnostyce i leczeniu zaburzeń psychicznych – opis przypadku

*Negative consequences of stereotypes and prejudice in the diagnostics  
and treatment of mental disorders – case report*

PIOTR ŚWITAJ, ANNA M. BEMBENEK

Z I Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

**STRESZCZENIE.** *Cel.* Przebieg zaburzeń psychicznych zależy często w znacznym stopniu od okoliczności, w jakich odbywa się leczenie oraz od związanych z nimi doświadczeń chorego. **Przypadek.** Przedstawiamy historię pacjenta, u którego długo niekorygowane błędy diagnostyczne, stereotypowa, zabarwiona lękiem i niechęcią postawa osób leczących oraz bardzo schematyczne leczenie doprowadziły do szczególnie niekorzystnego przebiegu zaburzeń psychicznych, kilkuletniej pełnej urazów hospitalizacji i znacznego upośledzenia funkcjonowania społecznego. Zmiana perspektywy i postępowania pozwoliły na odwrócenie niepomyślnego biegu wydarzeń. **Komentarz.** Na tym przykładzie chcemy pokazać negatywne konsekwencje stereotypów poznawczych i stygmatyzacji w diagnostyce i leczeniu psychiatrycznym oraz podkreślić potrzebę ich unikania.

**SUMMARY.** *Aim.* The course of mental disorders is often considerably affected by the circumstances of the patients' treatment and by their experiences in this process. **Review.** A case history is reported of a patient in whom diagnostic errors uncorrected for a long time, the therapists' anxiety-laden and unfriendly attitude, and a very schematic treatment resulted in a most unfavourable course of his mental disorders, the patient's hospitalisation for several years, and a severe impairment of his social functioning. An altered perspective and management have allowed to reverse the unfavourable course of events in this case. **Comments.** The reported case exemplifies negative consequences of cognitive stereotypes and stigmatisation in the process of psychiatric diagnosis and treatment. The necessity of avoiding such stereotypes and prejudices is emphasized by the authors.

---

**Słowa kluczowe:** stereotyp / stygmat / opis przypadku

**Key words:** stereotype / stigma / case report

---

Znaczenie postawy personelu medycznego wobec pacjenta dla efektów terapii jest niezmiernie istotne w całej medycynie, wydaje się jednak, że w psychiatrii szczególnie. Wynika to zapewne z faktu, że zaburzenia psychiczne mają szczególnie kontekst społeczny i często wiążą się z dystansowaniem się otoczenia wobec osób cierpiących na nie bądź wręcz ze społecznym odrzuceniem, na którego przejawy choroby są zwykle bardzo wyczu-

leni [1, 4, 5, 7, 10, 11]. Niestety psychiatrzy i inni pracownicy psychiatrycznej opieki zdrowotnej także nie są wolni od negatywnych stereotypów choroby psychicznej, którym często bezrefleksyjnie ulegają. Wielokrotnie pacjenci z żalem wskazują na ich udział w wytwarzaniu swoistego piętna choroby psychicznej [2, 3, 4, 9, 10]. Wiele przykładów takich negatywnych stereotypów może dostarczyć analiza języka psychiatrów, zwłaszcza potocznego

żargonu zawodowego. Wydaje się, że stereotypowe podejście do pacjentów bywa jedną z przyczyn niepowodzeń terapeutycznych, a czasem może utrudniać ustalenie właściwego rozpoznania. Diagnoza w psychiatrii, w przeciwieństwie do wielu innych dziedzin medycyny, rzadko poddaje się bezwzględnej obiektywizacji przez wymierne wyniki badań dodatkowych, a kontakt emocjonalny i wzajemne zaufanie między terapeutą a pacjentem odgrywają tu rolę trudną do przecenienia. Rutyna, schematy poznawcze, niedostatecznie kontrolowane emocje czy uprzedzenia mogą zaciemniać osąd psychiatry [8] oraz wpływać niekorzystnie na współpracę pacjenta w procesie diagnostycznym i terapeutycznym.

