

Elżbieta Michałowska

Konieczność, przeznaczenie fatum - osoby z zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi o sobie i swojej chorobie : analiza postów uczestników psychologicznego forum internetowego

Przegląd Socjologii Jakościowej 10/1, 94-115

2014

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Elżbieta Michałowska
Uniwersytet Łódzki

Konieczność, przeznaczenie, fatum – osoby z zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi o sobie i swojej chorobie. Analiza postów uczestników psychologicznego forum internetowego

Abstrakt Przedmiotem tego artykułu uczyniono problemy osób chorujących na zespół obsesyjno-kompulsywny (*Obsessive-Compulsive Disorder* [OCD]), którymi dzielą się na forum internetowym www.nerwica.com. Kompulsje i obsesje w znacznym stopniu utrudniają nie tylko życie osoby chorej, ale również jej najbliższych. Obsesje to uporczywe, natrętne myśli, które towarzyszą choremu bez względu na porę dnia i nocy. Mogą one dotyczyć na przykład śmierci lub nadchodzącego końca świata. Szczegółowa analiza wybranych postów internautów obejmowała lata 2006, 2007, 2010 i 2011, i dotyczyła wypowiedzi osób biorących udział w dyskusji na temat: „Nerwica Natręctw – Moja historia, objawy, co zrobić...”. Przeprowadzona analiza treści służyła przede wszystkim uzyskaniu wniosków dotyczących tego, jaki wpływ wywiera zespół obsesyjno-kompulsywny na psychiczną, emocjonalną oraz społeczną sferę życia uczestników psychologicznego forum internetowego www.nerwica.com. Analiza pomogła nie tylko w holistycznym ujęciu badanej kwestii, ale także w dokonaniu właściwej selekcji postów oraz w ich obiektywnej ocenie.

Słowa kluczowe zespół obsesyjno-kompulsywny, chory psychicznie, forum internetowe

Elżbieta Michałowska, dr hab. prof. nadzw. UŁ, zainteresowania naukowe skupiają się wokół socjologii dewiacji i kontroli społecznej, szczególnie ważnymi obszarami studiów naukowych są społeczno-kulturowe aspekty chorób psychicznych, socjologia przestępczości, (w tym szczególnie problematyka zabójstw i ich uwarunkowań wśród kobiet i mężczyzn) dewiacyjność zachowań kobiet i nieletnich dziewcząt (prostyytucja, sponsoring, itp.).

Dane adresowe autorki:

Uniwersytet Łódzki, Instytut Socjologii
Katedra Socjologii Wsi i Miasta
ul. Rewolucji 1905 r. 41, 90-214 Łódź
e-mail: esting@uni.lodz.pl

*Każdy musi sam przeżyć tę przygodę: nauczyć się lęku.
(...) ten, kto rzetelnie nauczył się bać, poznał to, co najważniejsze.*
Søren Kierkegaard, *Pojęcie lęku*

Pprzedmiotem tego artykułu uczyniono wpływ choroby na funkcjonowanie osób, u których występują objawy zespołu obsesyjno-kompulsywnego (*Obsessive-Compulsive Disorder* [OCD]). Kompulsje i obsesje w znacznym stopniu utrudniają nie tylko życie osoby chorej, ale również jej najbliższych. Obsesje to uporczywe, natrętne myśli, które towarzyszą choremu bez względu na porę dnia i nocy. Mogą one dotyczyć na przykład śmierci lub

nadchodzącego końca świata. Myśli pojawiające się w głowie chorego zwykle są całkowicie sprzeczne ze światopoglądem i charakterem osoby chorej, a mimo tego traktowane są jako własne. Jest to zaburzenie z wszelkimi konsekwencjami, jakie niesie ze sobą społeczne postrzeganie osoby chorej psychicznie. Źródłem informacji uczyniono forum internetowe www.nerwica.com, którego uczestnikami są osoby z systematycznie występującymi objawami choroby, leczące się psychiatrycznie lub które trafiając na forum, uznały, że ich psychiczne problemy mają charakter zespołu obsesyjno-kompulsywnego (ZOK), choć diagnozy nie potwierdzili psychiatrzy.

Chorobę psychiczną postrzega się zawsze jako zjawisko złożone, często niezrozumiałe. Środowisko społeczne chorego psychicznie albo uznaje chorobę, albo dąży do usunięcia chorego poza swój krąg. Podejmuje decyzję o izolacji, społecznym wykluczeniu. Osobę chorą pozbawia się prawa do uznania jej wzoru dewiacji. Określenie wzoru roli osoby chorej jako potrzebującej pomocy uzależnia chorego od osób nie chorych. Widać to szczególnie w przypadku zespołu obsesyjno-kompulsywnego, który manifestuje się w sposób szczególnie spektakularny. A przecież każdy człowiek odczuwa pewne obawy i lęki. Jeden boi się pajaków lub myszy, inny zaś ciemności, i jest to zupełnie normalne zjawisko. Jest jednak pewna grupa ludzi, którzy przez lęk nie mogą normalnie funkcjonować, a zwyczajne sytuacje życiowe stają się dla nich udręką. Taki nieracjonalny, niemający podstaw lęk nosi miano fobii. T. Lihoreau (2008) tłumaczy zjawisko fobii jako chorobliwy i uporczywy lęk przed określonymi sytuacjami, substancjami i przedmiotami. Lęk jako objaw jest istotnym elementem zespołu natręctw.

Zarówno myśli, jak i czynności natrętne są przyczyną znacznego lęku, który może nasilać się przy próbach przeciwstawienia się czynnościom przymusowym. Chory, próbując zredukować poziom lęku, poddaje się stereotypowym działaniom, rytuałom czy natrętnym myślom, mimo że postrzega je jako bezsensowne (Pilaczyńska-Jodkiewicz 2003: 106). Uczucie lęku bywa połączone z takimi przykrymi objawami fizjologicznymi, jak: silne bicie serca, suchość w ustach, poty. Fobia (in. lęk) jest oznaką rozwijającej się choroby. Podział fobii przeprowadza się według czynnika wywołującego lęk. Charakterystyczną cechą jest to, że chory dokładnie zna źródła swoich obaw i stara się uniknąć sytuacji, które mogą je wywołać. Tego typu lęki są dla chorych nie do przezwyciężenia. Rodzina i przyjaciele osób cierpiących na fobię często sądzą, że skoro chodzi tu o nierozsądne obawy, to chorzy mogą bez problemu normalnie żyć. Jest to błędne myślenie, podobnie jak przy depresji.

Dla każdego jego własna fobia może się stać w pewnych sytuacjach niewygodna i skomplikować życie. Jednak z większością z nich można żyć i „obejść je” poprzez unikanie sytuacji, w których się ujawniają. Zwykle nie jest to specjalnie trudne. Osoba, która jest w stanie zdefiniować swoją fobię choćby jako strach przed zastrzykiem, może ją zaakceptować i starać się z nią żyć. Osoba, która nie jest w stanie określić, na czym polega jej fobia, czyli strach przed strachem, nie może jej zaakceptować i dlatego cały czas czuje się zagrożona. (McKinnon 2007: 132)

Stygmatyzacja a zaburzenia psychiczne

Ostatnie 150 lat to stopniowa zmiana nastawienia do osób chorych psychicznie. Odchodzono od

rozumienia tych chorób jako opętania przez szatana czy złe moce na rzecz przypisywania cierpiącym na nie statusu chorych somatycznie. W efekcie nowych odkryć i ustaleń etiologicznych (Freud, Jung, Adler, Horney, Fromm i in.) stosunek do chorych psychicznie z pewnością zmienił się na lepsze. Ale można mieć jednak wątpliwości, czy ludzie naprawdę tak samo traktują człowieka chorego psychicznie jak człowieka chorego na serce czy też mającego złamaną nogę. Diagnostyka choroby psychicznej nierzadko w sposób jednoznaczny naznacza – stygmatyzuje osoby, wobec których została postawiona. Stygmatyzacja (piętnowanie) to proces społecznej reakcji, a także proces społecznej identyfikacji i społecznego naznaczenia. Do nauk społecznych pojęcie „piętna” wprowadził E. Goffman, który w roku 1963 opublikował książkę pod takim tytułem. Według niego piętno to silnie dyskredytująca właściwość, która sprawia, że osoba, która ją posiada, jest postrzegana jako odmienna, splamiona, pomniejszona, a nawet jako nie w pełni wartościowa (2007). Podobnie ujmuje piętno Nelson, który określa je jako właściwość, jaka naznacza jednostkę jako niedoskonałą, dewiacyjną, ograniczoną, zepsutą lub niepożądaną pod jakimkolwiek innym względem (2003). W stygmatyzacji występuje skłonność do społecznego definiowania określonej osoby wyłącznie przez pryzmat piętnującej cechy. Charakteryzuje się ona zredukowaniem całej osobowości do tej jednej dominującej cechy (Brodniak 2000: 185). Ze stygmatyzacją mamy do czynienia wówczas, gdy współlistnieją oraz powiązane są ze sobą następujące elementy: etykietowanie, identyfikacja i nazwanie niektórych istotnych społecznie różnic, stereotypizacja, powiązanie różnic spo-

łecznych ze stereotypami, oddzielenie „nas” od „nich” na podstawie utworzonych stereotypów, prowadzące do zwiększenia dystansu społecznego oraz utrata statusu społecznego i dyskryminacja, których doświadcza osoba napiętnowana (Dyduch, Grzywa 2009).

Negatywną konsekwencją dystansowania się wobec chorych psychicznie jest tendencja do odrzucania chorych jako pełnoprawnych, odpowiedzialnych uczestników życia społecznego, nawet wtedy, gdy już przemijają ich kłopotliwe i niezrozumiałe zachowania, charakterystyczne dla okresu aktywnej choroby. Są to przejawy dyskryminacji, która sprawia, że oprócz cierpienia spowodowanego chorobą psychiczną, chorzy dźwigają dodatkowo ciężar wynikający z poczucia, że są traktowani jako obywatele drugiej kategorii. Owo dyskryminowanie utrudnia osobom chorym psychicznie powrót do zdrowia oraz odzyskanie pozycji społecznej (Wciórka, Wciórka 2005: 16–17).

