

Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym

Stigmatization on the way to recovery in mental illness – the factors associated with social functioning

Magdalena Podogrodzka-Niell, Magdalena Tyszkowska

III Klinika Psychiatryczna IPiN w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. M. Jarema

Summary

Persons with mental disorders often experience stigmatization. There is a number of social factors that may affect the process of recovery and at the same time, in certain circumstances, could be a source of stigma. Mentally ill may find strength in themselves to fight against the disease or the opposite – can internalize the negative attitudes of the society and become self-stigmatized. The patient's family, on the one hand, is often the only source of social support, on the other hand, can experience a destructive influence of courtesy-stigma. Mentally ill have to face social reluctance which is reinforced by stereotypical media coverage of mental disorders. The social network of patients is poor and often limited to a family system. Negative views about persons diagnosed with mental illness are most visible in the labour market. Patients experience many types of discrimination at work, have lower employment rates and lower mean wages than healthy ones. Structural discrimination is a form of stigma which is revealed in underfunded and inefficient system of mental health care. All the social factors mentioned above are necessary for recovery (positive stimulation of functioning), but can also increase stigma and become a significant barrier in the recovery of psychiatric patients. This paper highlights the complex and ambiguous nature of the relationship between social factors and the recovery of the mentally ill basing on the data from the literature.

Słowa kluczowe: stygmatyzacja, zdrowienie

Key words: stigmatization, recovery

Wstęp

Stygmatyzacja chorego psychicznie jest wieloetapowym procesem prowadzącym do odrzucenia jednostki, jej dyskryminacji i wyłączenia z funkcjonowania w różnych dziedzinach życia społecznego. Zidentyfikowano szereg czynników społecznych mających wpływ na proces zdrowienia chorego. Odbiór społeczny, przekaz medialny dotyczący choroby, sieć społeczna chorego, postawa oraz funkcjonowanie rodziny i bliskich, kariera zawodowa, a wreszcie sam chory – mogą sprzyjać lub być przeszkodą w dążeniu do zdrowia. Celem pracy jest zwrócenie uwagi, na podstawie danych z piśmiennictwa, na złożony i niejednoznaczny charakter związków między czynnikami społecznymi a zdrowieniem osoby chorej psychicznie.

Jak są postrzegani chorzy psychicznie

Znaczna część społeczeństwa odbiera chorych psychicznie w sposób negatywny i postawa ta nie ulega zmianie od lat. Dzieje się tak pomimo popularyzacji wiedzy na temat chorób psychicznych (szczególnie na temat biologicznego ich modelu) oraz coraz większej akceptacji leczenia psychiatrycznego [1]. Chorzy psychicznie są zwykle utożsamiani z osobami niebezpiecznymi, agresywnymi i nieprzewidywalnymi, w związku z czym zdecydowana większość ankietowanych przyznaje, że w stosunku do nich woli utrzymywać dystans społeczny [2, 3]. W badaniach opinii publicznej przede wszystkim podkreślana jest zauważalna odmienność chorych w porównaniu z resztą społeczeństwa [4]. Dziwaczność zachowania i wyglądu może wynikać z choroby lub stosowanych leków (dyskinezy, dystonie, akatyzyja, otyłość). Z dwóch dużych badań CBOS opublikowanych w 2000 i 2008 roku (oprac. Wciórka i Wciórka) wynika, że odsetek życzliwych postaw w społeczeństwie wobec pacjentów psychiatrycznych zmalał z 71% w roku 1999 do 65% w roku 2008. Nadal bardzo często (ponad 60% odpowiedzi twierdzących) chorzy psychicznie są opisywani w sposób obraźliwy [4]. Negatywny stosunek społeczeństwa do tych chorych potwierdzają także wyniki nietypowego badania Schomerusa i wsp. Osoby ankietowane (pełnoletni obywatele Niemiec) uznały, że gdyby miały zadecydować o cięciach budżetowych w sektorze ochrony zdrowia, najchętniej ograniczyłyby budżet przeznaczony dla pacjentów z chorobami psychicznymi [5].

Olbrzymią rolę w kształtowaniu opinii publicznej na temat chorób psychicznych odgrywają środki masowego przekazu. Media mogłyby edukować społeczeństwo i udzielać rzetelnej informacji na temat chorób psychicznych, jednak rolę tę spełniają jedynie w odniesieniu do zaburzeń depresyjnych, tematyki samobójstw lub uzależnień. Spośród ankietowanych pacjentów psychiatrycznych 23,8% uważa, że to media podtrzymują najbardziej negatywny obraz chorych [6]. W prasie drukowanej większość artykułów dotyczących zdrowia psychicznego odzwierciedla niechętny stosunek do chorych, przy czym wydaje się, że najbardziej napiętnowani są cierpiący na zaburzenia psychotyczne. W gazetach brytyjskich, mimo że notuje się znaczny spadek liczby artykułów opisujących choroby psychiczne w niekorzystny sposób, to jednak tendencja ta odnosi się tylko do depresji. Opisy dotyczące schizofrenii w większości pozostają

negatywne [7]. Z analizy treści przekazów medialnych płynie jasny wniosek: chorzy psychicznie są kojarzeni ze stosowaniem przemocy, są niebezpieczni i należy ich unikać. Co gorsza, negatywny obraz osób chorych przedstawiają również programy telewizyjne kierowane do dzieci, wychowując w ten sposób kolejne pokolenie, które będzie stygmatyzować pacjentów psychiatrycznych [8].

Autostygmatyzacja

W procesie zdrowienia podkreśla się rolę osobistego zaangażowania chorego w odzyskiwaniu kontroli nad swoim życiem i przeciwstawienia się stygmatowi. W procesie umacniania (ang. empowerment) w obliczu choroby chory psychicznie może stać się dla siebie oparciem [9]. W rzeczywistości pacjenci często myślą o chorobach psychicznych stereotypowo. Warto zauważyć, że jeszcze przed zachorowaniem wzrastają i wychowują się w społeczeństwie negatywnie odnoszącym się do chorych psychicznie. Prawdopodobnie dlatego tak łatwo po zachorowaniu ulegają autostygmatyzacji, internalizują, akceptują i odnoszą do siebie negatywne postawy społeczne [10]. Cechnicki i wsp. przebadali 202 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii i zespołów do niej podobnych. Wśród nich 58% antycypowało dyskryminację w obszarze relacji międzyludzkich, a 55% badanych – na rynku pracy. Doświadczenie piętna w postaci odrzucenia przez innych potwierdziło aż 87% respondentów, a 50% badanych doświadczyło całkowitego zerwania kontaktów towarzyskich z powodu choroby psychicznej [11]. Według Ućoka większość osób chorych psychicznie oczekuje negatywnych reakcji otoczenia (np. strach lub dyskryminacja), choć nie zawsze pokrywa się to z realnie doświadczaną dyskryminacją. Autostygmatyzacja (ang. self-stigma), zwana w piśmiennictwie „drugą chorobą”, skutkuje obniżoną samooceną i jest główną przeszkodą w pełnieniu ról społecznych, w pracy i w życiu osobistym. W wynikach uzyskanych w badaniu INDIGO antycypowanie dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii sprawiło, że 64% z nich zaniechało szukania pracy lub możliwości nauki [12]. W badaniu Linka i wsp. 74% pacjentów wierzyło, że pracodawcy dyskryminują chorych psychicznie [13]. Pesymizm odnośnie życia osobistego przejawiał się brakiem wiary chorych w możliwość nawiązania i utrzymania bliższej relacji. Wśród ankietowanych pacjentów 81% oczekiwało odrzucenia w relacjach intymnych [13]. Warto dodać, że we wspomnianej grupie badanej jedynie 36% chorych miało rozpoznanie schizofrenii paranoidalnej. W badaniu Karidi i wsp. 79,3% chorych na schizofrenię nie wierzyło, by ktokolwiek zechciał z nimi zawrzeć związek małżeński [6]. Olbrzymia większość chorych na schizofrenię (72%) czuje, że powinna zatajać swoją diagnozę. Co więcej, w grupie tej przeważają ludzie młodzi i lepiej wykształceni [12, 14]. Antycypacja zachowań dyskryminujących jest częstsza u tych, którzy nigdy nie doświadczyli dyskryminacji [12]. Goffman twierdził, że „stygmatyzacja jest wytworem oczekiwań, a nie rzeczywistości” [15]. Okazuje się, że to młodszy wiek zachorowania bardziej predysponuje do internalizacji i rozwinięcia poczucia stygmy. Pacjenci czują się mniej akceptowani w okresie tuż po rozpoznaniu choroby psychicznej. Z kolei osoby dłużej chorujące częściej realnie doświadczają stygmatyzacji w swoim życiu i to one ponoszą najwięcej społecznych konsekwencji

stygmatyzacji. Na społeczne skutki choroby bardziej podatni są mężczyźni [6]. Ponadto stwierdzono, że autostygmatyzacja pozytywnie koreluje z ciężkością objawów chorobowych, natomiast negatywnie ze współpracą w leczeniu [16].

Autostygmatyzacja jest samonapędzającym się procesem rozwijającym niekorzystne mechanizmy obronne. Internalizujący stygmę pacjenci akceptują dyskryminujące postawy społeczne, co jeszcze bardziej obniża ich poczucie własnej wartości, doprowadzając do unikania jakichkolwiek wyzwań społecznych (np. starania się o pracę). Szczególnie niepokoić może wpływ samonapiętnowania przez osoby młode, po pierwszym epizodzie choroby, które już na początku swojej walki o powrót do zdrowia, zamiast rozwijać nadzieję i stymulować proces umacniania, ulegają negatywnym stereotypom z zewnątrz.

Rodzina i opiekunowie chorego

Po zachorowaniu na chorobę psychiczną przy chorym pozostaje zwykle nieliczna grupa bliskich, która go wspiera. W rzeczywistości osoby bliskie chorego często same stają się ofiarą stygmy. Zjawisko takie określa się jako piętno udzielone (ang. courtesy stigma). Wraz z postawieniem diagnozy choroby psychicznej najbliżsi chorego – często rodzice – muszą odnaleźć się w nowej dla nich sytuacji. Nagle okazuje się, że ciąży na nich cała odpowiedzialność za dbanie o podstawowe potrzeby chorego, zapewnienia mu mieszkania, opieki, wyżywienia i środków do życia. Dodatkowo codziennie spotykają się z trudnymi, często niezrozumiałymi dla nich objawami choroby u bliskiego. Choroba członka rodziny staje się dla nich istotnym obciążeniem finansowym. W takiej sytuacji w rodzinie może budzić się silne uczucie lęku, gniewu, frustracji czy wstydu [17, 18]. Stygmatyzacja rodzin osób chorych psychicznie może brać się albo z poczucia wstydu za posiadanie chorego, „innego” członka rodziny, albo z poczucia winy i odpowiedzialności za jego zachorowanie bądź też wynika z przypisania całej rodzinie statusu „chorej psychicznie” [18, 19]. Obwinianie rodziny (wprost lub pośrednio) za chorobę psychiczną bliskiej osoby jest wciąż silnym źródłem piętna udzielonego. W przeszłości funkcjonowała koncepcja „schizofrenogennej matki”. Zwolennicy nurtu antypsychiatrii oskarżali opiekunów i rodziców chorych o tendencje do traktowania ich przedmiotowo. Rodzice mogą nie tylko czuć się odpowiedzialni za spowodowanie choroby dziecka, ale też za nieudolność w okazywanej choremu pomocy lub doprowadzenie do jego hospitalizacji. Poczucie winy za chorobę psychiczną członka rodziny współistnieje z poczuciem krzywdy za odrzucenie społeczne. Z drugiej strony rodzeństwo i dzieci mogą w reakcji obronnej odrzucać i wyśmiewać chorego psychicznie bliskiego [20]. Atmosfera panująca w rodzinie ma wpływ na proces zdrowienia. Dowiedziono, że ryzyko nawrotu psychozy u pacjenta jest kilkakrotnie niższe, gdy w rodzinie panuje życzliwy i empatyczny stosunek do chorego [18]. Długoterminowa opieka nad osobą chorą psychicznie często jednak skutkuje rozwojem zaburzeń nerwicowych i depresyjnych [21]. Magaña i wsp. przebadali latynoskie rodziny osób chorych psychicznie i stwierdzili, że aż 40% z nich miało objawy depresyjne (≥ 16 pkt. w skali CES-D). Dodatkowo im większe było nasilenie objawów choroby psychicznej u chorego członka rodziny, tym większe było nasilenie objawów depresyjnych u najbliższego opiekuna

[22]. Wydawać by się mogło, że zrozumienie istoty choroby łagodziłoby negatywne skutki stygmatyzacji i pomagało zaakceptować istniejącą sytuację. Z przeprowadzonego przez Hasson-Ohayon i wsp. badania wynika, że im większy wgląd w chorobę ma rodzina, tym bardziej doświadcza piętna udzielonego [23]. Angermeyer i wsp. podają, że prawie 2/3 ankietowanych opiekunów (w większości były to matki chorych) doświadczało stygmatyzacji w obszarze kontaktów międzyludzkich (wykluczenie społeczne, utrata przyjaciół, bycie ignorowanym przez personel medyczny, sugestie otoczenia obwiniające rodzinę za chorobę bliskiego). Doświadczenie stygmatyzacji strukturalnej przez 27,7% respondentów było także istotnym czynnikiem potęgującym uczucie piętna udzielonego [24]. Rodzące się wśród bliskich poczucie winy i wstydu w związku z chorobą sprawia, że rodzina taka ogranicza poszukiwania profesjonalnej pomocy na zewnątrz i zaczyna się izolować społecznie. Zendjidjian i Caqueo-Urizar stwierdzają, że opiekunowie cierpiących na choroby psychiczne oprócz skarg na obniżoną jakość życia zgłaszają liczne doświadczenia izolacji społecznej – podobnie jak ich podopieczni [25, 26]. W badaniu Strueninga i wsp. 43% ankietowanych opiekunów uważało, że rodziny chorych psychicznie są dewaluowane [27]. Osamotnienie rodzin w opiece nad chorym i brak psychologicznego wsparcia z zewnątrz sprawiają, że rodzina sama nie jest wystarczającym oparciem dla osób chorych. Niewydolność tej opieki może stać się przyczyną zaostrzeń choroby psychicznej, a w konsekwencji – hospitalizacji pacjenta czy umieszczenia go w ośrodkach pomocy społecznej [21].

Funkcjonowanie społeczne i dyskryminacja

U przewlekle chorych często obserwowany jest brak ich autonomii i zależność od innych, wypadanie z ról społecznych, brak bliskich osób i brak znaczących relacji interpersonalnych. Trudności w funkcjonowaniu społecznym mogą być związane z przebiegiem choroby, mogą też wynikać z doświadczanej stygmatyzacji i dyskryminacji w codziennym życiu. Kluczowe znaczenie w prawidłowym funkcjonowaniu chorych ma ich sieć społeczna. Większa sieć i większe oparcie społeczne skutkują lepszym wglądem w chorobę i większą subiektywną satysfakcją z życia, a także z leczenia [28, 29]. Niestety, według danych uzyskanych ze środowiskowych programów rehabilitacyjnych sieć społeczna osób przewlekle chorych psychicznie jest bardzo uboga i najczęściej ograniczona do członków najbliższej rodziny oraz terapeutów i pacjentów poznanych w placówkach rehabilitacji. Najrzadziej do systemów wsparcia należą sąsiedzi, co potwierdza izolację chorych w miejscu zamieszkania i wskazuje na niechęć najbliższego otoczenia wobec nich [30]. Sieć pozarodzinna jest szczególnie istotna, gdyż jej wielkość pozytywnie koreluje z mniejszym nasileniem objawów psychopatologicznych i lepszymi wynikami leczenia w obszarze społecznym [29, 31]. Trudność w nawiązywaniu i podtrzymywaniu głębszych więzi emocjonalnych prowadzi do osamotnienia chorych. Bronowski i wsp. badali funkcjonowanie społeczne osób przewlekle chorych uczestniczących w środowiskowych programach wsparcia. Siedemdziesiąt pięć procent ankietowanych stanowiły osoby samotne, nieposiadające stałych partnerów. Zwracano uwagę na dominację pasywnych form spędzania wolnego czasu (większość aktywności społeczno-kulturalnych pacjentów odbywała się

tylko w ramach ośrodków opieki środowiskowej), które nie sprzyjały nawiązywaniu kontaktów interpersonalnych, a zdolność komunikowania się z ludźmi na poziomie „raczej łatwym” odczuwało mniej niż 1/3 badanych [32]. Z drugiej strony wycofanie społeczne chorych może wynikać z lęku przed odrzuceniem lub potępieniem [12, 14]. W związku z tym, że zaufanie społeczne w stosunku do chorych psychicznie jest bardzo ograniczone, pociąga to za sobą niedopuszczanie pacjentów do pełnienia ról społecznych i dalsze spychanie ich na margines. Ankietowani przez CBOS co prawda zgodziliby się na posiadanie chorego psychicznie sąsiada, jednak ich duży sprzeciw budziłoby powierzenie mu ról społecznie odpowiedzialnych, jak nauczanie, opieka nad dziećmi, leczenie czy pełnienie funkcji pośta lub burmistrza [4]. Wprawdzie odnotowywano, że ciężko chorzy psychicznie są częściej zatrzymywani lub aresztowani przez policję niż osoby zdrowe, jednak Steadman sugeruje, że może się tak dziać z powodu nadmiernej podejrzliwości służb publicznych skierowanej przeciwko chorym [33]. W badaniu Schulze i Angermeyera pacjenci przyznawali, że bywają niesłusznie oskarżani o różne przewinienia i przestępstwa [34]. Ich dyskryminacja wyraża się także w blokowaniu dostępu do placówek opieki zdrowotnej – nierzadko są zbywani przez personel lub odsyłani do innych ośrodków. Zgłaszane przez chorych skargi i dolegliwości somatyczne są ignorowane i składane na karb choroby psychicznej [34]. W niektórych krajach chorzy mają także ograniczone prawo do głosowania, opieki nad dziećmi, pozostawania w związku małżeńskim czy zasiadania w ławie przysięgłych [35].

Funkcjonowanie zawodowe

Posiadanie zatrudnienia w istotny sposób wpływa na funkcjonowanie w społeczeństwie i stanowi o niezależności jednostki. Wykonywanie pracy koreluje z pozytywnymi wynikami w zakresie nasilenia objawów chorobowych, jakości życia, samooceny i funkcjonowania społecznego [36]. Większość badań europejskich podaje, że wskaźnik zatrudnienia dla osób ze schizofrenią wynosi 10%–20%. Na przykład w Wielkiej Brytanii ostatnia dekada XX w. przyniosła niewiele zmian w tym zakresie, co kontrastuje ze wzrostem wskaźnika zatrudnienia w ogólnej populacji i wśród osób z niepełnosprawnością fizyczną [37]. Wśród wszystkich zasiłków dla niepełnosprawnych w tym kraju 40% stanowią zasiłki dla osób chorych psychicznie [38]. W polskich badaniach nad osobami ze schizofrenią, 15 lat po pierwszej hospitalizacji, stwierdzono, że największą trudność sprawia pacjentom przystosowanie się do pracy. Pomimo wieku produkcyjnego 60% chorych nie pracowało, tylko 28,2% badanych pracowało, w tym jedynie 17,6% na pełnym etacie, 19% nie podjęło przez 15 lat żadnego zatrudnienia [39]. Podobne wyniki przytacza w swej pracy Cechnicki. Po 20 latach chorowania na schizofrenię 31% ankietowanych miało zatrudnienie, przy czym na otwartym rynku pracy pracowało jedynie 25% respondentów [40]. Bariery w poszukiwaniu zatrudnienia mogą być deficyty chorobowe (zaburzenia funkcji poznawczych), objawy negatywne (niski poziom motywacji i umiejętności społecznych, upośledzone działanie zadaniowe), wpływ objawów na autoprezentację, objawy pozytywne lub skutki uboczne stosowanej farmakoterapii. Umiejętności społeczne i funkcje poznawcze są

niezależnymi predyktorami funkcji zawodowych, pomimo istnienia silnej zależności między nimi [41]. W piśmiennictwie zwraca się uwagę na to, że objawy pozytywne niekoniecznie muszą być przeszkodą w zatrudnieniu, natomiast większą rolę odgrywają prawdopodobnie objawy negatywne (niezależnie od jakiegokolwiek związku z procesem wytwórczym) [36]. Widoczne były rozbieżności między deklarowaną chęcią do pracy a realnymi możliwościami pacjentów. W większości badań twierdzą oni, że chcą pracować [32, 36]. Schulze i Angermeyer twierdzą, że dla osób ze schizofrenią główną barierą w zatrudnieniu jest stygmatyzacja [34] i znajduje to potwierdzenie w zachowaniu się pracodawców [42]. Cierpiący na choroby psychiczne doświadczają licznych przykładów dyskryminacji zawodowej. Wielu pracodawców uznaje ich za niezdolnych do samodzielnej pracy [43]. Chorzy psychicznie są rzadziej zatrudniani, a także mają niższe średnie płace w porównaniu z osobami chorymi somatycznie, jak i zdrowymi. Różnice te można tylko częściowo wytłumaczyć ograniczeniami w funkcjonowaniu wynikającymi z samego faktu choroby lub będącymi skutkiem farmakoterapii. Z badań przeprowadzonych w USA wynika jednak, że istotna część dyskryminujących postaw pracodawców jest związana z ich uprzedzeniem i stygmatyzowaniem osób chorych, a nie z niską efektywnością ich pracy. Spośród przebadanych grup pacjentów z zaburzeniami lękowymi, afektywnymi, adaptacyjnymi i psychotycznymi, ci ostatni mieli najniższe wskaźniki zatrudnienia oraz wysokości wynagrodzenia [44].

Dla chorych posiadanie zatrudnienia pełni zarówno funkcję ekonomiczną (szansa na niezależność finansową i wyjście z biedy), jak i psychologiczną (zapewnia strukturę i rytm dnia, daje poczucie sprawczości i umożliwia nawiązanie szerszych relacji społecznych). Praca jest postrzegana tak przez pacjentów [45, 46], jak i lekarzy za ważny czynnik sprzyjający zdrowieniu [47].

Dyskryminacja strukturalna

Zdrowieniu chorego powinna sprzyjać odpowiednia organizacja opieki psychiatrycznej oraz dostęp do nowoczesnego leczenia. W tej dziedzinie chorzy psychicznie są w widoczny sposób dyskryminowani. Pacjenci skarżą się na niewydolność środowiskowej opieki psychiatrycznej i zwracają uwagę na konieczność przesunięcia ciężaru z lecznictwa zamkniętego na działania prewencyjne [34]. W Polsce wielkie nadzieje pokładano w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego. Z raportu na temat realizacji NPOZP w 2011 r. wynika, że zaangażowanie większości instytucji i podmiotów w jego wdrażanie jest znikome. Jednostki samorządu terytorialnego powierzają realizację zadań osobom niekompetentnym, przekonanym o fakultatywnym charakterze NPOZP, skupionym na doraźnych działaniach naprawczych. Niewielkie zaangażowanie finansowe realizatorów nie daje gwarancji wprowadzenia rozwiązań przewidzianych w programie i stanowi przykład dyskryminacji strukturalnej chorych psychicznie [48]. Dyskryminację tę odzwierciedla także system dystrybucji środków na ochronę zdrowia psychicznego. W Polsce w 2010 r. wydatki na ten cel stanowiły 3,29% całego budżetu zdrowotnego, co – biorąc pod uwagę coraz większe rozpowszechnienie chorób psychicznych – jest kroplą w morzu potrzeb [49]. Dla porównania – w krajach Europy Zachodniej na ten sam cel przeznaczają się od 6% do 10% budżetu zdrowotnego.

Dodatkowo zaniżona wycena świadczeń psychiatrycznych, nieodpowiednia alokacja środków oraz ograniczenia w refundacji leków psychotropowych bezpośrednio wpływają na możliwości skutecznego leczenia chorych [49].

Podsumowanie

Od wielu lat panuje powszechny pogląd, że chorzy psychicznie są niebezpieczni i należy ich unikać. Podtrzymywanie dystansu społecznego wobec nich skutkuje tym, że chorzy sami zaczynają o sobie myśleć w negatywny sposób i zaniżają własną samoocenę. Prowadzi to do wycofania społecznego oraz wzmocnienia i tak już istniejącej izolacji społecznej chorych. W takich warunkach pacjent, o ile nie otrzyma profesjonalnego wielokierunkowego wsparcia psychologicznego, oprócz adekwatnego leczenia farmakologicznego ma małe szanse na znalezienie w sobie siły, rozwinięcie wiary w możliwość wyzdrowienia i pełnego powrotu do społeczeństwa. Najbliższa rodzina zazwyczaj zapewnia mu podstawową opiekę i środki do życia, natomiast sama, ulegając destruktywnym wpływom piętna udzielonego, najczęściej nie jest w stanie zaoferować więcej. Wydaje się, że najważniejszym czynnikiem społecznym sprzyjającym zdrowieniu jest posiadanie zatrudnienia. Wykonywanie pracy, niezależność ekonomiczna i codzienne korzystanie z możliwości osobistego rozwoju są postrzegane zarówno przez chorych, jak i przez klinicystów za sprzyjające zdrowieniu. W piśmiennictwie zwraca się jednak uwagę na niską dostępność programów aktywizacji zawodowej, a także niewydolność modelu środowiskowej opieki psychiatrycznej, która zapewniałaby chorym szanse na lepszą reintegrację społeczną. Jedną z przyczyn tego stanu rzeczy jest jawna dyskryminacja strukturalna opieki nad chorymi psychicznie, wyrażająca się w jej chronicznym niedofinansowaniu ze środków budżetu państwa.

Wnioski

1. Osoba chora psychicznie z jednej strony powinna odnaleźć w sobie siłę, by przeciwstawić się stygmatowi, ale z drugiej strony może też przejąć piętnującą postawę otoczenia wobec samego siebie. Autostygmatyzacja jest istotną przeszkodą w pełnieniu ról społecznych.
2. Najbliżsi pacjenta są często jego jedynym i kluczowym źródłem wsparcia społecznego, z drugiej strony sami pozostają pod destrukcyjnym wpływem piętna udzielonego. Pozbawiona wszechstronnej opieki rodzina sama często nie jest w stanie być oparciem dla chorego.
3. Funkcjonowanie społeczne chorego ogranicza, obok objawów wynikających z choroby, uboga sieć społeczna pozarodzinna oraz dyskryminacja ze strony otoczenia.
4. Najbardziej widocznym i utrudniającym osiągnięcie autonomii przejawem stygmatyzacji chorych psychicznie jest ich bezzasadnie niska pozycja na rynku pracy.
5. Dyskryminacja strukturalna chorych psychicznie jest barierą w zdrowieniu i źródłem stygmatyzacji. Obecna struktura opieki psychiatrycznej i jej przewlekłe niedofinansowanie sprzyja utrzymywaniu się stygmatyzacji.