W pracy przedstawiamy losy pacjenta, w którego przypadku długo nie korygowane błędy diagnostyczne, negatywne postawy personelu medycznego oraz związana z nimi bardzo schematyczna strategia postępowania przyczyniły się do szczególnie niekorzystnego przebiegu zaburzeń psychicznych i znacznego pogłębienia trudności w funkcjonowaniu społecznym.

## OPIS PRZYPADKU

Pan Jan – lat 26, kawaler, z wykształceniem średnim z maturą, nie pracował. Oboje rodzice z wykształceniem wyższym. Mieszka tylko z matką. Ojciec zmarł 10 lat temu po długotrwałej chorobie. Ma młodszą o 5 lat siostrę, która rozpoczęła studia, mieszka samodzielnie i leczy się od roku z powodu zaburzeń odżywiania się.

Z obszernych informacji udzielanych przez matkę wiadomo, że pacjent urodził się dwa tygodnie po wyznaczonym terminie, poród był trudny, powikłany. Stwierdzono krwiak podokostnowy, który wkrótce wchłonął się samoistnie. Był dzieckiem nadpobudliwym i jednocześnie nieśmiałym, miał trudności w nawiązywaniu kontaktów z rówieśnikami. Od wczesnego dzieciństwa chorował na astmę oskrzelową, często miewał nasilone napady duszności, zwłaszcza nocą. Z tego

powodu przewlekłe stosowano sterydoterapię. Choroba powodowała narastającą izolację, ograniczanie kontaktów z rówieśnikami na rzecz zacieśniania więzi z matką i wzrastającego poczucia „inności”.

*Przebieg nauki i początku leczenia psychiatrycznego.* W 7 r.ż. po raz pierwszy był u psychiatry z powodu lęków i myśli o charakterze rezygnacyjnym i samobójczym. Od tego czasu pozostawał pod stałą opieką psychiatryczną.

Do szkoły podstawowej poszedł o czasie. W pierwszych trzech klasach miał duże trudności z nauką czytania i pisania, rozpoznano wówczas dysleksję i dysgrafię. W późniejszych klasach wyraźnie lepsze wyniki osiągał z przedmiotów humanistycznych, natomiast nie mógł sobie poradzić z przedmiotami ścisłymi, głównie z przeprowadzaniem operacji na liczbach i rozwiązywaniem zadań arytmetycznych. W sytuacjach oceny, odpowiedzi przy tablicy często nasilały się ataki duszności. Spotykał się wówczas z brakiem zrozumienia i krytyką ze strony nauczycieli, co miało wpływ na traktowanie go przez rówieśników. W klasie pełnił rolę „kozła ofiarnego”, koledzy z reguły okrutnie wyśmiewali się z jego trudności, nie szczędząc mu kolejnych szkalujących wyzisk.

W wieku 11 lat był poddany badaniom psychologicznym w PZP, na podstawie których ustalono poziom umysłowy powyżej przeciętnej, z nieharmonijnym rozwojem poszczególnych funkcji, ze znaczną przewagą inteligencji werbalnej nad niewerbalną (test Wechslera dla dzieci: w skali pełnej II = 118, w skali słownej II = 133, w skali bezsłownej II = 99). Najwyższe wyniki uzyskał wówczas w próbach badających bogactwo słownictwa oraz rozumienie norm społeczno-moralnych, natomiast najniższe – w próbach badających zdolność logicznego organizowania materiału, funkcje wzrokowo-przestrzenne i tempo uczenia się wzrokowo-ruchowego. Stwierdzono ponadto nasilenie reakcji neurotycznych, głównie z elementami lękowymi i kompulsywnymi oraz z tendencjami perfekcyjnymi.

Dokumentacja z PZP potwierdzająca kłopoty badanego i konieczność pozostawiania pod opieką psychiatryczną umożliwiła ukończenie o czasie szkoły podstawowej. Jednak w VIII klasie wyraźnie nasiliły się kłopoty z nauką, polegające na trudności w zapamiętywaniu i koncentrowaniu się na czytanim tekście, oraz dużej męczliwości. Był też drażliwy i poddenerwowany, częściej kłócił się z matką, przeszkadzał mu hałas, miał kłopoty z zasypianiem. Często wtedy poczucie napięcia tłumaczył sytuacją wyboru szkoły średniej.

