

ZNACZENIE DIAGNOZY DLA TOŻSAMOŚCI PACJENTA CZ. 1: OD ZAPOZNANIA DO ROZPOZNANIA

A MEANING OF DIAGNOSIS TO THE PATIENT'S IDENTITY. PART 1: BETWEEN MISRECOGNITION AND RECOGNITION

Zakład Psychologii Zdrowia Instytutu Psychologii UJ
Kierownik zakładu: prof. dr hab. Władysława Pilecka

diagnosis identity insight

Autorzy artykułu przedstawiają szerokie spektrum możliwego wpływu diagnozy psychiatrycznej, stanowiącej swoisty przykład metafory miecza obosiecznego używanego przez profesjonalistów. Opisują w nim swoistą typologię „tożsamości postdiagnostycznych” wynikających z akceptacji lub odrzucenia tej diagnozy przez pacjentów. Powyższe tożsamości istotnie warunkują zarówno dalszą terapię, jak i ich funkcjonowanie społeczne.

Summary: In the article, we reflect on different meanings and courses of recognition in psychiatry, in other words: on ways in which a diagnosis affects the patient's identity. Viewpoints of both diagnostician and the diagnosed are examined. In the case of a patient, we take into account an impact of the diagnosis on both personal identity (internalized patient's identity, the diagnosis as new identity, impoverishment of self-image through medicalized language of one's own experiences' descriptions, but also an integration of fragmented self-knowledge via diagnosis) and social identity (so-called post-diagnostic identities that express different attitudes towards the obtained diagnosis). When discussing post-diagnostic identities, we introduce the notion of insight as a mediator between the former identity and the identity arisen on the ground of diagnosis. The very category of insight as well as stands of objectivity and biologism, are problematised then. There is also a place for deliberations on (traditional and alternative) psychiatric language in the use of not only clinicians but also patients and their families.

Wprowadzenie

Stawianie diagnoz (rozpoznań) należy do podstawowych zadań wykonywanych przez klinicystów. Często staje się ono pewnym nawykiem, automatyzmem, innymi słowy: procedurą czy też — jak chcą postpsychiatrzy — technologią [1]. Zdajemy sobie sprawę z tego, iż sytuacja (instytucjonalna, prawna, etc.) w pewnym sensie wymusza tego rodzaju postępowanie. Wiemy jednak i to, że skutki owej procedury (technologii) nie ograniczają się do prostego „dania pacjentowi słowa”, ale oddziałują na niego, niejednokrotnie zmieniając go nie do poznania (w jego własnych oczach lub/i cudzych).

Diagnoza (rozpoznanie) jest słowem, które działa. Ten, kto je daje (klinicysta), wpływa na tego, komu je daje (pacjent), rozpoznając w nim to, co mu daje (diagnoza). Diagnoza, uchodząc za rozpoznanie, w istocie ingeruje w proces rozpoznawania siebie przez pacjenta: bogatszy o słowo (zarazem może sam uboższy), którego wcześniej nie znał (a jeśli znał,

nie używał do opisu siebie) pyta: kim jestem? Jak mnie widzą, tak mnie piszą (mówią)? Jak mnie piszą (mówią), tak mnie widzą? Jestem, kogo nie widzą (nie mówią, nie piszą)? Jestem kogo ze mnie robią? Diagnoza — choć zwykle mówimy, że się ją stawia, rozpoznając kogoś jako kogoś, kto coś ma (lub: komu coś jest) — w istocie temu, komu „ją postawiono”, stawia pytania: co mnie wiąże z diagnozą, jaką mi przypisano? Czy mam z nią coś wspólnego? Jeśli nie potrafię rozpoznać w niej siebie, to czy jest moja? Namysł nad diagnozą nie może więc pominąć namysłu nad jej znaczeniem dla tożsamości osób diagnozowanych.

Artykuł jest próbą odpowiedzi na pytanie o związek między stawianiem diagnoz a ich tożsamością. Teren naszych poszukiwań będzie rozległy: od psychiatrii biologicznej, poprzez psychiatrię egzystencjalną, po postpsychiatrię. Wsparciem dla nich jest nasze doświadczenie kliniczne: uczy ono, że drogi rozpoznania tożsamości i jej zapoznania w praktyce klinicznej niebezpiecznie dla pacjenta zbliżają się do siebie. Powodem naszego pisania jest pytanie, jak diagnozować, by diagnozy znaczyły, nie naznaczając piętnem pojęcia. Z uwagi na rozległość terenu poszukiwań, dzielimy je na dwie części. Obydwie odpowiadają na to samo pytanie, przy czym pierwsza skupia się bardziej na relacji z aktualnego stanu rzeczy, a druga zawiera propozycje zmian i dalsze „sproblematyzowanie” tematu.

Przypomnijmy jeszcze, że w polskim piśmiennictwie podobne rozważania podjął Bogdan de Barbaro w artykule o schizofrenii [2]. Wynika z niego m.in., że schizofrenia jest chorobą, ale nie daje się zamknąć w języku medycznym. Samo to określenie jest ponadto wedle autora przestarzałe, nieprecyzyjne, a nawet szkodliwe, tak dla terapii, jak i dla tożsamości pacjenta. Autor bowiem pyta: „Czego zaniechano, albo co zrobiono, że tożsamość pacjenta została zredukowana do posiadania schizofrenii lub bycia schizofrenikiem?” [2, s. 59].

Drogi rozpoznania, czyli tożsamości?

Realnością psychiczną, na którą w szczególny sposób może wpływać diagnoza, jest tożsamość. Na ich powiązanie wskazuje już samo słowo „rozpoznanie”, będące zarówno synonimem diagnozy, jak i odkrywaniem tożsamości, własnej bądź cudzej. Diagnoza z natury rzeczy definiuje, tożsamość (przynajmniej w aspekcie przedmiotowym — zob. niżej) niejako opiera się na definicjach, jest definiowalna, czyli określana i zazwyczaj — mniej lub bardziej — określona (taką tożsamość nazywamy w psychologii „osiągniętą”, w odróżnieniu od chociażby „rozproszonej” [3]). Żeby jednak coś określić, najpierw trzeba rozpoznać. W tym drugim znaczeniu „rozpoznania”, ściśle związanym z tożsamością, idziemy za Ricoeuem [4], który zresztą ujmuje je w trojaki sposób. Gdyby odnieść te Ricoeurowskie rozumienia rozpoznania do okoliczności diagnozy (z perspektywy diagnosty), moglibyśmy rozpoznać następujące trzy sytuacje. Pierwszą z nich stanowiłaby identyfikacja, która zachodzi, gdy odnoszę drugiego, który do mnie przychodzi, do kategorii czy pojęcia znanego mi skądinąd. Inaczej mówiąc, to, co widzę, odnoszę do tego, co wiem (ze studiów, z podręczników, z klasyfikacji DSM/ICD). Jako że nie odnoszę tego, co pamiętam, do tego, kogo widzę, nie rozpoznaję tym samym pacjenta jako kogoś znajomego, lecz dopasowuję nieznanego (nieznajomego) do znanej kategorii nozologicznej.