Piśmiennictwo

1. Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A, Corrigan PW, Grabe HJ, Carta MG. i wsp. *Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis*. Acta Psychiatr. Scand. 2012; 125(6): 440–452.
2. Angermeyer MC, Matschinger H. *The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder*. Acta Psychiatr. Scand. 2003; 108(4): 304–309.
3. Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA. *Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance*. Am. J. Public Health 1999; 89(9): 1328–1333.
4. Wciórka B, Wciórka J. *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie*. Warszawa; Komunikat z badań CBOS; 2008.
5. 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.
6. Karidi MV, Stefanis CN, Theleritis C, Tzedaki M, Rabavilas AD, Stefanis NC. *Perceived social stigma, self-concept, and self-stigmatization of patient with schizophrenia*. Compr. Psychiatry 2010; 51(1): 19–30.
7. Goulden R, Corker E, Evans-Lacko S, Rose D, Thornicroft G, Henderson C. *Newspaper coverage of mental illness in the UK, 1992-2008*. BMC Public Health 2011; 11: 796.
8. Stout PA, Villegas J, Jennings NA. *Images of mental illness in the media: identifying gaps in the research*. Schizophr. Bull. 2004; 30(3): 543–561.
9. Anczewska M, Wciórka J. *Umacnianie – nadzieja czy uprzedzenia*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2007.
10. Corrigan PW, Watson AC. *The paradox of self-stigma and mental illness*. Clin. Psychol. Sci. Pract. 2002; 9: 35–53.
11. Cechnicki A, Angermeyer MC, Bielańska A. *Anticipated and experienced stigma among persons with schizophrenia: its nature and correlates*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2011; 46: 643–650.
12. Uçok A, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M, Yoon CK. i wsp. *Anticipated discrimination among people with schizophrenia*. Acta Psychiatr. Scand. 2012; 125(1): 77–83.
13. Link BG, Struening EL, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan JC. *Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses*. Psychiatr. Serv. 2001; 52(12): 1621–1626.
14. Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M, INDIGO Study Group. *Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey*. Lancet 2009; 373(9661): 408–415.
15. Goffman E. *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
16. Livingston JD, Boyd JE. *Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis*. Soc. Sci. Med. 2010; 71(12): 2150–2161.
17. Puchelak Z, Bielańska A. *Rodzina pacjenta: jej brzemię i jej możliwości*. W: Bomba J, de Barbaro B. red. *Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie*. Cz. 2. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2002. s. 81–85.
18. de Barbaro B. *Między rozpoznaniem psychiatrycznym a „rozpoznaniem rodzinnym”*. Psychiatr. Pol. 2004; 38(5): 771–782.