Do wybranego liceum został przyjęty bez egzaminów, na podstawie wniosku z Poradni. I tutaj również od samego początku miał wiele kłopotów z nauką. Nie nadążał z pracą na lekcjach, był ciągle niespokojny i napięty, w sytuacji wywoływania do odpowiedzi nie mógł sobie przypomnieć wiadomości, których uczył się poprzedniego dnia i reagował silnymi bólami brzucha lub atakami duszności. W związku z tym aż do IV klasy kontynuował naukę w toku indywidualnego nauczania. Z dużymi trudnościami zdał maturę. Choć nauka w trybie indywidualnym była zdaniem pacjenta mniej obciążająca, to jednak powodowała jeszcze większą izolację od rówieśników i uczucie osamotnienia.

Ponieważ był zawsze osobą bardzo wierzącą, próbował znaleźć zrozumienie i przyjaźniół w środowisku młodzieży oazowej. Wyjeżdżał na wakacyjne rekolekcje, które jednak kończyły się przedwczesnym powrotem. W grupie młodzieży uświadamiał sobie bowiem bardzo mocno własne ograniczenia wynikające z astmy i niejasnych dla niego trudności z przystosowaniem się. Takie obserwacje rodziły niepokój, lęk i myśli rezygnacyjne. Podczas jednego z wyjazdów próbował się utopić. Kolejne próby odnalezienia się w grupie rówieśników nie przyniosły oczekiwanych rezultatów.

Pod koniec II klasy liceum zmarł ojciec pacjenta. Po pogrzebie badany zaczął się dziwnie zachowywać – ogolił brzytwą głowę, uszył sobie szatę z poszwy na kołdrę, w której chciał wyjść na ulicę, żeby nawra-

cać ludzi. Pod kontrolą lekarza psychiatry z poradni przyjmował wówczas leki „z powodu objawów depresyjnych”.

Po zdanej maturze pacjent rozpoczął nowicjat w męskim zgromadzeniu zakonnym. Marzył o życiu zakonnym i miał nadzieję, że wreszcie zrealizuje swoje pragnienia. Jednak po miesiącu doradzono mu rezygnację z powodu silnych ataków duszności i, jak twierdzili przełożeni, zachowań hipochondrycznych. Podjął jeszcze jedną próbę życia zakonnego w innym zgromadzeniu, tym razem zrezygnował sam, ponieważ czuł się przesładowany i poniżany przez przełożonych. W związku z tym, po długich rozmowach z matką zdecydował się na studia katechetyczne na wydziale teologicznym dla świeckich. Kontynuacja nauki okazała się jednak niemożliwa z powodu silnych bólów głowy, narastającego niepokoj, niemożności uczenia się, trudności w zapamiętywaniu i koncentracji, silnych ataków duszności, lęku i okresowo pojawiających się myśli rezygnacyjnych. Wobec tego po roku przerwał studia.

W trakcie wieloletniego leczenia ambulatoryjnego przyjmował głównie niewielkie dawki chlorprotiksenu, hydroksyzyny, okresowo również amitryptylinę.

*Historia opieki szpitalnej.* W wieku 21 lat był po raz pierwszy hospitalizowany psychiatrycznie, początkowo w oddziale całodobowym, a następnie dziennym, w sumie przez 12 miesięcy, z rozpoznaniem zespołu depresyjno-lękowego. Kolejny raz trafił do szpitala po 3 miesiącach z powodu obniżonego nastroju, lęku przed śmiercią, licznych dolegliwości somatycznych, zwłaszcza bólów brzucha. Uznano, że u podłoża tych objawów oraz nasilających się trudności w funkcjonowaniu leży wyuczona postawa bezradności i bierności, silna potrzeba zależności, z jednocześnie wygórowanymi aspiracjami i oczekiwaniami od otoczenia – rozpoznano zaburzenie osobowości. Po 2 tygodniach pacjent wypisał się na własną prośbę. Od tego czasu okresy względnie dobrego samopoczucia i funkcjonowania poza szpitalem psychiatrycznym były coraz krótsze. Jeszcze w tym samym

