

Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy psychologiczne

Stigma and discrimination towards people with schizophrenia – a survey of studies and psychological mechanisms

Ewa Jackowska

Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi
Kierownik: dr M. Stasiak
Collegium Balticum w Szczecinie
Kierownik: dr hab. A. Żukrowska

Summary

The stereotypes and stigma associated with mental disorders are frequently the main obstacles preventing early and successful treatment. Particularly in the case of schizophrenia, the burden of stigma often leads to chronic social impairment. In the paper, the prevalence of different public beliefs about mental disorders and varied components of the stereotypes of schizophrenia among respondents living in a few European countries (Poland, Switzerland, Germany, Croatia and Spain) are presented. The data have indicated that patients suffering from schizophrenia and their families not rarely have experienced social distancing, exclusion and rejection not only from the general public but also from mental health professionals. In general, respondents are fearful of people diagnosed with schizophrenia and desire emotional distance from them. The public attitudes tend to characterize people suffering from schizophrenia as dangerous, unpredictable, unreliable and so on. The article describes chosen psychological mechanisms that are associated with the presented results and explain the stigma attitudes of respondents.

Słowa klucze: stygmatyzacja, stereotypy, schizofrenia

Key words: stigma, stereotypes, schizophrenia

Wprowadzenie

Głównym celem niniejszego opracowania jest przedstawienie fenomenu stygmatyzacji osób doświadczających przewlekłych zaburzeń psychicznych z grupy schizofrenii, omówienie wyników reprezentatywnych badań, które tego zagadnienia dotyczą, i wyjaśnienie mechanizmów psychologicznych, które leżą u podstaw tego zjawiska.

W szerokim rozumieniu pojęcie stygmatyzacji (od gr. słowa *stigma*, czyli znak) odnosi się do postawy społecznej dezaprobaty, negatywnego odbioru określonej grupy

ludzi ze względu na charakteryzujące tę grupę właściwości fizyczne lub psychiczne, styl życia, system wartości czy inne atrybuty [1]. W odniesieniu do osób niepełnosprawnych i chorujących psychicznie pojęcie stygmatyzacji obejmuje swoim zasięgiem kilka negatywnych, powiązanych ze sobą i nakładających się na siebie, postaw prezentowanych w społeczeństwie [2]. Wymienić tu trzeba: dystansowanie się (unikanie wchodzenia w nieformalne kontakty), dewaluację i stereotypizację (upowszechnianie negatywnych, uproszczonych, stereotypowych opinii dotyczących wymienionej grupy ludzi), delegitymację (wprowadzenie prawnych ograniczeń możliwości działania w jakimś obszarze), segregację – blokowanie dostępu do pewnych form aktywności, „zarezerwowanych” dla osób zdrowych, oraz eksterminację – najbardziej drastyczną formę dyskryminacji w postaci fizycznego niszczenia życia, która miała miejsce w Polsce w latach 1939–1945, kiedy to najeźdźcy hitlerowscy zamordowali ok. 20 000 chorych psychicznie przebywających w szpitalach lub innych placówkach leczniczych [3], a która współcześnie odradza się w głosach o ograniczaniu im pomocy medycznej i socjalnej [2]. W strukturze każdej z tych postaw wyróżnić można trzy składniki: poznawczy – złożony z sądów i opinii, afektywny – określony przez uczucia i emocje, oraz behawioralny – wyrażający się w działaniach. Nasilenie poszczególnych składników w wymienionych typach postaw jest zróżnicowane. Np. dewaluacja i stereotypizacja posiłkuje się głównie strukturami poznawczymi, dystansowanie się bywa wyrazem lęku przed kontaktem z drugą osobą (aspekt afektywny), pozbawianie kogoś praw jest wynikiem zamierzonej aktywności (aspekt behawioralny).

Warto wspomnieć, że w dostępnej w języku polskim literaturze występują trzy pojęcia, których zakres jest zbieżny, żeby nie powiedzieć tożsamy: stygmatyzacja [1, 2, 4], naznaczenie społeczne [5], piętnowanie [2, 5, 6]. W *Słowniku języka polskiego* (red. M. Szymczak, PWN 1995, t. 2, s. 291) czasownik **naznaczyć** pokrywa się znaczeniowo z piętnowaniem i stygmatyzacją. W fachowej literaturze anglojęzycznej na ogół używany jest termin stygmatyzacja (stigma), a w odniesieniu do działań ukierunkowanych na pozbawianie praw – dyskryminacja (discrimination).

Zgodnie z konceptualizacją zjawiska stygmatyzacji stworzoną przez Linka i Phelan stygmatyzacja występuje wtedy, gdy pojawiają się cztery komponenty składające się na tę postawę:

- 1 – wyodrębnienie różnicy, np. kalectwa fizycznego, i nadanie etykiety osobie lub osobom, u których ta różnica została zauważona,
- 2 – przypisanie niepożądanych cech etykietowanym ludziom, stanowiących odzwierciedlenie uformowanych wcześniej stereotypów,
- 3 – oddzielenie grupy osób oznaczonych etykietką („ich”) od grupy własnej („nas”),
- 4 – zaetykietowane osoby doświadczają utraty statusu i dyskryminacji, np. zostają pozbawione prawa do zatrudnienia, opieki medycznej itp. [5, 7]; pociąga to za sobą nie tylko degradację społeczną, ale także ekonomiczną.

Przypisywanie negatywnych, zgeneralizowanych i uproszczonych właściwości jakiejś grupie ludzi wyróżnionej w procesie stygmatyzacji to posługiwanie się stereotypami. Według ogólnie przyjętej definicji – stereotyp to schemat reprezentujący grupę

lub rodzaj osób wyróżnionych ze względu na jakąś łatwo zauważalną cechę określającą ich społeczną tożsamość. Stereotyp jest zatem zbiorem niedostatecznie uzasadnionych zbiorowych sądów czy przekonań o członkach jakiejś społeczności [8].

Według Haywarda i Bright w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi stereotyp zbudowany jest z 4 głównych stwierdzeń.

1. Chory psychicznie jest niebezpieczny.
2. Ponosi częściową odpowiedzialność za swój stan.
3. Cierpi na chorobę, która jest chroniczna i trudna do leczenia.
4. Jest nieprzewidywalny i niezdolny do należytego wypełniania ról społecznych [za: 9].

Najbardziej powszechną konsekwencją stygmatyzacji człowieka z zaburzeniami zdrowia psychicznego jest pozbawienie go możliwości podejmowania ról rodzinnych i zawodowych, pozbawienie kontaktów towarzyskich, czyli faktyczne wykluczenie społeczne. Przypisywanie mu roli osoby mało wartościowej, bezużytecznej, powoduje ograniczenie jego aktywności, a na zasadzie samospełniającego się proroctwa umniejsza kompetencje intelektualno-społeczne, wtórnie pogłębiając społeczną alienację [2]. Praktyki dyskryminacyjne, pozbawienie chorego człowieka praw, wzbudzenie w nim lęku, wzmocnienie poczucia, że jest napiętnowany, izolowany, może stanowić rzeczywisty czynnik spustowy agresywnych i autoagresywnych reakcji obronnych.