W drugiej sytuacji dochodzi do uznania za prawdę, czyli potwierdzenia tego, co widzę (w wersji fenomenologicznej, czyli modernistycznej) lub (w wersji postmodernistycznej) uzgadniania tego, co widzimy wspólnie z pacjentem. Zgodnie z trzecim rozumieniem rozpoznania, „przyznaję z wdzięczności, że jestem [pacjentowi] zobowiązany” [4, s. 247]. Mówiąc inaczej, potwierdzam, że dostrzegam jego pojawienie się przede mną jako znaczące: zawdzięczam mu kredyt zaufania, jakim darzy mnie „w ciemno” (choć nie musi), i w odpowiedzi na ten dar, z wdzięczności, potwierdzam wobec niego swoje zobowiązanie. Częścią tego zobowiązania jest to, że odnosząc się do pacjenta nie mogę ograniczyć się jedynie do tego, co „o nim wiem”: co widzę i co potrafię porównać z tym, co już wcześniej widziałem, ale muszę jednocześnie, starając się go zrozumieć, „wyjść poza dostarczone informacje” i oddać się myśleniu, które za Arendt nazwijmy refleksyjnym [5], za Jungiem fantazyjnym [6], a za Bionem zamyśleniem [7]. Tak szeroko pojmowane rozpoznanie wiąże się nie tyle z negacją, co z uzupełnieniem wiedzy (tutaj: tego, co widzę) o znaczenia (tutaj: co znaczy to, co widzę i kogo znaczy) i niesie uprawomocnienie pacjenta jako osoby, której winien jestem zobowiązanie. Pacjent wyraża to, co znaczące, poprzez to, co symptomatyczne. Symptom znaczy życie pacjenta, toteż drogi jego rozpoznania się nie kończą, są w zasadzie bez mety, przyjmując postać dociekań, których, z uwagi na dobro pacjenta, nie powinno poddawać się petryfikacji w obraz czy przedstawienie. Stoi bowiem za nimi to, co żywe, dynamiczne, raz to progresywne, raz regresywne, modernistycznie historyczne i postmodernistycznie płynne zarazem. Wyrazem tych napięć pomiędzy stałością a zmiennością jest właśnie tożsamość człowieka.

W psychologii tożsamość jest różnorako rozumiana i definiowana. W niektórych publikacjach wyraźnie wyodrębnia się ten konstrukt od jemu podobnych (podmiotowości, Ja, osobowości) [8], a nawet różnicuje samą tożsamość od poczucia tożsamości [9]. W niniejszym szkicu nie będziemy się wdawali w tego rodzaju teoretyczne dywagacje, celowo rzecz upraszczając, uznajemy bowiem, że tożsamość jest odpowiedzią na pytanie „kim jestem?” wraz z uzgodnieniem tejże odpowiedzi z odpowiedziami, które pojawiają się w wyniku pytania: „jak mnie widzą inni?”. Dokonując zaś syntezy najważniejszych psychologicznych koncepcji tożsamości osobistej (w pewnym odróżnieniu od jej aspektu społecznego), stwierdzamy, że jej rdzeń stanowi z jednej strony pewnego rodzaju samoświadomość ukierunkowaną na najważniejsze dla danego indywiduum wyznaczniki i składowe Ja (cechy schematowe, specyficzne, relewantne; zob. [10, 11, 12]; to tzw. tożsamość przedmiotowa), skutkującą właśnie owym rozpoznanem (przez sam podmiot), z drugiej zaś — wewnętrzne, niekoniecznie uświadamiane, przeświadczenie co do odrębności siebie od innych, własnej ciągłości w czasie, spójności międzysytuacyjnej i poczucia posiadania wewnętrznej treści [13], jak również unikalności, skuteczności [14], zgodności ze sobą czy wewnętrznej integracji [15]. Wszystkie te „poczucia” składają się na podmiotowy aspekt tożsamości. Inne ważne rozróżnienie służy dostrzeżeniu w tożsamości wymiaru osobistego i społecznego. O ile ten pierwszy można przyrównać do rewersu monety, drugi byłby jej awersem. Tożsamość społeczna obejmuje bowiem to, co z reguły bardziej na powierzchni, związane ze środowiskiem i z kulturą. Chodzi więc zarówno o najważniejsze dla jednostki role (np. rodzinne, zawodowe), przynależności grupowe oraz najbliższe relacje interpersonalne. Tożsamość osobista jest zaś bardziej ukryta i ma charakter stricte

wewnątrzpsychiczny, zawierając to, co najważniejsze dla danej osoby w niej samej (wybrane cechy osobowości, umiejętności, etc.).

Jak celnie konstatuje Grzegorek [9], w następstwie takich ujęć nie sposób rozminąć się z prawdą w sytuacji, gdy ktoś zapytuje samego siebie, jaka jest jego tożsamość. Można więc postrzegać siebie jako kogoś odważnego, kreatywnego lub mało interesującego, ponieważ w taki sposób dobiera się fakty i doświadczenia, poddając je wtórnie egosyntonicznej, by tak rzec, interpretacji, podczas gdy „obiektywnie” (tj. we względnie zgodnej opinii sędziów kompetentnych w postaci np. przyjaciół) rzecz może mieć się zgoła inaczej. O ile w psychologii takie „subiektywne” rozumienie tożsamości dominuje (co ciekawe, łącząc tak odmienne paradygmaty jak chociażby psychologia analityczna Junga, z jej zasadą realności psychicznej, z psychologią poznawczą), może ono w pewnych warunkach istotnie stać w sprzeczności z tym, kim „naprawdę” się jest. To drugie rozumienie tożsamości, „obiektywne”¹ i zewnętrzne właściwe jest tradycyjnej psychiatrii, a przejawia się szczególnie w diagnostyce psychiatrycznej. Wedle Kaplana i Sadock, w przypadku osób psychotycznych — do których, nawiasem mówiąc, będziemy się najczęściej odnosić w niniejszym tekście — nie można mówić o zmianie tożsamości (kiedy np. chory uważa, że jest Chrystusem), ponieważ „chorzy mogą być urojeniowo przekonani, że posiadają zmienioną tożsamość” [cyt. i podkr. za: 9]².