roku był kilkakrotnie hospitalizowany. W szpitalu klinicznym zweryfikowano diagnozę, rozpoznano schizofrenię nieodróżnicowaną. W obrazie zaburzeń dominowały w tym czasie liczne dolegliwości somatyczne, niepokój, obniżenie nastroju, okresowo z myślami i tendencjami samobójczymi oraz zaburzenia myślenia, które opisywano jako „zatarcie granic „ja”, uciekanie i odciąganie myśli”. Po kolejnej próbie samobójczej w 23 r.ż. (wypicie nafty) w oddziale toksykologii rozpoznano reakcję depresyjną u osoby z nieprawidłową osobowością. Jednak w czasie kolejnych hospitalizacji utrzymywano rozpoznanie schizofrenii nieodróżnicowanej lub paranoidalnej w stadium objawów negatywnych. Od 2000 r. był już ciągle hospitalizowany w trybie stacjonarnym bądź dziennym. Stawał się coraz bardziej bierny, zalegał w łóżku, wycofywał się z kontaktów z ludźmi, koncentrował się na bardzo licznych dolegliwościach somatycznych. Stopniowo w obrazie klinicznym zaczęły dominować napadowe stany lękowe oraz zachowania agresywne i autoagresywne. Pojawiło się też przekonanie o odrzuceniu przez Boga, potępieniu. Pacjent nie radził sobie z lękiem i impulsami agresywnymi. W zasadzie jedyną strategią radzenia sobie z nimi było wymuszanie unieruchomienia. Zbyt łatwe, jak się wydaje, uleganie tym żądaniom pacjenta przez personel oraz nieproponowanie alternatywnych metod radzenia sobie z objawami doprowadziło do sytuacji, w której pacjenta unieruchamiano coraz częściej. Po zwolnieniu z unieruchomienia przejawiał coraz bardziej gwałtowne zachowania agresywne i praktycznie zaprzestał prób samodzielnego poruszania się poza oddziałem. Zwiększanie dawek neuroleptyków, w tym również klopazyny oraz stosowanie ich w różnych, czasem dość ryzykownych kombinacjach, zupełnie zawodziło.

W szpitalu, w którym przebywał zdecydowanie najdłużej, uważany był za „postrach oddziału”. Personel obawiał się go, równocześnie przynajmniej niektórzy lekarze, pielęgniarki i sanitariusze nie szczędzili mu obraźliwych epitetów, czasem nawiązujących

do rozpoznanej u niego schizofrenii. Zdarzało się, że w przypadku jakichkolwiek oznak pobudzenia, rozdrażnienia czy niepokoju, pacjent był wręcz zachęcany do założenia kaftana bezpieczeństwa lub prowokowany do zachowań agresywnych. Stany dysforyczne i agresja występowały wyraźnie częściej w czasie, gdy dyżur pełniły osoby ujawniające lęk przed pacjentem i nie potrafiące powstrzymać się od piętnujących określeń. Prośba matki o rozszerzenie oddziaływań terapeutycznych spotkała się z odpowiedzią, że „ze schizofrenikami się nie gada”.

### Aktualne działania terapeutyczne

Do Instytutu został skierowany po przewlekłej, niemal 3-letniej hospitalizacji. W skierowaniu zapisano, że mimo wielorakiego leczenia stan psychiczny pacjenta systematycznie pogarszał się. Poza tym zawierało ono dość znamienne zalecenie: „w razie niepokoju kaftan”. Przywieziony został w kaftanie bezpieczeństwa, na dużych dawkach leków przeciwpsychotycznych (perfenazyna 72 mg/die + chloropromazyna 300 mg/die).