Percepcja u chorujących na schizofrenię i ich reakcje na postawy stygmatyzujące są silnie zindywidualizowane, ulegają dynamice, wykazując zmienność w różnych fazach choroby i etapach życia, są też warunkowane czynnikami sytuacyjnymi [6]. Przyjmując za słuszne obserwacje dokonane przez Antoniego Kępińskiego, wypada podkreślić szczególny rodzaj wrażliwości chorujących na schizofrenię: „Naskórek psychiczny w schizofrenii nie grubieje [...] a ich wrażliwość [chorych – przyp. EJ] utrzymuje się na poziomie wieku dziecięcego czy wczesnodziecięcego” [10, s. 157]. Posiłkując się tym stwierdzeniem, a również najnowszymi wynikami badań, omawianymi w dalszej części artykułu, należy przyjąć, że chociaż reakcje zewnętrzne na postawy stygmatyzujące mogą sugerować obojętność, to w rzeczywistości psychiatryczni pacjenci boleśnie odczuwają ujawniane wobec nich negatywne postawy społeczne [6, 7].

Stygmatyzacja ma szczególne znaczenie dla kreowania struktury ja – obrazu samego siebie i samooceny. Wynika to stąd, że postawa stygmatyzująca jest rodzajem negatywnej interakcji społecznej, a zgodnie z fundamentalną wiedzą z zakresu psychologii klinicznej poczucie Ja człowieka w różnych fazach rozwoju i dorosłości wykazuje wysoki współczynnik korelacji z jakością relacji interpersonalnych. Zależność ta ma charakter przyczynowo-skutkowy i dwustronny, to znaczy, że niskie poczucie własnej wartości (krytyczna samoocena) zwiększa prawdopodobieństwo odrzucenia społecznego i izolacji.

W świetle przeglądu badań empirycznych związek między doświadczaniem postaw stygmatyzujących a samooceną jest w odniesieniu do osób chorujących psychicznie trudny do oceny. Z jednej strony wiadomo, że deficyty samooceny (jej obniżenie się, nieadekwatność, niestabilność, niespójność) są częstym objawem w przebiegu chorób psychicznych [11]. Z drugiej strony obserwacje klinicystów dowodzą, że identyfikacja z chorobą psychiczną, odzwierciedlona w świadomości i wyrażona w przekonaniu

„jestem osobą z chorobą psychiczną” oraz „jestem osobą, która musi brać leki, aby przeciwdziałać chorobie” jest niezwykle kosztowna dla pacjenta – może skutkować depresją i próbą samobójczą [12]. Nie wyjaśnia to jednak związku samooceny z postawami stygmatyzującymi. W tym kontekście znaczenia nabierają wyniki badań Corrigan, Watson i Barra [13], w których wykazano, że samoocena osób, które mają świadomość choroby psychicznej, a przy tym **interioryzują** negatywne stereotypy dotyczące osób chorych, czyli, jak twierdzą autorzy, stosują wobec samych siebie postawę stygmatyzującą (self-stigma), jest istotnie obniżona.

„Inność” człowieka chorującego na schizofrenię ujawnia się przede wszystkim w jego przeżyciach, w które przypadkowy obserwator nie ma wglądu. Postawy stygmatyzujące tworzą się jednak w związku z obserwacją zewnętrznych przejawów tej „inności”, która zapisana jest w sposobie poruszania się, gestach, sylwetce, ubiorze, kontakcie wzrokowym, niedostosowanym afekcie, interakcjach społecznych, werbalizacji, podejmowanej aktywności i stylu życia. Taki rodzaj inności u przygodnego widza może generować różne reakcje emocjonalne i zachowania. Wymienię niektóre: zdziwienie, zaciekawienie, empatię i chęć udzielenia pomocy, ale także: niepokój, lęk – przed nieprzewidywalnym w reakcjach, niezrozumiałym dla przeciętnego obserwatora „innym” człowiekiem, co motywuje do ucieczki z sytuacji wymagającej kontaktu z nim. U niektórych ludzi pojawia się wrogość i chęć skrzywdzenia „innego”.

Przegląd wyników badań nad stygmatyzującymi postawami wobec osób chorych psychicznie

Ze względu na ograniczoną objętość niniejszego opracowania w dokonanym przeglądzie literatury uwzględniono wybrane wyniki badań, uzyskane w krajach europejskich – z zastosowaniem metodyki dającej podstawę do pewnych uogólnień – opublikowane w ostatnim dziesięcioleciu, zamieszczone w bazie piśmiennictwa naukowego MEDLINE, ilustrujące problem w różnych aspektach.

Jako pierwsze, krótko zostaną omówione wyniki badań CBOS w Polsce z udziałem dwóch reprezentatywnych grup liczących ponad tysiąc dorosłych osób, opracowane przez B. Wciórkę i J. Wciórkę, opublikowane w roku 2000 i 2008 [14, 15]. Porównanie rezultatów uzyskanych w sondażach, przeprowadzonych w odstępach dziewięciu lat, pozwala prześledzić dynamikę postaw społeczeństwa polskiego wobec osób chorych psychicznie. Wynika z nich, że w świadomości społeczeństwa utrzymuje się negatywny stereotyp człowieka chorującego psychicznie. 62% badanych w r. 1999 i 61% w 2008 przyznaje, że otoczenie społeczne określa takie osoby pejoratywnymi nazwami, np. świr, czubek, walnięty, porąbany, szajbus, ma nierówno pod sufitem, psychol itp. W tym kontekście mile zaskakuje opinia, że 80% w r. 1999 i 81% w 2008 nie wyraziłoby sprzeciwu, gdyby najbliższym sąsiadem została osoba, która kiedyś chorowała psychicznie, a odpowiednio 65% i 67% – gdyby była ona bliskim współpracownikiem czy niespodziewanym gościem (68% i 66%). 57% i 54% badanych byłoby jednak przeciwnych, żeby zięciem czy synową zostały osoby kiedyś chorujące psychicznie, a aż 81% w obydwu badaniach sprzeciwiłoby się powierzeniu im roli opiekunki do dziecka. I w pierwszym, i w drugim badaniu tylko 5% respondentów

podają, że sami z niechęcią odnoszą się do chorych, podczas gdy życzliwość zadeklarowało 71% w 1999 r. i 65% w 2008. Oceniając postawy osób ze swojego otoczenia, badani stwierdzili, że (odpowiednio) 15% i 23% odnosi się do chorych psychicznie niechętnie, a 45% i 33% – życzliwie. Jak widać, zachodzi wyraźna sprzeczność między opinią o postawach obserwowanych w społeczeństwie a oceną własnej postawy wobec chorych, w której życzliwość bardzo znacznie przeważa nad niechęcią. Porównując wypowiedzi respondentów obydwu sondaży, trzeba zwrócić uwagę, że w r. 2008 wzrosła, w porównaniu z wcześniejszym badaniem, liczba ocen wskazujących na niechętny stosunek otoczenia do chorych psychicznie i zmalał liczbowy wskaźnik osób deklarujących życzliwy stosunek do osób chorych. Są też jednak sygnały pozytywnych zmian. W 2008 roku – chorych psychicznie spostrzega się mniej stereotypowo, przypisując im rzadziej jako znak rozpoznawczy niepożądane zachowania, np. agresywność czy próby samobójcze. Nieznacznie obniżył się też wskaźnik pejoratywnych określeń odnoszących się do cierpiących na zaburzenia psychiczne. Zarówno w badaniach z r. 1999 jak i 2008 grupą wiekową okazującą najmniej życzliwości osobom chorym była młodzież – respondenci w wieku 18 do 24 lat. Podsumowując, można stwierdzić, że respondenci wyraźnie rozdzielają własną, raczej pozytywną lub neutralną, postawę wobec chorych psychicznie od postawy swojego otoczenia społecznego, dostrzegają również przejawy instytucjonalnego dyskryminowania chorych psychicznie. W sondażu z 2008 roku aż 80% badanych stwierdziło, że chorzy psychicznie są gorzej traktowani pod względem respektowania ich prawa do pracy, 68% – że pod względem prawa poszanowania godności osobistej, 47% – sprawiedliwego sądu, i 38% – prawa do leczenia.

Interesujące badania nad spostrzeganiem społecznym osób chorujących na schizofrenię przeprowadziła Bąk [16], wykorzystując w tym celu zmodyfikowaną wersję dyferencjału semantycznego Osgooda. Pozwoliło to jej wyodrębnić podstawowe atrybuty funkcjonującego w świadomości badanych stereotypu pacjenta psychiatrycznego, z typowymi uproszczeniami obrazu i nadgeneralizacją opinii. Respondenci (149 studentów I roku wieczorowych studiów psychologii) opisywali pacjentów chorych psychicznie, posługując się parami przymiotników umieszczonych na dwubiegunowej pięciostopniowej skali. W ocenie badanych atrybuty osoby chorej – większe niż przeciętne nasilenie danej cechy – to: gwałtowność, pobudliwość, zamknięcie się w sobie, agresywność, nieopanowanie, nieprzewidywalność, zagubienie, nieświadomość, trudność ze zrozumieniem jej, zagrażanie innym oraz – wrażliwość. Spośród tych 11 cech dziesięć ocenionych było jako cechy negatywne, a jedna (wrażliwość) jako cecha pozytywna. Wymienione cechy w większym niż przeciętnym nasileniu (należy podkreślić, że nie było to nasilenie krańcowe) zdaniem ponad połowy respondentów (od 64% do 80%) charakteryzują większość pacjentów. Jak widać, zjawisko uproszczenia opisu i nadgeneralizacji w odniesieniu do osoby chorującej psychicznie ujawniło się w całej pełni. Nie dostrzeżono zróżnicowanego charakteru symptomatologii psychiatrycznej i naturalnych indywidualnych różnic osobowościowych. Pacjent posiadał niemal wyłącznie cechy chorobowe, cechy indywidualne niemal zupełnie zniknęły z opisów. Podsumowując swoje badania, autorka wyraziła obawę, że jednostronny, a przy tym negatywnie wartościowany, obraz osoby chorej może stanowić predyktor

odrzućenia społecznego chorujących psychicznie. Komentując wyniki badań, trzeba dodać, że osoby badane zademonstrowały stereotypowy, powszechny w środowiskach osób niewykształconych, niepoparty wiedzą, wizerunek chorych psychicznie. Biorąc pod uwagę kierunek i rok studiów respondentów (pierwszy rok psychologii), ciekawe byłoby ponowne badania po otrzymaniu przez nich dyplomu magistra psychologii.

Wyniki badań przeprowadzonych w innych krajach wyraźnie pokazują, że postawa społecznego dystansu i negatywne stereotypy dotyczące chorych psychicznie występują dosyć powszechnie, a zatem nie są specyficzne dla polskiego społeczeństwa.

Dokonując przeglądu światowego piśmiennictwa publikowanego po r. 2000, Williams [12] stwierdza, że chociaż w ostatnich latach nieco zmieniły się na korzyść postawy społeczeństwa wobec osób ze zdiagnozowanymi chorobami psychicznymi, to w dalszym ciągu chorzy ci wzbudzają lęk i dystans. Nawet ludzie okazujący im życzliwość wykazują tendencję do stereotypowej charakterystyki ich jako bezradnych i dzieciniały. Szczególnie wysokie koszty społeczne niesie za sobą ujawnienie diagnozy schizofrenii. Autorka zwraca uwagę, że stereotypowe oceny występują u osób, które zawodowo zajmują się leczeniem i udzielaniem pomocy osobom chorym.

Potwierdzeniem tej opinii jest opracowany w Szwajcarii przez Nordta, Rösslera i Laubera [17], raport z badań kilku grup zawodowych, w tym również grupy psychiatrów. Badanym polecono, aby wg pięciopunktowej skali Likerta ocenili 10 atrybutów przypisywanych stereotypowo chorym psychicznie z rozpoznaniem schizofrenii i depresji wielkiej. Przeciętne nasilenie występowania danej cechy oznaczone było cyfrą 3. Uśrednione wyniki psychiatrów (201 badanych) dotyczące oceny nasilenia u chorych cech z jednoznacznie negatywną konotacją (np. niebezpieczny, nieprzewidywalny, głupi itp.) wynosiły 3,49 i były nieco wyższe (różnica była statystycznie istotna: $p < 0,05$) od wyników ogólnej populacji (3,38), stanowiącej reprezentatywną próbę 1743 dorosłych obywateli. Grupa pielęgniarek (679 osób) uzyskała wynik nieznacznie wyższy (3,41), a pracownicy społeczni i fizykoterapeuci (116 badanych) – niemal identyczny z wynikiem ogólnej populacji (3,39).

W skali społecznego dystansu, badającej skłonność do spontanicznych interakcji z chorymi psychicznie, u wszystkich badanych dystans wobec chorych na schizofrenię był istotnie wyższy niż wobec chorujących na depresję, z tym, że u osób zawodowo zajmujących się leczeniem był on wyższy niż w ogólnej populacji, co oznaczało, że rzadziej, niż badani niezwiązani zawodowo ze służbą zdrowia, wyraziłyby one np. zgodę na zawarcie przez syna czy córkę małżeństwa z osobą chorującą na schizofrenię i rzadziej też byłyby skłonne do spontanicznego wchodzenia w interakcje z chorymi w różnych sytuacjach społecznych.

Należy jednak podkreślić, że pracownicy służby zdrowia byli dużo mniej restrykcyjni w stosunku do pacjentów w porównaniu z ogólną reprezentacją społeczeństwa. Podczas gdy badani z ogólnej populacji w 19,6% byłiby skłonni pozbawić chorych prawa do głosowania, a w 65,7% licencji kierowcy, w grupie psychiatrów takie postawy odpowiednio wystąpiły w 3,0% i 29,1%, w grupie pielęgniarek – 2,8% i 46,0%, a w grupie pozostałych pracowników – w 5,1% i 32,4% [17].

Nasilenie postawy dystansowania się wobec chorych badano także w szeroko zakrojonym, obejmującym populację 7246 respondentów, sondażu opinii mieszkań-

ców dużych miast w Niemczech, którego wyniki opracowali Gaebel, Baumann i Phil [18]. Stwierdzono między innymi, że: ponad 40% badanych byłoby przeciwnych, aby przebywać w jednym pokoju z osobą chorą na schizofrenię, np. w szpitalu, ponad 70% nie poślubiłoby osoby z tym schorzeniem, ale tylko 16% nie wyraziłoby zgody, aby z nią pracować, a ok. 22%, aby mieć ją za przyjaciela [18].

Badania nad stereotypami funkcjonującymi w społeczeństwie przeprowadzili w 2001 roku w Niemczech na reprezentatywnej próbie ludności, liczącej 5025 osób, Angermeyer i Matschinger [9]. Celem badań było m.in. ustalenie, jaka jest częstotliwość występowania stereotypowych opinii dotyczących osób chorych na schizofrenię. Ite-my zawierające odpowiednie sądy oceniane były przez badanych wg pięciostopniowej skali Likerta.

Wyniki badań wykazały, że najbardziej rozpowszechnionym stereotypem jest opinia, iż ludzie chorujący na schizofrenię są zupełnie nieprzewidywalni. Całkowicie zgodziło się z nią lub podkreśliło odpowiedź „zgadzam się” ogółem 39,9% badanych (brak zgody – 19,4%). Ze stereotypem niebezpiecznego, popełniającego przestępstwa, schizofrenika zgodziła się jedna piąta badanych (19%), a nie zgodziło 37,7%. Opinię, że osoby chore bardzo łatwo tracą kontrolę nad swoim zachowaniem wyraziło 50,1% (brak zgody – 9,9%). Przekonanie o złym rokowaniu w schizofrenii i braku efektywnych sposobów leczenia panowało u 21,4% respondentów, a opinie przeciwne – u 24,4%.

Ciekawą procedurę ukierunkowaną na badanie postaw wobec chorych psychicznie zastosowano w innych badaniach niemieckich, kierowanych przez Schomerusa, Matschingera i Angermeyera [19]. Respondenci, w liczbie 1012, otrzymali kwestionariusze, w których zaproponowano, aby wczuli się w rolę urzędników państwowych dysponujących dotacjami finansowymi na ochronę zdrowia i dokonali cięć budżetowych, podejmując decyzję, której grupie pacjentów ograniczyć wydatki na leczenie, przy założeniu, że liczba chorych i koszty leczenia są podobne. Wytypowano 9 jednostek chorobowych: alkoholizm, depresja, schizofrenia, nowotwory, zawał serca, AIDS, choroba Alzheimera, cukrzyca, reumatyzm. Najwięcej respondentów byłoby skłonnych oszczędzić wydatki na pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, w tym na chorobę alkoholową – 53,6%, na depresję 29,5%, na schizofrenię 26,2%. Tylko 1% badanych wymienił w sondażu chorobę nowotworową, 4,3% zawał serca, 11,7 AIDS. W środku listy znalazły się reumatyzm – 15,9%, cukrzyca – 14,9% i choroba Alzheimera 12,6%. Można wnioskować, że wpływ na wyniki miała świadomość zagrożenia dla życia przy poszczególnych jednostkach chorobowych, przekonanie o osobistej odpowiedzialności za zachorowanie, ale też społeczny dystans wobec pacjentów z zaburzeniami psychicznymi.

Celem badań Arbanasa [20], opublikowanych w 2008 roku, było porównanie nasilenia stygmatyzujących postaw młodzieży chorwackiej, w wieku 17–18 lat, wobec trzech typów zaburzeń psychicznych: schizofrenii, depresji i PTSD. Ankiетowe anonimowe wyniki uzyskane z badań 324 młodych ludzi wykazały, że najsilniejsza postawa stygmatyzująca – wyrażająca się m.in. kategorycznym odrzuceniem możliwości poślubienia osoby chorej, brakiem zgody na wspólne wynajmowanie z nią mieszkania, a także fałszywymi przekonaniem-i dotyczącymi jej niezdolności do wykonywania

pracy zawodowej – była przyjmowana wobec chorych na schizofrenię. Postawy wobec osób chorych na depresję i PTSD mieściły się na skali również po stronie postaw negatywnych, ale ich nasilenie było istotnie słabsze. W badaniach uczestniczyła między innymi populacja najstarszych uczniów szkoły medycznej. Ich postawy, aczkolwiek generalnie negatywne, uzyskały niższy wskaźnik w porównaniu z licealistami i uczniami szkoły ekonomicznej. Zdaniem autora na obniżenie się poziomu nasilenia postaw stygmatyzujących tej grupy respondentów miał wpływ bezpośredni kontakt z pacjentami hospitalizowanymi na oddziale psychiatrycznym.

Przedstawione rezultaty badań nasuwają pytania: Jaki jest odbiór (percepcja) przez osoby chorujące postaw stygmatyzujących? Czy, i jeżeli tak, to w jakim zakresie, odczuwają one piętno choroby psychicznej?

Wyniki badań kwestionariuszowych przeprowadzonych w Polsce przez Świtaja wśród 153 osób z rozpoznaniem schizofrenii wskazują, że 97% badanych doświadczyło przynajmniej jednej sytuacji, w której poczuli się stygmatyzowani w związku ze schorzeniem psychicznym. Co najmniej jedno doświadczenie dyskryminacji zapamiętało 82% uczestników badań. Zdecydowana większość pacjentów ukrywała (poza rodziną), że jest chora psychicznie (86%) i była świadkiem wypowiedzianych przez ludzi nieprzychylnych, obraźliwych opinii o leczących się psychiatrycznie (69%). Przeszło 40% badanych uważa, że – gdy ujawnili swoją chorobę – ludzie odsunęli się od nich. Interpretacja tych wyników nie wymaga komentarza [6].

Szczególne wartości w ocenie rozmiarów stygmatyzacji i dyskryminacji mają materiały zgromadzone w badaniach jakościowych, przeprowadzonych, w ośrodku leczenia psychiatrycznego w Hiszpanii z osobami chorymi i członkami ich rodzin, przez Gonzalesa-Torresa i współpracowników [7]. Wypowiedzi osób na temat poczucia stygmatyzacji zarejestrowano w trakcie sesji terapeutycznych prowadzonych oddzielnie dla dwóch grup: grupy pacjentów ambulatoryjnych w fazie remisji schizofrenii (26 osób) i grupy ich najbliższych krewnych – matek, ojców, rodzeństwa (22 osoby). Wypowiedzi pacjentów poddano dokładnej analizie i uporządkowano w sześć kategorii wskazujących na doświadczenie napiętnowania. Były to:

1. Oskarżenia ze strony osób bliskich i innych o lenistwo, brak silnej woli, przesadne rozczulanie się nad sobą, brak mobilizacji.
2. Traktowanie jako osób niebezpiecznych, nieprzewidywalnych. Na przykład jeden z uczestników sesji opowiadał, że, gdy zatrzymał windę, sąsiad z niej wysiadł, dając do zrozumienia, że boi się z nim jechać.
3. Nadopiekuńczość, infantylizacja – ograniczanie sprawczości i inicjatywy przez członków rodziny i inne osoby, motywowane troską o pacjenta.
4. Codzienna, społeczna dyskryminacja w miejscach publicznych – restauracjach, bankach, marketach.
5. Dyskryminacja w placówkach służby zdrowia. Zdaniem pacjentów z racji choroby psychicznej nie dowierza się im, gdy zgłaszają symptomy somatyczne, nie uzyskują też pełnej informacji od lekarzy i są wyłączani z decydowania o przebiegu kuracji.

6. Wykluczanie możliwości rodzicielstwa. Nawet przy wzmiance o chęci posiadania potomstwa pacjenci napotykali opór ze strony pracowników służby zdrowia i członków rodziny, którzy nie widzieli potrzeby konsultacji z genetykami i nie brali pod uwagę opinii samych zainteresowanych.

Podsumowując liczne, bardzo przykre doświadczenia uczestników sesji, badacze podkreślają, że izolowanie się pacjentów od otoczenia, zamknięcie się w sobie, może być podyktowane potrzebą ochrony przed przejawami odrzucenia, a nie narastaniem objawów psychopatologicznych.

Członkowie rodzin – w przeważającej liczbie matki – stygmatyzację i wykluczenie społeczne odczuwali, będąc świadkami nieprzyjaznych postaw wobec chorego, a także – obiektami dyskryminacji ich samych. Podawane były następujące zdarzenia:

1. Spotykanie się z opiniami, w otoczeniu społecznym i w mediach, o niepczytalności i bezwartościowości osób psychicznie chorych.
2. Dyskryminowanie chorego jako pracownika po ujawnieniu się kolejnego rzutu choroby, nawet wtedy, gdy swoje obowiązki zawodowe do momentu kryzysu psychicznego wykonywał bez zarzutu.
3. Wycofanie się z kontaktu z chorym przez osobę zaprzyjaźnioną, gdy dowiedziała się o jego chorobie.
4. Zaniechanie udzielania pomocy choremu przez terapeutów i pracowników socjalnych, oświadczenie rodzinie, że stan pacjenta się nie zmienia przez dłuższy czas, więc nie ma co liczyć na poprawę.
5. Rodzice mówili o tym, że czuli się zawstydzeni negatywnymi reakcjami otoczenia na wiadomość o chorobie ich dziecka, co powodowało, że później starali się ją ukrywać.
6. Spotykali się również z uwagami ze strony członków rodziny i pracowników służby zdrowia, że ponoszą winę za chorobę syna czy córki. Uwaga taka, szczególnie wypowiedziana przez lekarza, była odczuwana bardzo boleśnie.

Jak widać, piętno choroby psychicznej odczuwane jest również przez członków bliskiej rodziny. Warto podkreślić, że w licznych przypadkach ciężar opieki nad przewlekle chorującym dorosłym synem lub córką spada na rodziców, a zwłaszcza matki. To one niosą brzemień choroby dziecka i odczuwają **piętno przeniesione** [6]. Przejawy odrzucenia społecznego, izolacji, braku zrozumienia u profesjonalistów stanowią dodatkowe obciążenia, które mogą generować zespół wypalenia. W pracy Jackowskiej [21] temat ten został dokładniej przedstawiony.

Mechanizmy psychologiczne wyjaśniające postawy stygmatyzujące

Postawa stygmatyzująca, stereotypizacja, wycofywanie się z kontaktu z osobami chorującymi psychicznie ma u swoich podstaw złożone uwarunkowania psychologiczne, które nakładają się na siebie, tworząc splot procesów poznawczych, emocjonalnych, zachowań i wpływów zewnętrznych. O niektórych z nich, w tej części opracowania, będzie mowa.

Dystans, stereotypy i uprzedzenia są wyjaśniane na bazie różnych podejść teoretycznych, poczynając od podejścia socjobiologicznego, w którym popularna jest teoria rzeczywistego konfliktu społecznego, zakładająca, że uprzedzenia są wynikiem współzawodniczenia i walki o trudno dostępne dobra, których zdobycie jest możliwe przy wyeliminowaniu słabszych [8], a kończąc na koncepcjach socjokulturowych traktujących uprzedzenia jako – utrwalone i akceptowane przez tradycję, normy prawne, obyczajowe i wartości respektowane w danej społeczności – wzorce postaw [3, 8]. Całościowe omówienie problemu nie jest możliwe, zatem przedstawiany opis będzie głównie dotyczył wątków, które w sposób bezpośredni lub pośredni można wykorzystać w interpretacji przytoczonych wyżej badań.

Powszechnie spotykany mechanizm blokujący dążenie do kontaktu z człowiekiem chorym psychicznie ma u swoich źródeł przeżycie lęku. Wspomniany w opisie reakcji osoby zdrowej na kontakt z chorym psychicznie lęk przed nieznanym jest naturalną reakcją emocjonalną człowieka, który nie ma wiedzy i praktycznego doświadczenia dotyczącego interakcji z chorymi psychicznie. Należy podkreślić, że w referowanych wynikach badań atrybut nieprzewidywalności zachowania osoby chorującej psychicznie, i powodowania przez nią zagrożenia, wymieniany jest stosunkowo często. Odwołując się jedynie do badań przeprowadzonych na próbach reprezentatywnych, wspomnę, że w sondażu B. Wciórki i J. Wciórki [15] opinię, że chorzy psychicznie prawie zawsze zachowują się agresywnie wobec innych ludzi, wyraziło 25% respondentów, w studium Nordta i wsp. [17] nasilenie stereotypu „niebezpieczny, nieprzewidywalny” w całej badanej próbie przekroczyło poziom średni, a w badaniach Angermeyera i Matschingera [9] – 36,2% badanych w pełni zgodziło się z opinią, że ludzie chorujący na schizofrenię są wielkim zagrożeniem dla dzieci. Postawa niechęci, dystansu w kontaktach z chorymi jest w świetle przytoczonych rezultatów adekwatna do przeżywanego niepokoju i dyskomfortu.

Oprócz lęku, źródłem deprecjacji, negatywnej postawy społecznej wobec chorego może być mechanizm, który został w psychologii opisany pod nazwą dysonansu poznawczego [8, 22]. Zgodnie z definicją twórcy tego pojęcia – L. Festingera – dysonans poznawczy odczuwany jest w postaci napięcia, pojawiającego się wtedy, gdy między elementami sytuacji, w której działa podmiot, zaistnieje sprzeczność, a jej nierozwiązanie zagraża obrazowi własnej osoby. Tak więc obraz zachowania osoby chorej – niezrozumiały i nierozpoznany przez obserwatora nieskłonny do refleksji, często słabo wykształconego – zamiast naturalnej dla sytuacji powściągliwości myślowej, dzięki aktywności mechanizmów obronnych, zostaje fałszywie zinterpretowany przez wykorzystanie prostych, stereotypowych, pejoratywnie zabarwionych określeń, które są zgromadzone w zasobach doświadczenia społecznego. Człowiek inny jest „leniwy”, „głupi”, „niemoralny”, „prymitywny”, a to uzasadnia przyjęcie postawy rezerwy, a nawet odrzucenia i wrogości.

Nie jest przypadkiem, że w badaniach polskich [14, 15] wykazano, że najczęściej określeniami pejoratywnymi dotyczącymi ludzi chorych posługiwali się robotnicy niewykwalifikowani, rolnicy, osoby gorzej wykształcone, mieszkające w małych miastach i na wsi. Wraz ze wzrostem wykształcenia zwiększa się liczba określeń neutralnych i pozytywnych. Jak stwierdzają autorzy raportu, najbardziej życzliwe są

postawy kadry kierowniczej i inteligencji. Negatywną korelację między poziomem wykształcenia a nasileniem negatywnych stereotypów dotyczących chorych na schizofrenię stwierdza także Angermeyer i Matschinger [9]. Również, we wnioskach ze swoich badań, Gaebel, Bauman i Phil [18] uważają za udowodnioną zależność między społecznym dystansem a poziomem wiedzy dotyczącej objawów i zachowań skojarzonych ze schizofrenią. W pracy Nordta i wsp. [17] brakuje zestawień dotyczących związku wykształcenia z nasileniem stereotypów w ogólnej populacji. Nieco wyższy, w porównaniu z ogólną populacją, wskaźnik stereotypowych opinii u pracowników służby zdrowia może mieć różne uwarunkowania i brak podstaw, aby je wiązać wyłącznie z pojedynczym czynnikiem. Co ciekawe – współwystępuje ze zdecydowanie niższym wskaźnikiem postaw dyskryminacyjnych przejawiających się w ograniczaniu praw osób chorujących.

Następny mechanizm wyjaśniający tworzenie niekorzystnego wizerunku osób przewlekłe chorych psychicznie jest wynikiem poczucia przynależności do grup społecznych i identyfikacji z ich członkami. Na ten mechanizm powołuje się między innymi Dyduch i Grzywa [4]. U jego podstaw tkwi tendencja do zniekształcania informacji, kategoryzowania ich w uproszczone schematy zawierające zgeneralizowane, nieweryfikowane empirycznie opinie. Ten mechanizm ujawnia się przy klasyfikacji grup społecznych na: „my” versus „oni” lub „grupa własna” versus „grupy obce”. Nie trzeba dodawać, że grupę własną tworzą ludzie wolni od zaburzeń psychotycznych, a grupę obcą osoby z objawami choroby psychicznej.

Przy kategoryzacji grup na własne i obce występuje zjawisko stronniczej percepcji [8, 22]. Członków własnej grupy, czyli tej, do której należy obserwator, spostrzega się jako „lepszycy” pod względem różnych cech – biologicznych, umysłowych, charakterologicznych i innych – a identyfikacja z tą społecznością jest potwierdzeniem własnej wartości, wyższego statusu społecznego, a więc sprzyja wzmocnieniu samooceny, co jest szczególnie ważne dla osób, które w tym zakresie odczuwają deficyt. Członków grupy obcej spostrzega się jako pod każdym względem „gorszych”, nie zasługujących na prestiż społeczny. Oprócz stronniczej percepcji występuje jeszcze fenomen homogenizacji, czyli percepcji osób należących do grupy obcej jako jednostek nieodróżnionych, bardzo podobnych do siebie, ale całkowicie innych niż członkowie grupy własnej. W rzeczywistości istotnym psychologicznym źródłem takiego fałszywego odbioru, który z kolei stanowi źródło uprzedzeń i stereotypów, są konflikty w zakresie samooceny, tłumiony lęk i wspomniane wyżej zniekształcenia poznawcze. Według raportu B. i J. Wciórków [15] 75% respondentów zgadza się z opinią, że choroby psychiczne zalicza się do chorób, które zazwyczaj ukrywa się przed innymi ludźmi. Można sądzić, że chorzy psychicznie w świadomości wielu respondentów tworzą „grupę obcą”.

Przypuszczalnie ten mechanizm decyduje też o mniejszym nasileniu stygmatyzujących postaw wobec ludzi cierpiących na depresję, a większym wobec chorujących na schizofrenię [17, 20]. Identyfikacja z chorującym na depresję jest znacznie bardziej prawdopodobna niż z chorym mającym rozpoznane schizofrenii. W przygodnych kontaktach zauważa się, że ludzie łatwiej przyznają się do objawów depresji niż do

innych zaburzeń psychicznych. Ukrywanie diagnozy schizofrenii jest wśród pacjentów zjawiskiem powszechnym [6].

Kolejnym mechanizmem naznaczenia społecznego, opartym na zniekształceniach poznawczych jest zjawisko samospełniającej się przepowiedni. Według powszechnie przyjętej definicji odnosi się ono do potwierdzenia wysuniętych przez obserwatora przypuszczeń dotyczących zachowania drugiej osoby lub grupy osób nie w związku z faktycznym stanem rzeczy, ale w wyniku wywieranego na tę osobę lub te osoby wpływu. Obserwator kreuje sytuacje, które wymuszają oczekiwane zachowanie potwierdzające jego opinie o tej osobie czy grupie osób [23].

Tak więc spostrzeganie chorego jako bezradnego, zależnego, może być nie tyle skutkiem jego deficytów psychicznych, ile następstwem braku bodźców stymulujących jego aktywność i wplątania go w relację uzależnienia od innych osób, nagradzania jego bierności i poddania się woli opiekunów. Taką relację zauważa się u opiekunów, którzy odgrywają rolę „ratowników”, zaspokajając w ten sposób własne potrzeby emocjonalne.

Nasuwa się przypuszczenie, że odczuwana przez pacjentów postawa nadopiekuńczości i infantylizacji prezentowaną przez bliskich, raportowana w badaniach Gonzalesa-Torresa i wsp. [7], mogła być pochodną mechanizmu samospełniającej się przepowiedni, w który zostali uwikłani w wyniku interakcji z członkami rodziny. Mechanizm samospełniającej się przepowiedni wydają się również potwierdzać badania Czabały [24] nad rodzinami chorujących na schizofrenię, w których stwierdzono, że matki oceniają dorosłych synów chorujących na schizofrenię jako mniej zdolnych do funkcjonowania zadaniowego i do niezależności w porównaniu z ocenami samych chorych [24].