Konkluzja Grzegorka jest następująca: „ktokolwiek zapyta o osobowość Iksa, otrzyma tę samą odpowiedź, natomiast różne osoby pytające o jego tożsamość — nie” [9, s. 61]. Tak więc tożsamość, mimo że podobnie jak osobowość obejmuje zespół właściwości psychicznych, stanowi o wiele większe wyzwanie dla intersubiektywnej zgodności. Nie istnieje tutaj bowiem odpowiednik kwestionariusza osobowości³, decydujące jest za to nastawienie poznawcze pytającego, jego oczekiwania, motywy, cele i prekonceptualizacje. Innymi słowy, chodzi o te właściwości, „których obecność (bądź brak) u Iksa jest subiektywnie ważna dla tego, kto pyta o jego tożsamość” [9, s. 61]. Dlatego właśnie, naszym zdaniem, istotne w diagnostyce psychiatrycznej jest rozpoznanie odmiennych tożsamości pacjenta (autorstwa tak klinicysty, jak i samego pacjenta, a czasami także jego najbliższych) oraz uwzględnienie ich wszystkich w procedurze diagnostycznej. Nie jest to proste, a jednym

¹ Przymiotnik ten ujmujemy w cudzysłów, ponieważ zgadzamy się ze wspomnianymi na końcu artykułu postpsychiatrami, iż obiektywność w zasadzie nie jest nam dostępna. Jako uzupełniająca argument wobec tych właściwych postmodernizmowi, podajmy, że Helen Longino [za: 16] proponuje inne rozumienie obiektywności jako tworzonej we współdziałaniu dwóch lub więcej jednostek. Wnioski jednej z nich powinny być poddawane ciągłej analizie krytycznej i modyfikacji innych członków społeczności. W związku z tym powinny być spełnione następujące warunki: 1) zgoda co do potrzeby poddania krytyce, 2) podzielane standardy takiej krytyki, 3) responsywność członków społeczności wobec niej, 3) dzielenie się autorytetem intelektualnym przez wszystkich uczestników. Mimo że zalecenia tej filozofii nauki odnoszą się do badań empirycznych, zarówno my, jak i przytaczająca te sugestie przed nami Ross, uważamy, że znalazłyby one swoje uzasadnienie także na terenie psychiatrii.

² Uzupełnijmy, że Kaplan i Sadock podają w tym miejscu drugą możliwość — dyfuzję tożsamości, zachodzącą u osób o strukturze osobowości psychotycznej oraz borderline.

³ Co nie znaczy, że nie istnieją kwestionariusze, mierzące różne wymiary czy statusy tożsamości [17, 18].

z powodów tych trudności są tzw. psychiatryczne gry językowe [19], czyli arbitralnie konstruowane w języku i przenoszone w życie opisy definiujące kondycję psychologiczną danej osoby i pozostawiające ją bezwolną na polu samookreślenia. Jest to rodzaj władzy interpretacyjnej, która jednostce jej podległej odbiera władzę rozumu, a przynajmniej rozumienia siebie samej po swojemu. Jednym z przykładów psychiatrycznych gier językowych jest nacisk, jaki tradycyjna psychiatria kładzie na wgląd. Podkreślimy, że chodzi nam o wgląd w rozumieniu psychiatrycznym, ograniczający się w zasadzie do uznania, że jest się chorym („wgląd w chorobę”). Niewiele ma to wspólnego z wglądem uzyskiwanym przez pacjenta w trakcie psychoterapii wglądowej.

Tożsamość przyjęta a tożsamość osobista

Proces przechodzenia od diagnozy, poprzez wgląd, do tożsamości, jest wieloaspektowy i wydaje się, że można w nim wyróżnić następujące „ciągi” zdarzeń: 1) jednego dnia jestem Iksem, następnego Iksem chorym psychicznie, 2) jednego dnia jestem Iksem, następnego np. schizofrenikiem, 3) jednego dnia jestem Iksem, drugiego np. Jezusem Chrystusem, trzeciego psychotykiem, 4) jednego dnia jestem Iksem, choć nie wiem, co to znaczy, następnego zaś jestem Iksem z diagnozą schizofrenii, co tłumaczy wszystkie te niezrozumiałe okoliczności, które miały we mnie swój udział. Omówmy teraz powyższe sytuacje, zaznaczając, że na każdą z nich niebagatelny wpływ ma jakoś „wglądu”, które to pojęcie poddamy problematyzacji na dalszych stronach.

Tożsamość zdrowego — tożsamość chorego/pacjenta

Pierwsza z wyróżnionych wyżej sytuacji oznacza, że osoba, dotąd uważająca się za zdrową, pod wpływem słów psychiatry uznaje się za chorą i to chorą psychicznie. Jak zaświadcza Hall [20], posiadanie diagnozy, szczególnie psychiatrycznej, jest intymnym doświadczeniem, które często staje się częścią tożsamości jednostki. Z relacji autorki wynika, że wielu „konsumentów”⁴ mówi z odrazą o tym, jak diagnoza w praktyce dewaluuje każdą myśl i emocję, jako że osoba, która ją otrzymuje, jest postrzegana wyłącznie, bądź głównie, jako chora. „Konsumenty” w większości niechętnie ujawniają obecność choroby psychicznej, ponieważ wszystko, co zrobili lub wyrażą, często jest natychmiast odrzucane jako przejaw choroby.

Ponadto, jeśli diagnoza zostaje nadana w czasie hospitalizacji psychiatrycznej, osoba rozpoznana jako chora psychicznie staje się pacjentem psychiatrycznym. Zbudowanie tożsamości wokół roli pacjenta psychiatrycznego może być do pewnego stopnia adaptacyjne, jednak uważa się, że tylko w przypadku pacjentów o słabym ego i prymitywnych mechanizmach obronnych [21].

Jest to poboczny wniosek z rozważań powstałych na gruncie badania de Barbaro i współpracowników, zgłębiającego problem deindywidualizacji pierwszy raz hospitalizowanych osób w kierunku homogenicznego „bycia pacjentem”, przejawiający się w zmianach dyskursu tych osób oraz ich rodziców od czasu pierwszego dnia hospitalizacji do

⁴ W oryginale *consumers*. Kwestię nazewnictwa rozwijamy w dalszej części artykułu.

jej zakończenia [21]. Autorzy, obserwując rozmijanie się oczekiwań, potrzeb i nastawień pomiędzy zespołem leczącym a pacjentem, zwracają jednak przede wszystkim uwagę na paradoksalność sytuacji, w której to de facto zubożenie pacjenta (objawiające się m.in. w znacznie rzadszym wyrażaniu własnego doświadczenia własnymi słowami) uznawane jest przez psychiatrę za „sukces” terapeutyczny. Wyniki tych badań wskazują, że z czasem u znakomitej większości pacjentów dochodzi do medykalizacji sposobu opisywania własnych doświadczeń — kosztem m.in. ich „metafizyczności”. Zaskakującym wynikiem jest przy tym brak wzrostu poczucia stygmatyzacji wśród pacjentów, który z kolei towarzyszył ich rodzicom. Tak jedni, jak i drudzy, zmedykalizowali swoje słownictwo (ci drudzy bardziej), jednakże inne badane wymiary ukazały rozbieżności w procesie zmiany języka, a zatem stosunku do objawów: poza różnicą w poziomie odczuwanej stygmatyzacji rodzice, ale nie pacjenci, wypowiadali się mniej emocjonalnie, a także rzadziej w sposób dialogiczny (tzn. do kogoś i dla kogoś), częściej za to w sposób monologiczny (tzn. o kimś).

Dostrzeżenie perspektywy najbliższej rodziny pacjentów jest ważne i dlatego, że dojrzała tożsamość warunkuje jej rozpoznanie i afirmacja ze strony innych. Choć bowiem w pierwszym rzędzie tożsamość jest odpowiedzią na jedno z ważniejszych pytań (trosk egzystencjalnych, nadto wymaga rozpoznania przez innych, poświadczenia tej odpowiedzi. Potwierdzeniem empirycznym podobnych konstatacji są liczne badania przeprowadzone przez Swanna [22]. Powstała na ich bazie teoria, a właściwie motyw autoweryfikacji, implikuje m.in. to, że koncepcje na temat własnej osoby z zasady nie zmieniają się znacząco w ciągu życia, a już wyjątkowo rzadko w odpowiedzi na rozbieżne z nimi informacje zwrotne ze strony innych. Pewnym wyjątkiem od tej reguły jest obserwacja, że aby zaszła zmiana w tożsamości (rozumianej w sposób przedmiotowy), czasami wystarczy regularne i spójne wzmacnianie „nowej tożsamości” przez środowisko, tj. rozpoznanie jej i dostosowanie do tego zmiany w zachowaniu wobec jednostki, która dopiero wtórną, oglądając się niejako w lustrze społecznym, odkrywa siebie na nowo, postrzegając siebie jako kogoś innego. Jak pisze Swann, takie inicjowane przez środowisko zmiany są zazwyczaj poprzedzone raczej dramatycznymi przemianami w samym indywiduum, dotyczącymi np. jego wieku, statusu, ról społecznych czy kombinacji tych czynników. Sądzymy, że jednym z lepszych przykładów tego rodzaju nieczęstych w końcu zjawisk jest zmiana tożsamości po pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej i/lub pierwszorazowe otrzymanie psychiatrycznej diagnozy. Szczególnym rodzajem środowiska i często najważniejszą jego częścią są rodzice, a, jak zauważa de Barbaro z zespołem [21], przyjęcie roli pacjenta jest przez nich nagradzane. Polega to na mniejszym wyrażaniu wrogości i krytycyzmu, a większym — ciepła. Wedle konkluzji autorów: rodzice będą wspierający i bliscy dla chorego, ale tylko wtedy, gdy ten przyjmie rolę pacjenta, tym samym pozostając w obrębie paradygmatu medycznego.

„Stawianie diagnoz” zawiera mniej lub bardziej implicity (może także dla samego decydenta) relację władzy, o której pisał już wielokrotnie cytowany przez antypsychiatrów i ich następców Foucault [23]. Diagnoza bowiem, jako szczególnie rodzaj nazywania, jest decyzją, o czym przypomina Morasiewicz [24], który w swej refleksji idzie jeszcze dalej. Przypatrując się „językowi kliniki”, który okazuje się obfitować w czasowniki w rodzaju „zlecać”, „nadzorować”, „ustalić”, „ustawić”, „ordynować” czy właśnie „stawić”, pyta: „Jaki wpływ na pacjenta mają takie słowa lekarza, psychiatry, nawet jeśli ich nie słyszy, nawet jeśli są tylko pomyślane, niekoniecznie wypowiedziane?” [24, s. 146]. Morasiewicz

zauważa, że psychiatrzy rzadko zwracają uwagę na fakt, iż wielu z nich mówi o leczeniu nie osoby, a chorób: „W tym kontekście nasuwa się pytanie: czy psychiatra zajmujący się leczeniem chorób leczy chorego i vice versa?” [24, s. 147]. To pytanie nie sprowadza się tylko do krytyki modelu medycznego, łączy się bowiem z zaobserwowaniem faktu, iż sam pacjent może przychodzić raz to ze swoją chorobą, innym razem ze sobą jako chorym.

Z powyższych obserwacji wyłania się obraz pacjenta pozbawianego przez system opieki psychiatrycznej poczucia sprawczości, które jest jednym z podstawowych wyznaczników zdrowej tożsamości [por. 25]. Trudno się więc dziwić, że współcześnie — najprawdopodobniej w reakcji na opisywany przez nas, szczególnie w tej części artykułu, proces — przybiera propozycji form zastępczych dla słowa „pacjent”. Klient, beneficjent, użytkownik, konsument, ekspacjent, współnik (stakeholder), osoba z doświadczeniem (person with lived experience), a nawet tak kuriozalne, chociaż nie bezzasadne konstrukcje lingwistyczne jak *c/s/x*⁵. Większość z tych nowych określeń ma na celu i niesie ze sobą zmianę stosunku wobec podmiotu doświadczającego obecnie lub w przeszłości kryzysu psychicznego, zarówno przez sam ów podmiot, jak i przez klinicystów i całe społeczeństwo. Na dodatkową uwagę zasługują określenia, które pochodząc od członków (nietradycyjnego) systemu opieki psychiatrycznej obdarzają (eks)pacjentów nowymi, z gruntu pozytywnymi tożsamościami społecznymi. Jako przykład niech posłuży stosowane w warunkach krakowskiej psychiatrii środowiskowej wyrażenie „edukator”, występujące najczęściej w towarzystwie słowa „ekspert”; obydwie odsyłają do nowej, aktywnej i społecznie użytecznej roli byłych pacjentów jako *sui generis* specjalistów od zdrowia psychicznego, którzy wiedzę o jego zaburzeniach czerpią od wewnątrz, z własnych doświadczeń.

W części tej opisaliśmy *de facto* dwie, zbieżne ze sobą, ale rozłączne drogi rozpoznania czy raczej — jak sądzimy — zapoznania siebie: od osoby do osoby chorej psychicznie oraz od osoby do pacjenta. Drogowskazem wiodącym do obydwu nowych tożsamości jest rozumiany psychiatrycznie wgląd. Aby dana jednostka rozpatrywała siebie w kategoriach chorej psychicznie lub w roli pacjenta psychiatrycznego, musi nie tylko usłyszeć słowa psychiatrii, ale także się z nimi zgodzić — wziąć je do siebie, a więc umieścić je w obrazie Ja albo wręcz obraz siebie nimi wypełnić.

⁵ Skrót od „consumer/survivor/ex-patient”. Termin oznaczający proces, w trakcie którego ktoś „rozpoczyna od iluzji bycia konsumentem, jest poddany grozie (jednej lub wielu) psychiatrycznego nadużycia i (o ile ma szczęście) staje się ocalańcem, po czym szybko uświadamia sobie, że najlepszą drogą do przetrwania i uniknięcia powtórki koszmaru jest pozostanie na zawsze byłym pacjentem” [26, s. 156]. Postpsychiatra Lewis uważa tę zbitkę słowną, zapożyczoną od „psychiatrycznych aktywistów” (*psychiatric activist*) za bardziej adekwatną od popularnego określenia „ekspacjent”, ponieważ zawierając w jednym neologizmie różne pozycje tożsamościowe umożliwia koalicję osób z różnymi identyfikacjami. Użycie go implikuje ponadto, że związki pomiędzy tymi pozycjami tożsamościowymi nie mają charakteru liniowego. Jak zauważa Lewis, ludzie w ogólności, a osoby włączone w system opieki w zakresie zdrowia psychicznego (lub próbujące się od niego odłączyć) szczególnie często zmieniają jedną pozycję tożsamościową na inną, po czym wracają do pierwszej lub też przyjmują jednocześnie więcej niż jedną.

Choroba w miejsce człowieka

W drugiej z rozważanych sytuacji tożsamość osoby w kryzysie psychicznym modyfikowana jest nie tyle lub nie tylko przez ogólne określenie „chory psychicznie”, ale także lub przede wszystkim poprzez konkretną etykietkę — kategorię diagnostyczną — czy to schizofrenii czy jakąkolwiek inną z coraz bardziej bogatego słownika ICD czy DSM. Przynajmniej w przypadku „królewskiej choroby” wydaje się tak, jak sugeruje Estroff [27]: historia schizofrenii i mitologia wokół niej narosła, sprzęgnięte razem, sprzyjają podniesieniu określenia „schizofrenik” do rangi najważniejszego wymiaru tożsamości — tak dla samego chorego, jak i dla osób w jego otoczeniu. Znaczna część owej „mitologii” przejawia się w postaci biologizmu. Jego nowoczesną wersję stanowi neuronauka, która jednak, stosowana w sposób opisany poniżej, stanowi de facto wypaczenie (neuro)nauki. Neuronauka uprawiana w sposób redukcystyczny (ani nie uprawniony, ani też na szczęście nie jedyny) może mieć niebagatelny wpływ na tożsamość jednostki. Antropolog Joseph Dumit, zajmujący się m.in. popularnym obecnie neuroobrazowaniem, zatytułował jeden ze swoich artykułów *Is it me or is it my brain?* [28]. Autor ten zauważa, że wyobrażenia różnych mózgów przez różnych ludzi (np. tych z depresją, ze schizofrenią, „normalnych”) brane są za „fakty obiektywne”, a te zaś „fakty” skłaniają ku dramatycznej rewizji współczesnych wizji tożsamości osobistej. Podczas rozważań na ten temat Dumit posługuje się terminem *self-fashioning* przejętym od teoretyka literatury Stephena Greenblatt’a i opartym dodatkowo przymiotnikiem *objective*, pokazując, w jaki sposób sugestywna moc neuroobrazowania „tworzy” nowe kategorie ludzi, takie jak „człowiek depresyjny, który jest również rodzajem mózgu, depresyjnego mózgu” [28, s. 42].

Główną cechą tej nowej tożsamości jest rozumienie swoich myśli i nastrojów jako przejawów choroby spowodowanej nierównowagą neuroprzekaźników. Sprzeciw wobec takiego tłumaczenia objawów, któremu towarzyszą zazwyczaj propozycje diagnostyki zorientowanej bardziej psychospołecznie, nie implikuje bynajmniej przekonania, że choroba psychiczna nie istnieje. Chodzi raczej o brak zgody na arbitralne tezy (np. że schizofrenia czy depresja są chorobami mózgu), które, utożsamiając neurokorelaty z przyczynowością, ignorują psychospołeczne właśnie czynniki etiopatogenetyczne oraz współwystępują z przeświadczeniami o chroniczności i niewyleczalności danego zaburzenia, które ponadto stają się częstokroć jedynym celem oddziaływań psychiatrycznych. Tym samym wracamy do punktu wyjścia, bowiem kiedy próbuje się leczyć chorobę, a nie człowieka, tożsamość jednostki zostaje zignorowana i nierzadko wtórnie zrównana z diagnozą. Kiedy sama jednostka przyjmuje biernie i bezdyskusyjnie psychiatryczną etykietę, następuje „wgląd w chorobę”. W ten właśnie sposób powstała dość niejednorodna grupa „schizofreników”. Wyeliminowanie tej nazwy-tożsamości jest jednym z celów bardziej holistycznie zorientowanych psychiatrów, np. środowiskowych, czemu wtórują rozmaite ruchy samych pacjentów, jak i ich rodzin [29]. W poruszający sposób wypowiada się na ten temat wspomniana już przedstawicielka tych ostatnich: „Musimy być pewni, że diagnoza nie stanie się synonimem osoby lub przymiotnikiem ją określającym. Nie powinno być żadnej tolerancji dla terminów, takich jak choćby »schizofrenicy« czy »pacjenci schizofreniczni«” [20]. Diagnoza i związane z nią niejednokrotnie piętno nie są tylko neutralnym odczytaniem i przetłumaczeniem biologicznych faktów [30].

Z mocą przemawia również Daniel Fisher, kiedyś „schizofrenik”, dzisiaj psychiatra, przeciwstawiając to, co nazywa „monologicznym modelem medycznym”, podejściu dialogicznemu: „Medykamenty mogą pomóc łagodzić dystres, jednak leczenie ostatecznie musi się odbywać poprzez skoordynowane działanie całego umysłowego/cieleśnego Ja osoby. W dziedzinie zdrowia psychicznego tego rodzaju aroganckie postawy [związane z redukcją jednostki do jej biologii — K.D. i M.O.] prowadzą do narzucania jednostronnej wizji tzw. chemicznej przyczynowości emocjonalnego dystresu całemu społeczeństwu i przekonania, że do naprawienia tej nierównowagi potrzebny jest wyłącznie program oparty na kuracji lekami. Wierzę, że ten model [...] utrwała monolog i dlatego zatrzymuje jednostki będące w dystresie w ich własnym świecie” [31].

Rekapitułując opisywaną sytuację: osoba wcześniej zdrowa ujawnia objawy, których konfiguracja skłania klinicystę do postawienia diagnozy, dajmy na to — schizofrenii. Błąd w sztuce zachodzi, gdy nazwa choroby stosowana jest zamiennie z nazwą osoby, stając się podstawowym określnikiem jej tożsamości. Drogą ku temu jest „wgląd”, rozumiany tutaj jako zgoda na tego typu nomenklaturę, połączona z internalizacją choroby w obręb własnego Ja. Dodajmy, że przyjęcie tożsamości „schizofrenika” nie musi wiązać się z jawnym potraktowaniem pacjenta taką etykietką. Wspomniana wyżej „mitologia” narosła wokół schizofrenii może stanowić grunt pod uznanie się za „schizofrenika”. Zauważmy jednak, że wpływ diagnosty może wystąpić nawet wtedy, gdy język, jakim myśli, nie znajduje odzwierciedlenia w wypowiedzianych explicite słowach (por. przytoczone wyżej rozważania Morasiewicza). Mamy tutaj na myśli m.in. nieświadomy przekaz, którego działanie psychologia społeczna określa mianem „samospełniającej się przepowiedni”. Więcej na ten temat piszemy w drugiej części artykułu.

Bogactwo choroby a bezbarwność wyleczenia

Trzecia z tu rozważanych sytuacja ukazuje zyskanie szczególnej tożsamości (np. postaci historycznej czy metafizycznej) wraz z późniejszym jej zanegowaniem i zastąpieniem bądź to, jak wcześniej, określoną diagnozą, bądź rozpoznaniem bliżej nieokreślonej psychozy. Nawet jeśli nie towarzyszą temu stricte personalne etykiety („schizofrenik” czy „psychotyk”), doświadczanie nowej, choć chorobowo zmienionej tożsamości, zostaje najczęściej gwałtownie przetłumaczone na język początkowo nieznaną pacjentowi i dla niego egodystoniczny, a tym samym — zmienione. De Barbaro z zespołem [21] zwracają uwagę na fakt, że osobisty dialekt pacjenta z dialektem medycyny rozmijają się tak bardzo, że jeśli hospitalizowany przejmie język kliniki, może tym samym zakwestionować własną tożsamość i zanegować najbardziej osobiste doświadczenia, myśli i uczucia. Dla psychiatry będzie to oznaczało poprawę na skutek wglądu, szczególnie, gdy „fałszywa” tożsamość zostanie chemicznie wyeliminowana. Psychologicznie jednak rzecz ujmując, „taką tożsamość można nazwać nieprzystosowawczą, nierozwojową itp., ale nie fałszywą” [9, s. 61], zaś dla pacjenta nazbyt pospieszny i niedelikatny przeskok od wzniosłości do małości może skutkować opisywaną przez Kępińskiego [32] depresją popsychotyczną.

W powyżej opisaną sytuację „wgląd” staje się medium translacji dyskursu „metafizycznego” na dyskurs psychopatologii. Co za tym idzie, usuwając objawy, odziera się chorego z sieci znaczeń konstytuujących jego tożsamość. Nie chcemy przez to powiedzieć,

że pozbawianie kogoś tożsamości, np. Mesjasza, jest nieuprawnione. Staramy się za to uwidocznić, co dla chorego może oznaczać i z jakimi skutkami ubocznymi się wiązać „chirurgiczne cięcie” dokonane na jego świecie wyobraźniowym, ale nie mniej przez to rzeczywistym. Powrót do tożsamości przedchorobowej nie musi zakładać całkowitego usunięcia tożsamości uzyskanej w chorobie. Zrozumienie potrzeb stojących za pojawieniem się tej ostatniej może istotnie ubogacić tę pierwszą.

Diagnoza jako rozwiązanie dylematów tożsamościowych

Ciąg wydarzeń wymieniony jako ostatni różni się od wcześniejszych tym, że diagnoza okazuje się w pierwszej chwili, a czasami i na dłużej, swoistym błogosławieństwem. Nierzadko wiąże się to z klasycznym pytaniem „bad or mad?”. Jednoznaczne opowiedzenie się autorytetów (klinikistów) za tym drugim odbarcza zarówno osobę właśnie zdiagnozowaną, jak i jej bliskich. By do tego doszło, piętno związane z chorobą psychiczną musiałyby jednak być mniejsze od tego, na jakie naraża pacjenta i jego system rodzinny, np. antyspołeczne zachowanie tego pierwszego. W innym przypadku otrzymanie diagnozy pomaga, bo tłumaczy to, co dotąd odbierane było jako chaotyczne, absurdalne, niejasne, dziwaczne — totalnie niezrozumiałe, a tym samym niepoddające się kontroli czy modyfikacjom. Uzyskanie diagnozy spaja wszystkie niepołączone dotąd fenomeny w jednolitą całość, a także zapoczątkowuje dalsze kroki, mające na celu poprawę sytuacji. Tym samym więc może paradoksalnie nadać tożsamości pacjenta spójność. Według Hallerstedta [za: 30], podobnie jak dla niektórych pacjentów, diagnoza stanowi odpowiedź na pytanie „kim jestem”, przez co staje się źródłem nowej tożsamości. Hydén [za: 30] ukazuje z kolei to, jak diagnoza łączy osoby z podobnymi objawami, przez co pośrednio wpływa na poszerzenie ich siatki społecznej. Hall, będąca przedstawicielką zarówno środowiska naukowego, jak i rodzin osób chorujących, przyznaje, że chociaż ranią ją sformułowania takie jak „defekt genetyczny” czy „nienormalność” (abnormality), to jednak bez właściwej diagnozy nie wyobraża sobie efektywnej terapii [20]. Co więcej, nieoficjalne badania, jakie przeprowadziła na członkach NAMI (National Alliance on Mental Illness) ujawniły, że dla wielu chorych oraz ich rodzin właściwa diagnoza jest bardzo istotna, sprzyja bowiem nie tylko leczeniu, ale i wzajemnemu zrozumieniu. W związku z powyższym musimy uznać, że diagnoza psychiatryczna stanowi swoisty przykład metafory miecza obosiecznego.

Od wglądu do wyglądu diagnostycznego: podiagnostyczne tożsamości jako tożsamości społeczne

W literaturze naukowej i w praktyce klinicznej rzadko łączy się pojęcia wglądu i tożsamości. Tymczasem to, co — operacyjnie rzecz ujmując — dla zespołu leczącego może stanowić próbę namówienia pacjenta do przyjęcia „obiektywnej” wizji jego rzeczywistości psychicznej (bo nie tylko „stanu” psychicznego), dla niego samego, o ile nie „oporuje”, wiąże się często z poczuciem niejako przyznania do winy, której się nie popełniło, ale w jakimś sensie zostało przekonany do jej realności. Uzyskanie wglądu, czyli — mówiąc z perspektywy postpsychiatrycznej — narzucanie pacjentowi psychiatrycznej, monowersyjnej konceptualizacji jego problemu, łączy się w sposób ścisły z transformacją jego tożsamości, wymaga bowiem autoidentyfikacji z kimś chorym psychicznie oraz

rozwinęcia „podiagnostycznej tożsamości” [33], która wprowadza nowe, nieznanе dotąd wątki do narracji jednostki na jej własny temat. Można to porównać z przyjęciem w siebie obcej tkanki, którą, jeśli się nawet od razu nie odrzuci, absorbuje się z poczuciem pewnej nieprzystawalności nowego elementu do dotychczasowej całości.

Uzyskanie wglądu może więc być uznane za zmienną pośredniczącą pomiędzy otrzymaniem diagnozy a zmianą tożsamości. Liczne badania [przegląd w: 33] pokazują, że związek wglądu z tożsamością chorobową istnieje i jest na tyle silny, że u osób z jego wysokim poziomem zanikają inne, niezwiązane z byciem pacjentem aspekty tożsamości. Spora część zdiagnozowanych wyraża przekonanie o istnieniu dwóch opcji: pełnej akceptacji diagnozy i egzystencji w charakterze „chronicznego przypadku” oraz odrzucenia jej przy zachowaniu pozorów kontroli [za: 33]; jak uzupełnia Williams [33], są jeszcze niestety tacy, którzy w sytuacji tego konfliktu wybierają samobójstwo.

Ostatnia z grupy wspomnianych badaczy, opierając się zarówno na wcześniejszych doniesieniach, jak i obserwacjach własnych, zebrała wypowiedzi wielu osób doświadczonych długoletnim chorowaniem, co pozwoliło jej na utworzenie typologii poszerzającej zakres znanych „podiagnostycznych tożsamości”. Podział zawierający cztery tożsamościowe odpowiedzi na diagnozę psychiatryczną opiera się na różnych układach dwóch zmiennych: identyfikacji ze środowiskiem chorych oraz zinternalizowanego piętna i zawiera oprócz opisywanych wcześniej w literaturze tożsamości: pochłoniętej (engulfed) i odpornej (resistant), także dodaną przez Williams: wzmocnioną (empowered) i oddzieloną (detached). Pierwsza znajduje się na wysokich krańcach kontinuum obydwu wymiarów (środowiska i stygmatyzacji). W związku z tym zawiera negatywne stereotypy przypisywane sobie jako choremu psychicznie oraz łączy się z niskim poczuciem własnej wartości. Osoba taka traci dostęp do tożsamości społecznych innych niż tożsamość pacjenta psychiatrycznego. Tożsamość oporna różni się od pochłoniętej niską identyfikacją ze środowiskiem chorujących. Osoba taka również ma negatywne wobec niego stereotypy, jednak nie stosuje ich względem siebie, w związku z czym poczucie własnej wartości jest chronione na skutek oporu i zaprzeczania chorobie. Podejmowane są uporczywe wysiłki podtrzymania i/lub znajdowania społecznych aspektów tożsamości innych niż tożsamość pacjenta. Tożsamość wzmocniona jest udziałem pacjentów identyfikujących się silnie ze środowiskiem i jednocześnie dumnych z faktu bycia jego częścią, do tego stopnia, że inne role społeczne mogą schodzić w cień. Pacjenci z tożsamością oddzieloną ani nie identyfikują się z innymi chorymi, ani nie dokonują autostygmatyzacji. W tym przypadku główną postawą wobec zmian potencjalnie zagrażających ich dotychczasowej tożsamości jest indyferencja. Dzięki temu obraz siebie z reguły nie ulega znaczącym modyfikacjom; można jednak przypuszczać, że do tej grupy zalicza się wielu pacjentów z deficytami poznawczymi.

Tradycyjny nacisk na uzyskanie wglądu może się okazywać bardziej jatrogenny niż terapeutyczny. Niektóre badania pokazują, że interwencje przeglądowe nie prowadzą do zwiększonej receptywności wobec oddziaływań leczniczych czy zaangażowania w program terapeutyczny [przegląd w: 33]. Jak pokazują Linden i Godemann, wgląd może być bowiem fenomenem klinicznym zupełnie niezależnym od przekonania na temat użyteczności interwencji medycznych [za: 33]. Co więcej, liczne usiłowania odnalezienia pozytywnych skutków wglądu ujawniły jego negatywne konsekwencje, szczególnie w obszarach takich jak jakość życia i poczucie własnej wartości [przegląd w: 33]. Dane te na pewno

są zaskakujące dla tych, którzy uważają wgląd za istotny wskaźnik zdrowienia, jednak w kontekście refleksji wokół tożsamości osoby zdiagnozowanej psychiatrycznie nabierają jasności. Williams [33] zwraca się do klinicystów z postulatem, by rozpoznawali rolę, jaką socjalizacja, stygmatyzacja i właśnie tożsamość odgrywają w odpowiedzi na pytanie „Czy jesteś chory psychicznie?”. Wspomniane zaś badania wskazujące na jatrogenność wglądu odnoszą się, jak sądzimy, do najczęściej zapewne występującej podiagnostycznej tożsamości, w ramach której pacjent jest pochłonięty (engulfed) sobą i swoją diagnozą. Osoba taka niczego nie zyskuje (w odróżnieniu od przypadków tożsamości wzmocnionej), traci siebie i nie jest w stanie się temu przeciwstawić (co praktykują osoby o tożsamości odpornej) ani przejść wobec tego obojętnie (co jest udziałem tych, którzy obierają tożsamość oddzielną). W przytaczanym artykule Williams wyraża nadzieję, że dalsze badania tych obszarów pozwolą klinicystom w coraz większym stopniu pomagać pacjentom w znajdowaniu takich tożsamości, które będą sprzyjać zdrowiu i dobrostanowi podiagnostycznego życia.

Uzupełnijmy jeszcze, że w powyższej części odnosiliśmy się do pojęcia wglądu rozumianego tradycyjnie. Należy jednak zauważyć, że osoby oznaczone w epikryzie stwierdzeniem: „brak wglądu” mogą mimo to rozpoznawać, że mają problemy — tylko innego typu niż te, które są podporządkowane psychiatrycznym kryteriom wglądu w chorobę. Dla przykładu, w badaniach zespołu Philipsa [34] większość pacjentów (57,8%) uznała, że ich główne trudności nie są natury psychopatologicznej, ale wiążą się z chorobami fizycznymi, relacjami, sferą praxis lub z ich własnymi cechami. W związku z tym być może warto zastanowić się, czy brak wglądu (w rzeczywistość pacjenta) nie może być również udziałem psychiatrów.

W drugiej części artykułu przedstawimy pewne charakterystyki i fenomeny występujące często w obrębie diagnostyki psychiatrycznej i uznawane przez nas za antyterapeutyczne oraz, naprzemiennie, jej uzupełnienia o niektóre alternatywne propozycje. Nasza refleksja będzie przy tym cały czas zogniskowana wokół problemów związanych z tożsamością.

Piśmiennictwo

1. Bracken P, Thomas P. Postpsychiatry: a new direction for mental health. *B.M.J.* 2005; 322(7288): 724–727.
2. Barbaro B, de. „Schizofrenia” jako klątwa. W: Cechnicki A, Bomba J, red., Schizofrenia: różne konteksty — różne terapie. Tom 3. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2004, s. 57–66.
3. Marcia J. Identity in adolescence. W: Adelson J, red. Handbook of adolescent psychology. New York: Wiley & Sons; 1990, s. 109–137.
4. Ricoeur P. Drogi rozpoznania. Kraków: Wydawnictwo Znak; 2004.
5. Arendt H. Myślenie. Warszawa: Czytelnik; 1991.
6. Jung CG. Symbole przemiany. Analiza preludium do schizofrenii. Warszawa: Wydawnictwo KR; 2012.
7. Bion WR. Uwaga i interpretacja. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2010.
8. Majczyna M. Podmiotowość a tożsamość. W: Gałdowa A, red. Tożsamość człowieka. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2000, s. 35–52.

9. Grzegorek T. Tożsamość a poczucie tożsamości. Próba uporządkowania problematyki. W: Gałdowa A, red. Tożsamość człowieka. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2000, s. 53–70.
10. Markus H. Self-schemata and information about the self. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1977; 35: 63–78.
11. Jarymowicz M. Studia nad spostrzeganiem relacji „JA — INNI”: tożsamość, indywidualacja, przynależność. Wrocław: Ossolineum; 1988.
12. Bikont A. Tożsamość społeczna — teorie, hipotezy, znaki zapytania. W: Jarymowicz M, red. Studia nad spostrzeganiem relacji „JA — INNI”: tożsamość, indywidualacja, przynależność. Wrocław: Ossolineum; 1988, s. 15–39.
13. Sokolik M. Psychoanaliza i Ja: kliniczna problematyka poczucia tożsamości. Warszawa: Santorski i S-ka; 1992.
14. Oleś P. O różnych rodzajach tożsamości oraz ich stałości i zmianie. W: Oleś P, Batory A, red. Tożsamość i jej przemiany a kultura. Lublin: Wydawnictwo KUL; 2008, s. 41–84.
15. Mandrosz-Wróblewska J. Tożsamość i niespójność Ja a poszukiwanie własnej odrębności. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich; 1988.
16. Ross PA. Values and objectivity in psychiatric nosology. W: Sadler JZ, red. Descriptions and prescriptions: Values, mental disorders, and the DSMs. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2002, s. 45–55.
17. Berzonsky MD, Soenens B, Luyckx K, Smits I, Papini DR, Goossens L. Development and validation of the revised Identity Style Inventory (ISI-5): factor structure, reliability, and validity. *Psychol. Assess.* 2013; 25(3): 893–904.
18. Pilarska A. Wielowymiarowy Kwestionariusz Tożsamości. W: Paluchowski J, Bujacz A, Haładziński P, Kaczmarek L, red. Nowoczesne metody badawcze w psychologii. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych UAM; 2012, s. 167–188.
19. Deissler K. Terapia systemowa jako dialog. Odkrywanie samego siebie? Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1998.
20. Hall LL. What patients and families look for in psychiatric diagnosis. W: Sadler JZ, red. Descriptions and prescriptions: Values, mental disorders, and the DSMs. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2002, s. 210–216.
21. Barbaro B. de, Opoczyńska M, Rostworowska M, Drożdżowicz L, Golański M. Changes in the patient’s identity in the context of a psychiatric system — an empirical study. *J. Fam. Ther.* 2008; 30: 438–449.
22. Swann W. Identity negotiation: where two roads meet. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1987; 53(6): 1038–1051.
23. Foucault M. Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy; 1987.
24. Morasiewicz J. Język kliniki czy klinika języka? W: Opoczyńska M. Róża wierszem niezawołana. Szkice na temat poznania i samopoznania. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2002, s. 145–152.
25. White M. Family therapy and schizophrenia: Addressing the „in-the-corner” life-style. *Dulwich Centre Newsletter*, Spring Edition; 1987.
26. Lewis B. Moving beyond Prozac, DSM, & the new psychiatry. The birth of postpsychiatry. Ann Arbor: The University of Michigan Press; 2006.
27. Estroff, SE. Self, identity, and subjective experiences of schizophrenia. In search of the subject. *Schizophr. Bull.* 1989; 15(2): 189–196.

28. Dumit J. Is it me or is it my brain? Depression and neuroscientific facts. *J. Med. Hum.* 2003; 24(1-2): 35–49.
29. Stowarzyszenie „Otwórzcie drzwi”. 10 tez o schizofrenii. <http://www.otworzcie drzwi.org/publikacje,324.html> [dostęp: 23. 04. 2015].
30. Mik-Meyer N. An illness of one’s own: power and the negotiation of identity among social workers, doctors, and patients without a bio-medical diagnosis. *J. Pow.* 2010; 3(2): 171–187.
31. Fisher D. We are whole people, not broken brains. *Mad in America. Sci. Psychiatr. Comm.* 2013. <http://www.madinamerica.com/2013/02/we-are-whole-people-not-broken-brains/> [dostęp: 31.03.2015]
32. Kępiński A. *Schizofrenia*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1974.
33. Williams CC. Insight, stigma, and post–diagnosis identities in schizophrenia. *Psychiatry* 2008; 71(3): 246–256.
34. Philips CM, Cooke MA, Cooke A, Peters ER. Identity and cause of problems: The perceptions of patients with a diagnosis of schizophrenia. *Behav. Cogn. Psychoth.* 2006; 35(2): 237–240.

Adres: krzysztof.jan.dyga@gmail.com