Przy przyjęciu nawiązał rzeczowy kontakt utrudniony jednak przez znaczną rozwlekłość, drobiazgowość wypowiedzi oraz nasilone zaburzenia koncentracji. Zachowywał się spokojnie, syntonicznie, był w nieznacznie obniżonym nastroju z tendencją do drażliwości. Skarżył się na liczne dolegliwości somatyczne, okresowo przejawiał nasilony lęk, niepokój, przygnębienie, myśli rezygnacyjne oraz niezdolność kontrolowania impulsów agresywnych. Czuł się odrzucony przez Boga, obawiał się potępienia, był przekonany, że niekontrolowane zachowania agresywne są spowodowane działaniem szatana. Dość charakterystyczne, że wycofał się z tych sądów po rozmowach z księdzem, choć jeszcze kilkakrotnie podobne wątpliwości nasuwały mu się, gdy nie był w stanie zapanować nad impulsami agresji. Zdecydowano o stopniowym odstawieniu neuroleptyków. Początkowo mimo nalegań ze strony personelu pacjent nie zgadzał się na zdjęcie kaftana bezpieczeństwa. Został zwolniony z unieru-

chomienia dopiero po 2 dniach. Odstawienie neuroleptyków nie spowodowało pogorszenia stanu pacjenta. W ciągu kilku pierwszych tygodni zdarzały się stany dysforii, w czasie których pacjent był w trudnym kontakcie, wykrzykiwał wulgaryzmy, groził, że dokona samookaleczenia lub pobije kogoś, domagał się unieruchomienia. Poza jednym przypadkiem stosunkowo niegroźnego samouszkodzenia (rozkrwał sobie dłoń), nie realizował groźb. Stany dysforii zwykle mijały samoistnie, po czym pacjent przeproszał za swoje zachowanie. W pierwszym okresie hospitalizacji był kilkakrotnie unieruchamiany, z czasem jednak coraz rzadziej i na coraz krótszy okres, po raz ostatni 3 tygodnie po przyjęciu. Zachęcano pacjenta do szukania innych sposobów redukcji napięcia i niepokoju, starano się nie ulegać jego początkowo dość częstym prośbom o unieruchomienie. Podawano karbamazepinę i kwas walproinowy, a w późniejszym okresie także doksepinę. Pacjent coraz rzadziej rozdrażniał się, natomiast wzrosła jego aktywność, nawiązał kontakty z innymi pacjentami, mniej koncentrował się na dolegliwościach somatycznych. Nie ujawniał żadnych objawów wytwórczych. Dużą trudność sprawiało mu nadal samodzielne wychodzenie poza oddział. Po niespełna 2 miesiącach, w celu dalszej rehabilitacji został przeniesiony do oddziału zapobiegania nawrotom.

W przeprowadzonych tam ponownie badaniach psychologicznych stwierdzono spadek funkcjonowania intelektualnego (test Wechslera WAIS-R: skala pełna II = 90, skala słowna II = 92, skala bezsłowna II = 87), wyraźny deficyt w zakresie operacji logicznych na liczbach, zaburzenia funkcji wzrokowo-przestrzennych, cechy apraksji konstrukcyjnej oraz zaburzenia pamięci operacyjnej i krótkotrwałej wzrokowej. Wnioski z tych badań wskazują na istotną dysfunkcję ośrodkowego układu nerwowego.

W ośrodku pacjent uczestniczył w terapii indywidualnej i grupowej, ze szczególnym uwzględnieniem różnych elementów terapii poznawczo-behawioralnej. Początkowo umoż-

liwiono mu odreagowanie silnych emocji związanych z traumatycznymi przeżyciami z wcześniejszych hospitalizacji oraz innych trudnych momentów życiowych. Historia jego życia obfitowała w sytuacje, w których czuł się odrzucony, szkalowany, niezrozumiany. Ujawnienie traumatycznych sytuacji i napięć spotkało się ze zrozumieniem i wsparciem ze strony społeczności terapeutycznej, co przyniosło ulgę pacjentowi i jednocześnie umożliwiło dalszą pracę terapeutyczną. Podczas indywidualnych treningów uczył się nowych metod radzenia sobie z napięciem i lękami. Dla podtrzymania nowych, celowych działań pacjenta terapeuta stosował liczne gratyfikacje. Oprócz różnych technik terapeutycznych, istotna w całym procesie rehabilitacji okazała się przede wszystkim atmosfera życzliwego wsparcia ze strony społeczności terapeutycznej, pielęgniarek oraz dobry kontakt z lekarzem i terapeutą.