Niemal wszystkie grupy społeczno-demograficzne, kobiety i mężczyźni, młodzi i dojrzały respondenci, lepiej i gorzej wykształceni, dostrzegają w osobistych spotkaniach z osobami chorymi najczęściej współczucie, zakłopotanie czy bezradność, jednak w niektórych środowiskach społecznych częściej niż bezradność pojawia się strach. Wraz z wiekiem maleje odsetek ludzi wymieniających zakłopotanie, strach i odrazę, a rośnie grupa wskazujących na bezradność oraz litość, którą szczególnie często wyrażają najstarsi (Wciórka, Wciórka 2005: 8–9).

Według innych badań przeprowadzonych przez Ośrodek Badania Opinii Publicznej TNS OBOP

w ramach Ogólnopolskiego Programu Zmiany Postaw Wobec Psychiatrii „Odnaleźć Siebie” (*Raport...*), przedstawiających postawy Polaków wobec leczenia psychiatrycznego i lekarzy psychiatrów, aż 70% naszych rodaków wizytę u psychiatry uważało za o wiele bardziej stresującą niż u jakiegokolwiek innego specjalisty, co potwierdza obawę przed stygmatyzacją chorobą psychiczną.

Krótko o metodzie

Szczegółowa analiza wybranych postów internautów obejmowała lata 2006, 2007, 2010 i 2011, i dotyczyła wypowiedzi osób biorących udział w dyskusji na temat „Nerwica Natręctw – Moja historia, objawy, co zrobić...”. Analizowano wypowiedzi uczestników, którzy systematycznie, przynajmniej raz w miesiącu w ciągu analizowanych lat, pojawiali się na forum i uczestniczyli w dyskusji na temat zaburzeń psychicznych, dokonując wpisów swoich refleksji i przemyśleń, zwanych postami. Podstawą do rozpoznania uczestników forum były ich nicki (zachowano ich oryginalną formę), które pojawiały się pod wpisami. Badacz porządkował wypowiedzi według ustalonych problemów, które stały się strukturą analizy prezentowanej w dalszej części artykułu. Przeprowadzona analiza treści służyła uzyskaniu wniosków dotyczących tego, jaki wpływ wywiera zespół obsesyjno-kompulsywny na psychiczną, emocjonalną, a przede wszystkim społeczną sferę życia uczestników forum www.nerwica.com. Analiza pomogła nie tylko w zaprezentowaniu ogólnej charakterystyki badanej kwestii, ale także w dokonaniu problemowej selekcji postów. Dzięki niej można było również (oprócz treści wypowiedzianych *explicite*) zauważyć,

że pewne kwestie mimo anonimowości, jaką gwarantuje forum, były celowo przemilczane, a dotyczyły bardzo intymnych, osobistych doświadczeń, na przykład sfery seksualnej, której obsesje mogą również dotyczyć, i w oparciu o literaturę przedmiotu występują niezwykle często (Krzyżowski 2003; Mc Kinnon 2007; Rabe-Jabłońska 2007).

Fora internetowe i społeczności wirtualne

Odpowiadając sobie na pytanie o motywy korzystania przez ludzi z grup dyskusyjnych czy forów internetowych, pierwszym jest oczywiście chęć porozmawiania z drugą osobą, poznania jej bez wychodzenia z domu, czyli tak naprawdę nawiązywanie znajomości. F. Fukuyama odnosi się do tej kwestii w następujący sposób: „[t]ą drogą można się związać niemal z każdym człowiekiem na kuli ziemskiej, a związek, którego nie ogranicza już fizyczna przestrzeń, można oprzeć na wspólnych zainteresowaniach” (2000: 52). Co więcej, przy udziale Internetu wielu osobom dużo łatwiej jest wyrazić pewne aspekty własnego Ja, które wydają się być nieakceptowane w środowisku społecznym, w jakim zazwyczaj funkcjonują. Jednostka ponosi wówczas mniejsze koszty złamania norm, a także mniejsze sankcje społeczne. Również anonimowość odgrywa tutaj olbrzymią rolę. Nie zdradzając swoich danych osobowych, występując pod pseudonimem, dużo łatwiej jest pokazać pewne aspekty własnej osoby. Jest to niewątpliwie jedna z cech najbardziej utożsamianych z Internetem i cenionych przez jego użytkowników. Można mówić o niej jako o parze dwóch zmiennych, które są przypisane danej interakcji. Jedną z nich jest

nieznajomość i polega na tym, że osoba, która bierze udział w interakcji, nie zna ról społecznych pełnionych przez swojego rozmówcę. Nie wie, jak wygląda, jakie są jego postawy, sposób zachowania czy cechy osobowościowe. Drugą cechą z kolei to nieidentyfikowalność. Jest to subiektywne poczucie mówiące, że interakcję jesteśmy w stanie przerwać w taki sposób, że niemożliwe będzie nawiązanie jej w przyszłości (Batorski, Marody, Nowak 2006).

Ludzie, którzy cierpią z powodu problemów psychicznych, poszukują pomocy na różne sposoby. Chcąc uniknąć reakcji stygmatyzującej, jaką wywołać może wizyta u specjalisty, poddanie się psychoterapii czy konieczność hospitalizacji, szukają wsparcia, odpowiedzi na nurtujące ich kwestie w Internecie. Fora internetowe funkcjonują jak grupy wsparcia. Ludzie wymieniają się swymi spostrzeżeniami, doświadczeniem w radzeniu sobie z osobistymi trudnościami. Bywa też, że dają upust głębokiej frustracji z powodu odczuwanych przejawów dyskryminowania ich lub obaw przed tym, co mogłoby się stać po ujawnieniu, że się leczą. Oto jedna z wypowiedzi uczestników forum: „Niestety ciągle w naszym społeczeństwie jest tak, że lepiej chorować na nowotwór niż się przyznać, że jest się chorym psychicznie. Przynajmniej w przypadku tego pierwszego można liczyć na jakieś współczucie i oparcie” [Layla]¹.

Z obawy przed odrzuceniem społecznym niektórzy ludzie leczą się psychiatrycznie daleko od miejsca zamieszkania. Jest to próba ochrony się przed

napiętnowaniem i niezrozumieniem. Przy tej okazji warto zacytować innego internautę:

[L]udzie chorych psychicznie się boją, bo nie rozumieją (...). Gdyby mnie mogli zobaczyć w stanie ostrym schizofrenii to powiedzieliby: „świr”, „chory”, „schizo”, „pewnie nagrzeszył i go pokarało”. A teraz po trzech latach pracuje w firmie ze zdrowymi. Biorę małą dawkę leku, wizyty u psychiatry i ignoruje mój typ schizofrenii, jaki mam i tylko te trzy rzeczy identyfikują mnie, jako chorego psychicznie, bo pozostałe rzeczy robię jak zdrowi. Ciekawe co by było gdybym rozpuścił informacje po firmie, że zaliczyłem psychiatryk i mam F20 [Klasyfikacja Międzynarodowa Chorób Psychiczych DSM]? [halibut85]

Należy zwrócić uwagę głównie na rolę, jaką pełnią obecnie społeczności wirtualne tworzone w ramach forów internetowych. Tego rodzaju forum stanowi specyficzną płaszczyznę aktywności internautów. Najogólniej ujmując, to wirtualne miejsce spotkań w sieci osób zainteresowanych określoną tematyką. Obecnie jest ono bardzo popularną formą tworzenia się nowych grup społecznych, tak zwanych cyberspoleczości. Charakterystyczną, a jednocześnie dość powszechną cechą forum internetowego jest przede wszystkim to, że daje ono możliwość udziału w różnorodnych dyskusjach, przekazywania własnych racji i wartości (w kwestiach, których dane forum dotyczy) każdej osobie, bez względu na posiadane przez nią cechy społeczno-demograficzne. Jego uczestnicy tworzą sieć powiązań, wzajemnych zależności, realizując poprzez to społeczną potrzebę bycia we wspólnocie, w której jednocześnie otrzymują możliwość osiągnięcia przede wszystkim celów indywidualnych (Doktorowicz 2004). Ponadto na forum internauta

¹ Wszystkie cytaty uczestników forum psychologicznego pochodzą ze strony internetowej: www.nerwica.com i zostały przedstawione w oryginalnym zapisie.

może zachować pełną anonimowość względem pozostałych uczestników, co często sprzyja zwiększaniu otwartości oraz śmiałości w wypowiedaniu się. H. Rheingold uważa, że

[L]udzie w wirtualnych społecznościach używają słów na ekranie, aby wymieniać przyjemności i kłócić się, angażować się w dyskurs intelektualny (...), kreować małą wielką sztukę, uprawiać czcze rozmowy. Ludzie w wirtualnych społecznościach czynią niemal wszystko to samo, co w życiu realnym, tylko że poza rzeczywistością zostawiają swoje ciała. Nie można nikogo pocałować ani uderzyć w nos, ale wiele może się zdarzyć poza tymi granicami. (Doktorowicz 2004: 60 za Rheingold 1994: 3).

Mimo wielu pozytywnych aspektów, fora internetowe mają również swoje słabsze strony. Ich członkowie, akcentując swoją obecność oraz indywidualizm w danej dyskusji, zbyt często wyrażają opinie nacechowane ekspresją i emocjami. Osoby rejestrujące się na forach często kreują swoje *drugie Ja* i udają kogoś, kim w rzeczywistości nie są. To, w opinii wielu osób, podważa wiarygodność wirtualnych uczestników dyskusji. Jednak przeprowadzona analiza treści dyskusji poświęconej zagadnieniu zespołu obsesyjno-kompulsywnego na forum psychologicznym (www.nerwica.com) stanowi pewnego rodzaju dowód na to, że posty forumowiczów mogą mieć znaczącą wartość. Zakładanie maski w sieci może być skutkiem nieświadomego dążenia do afiliacji, stworzenia przyjaznych relacji między partnerami. Internetowe „oszukiwanie” może więc wiązać się z chęcią utrzymywania dobrych kontaktów, z próbą znalezienia wspólnego języka. Można pokusić się o stwierdzenie, że ten tak zwany efekt kameleona

może być w pewnym sensie lekcją empatii, współprzeżywania (Kuracki 2006).

Objawy zespołu obsesyjno-kompulsywnego (ZOK)

Obecnie coraz powszechniejszy staje się pogląd, że styl naszego życia uwarunkowany jest stresem sprzyjającym między innymi rozwojowi różnego typu stanów lękowych. O wiele bardzo istotnych spraw (rodzinę, przyjaciół, odpoczynek itp.) przestajemy się troszczyć. Liczy się tylko sukces, bez względu na cenę, jaką nierzadko przychodzi za niego zapłacić. Jest nią między innymi słabnąca psychika człowieka. Zaburzenia nerwicowe najczęściej przejawiają się w sferze postrzegania, przeżywania, myślenia oraz zachowania. Zatem możliwości adaptacji do nowych sytuacji czy podejmowania wyzwań ulegają znacznemu pogorszeniu. Pojawiają się ograniczenia w pełnieniu codziennych ról społecznych. Ludzie przestresowani, znerwicowani zazwyczaj nie potrafią kontrolować własnych emocji, lęków, co może negatywnie wpływać na relacje z bliskimi czy znajomymi. Z czasem, gdy trudności nasilają się, powstaje ryzyko, że takie osoby mogą zostać obarczone statusem jednostek społecznie naznaczonych (Szwetowska 2009). Owa stygmatyzacja będzie konsekwencją nazwania kogoś chorym psychicznie, co prowadzi najczęściej do wykluczenia i dystansowania się społeczeństwa wobec ludzi z problemami psychicznymi. Zazwyczaj nie potrafimy spojrzeć na kogoś z zaburzeniami psychiki jak na zdolnego do rozwoju, wrażliwego, wartościowego człowieka.

Chcąc scharakteryzować zespół obsesyjno-kompulsywny, trudno wskazywać na jedną,

właściwą przyczynę oraz na konkretny przejaw tej choroby. Gdy mamy do czynienia z zaburzeniami psychicznymi, zazwyczaj mówimy nie o pojedynczych objawach, a raczej o zespole zaburzeń, szeregu symptomów mogących z czasem się nasilać i ulegać przemianom (Davis 1999: 4–5). Przy tym sposób, w jaki zespół obsesyjno-kompulsywny przejawia się u danej jednostki, zależy od jej predyspozycji genetycznych (układ genów może zwiększyć ryzyko występowania w określonych sytuacjach obsesji, kompulsji), psychicznych (brak odpowiedniej higieny psychicznej, frustracje czy trudne doświadczenia życiowe powodując wzrost czynników stresogennych, przyczyniają się do rozwoju zaburzeń psychicznych, w tym także ZOK) oraz środowiska psychospołecznego, w jakim człowiek na co dzień funkcjonuje (na to, czy będziemy w dorosłym życiu posiadać skłonności obsesyjno-kompulsywne może mieć wpływ między innymi sposób wychowania i wdrożone w procesie socjalizacji wartości). W międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-10 ZOK zaliczany jest do zaburzeń lękowych oraz posiada symbol F42². Zgodnie z tą klasyfikacją objawy zespołu obsesyjno-kompulsywnego powodują następujące zachowania:

- pojawiające się myśli, wyobrażenia czy impulsy do działania mają dla pacjenta niemal zawsze przykry charakter;
- pojawiają się one w świadomości pacjenta w sposób stereotypowy;
- próby przeciwstawienia się im ze strony pacjenta prawie zawsze są nieudane;

- mimo że pojawiają się wbrew woli osoby przeżywającej je, są zawsze traktowane jako „własne” myśli lub impulsy wpływające z psychiki pacjenta;
- kompulsje pacjent zazwyczaj odbiera jako niepotrzebne i bezsensowne działania, lecz nie potrafiąc się przeciwstawić, poddaje się im;
- kompulsje u swej podstawy mają zazwyczaj strach przed niebezpieczeństwem, które może jakoby pacjentowi zagrażać. Powtarzanie określonych rytuałów zachowania ma tym niebezpieczeństwem zapobiec;
- myśli te, wyobrażenia i impulsy do działania prawie zawsze wywołują u pacjenta niepokój i lęk;
- obsesyjne rozważania, często uniemożliwiające podjęcie konstruktywnego działania nawet w zakresie najprostszych decyzji codziennego życia, nazywane są natrętnymi iluminacjami;
- pojawiające się niekiedy u pacjentów niepewność, wątpliwości i tendencje do perfekcjonizmu, nadmiernej skrupulatności, drobiazgowości, sprawdzania i korygowania podjętych czynności wiążemy z rozpoznaniem u nich osobowości anankastycznej (Krzyżowski 2003: 13–14).

Jak zaznaczył w rozmowie dla portalu www.nerwica-natrectw.info M. Żerdziński, psychiatra, „być może każdy z nas ma pewną predyspozycję do wystąpienia natręctw, ale bez sprzyjających okoliczności choroba nigdy by nie wystąpiła”.

Na właściwe rozpoznanie zespołu obsesyjno-kompulsywnego składają się trzy zasadnicze elementy: obraz kliniczny choroby, stopień zaawansowania zaburzeń w prawidłowym funkcjonowaniu oraz dyskomfort, jaki towarzyszy danemu pacjentowi

² Zob. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia: www.csioz.gov.pl [dostęp 28 marca 2013 r.

(Rabe-Jabłońska 2007: 161). Warto wspomnieć, że w oparciu o wymogi zawarte w klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM IV można stwierdzić, iż ZOK doświadcza się wtedy, gdy:

- występują obsesje lub/i kompulsje;
- pacjent postrzega swoje objawy jako przesadne lub nawet pozbawione sensu (...);
- wyżej wymienione objawy są powodem zmartwień i cierpienia pacjenta, zajmują mu wiele czasu (co najmniej 1 godz./dzień), istotnie zaburzają codzienną aktywność zawodową, szkolną, funkcjonowanie w społeczeństwie oraz relacje z innymi ludźmi;
- jeśli występują inne zaburzenia psychiczne (...), to treści objawów obsesyjno-kompulsywnych nie ograniczają się wyłącznie do typowych dla tych zaburzeń, na przykład natrętnych myśli dotyczących jedzenia, masy ciała, ćwiczeń fizycznych u pacjentów z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego, ruminacji (ciągłymi wątpliwościami dotyczącymi czynności „zakręciłam kran, wyłączyłam światło, zamknęłam drzwi” itp.) u osób z depresją, natrętnych myśli na temat swojego wyglądu i kompulsywnego sprawdzania swego odbicia w lustrze lub tuszowania rzekomej wady u osób z dysmorfofobią (...), natrętnych myśli na temat chorób u pacjentów hipochondrycznych;
- zaburzenie to nie jest wynikiem używania różnorodnych substancji, na przykład substancji psychoaktywnych, leków. (Rabe-Jabłońska 2007: 162)

Powyższy przegląd symptomów pozwala stwierdzić, że uczestnicy forum psychologicznego to w większości ludzie, którzy doświadczyli bądź aktualnie doświadcniają zespołu obsesyjno-kompulsywnego. Świadczą o tym między innymi takie

słowa, jak na przykład: „netręstwa karza ciągle się kontrolować (...)” [madeline20], „Moje netręstwa często wiążą się z tym...” [Piórko], „Ja w swoich netręstwach kieruję się myślą (...)” [Needles], „Ja też mam nerwicę netręstw (...)” [designer].

Zespół obsesyjno-kompulsywny przejawia się w formie obsesji oraz kompulsji. W najprostszym rozumieniu obsesje to natrętne myśli, a kompulsje mają postać natrętnych czynności (Krupnik-Matuszczyk, Matuszczyk 2007: 58). Te dwa terminy określane są jako tak zwane objawy anankastyczne (*ananke* z języka greckiego oznacza konieczność, przeznaczenie, fatum). Ich wspólnym mianownikiem jest towarzyszący choremu wewnętrzny przymus realizacji tychże netręstw. Wypełnianie określonych zadań czy permanentne zastanawianie się nad pewnymi sprawami często jest tak silne, że chory bezmyślnie podporządkowuje się im. W przeciwnym razie pojawia się lęk, obawa, że niewykonanie przyjętych rytuałów spowoduje powstanie negatywnych konsekwencji dla chorego (na przykład: „na pewno mnie okradną, jeśli ponownie nie sprawdzę, czy zamknęłam drzwi”) (Kępiński 1986: 68–69).

Rozpatrując wypowiedzi członków forum pod kątem opisywanych objawów, uznano, że można wyodrębnić wśród nich trzy elementarne grupy:

- osoby, u których w głównej mierze występują obsesje;
- osoby, u których przeważają kompulsje;
- osoby, u których w równym stopniu pojawiają się zarówno obsesje, jak i kompulsje.

Na forum psychologicznym możemy odnaleźć ludzi, którym towarzyszą natrętne myśli w przedstawionych w dalszej części artykułu postaciach.

Obsesje wątpliwości – czyli nieustanne rozważanie określonych sytuacji oraz związane z nim nawykowe sprawdzanie określonych czynności

Moja świadomość każe mi naprawić coś co zrobiłem kiedyś, ale nie żaden błąd. Muszę naprawić czynność, którą kiedyś wykonałem. Szedłem gdzieś tam i popatrzyłem się za siebie i mam to naprawić. Raz jechałem autobusem i popatrzyłem na drzwi, a później na szybę przednią i mam to naprawić. Dziwne. Sposób naprawy jest taki, że muszę wykonać tę czynność jeszcze raz w tym samym miejscu, w którym ta czynność była wykonana. (...) sprawdzanie kurków od gazu po kilkadziesiąt razy dziennie. [qiqs77]

Obsesje hipochondryczne – wyrażające lęk przed śmiercią, chorobą

Chodzi o to że mam o jakiegos czasu natrętne myśli dotyczące swojego ciała. Jakis rok temu miałam atak i nie mogłam przestać sobie wyobrażać ze wychodzę ze swojego ciała. Było ciężko ale jakos przeszło. Teraz znów jest zle . (...) przypomnielo mi się jak koleżanka opowiadała o swojej cioci która ciągle twierdziła ze ma guza mózgu wzięli ją do psychiatryka tam sie powiesiła a po sekcji zwłok okazało sie ze miała tego guza. Idąc tym tokiem myslenia ,w mojej głowie uroiła się myśl ze jesli ciągle będę sobie wyobrażała ze tracę władzę w nogach ,rękach, ciele to w koncu to na pewno się stanie. [didol]

otoz strasznie boję sie smierci i moje mysli podpowiadaja mi ze po co cokolwiek robic jak i tak umre !! wobec tego stracilam ochote na wszystko ledwo zyje bo wszystko przekladaj moje mysli ktore powtarzaja

mi "po co?????" !!!!! w dodatku kolejnymi objawami sa mysli samobojcze i to ze czesto widze w swoich myslach swoja smierc tzn widze jak sie zabijam jak moja rodzina placze itp!!!! [Jovita]

Obsesje religijne – polegające na pojawianiu się refleksji utrudniających modlitwę, medytację bądź na upatrywaniu w sferze religijności pomocy w chorobie

Jakie mam myśli? Mam obrazoburcze myśli na temat Boga, obrażam wszystko co święte /choć jestem wierząca (...) [JanetteB]

myśli, które mnie nękały przez 2 miesiące, niemalże 24h/dobę, doprowadzały mnie do szału, nie mogłam spać, normalnie funkcjonować... starałam się jak mogłam, ze wszystkich sił zagłuszyć je...z marnym rezultatem w końcu zaczęłam się modlić i prosić Boga o pomoc, o spokój... i muszę przyznać, że chyba to uratowało mnie przed szaleństwem. [Yoyo]

Obsesje seksualne – natrętne myśli występujące w sferze erotycznej, seksualnej

Wśród analizowanych postów brak jest przykładów jedynie na powyższy typ obsesji. Jak wspomniano już wcześniej, w głównej mierze wynika to ze wstydu do przyznania się, że miewa się takie myśli. Jest być może także obawa przed potępieniem przez społeczność forum psychologicznego, mimo jego anonimowości. Osoby miewające różnego rodzaju wyobrażenia na tle seksualnym postrzegane są przeważnie przez pryzmat dewiacji seksualnych i budzą wśród innych ludzi nie tylko awersję, ale przede wszystkim strach. Siła negatywnych stereotypów mogła spowodować u niektórych członków forum marginalizację tego problemu, jednocześnie

utrudniając podjęcie właściwych dla jego rozwiązania kroków.

Obsesje kontrastowe – mają one postać agresywnych zamiarów wobec bliskich osób z tym, że nigdy niezrealizowanych

P.S Chyba mam też natręctwo myśli np. jak mnie brat wkurzy to strasznie mnie zaczyna nosić i wyobrażam sobie że biore noż i wbijam mu w głowę (oczywiście nic takiego bym nie zrobił). [Dziubek]

Budzę się w nocy i się zastanawiam co by było gdybym skoczyła teraz z balkonu, albo idę ulicą i myślę o tym by wskoczyć pod przejeżdżający samochód, nie żebym chciała się zabić lub kogos innego, bardzo chcę żyć, tylko nachodzą mnie takie myśli i nie potrafię ich od siebie odsunąć. [Layla]

Weryfikacja postów pod względem rodzajów doświadczanych kompulsji pozwoliła wyróżnić kilka wielokrotnie wymienianych czynności. Pomimo że w większości charakteryzują się one brakiem jakiegokolwiek logiki w ich realizacji, to i tak są systematycznie wykonywane przez forumowiczów. Psychiczny przymus rządzi ich zachowaniami. Dodatkowo oddziałuje na to paradoksalna zasada, według której im większy opór stawia swoim kompulsjom chory, tym przymus staje się silniejszy. Jak stwierdzają forumowicze: „namęczę się, ale będę bezpieczna” [Needles], „kilkakrotnie to powtarzam, aż mi wyjdzie dobrze...” [Daisy], „To jest zazwyczaj codzienna sytuacja TYLKO przed snem” [designer], „Potem czuje ulgę, ale potem i tak przychodzi jakas nowa sytuacja itd..” [matiaz]. Uczucie lęku w momencie, gdy dana czynność zostanie wykonana, ulega rozładowaniu, wyciszeniu, ale u większości

uczestników po chwili wraca ponownie. Postępowanie przymusowe (w wielu sytuacjach) wynika z różnego rodzaju fobii (na przykład chory nadmiernie myje ręce, ponieważ odczuwa lęk przed brudem, zarazkami). Tę tezę w wielu przypadkach potwierdzają zachowania uczestników forum. Oto przykłady najczęściej prezentowanych przez nich natrętnych czynności:

Najgorsze jest z cyframi i literami. Jeden złe, bo jest samotne, 2 to połowa z czterech które jest cyfrą śmierci, 3 połowa z 6 czyli cyfry szatana, siedem to przecież 3 i 4, 8 dwie 4, 9 3x3... Więc uznałam że najbezpieczniejszą liczbą jest 18 + jeden taki bonus. A robić wszystko 19 razy to naprawdę katorga. Litery też mi się źle kojarzą (...). Bo jak czytam jakąś książkę, to zanim przerzucę kartkę to muszę zatrzymać wzrok na jakimś pozytywnym wyrazie. [Needles]

Cześć, mnie też całe życie doprowadzają do szału pewne dźwięki. Powtarzające się dźwięki. Dźwięk głośnego połykania jedzenia to dla mnie tortura! Nie jestem w stanie siedzieć obok swojego ojca, bo on tak głośno je. Wciąganie nosem, chrząkanie, połykanie wody, powtarzające się dźwięki w piosenkach –tak co chwila, natarczywie,, no i oczywiście: chrapanie... [Olga]

zamykamy drzwi do domu, sprawdzamy kilka razy, klucz jeden ukrecony, wchodzę do pokoju sprawdzam czy wyłączone w całym domu światło, tu tak, tu tak, tu tak, tu tak, ok., a może nie ponownie tu tak, tu tak, tu tak, zamykam drzwi od pokoju, światło zgaszone przecież widzę, nie moja choroba mówi mi sprawdź bo może kontakt źle wciśnięty, pocieram pocieram, kładę się, wyłączam TV, odwracam się chce zasnąć, a wyłączyłem T ? (1,5m dalej) odwracam się TAK, śpię. [desinger]

Zdarzało się też, że forumowicze opisywali sytuacje, w których doświadczali zarówno obsesji, jak

i kompulsji jednocześnie. W tego rodzaju sytuacjach można było zauważyć wyraźny związek pomiędzy tymi dwoma objawami – te drugie (czynności) powstawały zawsze w reakcji na pojawiające się natrętne myśli. Oto wypowiedzi świadczące o tej prawidłowości:

Zacząłem się od tego, że kiedy oglądałem telewizję z rodzicami i przez dłuższy okres czasu się nie odzywałem to w głowie rola mi się myśl czy nie straciłem głosu. Konsekwencją tego było pomrukiwanie, żeby sprawdzić czy jeszcze mam głos. Na początku mruczałem rzadko, przeważnie kiedy oglądałem telewizję lub byłem w miejscu gdzie dłuższy czas trzeba siedzieć, nic nie mówić i być skupionym. Potem przeprowadzałem te "testy" głosu coraz częściej (...). Oprócz tego zacząłem dotykać ścian w domu, drzwi i innych miejsc (nie wiem czemu akurat te), zawsze przechodząc korytarzem musiałem dotknąć ręką ściany lub zahaczyć ją łokciem. (...) Dywan w geometryczne wzorki – nigdy nie stawałem na fioletowych kwadratach. Omijałem (i do dzisiaj to robie) pęknięte płytki chodnik (...). [halibut85]

Także najbezpieczniejsze były liczby niskie, poniżej wieku najmłodszego członka rodziny, ale z wyłączeniem piątki i jedynki (bo jedynka to jedna osoba, tak jakoś) albo liczby dość wysokie np. 70. Ale np. 78 już nie, bo 7+8 to 15 i ktoś mógłby umrzeć w wieku 15 lat. [Wk]

chciałem być najlepszy w klasie i zakuwałem się do pozna. Stresowałem się, że jak nie dostane dobrej oceny, to mnie wyrzucą z liceum – to była 1. klasa. Było to tak naprawdę nieuzasadnione (...). Ja jednak panicznie się bałem, że parę trojek i już mnie wywalą. Skonczyło się tak, że byłem najlepszy w klasie. (...) Niestety tym ciąglem lekiem, że dostane słabą ocenę (...) poszukiwałem zacząłem 'pomocy' w czymkolwiek, by lepiej się nauczyć w nocy. Wmówiłem sobie, że jak nie spojrzę na zegar na ścianie to czegoś tam nie zapamiętam. Potem zacząłem myśleć, że jak patrzeć na ten zegar wyobra-

zam sobie np jakiegoś koleżkę co źle się uczy, to tego nie zapamiętam. Tak więc zerkalem na ten zegar co chwile i ciągle wbijałem sobie jakieś obrazki do głowy. Robiło się to potwornie męczące i przeniosło się u mnie na niemal każdą czynność życiową !!! [Leider]

Poza faktem, że uczestnicy forum prezentują typowe dla zespołu obsesyjno-kompulsywnego zachowania, to niektórzy z nich dodatkowo byli w stanie określić momenty, w jakich objawy choroby nasilają się:

zwykle wiążą się one z tym jak się dzieją rzeczy które wywołują u mnie ekscytację, podniecenie. (...) Również mam atak gdy mogłem zrobić coś inaczej bo po prostu wtedy by było łatwiej, a już tak nie będzie. Np nie zobaczę tej samej transmisji w telewizji, lub nie wykonam już czegoś nigdy tak samo. Wtedy jakby uwalniam się z tego zalu jeśli można to tak nazwać i wykonuje różne sytuacje. [matiaz]

Teraz już wygląda to lepiej, choć pewne rytuały są, zwłaszcza w momentach kiedy się stresują lub denerwuje – wszystko to wraca. [halibut85]

Najgorzej jest wieczorem gdy idę spać, to wszystko się nasila. [Layla]

Zaburzeniom obsesyjno-kompulsywnym (oprócz nieustannie pojawiających się lęków i obaw, że niewykonanie pewnych czynności według ściśle przyjętych schematów może doprowadzić do powstania niepokoju, dyskomfortu) niejednokrotnie towarzyszy depresja. Taki stan występował bądź nadal trwa u niektórych członków forum psychologicznego:

Bol i strach odbierają mi siły, nierzeczywista kara ciągle się kontrolować, nie ufam nikomu (poza moim chłopakiem) nie potrafię się do nikogo zbliżyć, a najgor-

sze jest to, że ciągle udaje kogos, kim nie jestem:(, juz dawno nalozylam maske i teraz ona mi towarzyszy nieustannie, pozory...niestety..chyba potrafa sie dobrze maskowac..nie wiem czy jest to powod do dumy(?) [madeline20]

Nerwica zatem trwala – ale juz byla lagodniejsza. Niestety doprowadzala ona do depresji. Tracilem chec do zycia, do zdania marury. Schudlem kilkanaście kilo. (...) Platal mi sie jezyk jak mowilem, zasypiajac czulem dusznosci, panicznie balem sie ciemnosci. Mialem objawy klaustrofobiczne, ciagle pocily mi sie rece. [Leider]

mam teraz depersonalizacje. Ostatnio nie moge spac. Nie mam prawie emocji, tylko sobie zrobilem emocje "zastepcze". Nie czuje zycia. Nie moge sie uczyc. Nie moge byc z ludzmi. Wszystko jest nudne. [Trance]

Należy w tym miejscu podkreślić, że zjawiska depersonalizacji i derealizacji, o których wspominali forumowicze, nie są typowym wyrazem nerwic. Pierwszy z przypadków oznacza „stan zakłócenia osobowości, poczucie zmiany obrazu (głównie obcości) własnej osoby, dotyczyć może również najbliższego otoczenia człowieka” (Cierpiałkowska 2011: 156). Depersonalizacja to uogólnione zmiany poczucia siebie, to jest swoich przeżyć, myśli, działań, a nawet wyglądu fizycznego (Cierpiałkowska 2011: 156).

Ludziom cierpiącym na tę dolegliwość wydaje się, że są nierzeczywiści, wręcz wymyśleni, oddzieleni od własnego ciała oraz psychiki. Natomiast derealizacja często współwystępuje z depersonalizacją i najogólniej ujmując, oznacza „poczucie zmiany otaczającego świata” (Cierpiałkowska 2011: 158). Choremu wydaje się, że wszystko, co znajduje się

w jego zasięgu, środowisku jest nierealne, nieprawdziwe pozbawiane wyrazu. Są to stany typowe chociażby dla schizofrenii czy depresji. Podstawowa różnica pomiędzy nimi dotyczy sfery postrzegania. Depersonalizacja związana jest z obrazem własnego ciała i psychiki, a derealizacja z percepcją rzeczywistości. Jeśli zdarzy się, że pojawiają się one przy zespole obsesyjno-kompulsywnym, to najczęściej przejawiają się w agresywnych, impulsywnych uczuciach w odniesieniu do własnej osoby i społeczności, w których funkcjonuje chory (Stolorz b.d.).

Śledząc historie niektórych uczestników forum, można zauważyć, że nawet te najmniej skomplikowane natręctwa, jak chociażby mycie rąk bądź zwyczajne myśli dotyczące tego, czy aby na pewno zakręciliśmy kurki z gazem po wyjściu z domu, są dla nich bardzo uciążliwe. Zdarza się, że osoby zdrowe również miewają takie doświadczenia, wielokrotnie zastanawiają się: „Czy zamknąłem drzwi?”, „Czy wyłączyłam żelazko?”, „Czy mam w kieszeni bilet, klucze?”. Zapewne nieraz zdarzało się, że jakieś myśli, liczby czy melodie przez dłuższy czas „siedziały” w głowie. Jednak większość osób nie przywiązuje do tego zbyt wielkiej wagi, potrafi szybko o tym zapomnieć. Zupełnie inaczej dzieje się w przypadku chorych na ZOK. Każdego dnia obsesje czy kompulsje doprowadzają do powstawania trudności w różnych aspektach ich codziennego życia. Chorzy wielokrotnie nie panują nad rytmem własnego dnia przez to, że nie umieją powstrzymać rytualnych czynności czy myśli. Ponadto ogromną uwagą przywiązują do porządku we własnym otoczeniu. Są niespokojni, a niekiedy nawet zdenerwowani, kiedy na przykład ich rzeczy nie są ułożone w określony, wymyślony przez

nich sposób. W związku z tym niekiedy nie radzą sobie w szkole, w pracy, a nawet w kontaktach z innymi ludźmi. Chorzy zdają sobie sprawę z własnej bezsilności wobec choroby, a mimo to nie potrafią się jej przeciwstawić.

Niemalże każda podjęta próba zanegowania choroby kończy się niepowodzeniem, wtedy wzrasta lęk i frustracja (przynajmniej w początkowym stadium zaburzenia). Ponadto wszelkie działania mające na celu dążenie do uniezależnienia się od przymusu powodują odwrotny skutek, chory paradoksalnie popada w coraz silniejszą zależność. Prawie nic nie jest w stanie zatrzymać realizowania określonych rytuałów czy występowania danych obsesji. Chory znajduje się w *błędnym kole*. Strach przed niewykonaniem narzuconych przez psychikę działań jest najczęściej silniejszy niż zdrowy rozsądek. (Aleksandrowicz 1988: 68).

Można zatem stwierdzić, że posty członków forum, różnorodność objawów w nich opisywanych stanowią dowód między innymi na tezę, iż ten typ nerwicy jest – wbrew pozorom – poważną, wieloaspektową dolegliwością. Ma ona bezpośrednie przełożenia na codzienne funkcjonowanie doświadczających jej osób i stanowi duży problem nie tylko dla samego chorego, ale również dla jego otoczenia. Niemożliwym było opisanie wszystkich rodzajów natręctw, ale przedstawione powyżej posty mogą już pozwolić na ukształtowanie wyobrażenia związanego z funkcjonowaniem osób chorych na zespół obsesyjno-kompulsywny.

Forum psychologiczne jako forma wspólnoty i źródło wsparcia

Forum psychologiczne, poza źródłem informacji, stanowi również dla swoich członków istotną

formę wsparcia. Jego brak często kojarzony jest z pojęciem samotności. Według słownika psychologii oznacza ona po prostu „stan osoby, która żyje sama” (Sillamy 1994: 260). W chorobie psychicznej samotność nie oznacza jedynie braku partnera, partnerki, kogoś bliskiego. Wiąże się ona z deficytem akceptacji społecznej w środowiskach, w których chorzy spełniają swoje codzienne role. Taki wniosek można sformułować po zapoznaniu się z wypowiedziami uczestników forum. Można zaryzykować stwierdzenie, że ci ludzie działają według zasady: szukasz wsparcia w chorobie, włącz Internet. Ponadto wspólnota doświadczeń daje im możliwość zbudowania „bliskości na odległość”. Świat cyberprzestrzeni pozwolił nie tylko na pokonanie ograniczenia czasoprzestrzennego, ale i na likwidację barier, takich jak wstyd czy lęk przed stygmatyzacją. Tak zwana e-komunikacja dała możliwość stworzenia miejsca, w którym ich aktywność stanowi dla nich nietypową terapię psychologiczną poprzez ujawnianie własnych przeżyć i doświadczeń. Ich posty są dowodem na to, że emocje online niczym nie różnią się od tych przeżywanych w realnej rzeczywistości:

o rety, naprawdę są gdzieś na świecie ludzie, którym to też dokucz. Ja całe życie myślałem, że sam z tym jestem... (...) Dzięki za wsparcie tak czy inaczej, wspierający się neurotycy to naprawdę skarb :) [[Mank](#)]

czytając inne posty zrobiło mi się jakoś lżej na duchu, nie z tego powodu, że jestem złośliwy i sprawia mi przewrotną przyjemność czytanie, jak inni borykają się ze swoją chorobą, nie. Zrobiło mi się lżej, ponieważ przez wszystkie te lata kiedy cierpiałem (i cierpię nadal) na nerwice natręctw nigdy tak naprawdę nie miałem okazji o tym porozmawiać, nigdy nikt nie

opowiadał mi o swoich przeżyciach w tej materii.(...) teraz, kiedy czytam Wasze posty wiem, że nie jestem sam, że można o tym powiedzieć, podzielić się tymi wszystkimi szczegółami. Sprawić, że w końcu troszkę "ulży", zdobyć się na dystans... [halibut85]

Ja również myślałem że jestem sam ze swoją nerwicą, że nikt nie wie jak to jest (...) zrozumiałem że niemożliwe być jeden z tymi natręctwami. [qiqs77].

Mnie bardzo pomogło gdy weszłam na to forum, dowiedziałam się że nie jestem sama, i że inni też mają podobne problemy, przedtem czułam się jak dziwoląg, myślałam że jestem anomalią, że tylko ja mam coś takiego. [ane23]

Poza wsparciem, którego często brakuje osobom z zaburzeniami psychicznymi, forum psychologiczne daje swoim członkom bardzo prozaiczną szansę, jaką jest – po prostu – możliwość wygadania się. Niejednokrotnie dla chorego na ZOK jest to tak wiele, że wszelkie inne formy pomocy często stają się w takiej sytuacji zbyt cenne: „[w]padłem tu żeby opowiedzieć swoją historię” [Lieder], „[s]orki, że tak nie na temat, ale chciałam się chyba wygadać...” [pasquda], „[w]stydzę powiedzieć się komukolwiek co mi jest. Nie rozmawiam z moją mamą ani z bratem ani z siostrą nawet z przyjaciółką o moim problemie” [Patryjaaa2000].

Można odnieść wrażenie, że wszelkie podobieństwa łączące forumowiczów sprawiają, iż nie czują się oni samotni, co w następstwie zwiększa ich zaangażowanie w działalność na forum. Regularnie wiele postów pochodziło od jednego autora. Adekwatną w tym miejscu wydaje się być maksyma Thomasa Moorea mówiąca, że „związki na odległość mogą dać sercu to, czego nie może dać co-

dzienna bliskość” (Kuracki 2006). Jak wynika z cytowanych powyżej postów, rejestracja na forum psychologicznym u większości z forumowiczów sprawiła, że przestali oni myśleć, iż ze swoją chorobą są sami. Znaleźli osoby, miejsce i sposób na dzielenie się lękami, smutkiem, bólem, ale również radością z pokonywania trudności związanych z lękami i obsesjami. Te wirtualne spotkania pozwoliły im między innymi na emocjonalne wyładowanie się, rozluźnienie i uchwycenie dystansu do ZOK. „E. Goffman takie osoby określa mianem *współczujących*. Są o udzie doświadczający tego samego piętna, w tym przypadku są to ci, którzy także doznają trudności związanych z nerwicą natręctw” (Świtaj 2008: 8 za Goffman 2007: 76).

Opinie forumowiczów na temat wsparcia środowiska (rodzina i przyjaciele)

Jak wcześniej wspomniano, choroby psychiczne charakteryzują się między innymi tym, że utrudniają prawidłowe funkcjonowanie nie tylko chorym. To również bardzo trudne oraz dotkliwe doświadczenie dla osób z ich najbliższego otoczenia.

Tę kategorię osób Goffman nazywa z kolei tak zwanymi *zorientowanymi*, czyli *normalsami*, do których w większości zalicza się między innymi rodziny, przyjaciół. Zazwyczaj ze względu na szczególne i bliskie relacje z chorym znają oni ich sytuację zdrowotną. *Normalsi* przeważnie nie wykazują negatywnych emocji wobec cierpiących. (Świtaj 2008: 19)

Zwykle zmusza ich to do dokonania przewartościowania wyznawanych zasad, przyzwyczajzeń, zachowań, co nie jest zadaniem łatwym. Najczęściej właśnie oni zwracają uwagę na niezrozumiałe

postępowanie czy niepokojące symptomy obserwowane u swoich najbliższych. Niejednokrotnie jako jedyni są w stanie wpłynąć na decyzje chorego, w tym także na tę najistotniejszą – o podjęciu leczenia (zespół obsesyjno-kompulsywny, tak jak każda inna choroba, im wcześniej zostanie rozpoznany i leczony, tym istnieją większe szanse na efektywną pomoc choremu). Dzieje się tak między innymi dlatego, że bliscy czy przyjaciele są o wiele lepszymi obserwatorami niż osoba, która bezpośrednio doznaje określonych objawów nerwicznych. Ich opinia jest szczerą, obiektywną i ma na celu najczęściej dobro chorego. Żadne dolegliwości, w tym również te związane ze sferą psychiczną, nie są sprawą należącą jedynie do tego, kto choruje. Osoby jemu bliskie nie powinny i zazwyczaj nie chcą wykazywać biernej postawy wobec cierpienia, tym bardziej, że z reguły same, poprzez stały kontakt z chorym, doświadczają w pewnym sensie nietolerancji, czasem nawet dyskryminacji ze względu na jego chorobę. Jest to tak zwane zjawisko *piętna przeniesionego*.

E. Goffman akcentował skłonność do rozprzestrzeniania się piętna choroby psychicznej (w szczególności u osób szczególnie powiązanych z chorymi psychicznie). Niejednokrotnie ciężar opieki wiąże się nie tylko z nieprzychylnymi uwagami, ale także ze społecznym odrzuceniem. Obecnie można spotkać się również z takimi określeniami tego procesu jak: *piętno przez skojarzenia, piętno rodzinne*. (Jackowska 2009: 603 za Goffman 2007: 34)

Niestety z postów uczestników forum psychologicznego wynika, że ich bliscy (być może ze względu na powyżej wspomniane argumenty) bagatelizują ZOK:

Próbowałam wytłumaczyć to facetowi, popatrzył tylko na mnie dziwnie bo on czegoś takiego nie ma i totalnie mnie nie rozumiał:([Daisy]

A co do zrozumienia przez rodzinę to z tym jest problem bo Oni rzeczywiście nieraz nie wiedzą o co chodzi, że się tak wkurzam. [Zakłopotana]

Naokragło 9 lat to samo. Wykanczam rodziców. Mówią że mogę się odzwyczaić sam, to takie głupie przyzwyczajenia. (...) Bywało że Tata mnie uderzył mocno w głowie gdy to robiłem. CZesto Rodzice krzyczą na mnie. [matiaz]

Moja rodzinę to śmiesz, ale dla mnie nie jest śmieszne. (...) Wsparcia ze strony rodziny nie mam praktycznie żadnego, bo choć mówiłam im o tym, to oni traktują to jako jakieś moje dziwactwo, , ale oni nie wiedzą jak ja się boję. [Layla]

Nie rozmawiam z nikim o moim problemie. (...) TYLKO raz próbowałam powiedzieć mamie o tym, ale ona powiedziała, że na pewno sobie coś wymyśliłam, nie dałam mi nawet dokończyć... [Patryjaaa2000]

Bardzo rzadko można było przeczytać posty znerwicowanych forumowiczów, które zawierały pozytywną opinię na temat wsparcia ze strony rodziny i przyjaciół:

Prawie wszystko zawdzięczam moim rodzicom, którzy stwierdzili, że nie będą oszczędzali na moim zdrowiu. miałem to szczęście że mogłem sobie pozwolić na jedno z najlepszych leków, rodzice nie przejęli się też rachunkami za wodę – o 300zł większymi niż normalnie, bo ciągle się myję, nie wiem co bym zrobił bez leków, przyjaciół i rodziców. Chyba cała akcja “wyjście z nerwicy natręctw” byłaby niemożliwa. [Bartas]

Moja nerwica też się zatarła, jak poznałam mojego chłopaka, teraz jest miłość, czyli totalne poznanie się-

bie i akceptacja, walczę z nią [chorobą – przyp. EM), dla siebie i dla bliskich. [Lochness]

Treści niektórych postów świadczyły o braku wsparcia ze strony najbliższych. W naszym społeczeństwie panuje przeświadczenie, że wszelkie zaburzenia psychiczne powodują skrupowanie. Chorzy często zatają zawstydzającą ich chorobę psychiczną. Według badań CBOS z sierpnia 2008 roku na pytanie „Czy zaliczył(a)by Pan(i) choroby psychiczne do chorób, które zazwyczaj ukrywa się przed innymi ludźmi jako wstydlive, czy raczej nie?” aż 75% badanych odpowiedziało, że tak (Wciórka, Wciórka 2008a: 11). Sądzę, że w przypadku członków forum psychologicznego wstyd przed innymi ludźmi jest tak silny, iż dotyczy także ich najbliższego otoczenia. Przekłada się to bezpośrednio na brak rozmów, zaufania i zwiększanie się dystansu pomiędzy chorym a jego bliskimi:

Moja rodzina nie wie że jest to nerwica natręctw(dopiero jak dostałem skierowanie do kliniki to im powiedziałem że mam nerwice i tylko tyle). [Amicuss]

Nie mam prawie w ogóle znajomych a jeśli się z kims spotkam udaje że wszystko jest w porządku że jestem szczęśliwy ale w środku cierpie. [Milu]

Przez to wszystko zamknęłam się w sobie. Straciłam kontakt ze znajomymi, stałam się aspołeczna, nie chciałam z domu wychodzić. [Agusiek]

Erving Goffman w rozważaniach o stygmatyzacji wprowadził podział na dwie kategorie osób. Do pierwszej z nich zalicza on tak zwanych *zdystryktowanych*. Są to osoby, u których ich wszelka niepełnosprawność jest możliwa do zaobserwowania.

Druga grupa to *dyskredytowalni*. Ich odmienność nie jest widoczna (przynajmniej nie od razu). Ta niepełnosprawność, odrębność w teorii Goffmana stanowi podłoże piętna, do którego socjolog zalicza również zaburzenia psychiczne. Osoba doświadczająca tego piętna jest przez innych odbierana jako naznaczona, niepełnowartościowa, przez co często jest mniej pożądana, akceptowana społecznie (Goffman 2007).

W związku z tym *zdystryktowani* dodatkowo muszą zmagać się napięciem, stresem, stereotypami, jakie towarzyszą ich codziennym kontaktom. Natomiast ludzie zaliczeni przez Goffmana do grupy *dykredytowanych* cały czas żyją w obawie, że w końcu ktoś dostrzeże ich niedoskonałości. Członkowie obu społeczności muszą kontrolować poziom informacji na temat swojej kondycji i tego, jak są odbierani w otaczającym ich środowisku. Ta ciągła obawa przed społecznym *zdystryktowaniem* (zarówno w przypadku *zdystryktowanych*, jak i *dyskredytowanych*) powoduje nasilenie czynności związanych z ukrywaniem doświadczanej choroby psychicznej. Chorzy na ZOK, mając poczucie *widoczności* ich zaburzenia, niedoskonałości, zazwyczaj nie zastanawiają się nad jego słusznością. (Świtaj 2008: 33 za Goffman 2007: 151)

Julia Sowa pisze o dominacji w świecie psychiatrycznym tak zwanych teorii antyśrodowiskowych. Autorka podkreśla, że

dość często w praktyce psychiatrycznej nie zwraca się uwagi na rolę środowiska społecznego w życiu pacjentów. W leczeniu chorób psychicznych czasami wręcz bagatelizuje się wpływ wszelkich sytuacji zewnętrznych na stan chorego, skupiając się jedynie na jego indywidualnych predyspozycjach i cechach. Zazwyczaj brakuje w tym refleksji związanej z oddziaływaniem osób, w gronie których chory funkcjonuje. Cechą charakterystyczną programów

terapeutycznych jest manipulowanie człowiekiem, a nie środowiskiem, zmienianie świadomości albo mózgu pacjenta, a nie zaś jego otoczenia. (Sowa 1984: 12)

Liczne, pejoratywne reakcje środowiska mogą prowadzić do różnych zachowań. Są jednostki, u których negatywny stosunek ludzi wobec chorych psychicznie powoduje spadek własnej wartości i samooceny. Stają się zamknięci w sobie, niechętnie mówią o swoich problemach, co często prowadzi do zatracenia pewności siebie oraz wiary we własne siły, możliwości. Badacze socjologii chorób psychicznych ten typ działania określają jako samonapiętnowanie. Zdarza się również, że chory – w odpowiedzi na nieprzychylnie postawy wobec niego – reaguje gniewem, podejmując jednocześnie działania mobilizujące, mające na celu zaprzeczenie obowiązującym stereotypom oraz wykazanie, iż osoby z zaburzeniami psychicznymi z powodzeniem mogą realizować się w życiu społecznym. Takie podejście określane jest mianem słusznego gniewu. Trzeci typ reakcji opiera się przede wszystkim na indyferencji chorych wobec opinii na ich temat oraz wszelkich uprzedzeń. Jednak chorzy psychicznie przeważnie nie są niezmienni w swoich stanowiskach i rzadko zdarza się, że identyfikują się tylko z jedną z powyższych kategorii. Postępują oni różnie w zależności od okoliczności, w których się znajdują, postępów w leczeniu czy od indywidualnych cech osobowościowych. „Na tle konkretnej sytuacji chory może reagować przygnębieniem, spadkiem własnej oceny i tak dalej, a już w innym przypadku może być zdenerwowany, oburzony, chętny przeciwstawić się wszelkim barierom losowym” (Świtaj 2008: 55). Autor, analizując badania postaw społecznych wobec konkretnych zaburzeń

psychicznych, podkreślił, że zaburzenia lękowe, do których (według Międzynarodowej Klasyfikacji ICD-10) obecnie należy zespół obsesyjno-kompulsywny, zaliczane są do zaburzeń psychicznych odbieranych jako jedne z najłagodniejszych oraz w małym stopniu powiązane z odrzuceniem przez społeczeństwo (Świtaj 2008: 58).

Podsumowanie, wnioski końcowe

Zespół natręctw zajmuje czwarte miejsce pod względem częstości występowania zaburzeń psychicznych, po zespołach depresyjnych, zespole zależności alkoholowej oraz fobiach, natomiast występuje dwukrotnie częściej niż schizofrenia i częściej niż pozostałe zespoły lękowe. W przeciwieństwie do zespołów depresyjnych, na które częściej chorują kobiety, i zespołu zależności alkoholowej, na który częściej chorują mężczyźni, nie stwierdzono różnic ilościowych w rozpowszechnieniu ZOK pomiędzy kobietami i mężczyznami. Badania retrospekcyjne wykazały, że u około 50% chorych pierwsze objawy wystąpiły w okresie dzieciństwa i dorastania, natomiast u pozostałych chorych ujawniają się najpóźniej pomiędzy 24 a 35 rokiem życia. Pierwsze objawy choroby pojawiają się wcześniej u mężczyzn – średnio około 16 roku życia, później u kobiet – średnio około 21 roku życia (Kiejna i in. 2002). Szczegółowa analiza wybranych postów internautów (obejmująca lata 2006, 2007, 2010 i 2011) dała podstawę do sformułowania kilku elementarnych wniosków. Spośród członków forum psychologicznego biorących udział w dyskusji na temat: „Nerwica Natręctw – Moja historia, objawy, co zrobić...” można wyróżnić dwie podstawowe grupy osób. Pierwszą z nich stano-

wią ci, którzy chorują (bądź chorowali) na zespół obsesyjno-kompulsywny. Druga to ludzie jedynie podejrzewający u siebie to zaburzenie psychiczne, a forum oraz informacje, jakie ono zawiera, taktują jako źródło potwierdzenia diagnozy o zachorowaniu na ZOK, którą najczęściej sami sobie postawili. Ponadto analiza pozwoliła stwierdzić, że – poza powyższą – pożądanymi przez forumowiczów informacjami były między innymi te związane z:

- ogólną wiedzą na temat zaburzeń;
- poradami dotyczącymi ZOK oraz sposobami przezwycięzania go;
- sytuacjami nawrotu bądź nasilania się choroby;
- wiedzą na temat niektórych leków – ich działania i skuteczności.

Obecnie coraz częściej wiedzę odnoszącą się do zdrowia, w tym do chorób psychicznych, rozszerzamy, korzystając z informacji zawartych na forach internetowych. Tego typu strony dają nie tylko możliwość udziału w dyskusji o problemach dotyczących naszych dolegliwości. Stanowią one również źródło wiedzy, wymiany indywidualnych doświadczeń, a przede wszystkim tworzą swoistą grupę wsparcia, czego w naszym społeczeństwie, w szczególności osobom chorym psychicznie, bardzo brakuje.

Pomimo narastającego tempa życia, coraz to większych wymagań otoczenia czy różnego rodzaju obciążeń życiowych powodujących wzrost czynników lękotwórczych i stresotwórczych, forumowicze prezentują typowe, wręcz stereotypowe, obsesje (takie jak chociażby obsesje wątpliwości

czy obsesje hipochondryczne) oraz kompulsje (na przykład bardzo częste mycie rąk, liczenie, wielokrotne sprawdzanie wykonania danych czynności itp.). Wniosek ten nasuwa się pod wpływem analizy postów na przestrzeni kilku lat. Zarówno w początkowym okresie istnienia forum (od 2006 roku), jak i w kolejnych okresach uczestnicy dyskusji na temat nerwicy natręctw prezentowali bardzo zbliżone objawy chorobowe. Dodatkowo, szczegółowe opisy symptomów chorobowych i zachowań z nimi związanych pozwalają sformułować konkluzję związaną z ich eskalacją. Najczęściej ma ona miejsce wówczas, gdy chory znajduje się w sytuacjach stresowych, które często pojawiają się w istotnych, przełomowych momentach życia danej osoby. Stres powoduje nie tylko dyskomfort psychiczny, pogarsza się wtedy także stan fizyczny (na przykład pojawiają się problemy z koncentracją, kołatanie serca, bóle głowy, żołądka, nadmierna potliwość ciała itp.). Z drugiej strony towarzyszące powyższemu takie czynniki, jak: brak kontroli nad własnym zachowaniem, *błędne koło* natrętnych myśli i zachowań, lęk przed przeciwstawieniem się przymusowi wewnętrznemu, w długim okresie czasu mogą powodować wystąpienie u chorego na ZOK innych zaburzeń psychiki, na przykład depresji.

Wśród członków forum psychologicznego najczęstszą formą walki z ZOK jest pomoc psychologa i psychiatry. Pomimo tego, opinie oraz doświadczenia związane z tą metodą przeciwstawiania się zaburzeniom natury psychicznej są wyraźnie podzielone. Część forumowiczów otwarcie przyznaje się do regularnych wizyt u psychiatry, niekiedy łącząc je z pomocą psychologa. Uważają oni, że jedynie ci specjaliści mogą uświadomić choremu

jego stan psychiczny oraz pomóc go zaakceptować i podjąć leczenie. Jednocześnie zwiększa to szanse na zaangażowanie chorego w terapię, jak również powoduje wzrost chęci oraz woli wyzdrowienia. Są również tacy członkowie forum, którzy piszą, że w obawie przed brakiem zrozumienia przez otoczenie oraz ze względu na wstyd przed reakcją innych na przyznanie się do bycia chorym psychicznie nie podjęli leczenia. Warto w tym miejscu stwierdzić, że w świadomości społecznej nadal przeważa negatywny obraz lekarza psychiatry. Wciąż poglądy o chorobie psychicznej, która tak naprawdę może dotknąć każdego, cechuje brak zrozumienia, życzliwości, a w głównej mierze strach, niechęć czy dystansowanie się wobec takich osób. To sprawiło, że większość forumowiczów przyznaje, iż w środowisku, w którym na co dzień żyje, nie mówi o własnej chorobie, nie zwierza się nikomu w obawie przed wykluczeniem z danej społeczności. To z kolei sprzyja (co można było zaobserwować w wielu postach) zanikaniu otwartości, tolerancji czy przejawom braku zaufania do innych.

Zespół obsesyjno-kompulsywnym jest chorobą, która wymaga wyrozumiałości nie tylko ze strony środowiska, ale w głównej mierze rodziny i przyjaciół. Jednak w przypadku większości uczestników forum, nie mogli oni liczyć na wsparcie najbliższych w walce ze swoją chorobą. Wynikać to może z dwóch kwestii. Po pierwsze, osoby zdrowe, wbrew pozorom, dość często doświadczają natrętnych myśli, czynności, jednakże dla nich są to krótkie epizody, o których szybko zapominają, nie przywiązując do tego większej wagi. Ich postępowaniem nie kieruje wewnętrzny przymus, jakiemu chory na ZOK nie jest zazwyczaj w stanie się przeciwstawić bez po-

mocy z zewnątrz. W związku z tym przejmowanie się i głębsze zastanawianie nad zachowaniami człowieka o osobowości obsesyjno-kompulsywnej będą dla nich co najmniej przesadzone, niepotrzebne. Druga kwestia dotyczy wspomnianego wcześniej braku otwartości oraz chęci dzielenia się swoimi problemami z innymi. Oczywiście w takiej sytuacji jest fakt, że jeśli rodzina nie wie nic o doświadczeniach i uczuciach bliskich osób, automatycznie nie jest w stanie ich wspierać.

Forum psychologiczne, poza swoimi podstawowymi, powszechnie znanymi funkcjami (takimi jak: możliwość udziału w różnego rodzaju dyskusjach, dzielenie się doświadczeniami, czerpanie nowej wiedzy, niekiedy nawiązywanie kontaktów itp.), pełni dla forumowiczów wyjątkową rolę. Utworzona w jego ramach społeczność wirtualna jest niecodzienną formą terapii. Dzięki niej oraz tak zwanej e-pomocy ludzie chorzy na ZOK – rejestrujący się na forum psychologicznym – zaczęli myśleć o sobie w kategoriach „normalności”. Większość z nich przestała czuć się osamotniona w swoim cierpieniu. Można użyć stwierdzenia, że tego rodzaju miejsca w sieci są podstawą do tworzenia społeczności, których atutem jest umiejętność uczenia innych, jak budować poczucie własnej wartości. Chory na ZOK, pomimo notorycznego powtarzania pewnych, tych samych czynności przy każdej kolejnej ich realizacji, zastanawia się, czy daną czynność ponownie wykonać, czy też nie (mimo że decyzja i tak jest z góry przesądzona). Takie postępowanie nie jest nieświadome, zautomatyzowane i niezależne od woli osoby doświadczającej tej choroby. ZOK przyczynia się do tego, że chory wraz z nasilaniem choroby niejako zatracą swoją wolność oraz swobodę wyboru (Kępiński 1986:

72–73). Sam przymus określa jako działanie, w którym mechanizm selekcyjny zostaje osłabiony. Chory nie może odrzucić myśli natrętnej, potrzeby wykonania bezsensownej czynności czy uwolnić się od bezpodstawnego lęku. Nie czuje się on już panem siebie, gdyż nie może swobodnie sterować swoim zachowaniem i kierować swoimi myślami; odczuwa jakby coś w nim tkwiło i paraliżowało jego swobodę wyboru (Kępiński 1986: 81).

Treści postów członków forum psychologicznego dają niejednoznaczną opinię względem tezy o całkowitej uleczalności nerwicy natręctw. Niektórzy internauci, opisując własne odczucia, są przekonani, że choroba nigdy już nie powróci. Mają wysoki poziom akceptacji własnej osoby, nie wstydzą się swoich doświadczeń, a wręcz przeciwnie – uważają je za wartościowe w ich życiu. Bez nich nie byłoby w stanie docenić tego, co posiadają i kim się stali. Inni natomiast przejawiają brak jakiegokolwiek nadziei na powrót do tak zwanej „normalności”, sądząc, że natrętne rytuały wrosły w ich codzienne życie. Zdarzały się posty, w których członkowie forum pisali, że nie chcą eliminować towarzyszących im obsesji czy kompulsji ze względu na silne poczucie przyzwyczajenia. Wszystko to pozwala stwierdzić, że w chorobie psychicznej, jak w każ-

dej innej przypadłości, najważniejsza jest postawa przejawiająca się w pozytywnym nastawieniu chorych, wierze we własne siły. Optymizm w myśleniu ma bowiem bezpośrednie przełożenie na świadomość choroby oraz zaangażowanie w leczenie.

Zespół obsesyjno-kompulsywny, zaliczany do grupy zaburzeń lękowych, jest chorobą złożoną, wieloaspektową nie tylko z punktu widzenia psychiatrii czy psychologii. Analizując różne choroby psychiczne, coraz częściej zwraca się szczególną uwagę na wpływ czynników społeczno-kulturowych czy relacji jednostki ze społeczeństwem na ludzką psychikę. Również dla socjologa nerwica oznacza wielopłaszczyznowe zjawisko, które można uczynić nietypowym i zarazem bardzo interesującym przedmiotem badań, ponieważ chory psychicznie jest człowiekiem cierpiącym w dwojnasób – zarówno ze względu na swój stan, jak i na skutek reakcji otoczenia. Być może owa reakcja bywa najbardziej skomplikowanym elementem tej choroby. Wyniki analizy pokazują, że obraz człowieka chorego psychicznie nie zawsze musi być związany z negatywnymi stereotypami, gdyż – jak powiedział Epiktet – „człowieka niepokoją i przerażają nie rzeczy same, ale jego przekonania i wyobrażenia o rzeczach” (Cassirer 1971: 69).

Bibliografia

Aleksandrowicz Jerzy (1988) *Nerwice, psychopatologia i psychoterapia*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.

Batorski Dominik, Marody Mirosława, Nowak Andrzej, red. nauk., (2006) *Spółeczna przestrzeń Internetu*. Warszawa: Academica.

Brodniak Włodzimierz (2000) *Choroba psychiczna w świadomości społecznej*. Warszawa: Oficyna Naukowa.

Cassirer Ernst (1971) *Esej o człowieku. Wstęp do filozofii kultury*. Przełożyła Anna Staniewska. Warszawa: Czytelnik.

Cierpiąłkowska Lidia (2011) *Psychopatologia*. Warszawa: Scholar.

Davis Thomas (1999) *Ocena stanu psychicznego* [w:] Thomas Davis, Thomas K. J. Craig, eds., *ABC zdrowia psychicznego*. Przełożył Wiśniewski Grzegorz. Gdańsk: Medical Press, s. 4–5.

Doktorowicz Krystyna (2004) *Spoleczności wirtualne – cyberprzestrzeń w poszukiwaniu utraconych więzi* [w:] Lesław Haber, red., *Spoleczeństwo informacyjne. Wizja czy rzeczywistość?* Kraków: Wydawnictwo Akademii Górniczo-Hutniczej, s. 59–66.

Dyduch Agnieszka, Grzywa Anna (2009) *Stygmatyzacja i czynniki ją warunkujące na przykładzie stygmatyzacji związanej z chorobą psychiczną*. „Polski Mercuriusz Lekarski”, t. 26, nr 153, s. 263–267.

Fukuyama Francis (2000) *Wielki Wstrząs. Natura ludzka a odbudowa porządku społecznego*. Przełożyli Hanna Komorowska, Krzysztof Dorosz. Kraków: Wydawnictwo Politeja.

Goffman Erving (2007) *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*. Przełożyły Aleksandra Dzierżyńska, Joanna Tokarska-Bakir. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Jackowska Ewa (2009) *Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy psychologiczne*. „Psychiatria Polska”, t. 43, nr 6, s. 655–670.

Kępiński Antoni (1986) *Psychopatologia nerwic*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Literackich.

Kiejna Andrzej, Rymaszewska Joanna, Kantorska-Janiec Monika, Tokarski Wojciech (2002) *Epidemiologia zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych*. „Psychiatria Polska”, t. 36, nr 4, s. 539–548.

Krupnik-Matuszczyk Irena, Matuszczyk Maciej, red., (2007) *Psychiatria. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa*. Katowice: Wydawnictwo Śląskiego Uniwersytetu Medycznego.

Krzyżowski Janusz (2003) *Natręctwa, obsesje, kompulsje*. Warszawa: Medyk.

Kuracki Kamil (2006) *Wirtualne kochanie, czyli ekspresja emocji przez Internet*. „Psychologia-Spoleczna.pl” [dostęp 1 maja 2011 r.]. Dostępny w Internecie: <<http://www.psychologia-spoleczna.pl/artykuly-czytelnia-48/28-inne/50-wirtualne-kochanie-czyli-ekspresja-emocji-przez-internet.html>>.

Lihoreau Tim (2008) *Spokojnie, to tylko fobia! Suma wszystkich strachów*. Przełożył Rafał Śmietana. Kraków: Wydawnictwo Znak.

Mc Kinnon Pauline (2007) *Wycisz strach: jak przezwyciężyć lęk, panikę i agorafobię*. Przełożyła Monika Kowaleczko-Szumowska. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.

Nelson Tood D. (2003) *Psychologia uprzedzeń*. Przełożyła Agnieszka Nowak. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Pilaczyńska-Jodkiewicz Ewa (2003) *Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne a płęć pacjenta*. „Kosmos. Problemy Nauk Biologicznych”, t. 52, nr 1(258), s. 105–112. Bydgoszcz: Wydawnictwo Polskiego Towarzystwa Przyrodników im. Kopernika.

Rabe-Jabłońska Jolanta (2007) *Diagnoza i leczenie zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego*. „Psychiatria”, t. 4, nr 4, s. 160–174.

Raport Ogólnopolskiego Programu Zmiany Postaw wobec Psychiatrii „Odnaleźć siebie” [dostęp 28 marca 2011 r.]. Dostępny w Internecie: <<http://www.poradnikmedyczny.pl/session/nowy>>.

Sillamy Norbert (1994) *Słownik psychologii*. Przełożył Krzysztof Jarosz. Katowice: Wydawnictwo Książnica.

Sowa Julia (1984) *Kulturowe założenia pojęcia normalności w psychiatrii*. Warszawa: PWN.

Stolorz Paulina (b.d.) *Nerwica a relacje z ludźmi* [dostęp 4 maja 2011 r.]. Dostępny w Internecie: <<http://portal.abczdrowie.pl/nerwica-a-relacje-z-ludźmi>>.

Szewetowska Katarzyna (2009) *Stygmatyzacja społeczna*. „Czasopismo Edukacja i Dialog” [dostęp 1 maja 2011 r.].

Konieczność, przeznaczenie, fatum – osoby z zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi o sobie i swojej chorobie.
Analiza postów uczestników psychologicznego forum internetowego

Dostępny w Internecie: <http://www.eid.edu.pl/archiwum/2009,261/kwiecien,301/nasze_sprawy,309/stygmatyzacja_spoeczna,2199.html>.

Świtaj Piotr (2008) *Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

Tokarska-Bakir Joanna (2007) *Wstęp do wydania polskiego* [w:] Erving Goffman, *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*. Przełożyły Aleksandra Dzierżyńska, Joanna Tokarska-Bakir. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 7–26.

Wciórka Bogna, Wciórka Jacek (2005) *Polacy wobec chorób psychicznych i osób chorych psychicznie*. Komunikat z badań.

Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej CBOS [dostęp 4 maja 2011 r.]. Dostępny w Internecie: <http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2005/K_118_05.PDF>.

Wciórka Bogna, Wciórka Jacek (2008a) *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie*. Komunikat z badań. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej CBOS [dostęp 4 maja 2011 r.]. Dostępny w Internecie: <http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2008/K_124_08.PDF>.

Żerdziński Marcin (b.d.) *Poradnik dla chorych na zespół natręctw* [dostęp 12 kwietnia 2011 r.]. Dostępny w Internecie <www.centrumpsychiatrii.eu/php/wyslane/aktualnosci/pliki/poradnik2.pdf>.

Cytowanie

Michałowska, Elżbieta (2014) *Konieczność, przeznaczenie, fatum – osoby z zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi o sobie i swojej chorobie*. Analiza postów uczestników psychologicznego forum internetowego. "Przegląd Socjologii Jakościowej", t. 10, nr 1, s. 94–115. [dostęp dzień, miesiąc, rok]. Dostępny w Internecie: <www.przegladsocjologiijakosciowej.org>.

Need, Purpose, Fate – Persons with Obsessive-Compulsive Disorders about Oneself and One's Illness. Analysis of Posts of Participants in the Psychological Internet Forum

Abstract: The following paper focuses on issues shared on www.nerwica.com forum by people with obsessive-compulsive disorder (OCD). Compulsions and obsessions are hampering not only the life of a sick person but also of his or her relatives. Obsessions are thoughts that are persistent and intrusive. They remain with a sick person regardless of time of the day. Thoughts can cover, for instance, the death of a sick person or the end of the world. A detailed analysis of chosen postings covered years 2006, 2007, 2010, and 2011. Messages were posted on topic: "Obsessive-Compulsive Neurosis – My history, Manifestations, What to Do..." The main point of the analysis is to draw conclusions on the influence of the OCD on the psychological, emotional, and social aspects of disputants' lives. The analysis not only helped in acquiring a holistic view on the studied issue but also in proper selection of posts and their objective evaluation.

Keywords: Obsessive Compulsive Disorder, mentally ill, Internet forum