19. Lefley HP. *The stigmatized family*. W: Fink PJ, Tasman A. red. *Stigma and mental illness*. Washington: American Psychiatric Press; 1992. s. 127–138.
20. de Barbaro B. *Stygmatyzacja społeczna rodziny chorego psychicznie*. W: Sałustowicz P. red. *Europa i praca*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich; 2004. s. 135–143.
21. Ciałkowska-Kuźmińska M, Kiejna A. *Konsekwencje opieki nad pacjentem z zaburzeniem psychicznym – definicje i narzędzia oceny*. *Psychiatr. Pol.* 2010; 44(4): 519–527.
22. Magaña SM, Ramírez García JI, Hernández MG, Cortez R. *Psychological distress among Latino family caregivers of adults with schizophrenia: the roles of burden and stigma*. *Psychiatr. Serv.* 2007; 58(3): 378–384.
23. Hasson-Ohayon I, Levy I, Kravetz S, Vollanski-Narkis A, Roe D. *Insight into mental illness, self-stigma, and the family burden of parents of persons with a severe mental illness*. *Compr. Psychiatry* 2011; 52(1): 75–80.
24. Angermeyer MC, Schulze B, Dietrich S. *Courtesy stigma. A focus group study of relatives of schizophrenia patients*. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2003; 38: 593–601.
25. Zendjidian X, Richieri R, Adida M, Limousin S, Gaubert N, Parola N. i wsp. *Quality of life among caregivers of individuals with affective disorders*. *J. Affect. Disord.* 2012; 136(3): 660–665.
26. Caqueo-Urizar A, Gutiérrez-Maldonado J, Miranda-Castillo C. *Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: a literature review*. *Health Qual. Life Outcomes* 2009; 7: 84.
27. Struening EL, Perlick DA, Link BG, Hellman F, Herman D, Sirey JA. *Stigma as a barrier to recovery: The extent to which caregivers believe most people devalue consumers and their families*. *Psychiatr. Serv.* 2001; 52(12): 1633–1638.
28. Cechnicki A, Wojciechowska A, Valdes M. *Sieć społeczna a jakość życia osób chorujących na schizofrenię w siedem lat od pierwszej hospitalizacji*. *Psychiatr. Pol.* 2007; 41(4): 527–537.
29. Cechnicki A, Wojciechowska A. *Zależności pomiędzy właściwościami sieci społecznej a wynikami leczenia osób chorujących na schizofrenię w siedem lat od pierwszej hospitalizacji*. *Psychiatr. Pol.* 2007; 41(4): 513–525.
30. Bronowski P, Sawicka M, Kluczyńska S. *Indywidualna sieć wsparcia społecznego osób przewlekłe chorych psychicznie objętych środowiskowym programem rehabilitacji*. *Post. Psychiatr. Neurol.* 2008; 17(4): 297–303.
31. Tyszkowska M. *Kryteria remisji a ocena poprawy i funkcjonowania chorych na schizofrenię pozostających w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej*. Rozprawa doktorska. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2011.
32. Bronowski P, Sawicka M, Kluczyńska S. *Funkcjonowanie społeczne osób przewlekłe chorych psychicznie uczestniczących w środowiskowych programach wsparcia społecznego*. *Post. Psychiatr. Neurol.* 2009; 18(1): 43–50.
33. Steadman HJ. *Critically reassessing the accuracy of public perceptions of the dangerousness of the mentally ill*. *J. Health Soc. Behav.* 1981; 22(3): 310–316.
34. Schulze B, Angermeyer MC. *Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals*. *Soc. Sci. Med.* 2003; 56(2): 299–312.
35. Corrigan PW, Markowitz FE, Watson AC. *Structural levels of mental illness stigma and discrimination*. *Schizophr. Bull.* 2004; 30: 481–491.
36. Marwaha S, Johnson S. *Schizophrenia and employment – a review*. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2004; 39(5): 337–349.

37. Social Exclusion Unit. *Mental health and social exclusion: scoping note*. London: Office of the Deputy Prime Minister; 2003.
38. Huxley P, Thornicroft G. *Social inclusion, social quality and mental illness*. Br. J. Psychiatry 2003; 182: 289–290.
39. Załuska M. *Funkcjonowanie społeczne chorych na schizofrenię po 15 latach od pierwszej hospitalizacji (cz. I – ocena funkcjonowania)*. Psychiatr. Pol. 1997; 31(5): 559–572.
40. Cechnicki A. *Schizofrenia – proces wielowymiarowy. Krakowskie prospektywne badania przebiegu, prognozy i wyników leczenia schizofrenii*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2011.
41. Dickinson D, Bellack AS, Gold JM. *Social/communication skills, cognition, and vocational functioning in schizophrenia*. Schizophr. Bull. 2007; 33(5): 1213–1220.
42. Manning C, White PD. *Attitudes of employers to the mentally ill*. Psychiatr. Bull. 1995; 19: 541–543.
43. Kaszyński H, Cechnicki A. *Polscy pracodawcy wobec zatrudniania osób chorujących psychicznie*. Psychiatr. Pol. 2011; 45(1): 45–60.
44. Baldwin ML, Marcus MC. *Labor market outcomes of people with mental disorders*. Industrial Relations 2007; 46(3): 481–510.
45. Leete E. *The stigmatized patient*. W: Fink JP, Tasman A. red. *Stigma and mental illness*. Washington: American Psychiatric Press, Inc.; 1992. s. 19.
46. Thornicroft G, Tansella M, Becker T, Knapp M, Leese M, Schene A. i wsp. *The personal impact of schizophrenia in Europe*. Schizophr. Res. 2004; 69: 125–132.
47. Amering M, Schmolke M. *Recovery in mental health*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2009.
48. Ministerstwo Zdrowia. *Informacja o realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w 2011 r.* Warszawa; 2013.
49. Araszkiewicz A, Golicki D, Heitzman J, Jarema M, Karkowska D, Langiewicz W. i wsp. *Biała Księga – osoby chorujące na schizofrenię w Polsce – raport*. Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej; 2011.

Adres: Magdalena Podogrodzka-Niell
III Klinika Psychiatryczna
Instytut Psychiatrii i Neurologii
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9

Otrzymano: 14.07.2013

Zrecenzowano: 5.08.2013

Otrzymano po poprawie: 28.10.2013

Przyjęto do druku: 14.10.2014