Podczas pobytu w oddziale jeszcze dwukrotnie obserwowano u pacjenta silne rozdrażnienie, z pobudzeniem ruchowym i wykrzykiwaniem wulgaryzmów, które mijało samoistnie po dłuższej rozmowie z lekarzem i terapeutą oraz zastosowaniu wybranej metody redukcji napięcia. Pacjent opuścił ośrodek w wyrównanym stanie psychicznym, z realnymi planami na najbliższą przyszłość. Ostatecznie rozpoznano: zespół lękowo-depresyjny i organiczne zaburzenia osobowości.

*Informacje katamnesticzne*, obecnie już ponad roczne, wskazują na stabilny stan psychiczny i stopniowe odzyskiwanie utraconego miejsca w życiu.

## KOMENTARZ

Opisany przypadek wydaje się nam wart przytoczenia z dwóch względów: (1) pozwala przedstawić i analizować pojawiające się nierzadko w podobnych sytuacjach wątpliwości diagnostyczne oraz (2) dobitnie ukazuje negatywne konsekwencje stereotypowego, schematycznego podejścia do pacjenta i rutyny w działaniach personelu.

Wydaje się, że rozpoznanie schizofrenii u opisywanego przez nas pacjenta oparto na skąpych, zdecydowanie niewystarczających przesłankach. W zasadzie w dostępnej nam dokumentacji medycznej trudno było się doszukać argumentów, które przesądziły o ustaleniu błędnego rozpoznania, a co jeszcze bardziej zastanawiające, o obstawaniu przy nim przez kilka lat, mimo zupełnej nieskuteczności stosowanego leczenia przeciwpsychotycznego oraz dość oczywistych przesłanek wykluczających. Przede wszystkim, naszym zdaniem, za rozpoznaniem schizofrenii nie przemawiał obraz kliniczny. Spośród licznych objawów w zasadzie tylko jeden („zatarcie granic „ja”, uciekanie i odciąganie myśli”) przypomina przeżycia charakterystyczne dla schizofrenii (urojenia oddziaływania, zaburzenia rozgraniczania własnego Ja), jednak nader lakoniczny zapis rodzi wątpliwość, czy opisane zaburzenia nie były raczej nietypowo wyjaśnianymi zaburzeniami koncentracji uwagi, pochodnymi organicznego uszkodzenia o.u.n., uderzającymi zarówno w obrazie klinicznym, jak i w testach psychologicznych. Zwłaszcza, że dokumentacja nie wskazywała na trwałość takich treści. Nigdy u pacjenta nie występowały halucynacje, natomiast mówił on o odrzuceniu przez Boga i potępieniu oraz uważał, że nieopanowane impulsy agresywne są spowodowane działaniem szatana lub wręcz opętaniem. Traktując te wyjaśnienia dosłownie, można by widzieć w nich typowe dla schizofrenii urojenia oddziaływania czy owładnięcia. Jednak wydaje się, że należy je oceniać w szerszym kontekście, uwzględniając psychologiczny, społeczny i kulturowy kontekst sytuacji życiowej [12]. Pan Jan był osobą głęboko wierząca, religijny wymiar egzystencji uważał zawsze za najważniejszy, równocześnie w związku z powtarzającymi się od wczesnego dzieciństwa silnie traumatyzującymi przeżyciami miał wybitnie zaniżoną samoocenę i łatwo reagował poczuciem winy. Powtarzające się stany dysforyczne i zachowania agresywne, nad którymi zupełnie nie panował, były dla niego szczególnie niezrozumiałe i bardzo bo-

