

**ZDROWIE PSYCHICZNE I JĘZYK.
Z DR ANNA BARAN NA TEMAT STYGMATYZACJI,
DEPRESJI I PREWENCJI SAMOBÓJSTW
ROZMAWIA RADOSŁAW PAWELEC**

Dr Anna Baran – psychiatra o długoletnim stażu lekarskim, pracownik naukowy Uniwersytetu Karola Linneusza w Kalmarze. Specjalistka w zakresie suicydologii, autorka publikacji w prestiżowych pismach naukowych, kierowniczką dwóch grantów współfinansowanych przez Unię Europejską (E-Lifelong Learning in Prevention of Suicide in Europe (ELLIPSE) i ELLIPSE Postvention), realizowanych w latach 2019–2024. Współprzewodnicząca sekcji Edukacja i szkolenia w prewencji samobójstw w Międzynarodowym Towarzystwie Prewencji Samobójstw (IASP). W Polsce m.in. uczestniczy w pracach Zespołu Roboczego ds. Prewencji Samobójstw i Depresji przy Radzie ds. Zdrowia Publicznego, działającego od 2016 r. przy Ministerstwie Zdrowia. Owoce prac Zespołu jest szereg ogólnodostępnych podręczników i poradników dotyczących prewencji samobójstw.

Radosław Pawelec: Jak zdaniem pani doktor można ocenić język i sposób komunikowania o osobach z zaburzeniami psychicznymi w polskich mediach?

Anna Baran: Śledzę media – to, jak informują o problemach psychicznych, i to, jak to wpływa na osoby mające takie problemy. Można zauważyć, że w ostatnim czasie wiele się zmienia, ewoluuje. Jedną z przyczyn tej zmiany jest działalność Zespołu Roboczego ds. Prewencji Samobójstw i Depresji, który od 2018 r. opublikował szereg poradników odnoszących się do sposobu informowania o osobach w kryzysach samobójczych – tak, by nie było to stygmatyzujące. Stygmatyzowanie sprawia, że osoba w kryzysie nie szuka pomocy, jest więc potencjalnie niebezpieczna.

R.P.: Tę zmianę czytelnik tego numeru „Poradnika Językowego” zobaczy po lekturze tekstu medioznawcy Łukasza Krawczyńskiego, który mówi o określeniach *wariat*,

psychopata, świr w mediach w roku 2016. O współczesnych użyciach wyrazu *psychiatryk* mowa z kolei w artykule Małgorzaty Ciunovič.

Nadal jednak mamy w języku dużo takich wyrażań, jak np. *popęłnić samobójstwo*. Trochę jak *popęłnić zbrodnię*...

A.B.: Ze stygmatyzowaniem sprawa jest skomplikowana. Z jednej strony stygmatyzowanie służyło temu, żeby zapobiec robieniu czegoś, powstrzymać przed tym. Z drugiej – stygmatyzowanie sprawia, że osoby stygmatyzowane izolują się i nie szukają pomocy, ponieważ nie chcą być stygmatyzowane. Kij ma dwa końce.

Stygmatyzowanie funkcjonowało w niektórych dawnych kulturach jako metoda prewencji. Kultury, w których nie było rozwiniętej opieki medycznej, próbowały w ten sposób chronić się przed pewnymi zachowaniami. Dziś sytuacja się zmieniła: rozwój nauki, w tym medycyny, sprawił, że jesteśmy w stanie efektywnie pomagać osobom z problemami psychicznymi, przez co stygmatyzowanie jest traktowane zupełnie odmiennie, jest uważane za coś utrudniającego prewencję.

R.P.: Wspomniałem o *popęłnić samobójstwo*, ale przecież w mediach i terminologii Policji funkcjonuje jeszcze dziwniejszy termin: *zamach samobójczy*. Poza tym różne grupy społeczne nieco inaczej komunikują się na tematy związane z problemami psychicznymi – kwestii tej dotyczy czwarty w kolejności artykuł, Anity Kwiatkowskiej, będący podsumowaniem przeprowadzonych badań fokusowych. Czy jest nadzieja na szybkie uporządkowanie języka i pojęć w tym zakresie?

A.B.: Zmiana w tym zakresie, w języku i świadomości, wymaga lat. Ewolucja jest jednak wyraźna, obecnie mamy już nie tylko Zespół Roboczy, lecz także Narodową Strategię Zapobiegania Samobójstwom i zespół osób monitorujących media i kontaktujących się z dziennikarzami. Działają też inne instytucje, przykładem jest kampania Rady Języka Polskiego i firmy Janssen „Wrażliwi na słowa, wrażliwi na ludzi”, której wynikiem było m.in. sformułowanie zaleceń dotyczących języka niedyskryminującego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Problem jednak wciąż istnieje, i to w wielu krajach. W Szwecji np. ustalonym terminem w psychiatrii jest *zaburzenie psychiczne* [podobnie jak w Polsce – R.P.], zatem w stosunku do osób cierpiących na nie używa się odpowiednika polskiego słowa *zaburzony*. Wywołuje to ich sprzeciw wobec takiego stygmatyzującego sposobu określenia.

R.P.: Pani doktor jest autorką i współautorką licznych poradników, m.in. skierowanych do dziennikarzy, dotyczących tego, jak należy i jak nie należy mówić o samobójstwach. Czy możliwe jest opracowanie takich poradników odnoszących się w ogóle do problematyki zaburzeń psychicznych? Mogłyby one też zawierać podstawową wiedzę na ten temat – duża część problemu bierze się bowiem właśnie z niewiedzy.

A.B.: Nie tylko z niewiedzy, lecz także z nieumiejętności wczucia się w sytuację psychiczną osoby mającej problemy psychiczne. Dziennikarzowi trudno jest zrozumieć,

jak bardzo jest ona wrażliwa na słowa, które słyszy. Komuś z zewnątrz trudno jest wczuć się w jej sposób przeżywania ich. Często rozmawiam z pacjentami na ten temat i wiem, jak silnie reagują nawet na określenie *zaburzenie psychiczne*, należąca przecież do terminologii medycznej.

W języku zapisane są stygmatyzujące słowa – pozostałość kultury, która w ten sposób się broniła. Natomiast obecnie, w zmienionej sytuacji, można byłoby pomyśleć o stworzeniu takich poradników i słowniczków. Powinny je współtworzyć osoby mające problemy psychiczne, językoznawcy i specjaliści od zdrowia psychicznego – wtedy rzeczywiście mogłyby odegrać pozytywną rolę. Tendencja do stygmatyzacji jest bowiem obecna niestety nie tylko w mediach.

R.P.: Dawniej stygmatyzacja w kulturze była znacznie silniejsza niż dzisiaj, co prezentuje tekst Marka Telera o samobójstwach i problemach psychicznych w prasie lat międzywojennych...

A.B.: Stygmatyzacja występuje nadal. Już do osoby w trakcie diagnozy dorabia się określenia mające nadać jej „tożsamość”: *schizofrenik, niedoszły samobójca* (‘osoba po próbie samobójczej’), dalej określenia miejsca leczenia: *psychiatryk, dom wariatów*, leków i sposobów leczenia: *psychotropy, faszzerowanie lekami*. Stygmatyzacja zachodzi na różnych poziomach i dotyczy różnych sfer.

Ma to wpływ na poszukiwanie pomocy przez osoby z problemami psychicznymi. To tak samo, jak gdy ktoś, kto chce kupić samochód, słyszy tylko negatywne wypowiedzi na jego temat – wtedy go nie kupi. Tak funkcjonuje nasz mózg: unikamy tego, co kojarzy się negatywnie. Pacjenci mówią: jak zacznę się leczyć, to będę się czuł jeszcze gorzej niż teraz – ze względu na stosunek innych do leczenia i na słowa, które być może o sobie usłyszę.

R.P.: Z jednej strony mamy stygmatyzację i brak świadomości tego, że współczesna medycyna może w bardzo efektywny sposób pomagać. Z drugiej jednak strony można zauważyć, zwłaszcza wśród osób młodszych oraz zamożnych i dobrze wykształconych, swoistą modę na problemy psychiczne...

A.B.: Na tle stygmatyzacji i walki z nią pojawiają się właśnie takie zachowania. U młodzieży często wynikają one z faktu, że to zwraca uwagę. Miałam pacjenta, który uważał, że dzięki temu będzie bardziej dostrzegany przez inne osoby w klasie: gdy mówi o tych tematach, jest „poważny”, a nie „powierzchnowy”. Z tego wynikały samouszkodzenia i mówienie, że nie chce żyć. Zjawisko jest niebezpieczne i trudno z nim walczyć, bo staje się wyrazem subkultury – podobnie jak zażywanie narkotyków, picie alkoholu lub palenie papierosów, zależnie od czasu, w którym żyjemy.

R.P.: Pytanie z tym związane: o słowo *depresja*. Jest używane bardzo często, w dodatku w sposób dość dowolny. W mediach jako *depresję* często określa się przygnębienie lub pogorszenie nastroju. Jeśli dobrze rozumiem, depresja jest w klasyfikacji

medycznej zaburzeniem, które można leczyć. Występuje tu zatem pomieszanie terminologii i języka potocznego.

A.B.: Niektóre osoby po tym, jak wydarzyło się w ich życiu coś przykrego, nie mówią: „jestem smutny, smutna”, lecz – „jestem w depresji”. Kiedy ktoś idzie do specjalisty, kieruje się on kryteriami rozpoznania depresji jako jednostki chorobowej. Są to kryteria podobne do tych, którymi posługuje się lekarz rozpoznający cukrzycę czy udar mózgu.

W języku potocznym słowo *depresja* jest nadużywane jako określenie stanu przygnębienia i smutku. Jest to w jakiś sposób bolesne dla osób, które rzeczywiście mają zaburzenia depresyjne – czują się one niezrozumiane, czują, że ich cierpienie jest bagatelizowane.

To są dwa różne zjawiska i trzeba je rozróżniać. Jeżeli jesteśmy smutni albo przygnębieni, tak trzeba to nazywać. Nawet w przypadku żałoby, po tym jak kogoś utraciliśmy, powinniśmy mówić, że jesteśmy w żałobie, a nie w depresji. Precyzyjne używanie języka mogłoby pomóc zarówno w prewencji samobójstw, jak i w odniesieniu do zaburzeń psychicznych, w tym depresji.

R.P.: A jak wygląda język rozmowy psychiatry z pacjentem? Na ile jest specjalistyczny, a na ile – standardowy? Pacjent nie musi znać wszystkich terminów medycznych, ale przecież ma prawo wiedzieć, co się z nim dzieje.

A.B.: Niezwykle ważna jest psychoedukacja – pacjenta i jego rodziny. Do jak najefektywniejszego leczenia problemów psychicznych potrzebne jest, by i pacjent, i jego rodzina nauczyli się pewnych rzeczy, związanych przede wszystkim z daną jednostką chorobową i jej leczeniem. Sukces leczenia zależy od sumy działań osoby leczonej, rodziny i opieki zdrowotnej. To jest sumaryczny efekt pracy całego zespołu osób.

Pacjent i jego rodzina dowiadują się, jak dana jednostka nazywa się w języku medycznym. Staramy się również metaforycznie lub w sposób popularnonaukowy wyjaśnić, na czym polega problem i jak przebiega jego leczenie. Staramy się też przybliżyć mechanizm danego zaburzenia, wytłumaczyć, co się dzieje, jak można zapobiec i pomóc.

R.P.: Teraz pytanie do pani doktor jako specjalistki w dziedzinie suicydologii. W Polsce występuje bardzo duża różnica między liczbą samobójstw popełnianych przez mężczyzn a popełnianych przez kobiety – podobno 12 na 15 samobójstw to samobójstwa mężczyzn. Dość popularna teza głosi, że jest to związane z komunikacją – w tym numerze „Poradnika Językowego” zamieszczamy artykuł socjolingwistyczny Małgorzaty Osowskiej, w którym autorka ukazuje, jak o swoich problemach psychicznych mówią mężczyźni, a jak – kobiety.

A.B.: Ciekawe pytanie. Samobójstwo nigdy nie jest spowodowane jednym czynnikiem. To skomplikowane zjawisko biologiczno-psychologiczno-społeczno-kulturowe. Ludzkie reakcje na stres i inne elementy otoczenia zależą m.in. od czynników endokrynologicznych, a przecież mężczyzna i kobieta różnią się biologicznie.

R.P.: Endokrynologicznych, czyli hormonalnych?

A.B.: Tak, chodzi m.in. o wydzielanie testosteronu, u mężczyzn poziom tego hormonu jest znacznie wyższy niż u kobiet. Jeśli jest on wydzielany w zbyt dużych ilościach, może to powodować skłonność do zachowania impulsywnego i agresywnego. Jeśli z kolei jest go za mało, może to u mężczyzn skutkować depresją.

Z biologią łączy się psychologia. Mężczyzna jest nastawiony na rezultat końcowy, na to, że ma sobie sam poradzić, natomiast kobieta jest nastawiona na proces, na komunikację. W końcu społeczeństwo i nasza kultura też oczekują innych rzeczy od mężczyzny i od kobiety. Proces stygmatyzacji będzie zatem bardziej dotykał mężczyznę. Czyli nie dość, że mężczyzna jest biologicznie bardziej ukierunkowany na to, by sam sobie poradził, to jeszcze tego się od niego oczekuje kulturowo i społecznie. Znacznie trudniej mu pokonać barierę przed szukaniem pomocy.

Oczywiście czynniki kulturowe w różnych krajach są różne, ale to prawda, że w Polsce na jedno samobójstwo kobiety przypada sześć samobójstw mężczyzn.

R.P.: Pytanie doprecyzowujące: czy w poradni zdrowia psychicznego da się dostrzec to, że mężczyźni komunikują się gorzej od kobiet, jeśli chodzi o swoje problemy w tej dziedzinie?

A.B.: Rzeczywiście można zauważyć, że mężczyźni jest trudniej określić, jakie ma emocje, rozpoznać je... Ale też mężczyźni są bardziej zadaniowi. Dlatego mogą odnieść większą korzyść z tzw. planów bezpieczeństwa wykorzystywanych w profilaktyce samobójstw. Omówienie z mężczyzną planu, co zrobić i kiedy, jest ważną częścią leczenia problemów psychicznych, z którymi nierzadko wiąże się podwyższone ryzyko samobójcze. Zadaniowość mężczyzn w sytuacjach, kiedy wiedzą, co mają zrobić i dlaczego, oraz są do tego przekonani, sprawia, że ta metoda jest skutecznym sposobem leczenia.

R.P.: Ostatnie pytanie. Jak Polska ze swoją współczesną kulturą plasuje się na mapie suicydologicznej? Czy jesteśmy kulturą względnie bezpieczną, czy niebezpieczną, i czy ma to jakiś związek z językiem i komunikacją?

A.B.: Pod względem komunikacji i liczby samobójstw jesteśmy w środku. Kultury, które najbardziej sprzyjają samobójstwom, to kultury azjatyckie, co wiąże się z historią. W niektórych z nich, np. w Japonii, samobójstwo wiązało się z honorem – osoby, które się na nie decydowały, były wręcz gloryfikowane. To pozostało do dziś i być może przyczynia się do wyższych wskaźników samobójstw w tych kulturach.

Z drugiej strony mamy kultury afrykańskie, w których samobójstwo jest postrzegane bardzo negatywnie – jako coś, co niszczy społeczność, rodzinę. Tu wskaźniki są ogólnie znacznie niższe niż w kulturach azjatyckich. Polska ze swoim wskaźnikiem sytuuje się w środku.

R.P.: Gdyby od pani doktor zależało dokonanie zmiany, jeśli chodzi o mówienie, gdyby pani doktor została dana władza nad mową – jak u Orwella w *Roku 1984*...

A.B.: Warto uczyć się z przeszłości. Należałoby utrzymać negatywny stosunek do samobójstw – jak w kulturach afrykańskich – natomiast zdecydowanie pozytywny do prewencji samobójstw, zarówno do stosowania planów bezpieczeństwa, jak i do szukania pomocy. Tak jak kapitan na statku nie zawaha się wysłać sygnału SOS w sytuacji zagrożenia, tak powinno to być zupełnie naturalne w sytuacji zagrożenia życia przez trudności w kontrolowaniu autodestrukcyjnych impulsów. Warto zwrócić szczególną uwagę na język i prewencję – czy też: profilaktykę – samobójstw, na to, jak piszemy i mówimy o każdej trudnej sytuacji i o tym, jak sobie z nią radzimy: kiedy się rozwodzimy, tracimy pracę, chorujemy czy bankrutuje nasza firma. To jest zadanie mediów – przeniesienie środka ciężkości z samego słowa *samobójstwo* na to, jak mu zapobiegać, i skupienie się na tym wyzwaniu w wywiadach, publikacjach, programach telewizyjnych, radiowych czy filmach.