Dyskusja

Wyniki zreferowanych badań nie dają podstawy do ewaluacji, w którym z wymienionych w opracowaniu krajów postawy stygmatyzujące społeczeństwa wobec chorych na schizofrenię są bardziej nasilone, a w którym mniej. Opisane w artykule sondaże przeprowadzane były pod kątem różnych szczegółowych celów badawczych, przy zastosowaniu różnych narzędzi i na różnych próbach respondentów. Ogólnie można jednak rzec, że potwierdziły one obecność negatywnych stereotypów – dotyczących ludzi chorujących psychicznie – funkcjonujących w świadomości społecznej badanych reprezentujących różne narodowości. Wytworzone stereotypy tworzą społeczny klimat sprzyjający rozwojowi postawy dystansu społecznego i niechęci do osób chorych psychicznie, a uogólniając – stają się źródłem ich stygmatyzacji i wykluczenia. Szczególnie ważny jest fakt, że osoby przewlekłe chorujące są świadome przynależności do grupy osób naznaczonych, określanych pejoratywnymi, często obraźliwymi epitetami. Odczuwają też, że są traktowane inaczej, niż osoby bez piętna choroby psychicznej, przez bliskich, środowisko lokalne, a także służbę zdrowia. Niewątpliwie, przeżywany w wielu sytuacjach społecznych przez chorującego dyskomfort, wynikający z poczucia zagrożenia i odrzucenia, wzmacnia tendencje do wycofywania się z kontaktów, zamykania się we własnym świecie, obronnego zobojętnienia na ocenę społeczną, nasila dereizm i prowokuje wzorce zachowań nieprzystosowawczych.

Nie można jednak zaprzeczyć, że choroba psychiczna u pewnej części chorych pociąga za sobą pewne niekorzystne zmiany w przeżywaniu i zachowaniu, które utrudniają podtrzymywanie kontaktów i wchodzenie w relacje społeczne oraz obniżają zdolność do pełnienia ról społecznych.

W tym kontekście kilka słów komentarza należy poświęcić wynikom badań, w których ustalano nasilenie postawy dystansu. W badaniach chorwackich [20] i niemieckich [18] respondenci byli zdecydowanie przeciwni wprowadzeniu osoby chorej do rodziny jako współmałżonka, a w badaniach szwajcarskich [17] postawa braku zgody dotyczyła małżeństwa dziecka z osobą chorującą na schizofrenię. W badaniach polskich z 2008 roku [15] 54% respondentów stwierdziło, że wyraziłoby sprzeciw, gdyby osoba, która kiedyś chorowała psychicznie, została zięciem czy synową, a 81% byłoby przeciwnych zatrudnieniu jej w charakterze opiekunki do własnego dziecka. Z drugiej strony, przywołując raz jeszcze wyniki badań polskich, warto przypomnieć, że 67% respondentów nie wyraziłoby sprzeciwu, gdyby osoba chora znalazła się w ich bliskiej obecności w miejscu pracy, a w szkole – 73%; 65% oceniło swoją postawę wobec chorych jako życzliwą. Czy występuje tutaj sprzeczność, a jeżeli tak, to jak ją wytłumaczyć? Wydaje się, że biorąc pod uwagę wysoką ocenę rodziny w hierarchii systemu wartości współczesnego człowieka, uzyskanych rezultatów nie należy traktować jako przejawów odrzucania chorych, ale jako postawę troski o jakość własnej rodziny i zapewnienie dzieciom jak najlepszej opieki. Rodzinę traktuje się jako szczególne dobro. Przy takim rozumieniu niektóre rezultaty badań można potraktować jako przejaw naturalnych, wspólnych dla ludzi potrzeb i wartości, a nie dyskryminacji. Jak piszą Nordt i wsp. [17], najbardziej realistycznym i pragmatycznym podejściem jest przyjęcie, że ludzie chorzy na choroby psychiczne różnią się od większości społeczeństwa w różnych wymiarach, ale powinni mieć równe prawa. Dodajmy, że respektując ich prawa nie można zawieszając praw ludzi, którzy nie cierpią na choroby psychiczne.

Duży niepokój budzą inne rezultaty badań – przede wszystkim wymienione stereotypy, w których zamazuje się indywidualność człowieka chorującego i zostają przekreślone możliwości jego rozwoju. Obelżywe nazwy, lekceważenie, wyśmiewanie, zamykanie furty do kształcenia się i pracy zawodowej, sugestie, aby pozbawić osoby chore prawa do głosowania (w badaniach Nordta i wsp. [17] co piąta osoba z ogólnej populacji poparłaby taką propozycję), nawet jeżeli we współczesnym świecie nie są powszechne, powinny wzbudzać silną reakcję sprzeciwu u profesjonalistów i ludzi wrażliwych na dobro człowieka chorującego.

Dokonany przegląd wybranych mechanizmów naświetlił różnorodność czynników psychologicznych i społecznych, które łącząc się ze sobą stanowią podatny grunt dla kształtowania się postaw dystansu i stygmatyzacji osób chorujących psychicznie. Na podstawie przedstawionych badań można uznać, że lęk i deficyty podstawowej wiedzy z zakresu psychopatologii współwystępują z postawami stygmatyzującymi. Omówione mechanizmy identyfikacji z grupą własną, stroniczej percepcji grupy „obcej” oraz samospelniającej się przepowiedni należy potraktować jako hipotezy wyjaśniające fenomen postaw stygmatyzujących, których akceptację lub odrzucenie mogłyby wyjaśnić bardziej szczegółowe badania empiryczne.

Z przedstawionych wyników badań i koncepcji teoretycznych wynika, że postawy stygmatyzujące osoby chore psychicznie mają swoje złożone uwarunkowania i zakorzenienia. Stąd akcje społeczne i inne działania – które miałyby zmienić postawy społeczeństwa w tym zakresie – powinny odwoływać się nie tylko do sfery poznawczej odbiorców, przez przekazanie im podstawowej wiedzy z zakresu psychopatologii, ale też do **uczuciowości wyższej, szczególnie empatii, oraz przypominać o respektowaniu społecznej normy równości.**

Стигматизация и общественное исключение больных шизофренией – обзор исследований и психологические механизмы

Содержание

Стигматизация людей, страдающих психическими заболеваниями, приписывание им неакцептированных особенностей, дистанция от них составляют большие препятствия в раннем процессе лечения и его эффективности. Эта проблема относится, прежде всего, к больным шизофренией, для которых бремя стигматизации часто становится фактором, решающим ситуацию больного в обществе. В статье представлены общественные мнения на тему психических болезней и частота появления различных отношений к таким больным. Больные шизофренией, как показывают исследования, полученные в различных европейских странах (Польша, Швейцария, Германия, Хорватия и Испания), подвергаются дискриминации в обществе. Респонденты боятся больных шизофренией и проявляют к ним отгораживание в общественной среде. Общественное мнение насыщено негативными стереотипами по отношению к таким больным. Эти больные оцениваются как опасными, непредвидимыми, неответственными и т.д. Полученные результаты исследований указывают на факт, что относительно часто больные шизофренией и члены их семей исключаются из общественной среды, дистанция огромного размера не только в общей популяции, а и также от людей, работающих в службе здравоохранения. В статье описаны избранные, соответствующие предлагаемым результатам исследований, психологические механизмы, которые находятся у основ такой стигматизации.

Stigmatisierung und soziale Ausgrenzung der an Schizophrenie Erkrankten – Studienübersicht und psychologische Mechanismen

Zusammenfassung

Die Brandmarkung der Personen, die an psychische Erkrankungen leiden, Zuschreibung diesen Personen gesellschaftlich negativer Merkmale, Distanz gegenüber ihnen, bildet ein offensichtliches Hindernis bei der Aufnahme der frühen und wirksamen Behandlung. Das Problem betrifft vor allem schizophrenerkrankte Personen, für die das Brandmal der Stigmatisierung oft zum Faktor wird, der von der sozialen Nichtanpassung entscheidet. Im Artikel wurden soziale Meinungen zu psychischen Krankheiten beschrieben, auch die Häufigkeit unterschiedlicher stigmatisierender Haltungen gegenüber den Schizophreniekranken, die während der Studien in einigen europäischen Ländern (Polen, Schweiz, Deutschland, Kroatien, Spanien) gewonnen wurden. Die Untersuchten fürchten sich vor den Schizophreniekranken und halten gegenüber ihnen soziale Distanz ein. Die sozialen Haltungen zeigen negative Stereotype gegenüber den Kranken. Sie werden als gefährlich, unvorsehbar, unverantwortlich usw. bezeichnet. Die erzielten Ergebnisse zeigen, dass die an Schizophrenie Erkrankten und ihre Familienmitglieder ziemlich oft soziale Ausgrenzung, Distanz und Ablehnung erfahren, und zwar nicht nur von der allgemeinen Population, sondern auch von den Personen, die im Schutz der psychischen Gesundheit beschäftigt sind. Im Artikel wurden die psychologischen Mechanismen beschrieben, die den Grundlagen der stigmatisierenden Haltungen zugrunde liegen und die die beschriebenen Untersuchungsergebnisse besprechen.

La stigmatisation et la discrimination sociale des schizophrènes – revue des recherches et mécanismes psychologiques

Résumé

La stigmatisation et la discrimination sociale des personnes souffrant des troubles mentaux forment les obstacles à la thérapie préventive et effective des troubles psychiques, avant tout de la schizophrénie. Pour les schizophrènes le fardeau de la stigmatisation constitue le facteur décisif de l'inadaptation sociale. L'article présente les opinions concernant les maladies mentales et la prévalence des attitudes stigmatisant les schizophrènes dans les recherches de quelques pays européens (Pologne, Suisse, Allemagne, Croatie, Espagne). Ces données indiquent que les personnes saines ont peur des schizophrènes, elles manifestent envers eux la réserve et leurs attitudes sont pleines de négatifs stéréotypes. Les malades sont décrits comme dangereux, irresponsables, imprévisibles et les autres. Ces résultats indiquent que très souvent les schizophrènes et leurs familles souffrent de la stigmatisation, de la discrimination et du refus, non seulement de la population en général mais aussi de la part du personnel travaillant dans les institutions s'occupant du traitement des maladies mentales. Ce travail décrit aussi les mécanismes psychologiques associés avec ces attitudes stigmatisant des répondants.

Piśmiennictwo

1. Semple D, Smyth R, Burns, Darjee R, Mcintosh A. *Oxfordzki podręcznik psychiatrii*. Red. nauk. wyd. polskiego: S. Grzywa. Lublin: Czekaj 2007.
2. Kowalik S. *Psychologia rehabilitacji*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne; 2007.
3. Jaroszewski Z. *Zagłada chorych psychicznie w Polsce*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1993.
4. Dyduch A, Grzywa A. *Stygmatyzacja i czynniki ją warunkujące na przykładzie stygmatyzacji związanej z chorobą psychiczną*. Pol. Merk. Lek. 2009; XXVI: 263–267.
5. Moncrieff J, Byrne P, Crawford M. *Psychiatria wobec wyzwań: antypsychiatria, ruch użytkowników oraz naznaczenie społeczne*. W: Wright P, Stern J, Phelan M. *Psychiatria. Sedno*. Wrocław: Urban & Partner Elsevier; 2008, 1, s. 149–159.
6. Świtaj P. *Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2008.
7. Gonzales-Torres MA, Oraa R, Aristegui M, Fernandez-Rivas A, Guimon J. *Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2007; 42: 14–23.
8. Wojciszke B. *Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scholar”; 2003.
9. Angermeyer MC, Matschinger H. *The stereotype of schizophrenia and its impact on discrimination against people with schizophrenia: Results from a representative survey in germany*. Schizophr. Bull. 2004; 30, 4: 1049–1060.
10. Kępiński A. *Schizofrenia*. Warszawa: PZWL; 1981, s. 157.
11. Chuchra M. *Koncepcja siebie chorych na schizofrenię – przegląd badań*. Psychiatr. Pol. 2008; 4: 533–545.
12. Williams CC. *Insight, stigma, and post-diagnosis identities in schizophrenia*. Psychiatry 2008; 71(3): 246–256.
13. Corrigan PW, Watson AC, Barr L. *The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy*. J. Soc. Clin. Psychol. 2006; 25 (9): 875–884.

14. Wciórka B, Wciórka J. *Stereotyp i dystans – choroby psychiczne i chorzy psychicznie w opinii społeczeństwa polskiego (1996 i 1999)*. Post. Psychiatr. Neurol. 2000; 9 (3): 353–382.
15. Wciórka B, Wciórka J. *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie*. Komunikat z badań. Warszawa: CBOS; 2008.
16. Bąk O. *Propozycja modyfikacji metody badawczej typu dyferencjał semantyczny w badaniu chorego psychicznie*. Psychiatr. Pol. 2000; 5: 795–809.
17. Nordt C, Rössler W, Lauber Ch. *Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression*. Schizophr. Bull. 2006; 32, 4: 709–714.
18. Gaebel W, Bauman AE, Phil AE. *Interventions to reduce the stigma associated with severe mental illness: Experiences from the Open the Doors Program in Germany*. Can. J. Psychiatry 2003; 48: 657–662.
19. Schomerus G, Matschinger H, Angermeyer MC. *Preferences of the public regarding cutbacks in expenditure for patient care*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2006; 41: 369–377.
20. Arbanas G. *Adolescents' attitudes toward schizophrenia, depression and PTSD*. J. Psychosoc. Nurs. 2008; 46, 3: 45–51.
21. Jackowska E. *Zespół wypalenia sił u członków rodzin osób chorujących psychicznie*. W: Żółkowska T, Wlazło M, red. *Socjopedagogiczne aspekty rehabilitacji osób niepełnosprawnych*. Szczecin: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego; 2008, s. 697–706.
22. Aronson E, Wilson TD, Akert RM. *Psychologia społeczna. Serce i umysł*. Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo; 1997.
23. Reber A, Reber E. *Słownik psychologii*. Warszawa: Wyd. Nauk. „Scholar”; 2005.
24. Czabała JC. *Rodzina a zaburzenia psychiczne. Koncepcje i studia nad percepcją interpersonalną*. Kraków: Wyd. Sekcji Psychoterapii PTP; 1988.

Adres: Szczecińska Szkoła Wyższa
Collegium Balticum
71-011 Szczecin, ul. Mieszka I 61 c

Otrzymano: 7.04.2009
Zrecenzowano: 5.06.2009
Otrzymano po poprawie: 28.07.2009
Przyjęto do druku: 30.07.2009