leśnie przeżywane. Wydaje się, że opisane przekonania nie spełniają kryteriów urojeń, a mogą być uznane za psychologicznie zrozumiałą, choć dość prostą próbę zintegrowania nieakceptowanych i niekontrolowanych przez pacjenta przeżyć i zachowań z wyznawanym przez niego światopoglądem. Pewne znaczenie diagnostyczne może tu mieć również fakt, że, duże dawki leków przeciwpsychotycznych nie miały żadnego wpływu na powyższe interpretacje pacjenta, wystarczyły natomiast rozmowy z księdzem, aby dość szybko się z nich wycofał. Nie można również uznać za dostateczną przesłankę rozpoznania schizofrenii narastającej dezadaptacji społecznej i stopniowego wypadania z ról życiowych, zwłaszcza że, jak się później okazało, zjawiska te miały w tym przypadku bardzo złożone uwarunkowania i w dużym stopniu odwracalny charakter.

Zarówno obraz kliniczny (rozwlekłość, drobiazgowość wypowiedzi, nasilone zaburzenia pamięci i koncentracji uwagi, drażliwość, trudności w kontroli emocji, żywy, dostosowany afekt, brak typowych objawów wytwórczych), dane z wywiadu (powikłany poród, występujące od dzieciństwa napady duszności i związana z tym konieczność przewlekłego stosowania sterydów), jak i wreszcie wyniki testów psychologicznych dość jednoznacznie wskazywały na organiczne podłoże zaburzeń.

Sprawa różnicowania oraz analiza przesłanek błędnego rozpoznania jest ważna z dydaktycznego punktu widzenia, ale uważamy, że kwestią nie mniej istotną i być może pierwotną przyczyną niepowodzenia w terapii był stereotypowy, czy wręcz stygmatyzujący stosunek do pacjenta osób leczących. Rozbieżności diagnostyczne w przypadku niejasnych przesłanek mogłyby być zrozumiałe, choć rozpoznanie schizofrenii ze względu na jego piętnujący charakter [6] należałoby zarezerwować dla przypadków nie budzących wątpliwości. Trudniej zrozumieć utrzymywanie błędnego rozpoznania i brak próby rewizji nieskutecznego leczenia przez tak długi okres, bo nie można za taką uznać

kolejnych zmian neuroleptyków. Można przypuszczać, że przyczyniło się do tego zrutynizowanie procesu diagnostycznego i terapeutycznego, sprzyjające wyborom „na skróty” – przedwczesnego rozpoznania schizofrenii na podstawie niepewnych przesłanek lub łatwiejszej (unieruchomienie) strategii radzenia sobie z agresją pacjenta zamiast jej bardziej czasochłonnnych i obciążających alternatyw psychoterapeutycznych (np. poprawa samooceny, przesunięcie uwagi, przedefiniowanie sytuacji). Rutyna reakcji spowodowała, że pobudzenie pacjenta w zasadzie automatycznie uruchamiało procedurę przymusu bezpośredniego (zalecenie „w razie niepokoju kaftan”). Jednak można sądzić, że w tym przypadku w relacjach personelu z pacjentem doszło do bardziej niekorzystnych zjawisk – pacjent został zdefiniowany jako „schizofrenik”, co uruchomiło negatywny, stygmatyzujący stereotyp działania („ze schizofrenikami się nie gada”). Stereotypy choroby psychicznej (w tym: schizofrenii) są głęboko zakorzenione w świadomości społecznej, a pracownicy instytucji psychiatrycznej nie muszą być od nich wolni. Przypadek pana Jana pozwala unaocznic specyficzny status rozpoznania choroby psychicznej, które często jest nie tylko opisem rzeczywistości klinicznej, ale także etykietą o silnie wartościującym niechętnym zabarwieniu, albo nawet stygmatem oddziałującym na relacje człowieka z innymi i na jego tożsamość [5]. Doświadczenie uczy, że w szczególny sposób dotyczy to rozpoznania schizofrenii, którego pacjenci często bardzo się obawiają i wstydzą. Nie zamierzamy oczywiście twierdzić, że u pana Jana samo rozpoznanie schizofrenii spowodowało pogorszenie stanu psychicznego i pogłębiło trudności w funkcjonowaniu społecznym. Nie zawsze i nie wszędzie musi ono także wiązać się z negatywnymi postawami lub niechęcią wobec pacjentów, nie zawsze musi stawać się dla nich piętnem. Wydaje się jednak, że w tym przypadku niestety tak się stało, a nieuzasadnione rozpoznanie schizofrenii mogło stanowić etykietę ogniskującą poczucia lęku i bezradności

wobec pacjenta, a zarazem wydarzenie inicjujące lub utrwalające niekorzystne zjawiska w terapii. Z drugiej strony sam pacjent, który bardzo przeżywał fakt rozpoznania u niego schizofrenii i wielokrotnie dopytywał się o istotę tej choroby, szczególnie łatwo spełniał oczekiwania i obawy osób opiekujących się nim. Regułą było, że najbardziej gwałtowne zachowania agresywne miały miejsce w obecności sanitariusza, który nie potrafił ukryć silnego lęku przed pacjentem. Wydaje się, że w ten sposób negatywne emocje po obu stronach relacji terapeutycznej wzajemnie się wzmacniały. Być może przynajmniej częściowo tłumaczy to narastanie objawów i eskalację przemocy w postępowaniu.

Prawdopodobnie sama zmiana miejsca pobytu pacjenta i przeniesienie do innego środowiska instytucjonalnego stały się czynnikiem wystarczającym do odwrócenia niekorzystnego biegu wydarzeń. Zastanawiające, że u pacjenta, który kilka ostatnich lat spędził w szpitalu, z czego znaczną część w unieruchomieniu, tak wyraźną poprawę udało się uzyskać przy zastosowaniu dość skromnych środków, wśród których szacunek i wzajemne zaufanie należały, naszym zdaniem, do najważniejszych, bo umożliwiły przerwanie błędnego koła, w które popadł proces terapeutyczny. Wolna od uprzedzeń i stereotypów analiza obrazu i przebiegu zaburzeń u pacjenta pozwoliła odrzucić błędne rozpoznanie i zrationalizować farmakoterapię, co w połączeniu z pozytywnym wsparciem ze strony personelu umożliwiło realizowanie bardziej aprobującej strategii postępowania, która okazała się zadziwiająco skuteczna.

## PIŚMIENNICTWO

1. Bhugra D: Attitudes towards mental illness: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand.* 1989; 80: 1–12.
2. Chaplin R: Psychiatrists can cause stigma too. *Br J Psychiatry.* 2000; 177: 467.
3. Corker E: Stigma caused by psychiatrists. *Br J Psychiatry.* 2001; 178: 379.

4. Dickerson FB, Sommerville J, Origoni AE, Ringel NB, Parente F: Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Bull.* 2002; 28: 143–155.
5. Goffman E. *Stigma: notes on the management of spoiled identity.* Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1963.
6. Lee S: The stigma of schizophrenia: a transcultural problem. *Curr Opin Psychiatry.* 2002; 15: 37–41.
7. Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA: Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health.* 1999; 89: 1328–1333.
8. Macrae CN, Stangor Ch, Hewstone M. red. *Stereotypy i uprzedzenia.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1999.
9. Sartorius N: Iatrogenic stigma of mental illness. *BMJ.* 2002; 324: 1470–1471.
10. Wahl OF: Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bull.* 1999; 25: 467–478.
11. Wciórka B, Wciórka J: Stereotyp i dystans – choroby psychiczne i chorzy psychicznie w opinii społeczeństwa polskiego (1996 i 1999). *Post Psychiatr Neurol.* 2000; 9: 353–382.
12. Wciórka J. *Psychopatologia.* W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J. red. *Psychiatria t. 1.* Wrocław: Urban & Partner; 2002.

*lek. Piotr Świtaj, I Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii  
Al. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa*