

## **Stygmatyzacja osób chorych psychicznie – współczesny problem**

### **Stigmatization of mentally ill people – a contemporary problem**

Jakub Gdowski, Krzysztof Szczygieł,  
Piotr Podwalski, Jerzy Samochowiec

Klinika Psychiatrii, Pomorski Uniwersytet Medyczny

#### **Summary**

Stigmatization and discrimination of people due to their specific characteristics is a widespread problem, both in Poland and worldwide. Stigmatization of people with mental disorders and diseases is a particular type of it. Although this phenomenon has its roots in Antiquity and the Middle Ages, and was scientifically described several dozen years ago, it is still a current and unsolved problem. Stigmatization can take place on different levels and appear as auto-stigmatization, community-related stigmatization, and institutional stigmatization. It takes different forms and has varying negative effects. Counteracting this situation and eliminating its effects, that have already arisen, is a vital necessity and an essential activity of the society in order to provide better functioning and treatment for people with mental illness. Challenges in this area are faced both by state institutions responsible for the health care system and by private entities such as NGOs, media corporations, and companies employing people. The individual commitment of each and every person is also important to prevent and respond appropriately to the stigmatization of people affected by mental illness.

**Słowa kluczowe:** stygmatyzacja, społeczność, finansowanie

**Key words:** stigma, society, funding

### **1. Wprowadzenie**

#### **1.1. Definicja stygmatyzacji w historii**

Stygmatyzacja (piętnowanie) to rodzaj kary stosowany już w starożytnej Grecji [1], przez średniowiecze, aż do XIX wieku [2]. Polegała ona na wypaleniu widocznego znaku (piętna, stygmatu) na ciele skazanego w taki sposób, by ten był widoczny i łatwy do rozpoznania. W tym celu stosowano rozgrzaną do czerwoności metalową pieczęć,

a typowym miejscem jej odcisnięcia było czoło lub policzek [3]. Piętno miało być oznaką defektu moralności i świadczyć o tym, że jego nosiciel jest przestępcą, zdrajcą czy osobą nieczystą. Stanowiło wyraźny znak dla pozostałych członków społeczeństwa, że takich osób należy się wystrzegać [1].

### 1.2. Zmiany w rozumieniu piętnowania

Współcześnie stosowane pojęcia „piętno” i „piętnowanie” w pewnym sensie odnoszą się do pierwotnego, historycznego znaczenia, natomiast nadany im jest nowy wymiar, w którym główny akcent nie jest położony na wtórny, fizyczny atrybut, lecz na pierwotną przyczynę, jaka stanowi o piętnie [1]. O ile wyjściowo pojawienie się widocznego piętna było efektem aktu stygmatyzacji, o tyle dzisiaj jej mianem określana jest raczej wtórna postawa względem osoby uprzednio posiadającej piętno, które powstaje często bez udziału społeczeństwa lub w sposób dlań niezauważony. Poza tym aktualnie stosowane pojęcie stygmatyzacji zwykle dotyczy zjawiska tzw. stygmatyzacji społecznej, czyli dezaprobaty lub dyskryminacji ze względu na dostrzegalną cechę, która umożliwia odróżnienie danej osoby od pozostałych członków społeczeństwa. Odnosi się często do kultury, płci, orientacji seksualnej, rasy, statusu ekonomicznego, wieku, intelektu czy stanu zdrowia.

### 1.3. Rola zmian historycznych w podejściu do leczenia chorób psychicznych

Bardzo istotnym czynnikiem wywołującym stygmatyzację społeczną są choroby i zaburzenia psychiczne [4]. Przez setki lat społeczeństwa odnosiły się do osób chorych psychicznie z dystansem i pogardą, nierzadko traktując je na równi z przestępcami [4]. W średniowieczu taką chorobę odbierano jako karę od Boga, a manifestacje objawów klinicznych jako efekt opętania diabelskiego [5], choć zdarzały się także przypadki, gdy osoby przejawiające takie objawy uznawane były za mistyków mających bezpośrednią łączność z Siłą Wyższą [6]. Osoby chore były często zamykane w więzieniach lub nawet zabijane [4]. Dopiero za czasów Ludwika XIV z dynastii Burbonów nastąpiła zmiana podejścia do chorób i zaburzeń psychicznych. To właśnie za sprawą Króla Słońce w 1656 roku we Francji powstał publiczny system opieki nad osobami chorymi psychicznie. Należy jednak zwrócić uwagę, że przedsięwzięcie to polegało wyłącznie na stworzeniu bezpiecznego azylu, oddzielającego chorych od reszty społeczeństwa, bez oferowania im jakiegokolwiek leczenia [7].

Również Polska odegrała istotną rolę w rozwoju opieki i lecznictwa osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi. Za początek zorganizowanych rozwiązań w tym zakresie można uznać rok 1609, gdy do Rzeczypospolitej przybyli bracia Bonifratrzy. Założyli oni w Krakowie swój pierwszy konwent oraz szpital, którego fundatorem był Walerian Montelupi, zamożny kupiec krakowski. Instytucja ta, chociaż miała profil ogólny, przyjmowała też osoby chore psychicznie, a z czasem zaczęto ją kojarzyć przede wszystkim z tą dziedziną jej działalności. Podobne placówki zakon otwierał i w innych miastach Korony, m.in. w Wilnie czy Warszawie [8]. Warto wspomnieć, że ze względu na habity z kapturami zakończonymi szpicami wdziewane przez Bonifratrów

ich placówki były potocznie nazywane „u czubków”. W dzisiejszym języku polskim pozostałością tego zjawiska jest słowo „czubek” jako pejoratywne i stygmatyzujące określenie osoby chorej psychicznie [9]. Prawo państwowe w Polsce także odnosiło się do tego tematu. Już w latach 1529, 1566 i 1588 zatwierdzone przez Zygmunta I Starego zostały statuty litewskie. Zawierały one m.in. regulacje dotyczące niepoczytalności czy opieki nad osobami chorymi umysłowo [10].

Za ojca nowoczesnej psychiatrii uznaje się natomiast francuskiego lekarza okresu oświecenia Philippe’a Pinela. Wprowadził on w 1792 roku doktrynę, zgodnie z którą w leczeniu chorób psychicznych należy zwracać szczególną uwagę na humanitaryzm i podmiotowe traktowanie pacjentów [11]. Od tamtego czasu następował dynamiczny rozwój psychiatrii. Ten okres w XX wieku przerwało powstanie państw totalitarnych, takich jak ZSRR i nazistowskie Niemcy. W 1926 roku do Kodeksu karnego w Związku Radzieckim wprowadzono kategorię niepoczytalności, którą wykorzystywano tak, by osoby sprzeciwiające się polityce państwa mogły być uznawane za chore psychicznie i kierowane do politycznych oddziałów szpitali psychiatrycznych [12]. W latach 60. XX wieku w moskiewskim Instytucie Psychiatrii Sądowej im. Serbskiego zdefiniowana została przez Andrieja Snieżniewskiego nowa jednostka chorobowa – tzw. schizofrenia pełzająca, zwana niekiedy również schizofrenią bezobjawową [13], do której zdiagnozowania wystarczyła zmiana sposobu myślenia prowadząca do skłonności reformatorskich lub krytycznych [14]. Okres II wojny światowej również przyniósł znaczne nasilenie zjawisk dyskryminacji i stygmatyzacji osób chorych psychicznie [4]. Hitlerowski reżim w Trzeciej Rzeszy jest odpowiedzialny za zabicie lub wykastrowanie setek tysięcy osób chorych psychicznie [15]. Przykładami takiego działania mogą być masowe przymusowe eutanazje wykonywane w ramach Akcji T4, w czasie której w latach 1939–1945 na terenie Niemiec, Austrii, okupowanej Polski i Czech zabito około 200 tysięcy ludzi chorych, upośledzonych i niepełnosprawnych [16], ponieważ ich życie zostało ocenione jako „niewarte życia” (*Lebensunwertes Leben*) [17]. Pośród takich osób było wielu chorych psychicznie. W jednym tylko szpitalu psychiatrycznym zlokalizowanym w miejscowości Warta w 1940 roku żołnierze SS zamordowali 499 pacjentów [18].

#### 1.4. Erving Goffman – prekursor badań nad stygmatyzacją

Istotne odniesienie się do tematu stygmatyzacji społecznej i wprowadzenie go do nomenklatury medycznej przyniosła dopiero druga połowa XX wieku. Niebagatelną rolę w tym procesie odegrał amerykański socjolog Erving Goffman. Stworzył on podwaliny badań na temat stygmatyzacji społecznej, wydając w 1963 roku pracę *Stigma: Notes on the management of spoiled identity* [1]. Zdefiniował tam piętno jako „atrybut dotkliwie dyskredytujący”. Ponadto opisał między innymi, czym współcześnie jest stygmatyzacja społeczna, z czego wynika i w jaki sposób osoby stygmatyzowane na nią reagują. Stał się tym samym ojcem nowej dyscypliny naukowej, która od tamtego czasu rozwija się dynamicznie [4, 19].

## 2. Piętno, piętnowanie, napiętnowani

### 2.1. Model rozumienia piętna według Ervinga Goffmana

Zdaniem Goffmana piętno opiera się na dwóch głównych elementach. Są to: cecha, po której można poznać, że dana osoba jest naznaczona piętnem, oraz sposób, w jaki cecha ta napiętnowaną osobę dewaluuje. Dzieli on osoby doświadczające piętna na „dyskredytowane”, gdy atrybut piętna jest widoczny dla większości od razu, i „dyskredytowalne”, gdy ów atrybut nie jest rozpoznawany *a priori*, lecz istnieje możliwość, że zostanie zdemaskowany [1]. Osoby chore psychicznie mogą należeć do obu tych grup.

### 2.2. Rodzaje piętna

W ogólnym ujęciu wyróżnia się trzy główne rodzaje piętna: związane z brzydotą cielesną, związane z wadą charakteru i grupowe (rys. 1). Pierwsze, a zarazem najbardziej oczywiste, kojarzy się z deformacją fizyczną. Drugie przypisywane jest głównie patologicznym przekonaniom, nieuczciwości czy nieumiejętności radzenia sobie z namiętnościami. To do tej grupy należą stygmatyzacje związane z homoseksualizmem, nałogami, podjętymi próbami samobójczymi czy chorobami psychicznymi właśnie. Trzecia grupa dotyczy rasy, narodowości bądź wyznania.

### 2.3. Proces napiętnowania i jego skutki

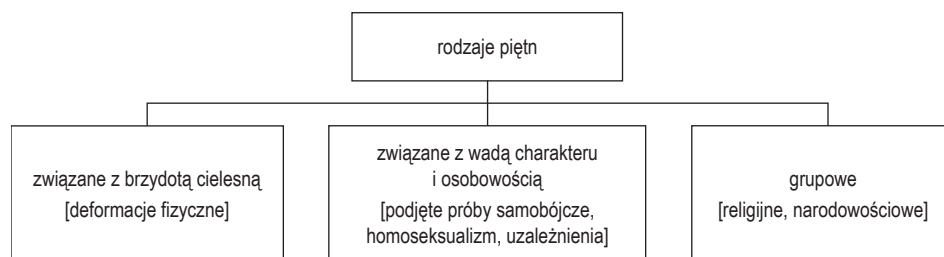
Wszystkie te odmiany piętna powodują wtórną reakcję społeczeństwa, czyli napiętnowanie (stygmatyzację). Polega ono na tym, że osoba, która z łatwością mogłaby być społecznie zaakceptowana, ze względu na swój piętnujący atrybut staje się nie tylko nieakceptowana, ale też dochodzi do sytuacji, gdy jej inne, potencjalnie pozytywne, cechy zostają zdevaluowane i pominięte. Piętno bowiem modyfikuje społeczną antycypację osób stygmatyzowanych w sposób całościowy, a nie ograniczony do przyczyny stanowiącej o naznaczeniu. Społeczeństwo uczy się stereotypów i upraszcza je nadmiernie, co pozwala wtórnym jednostkom posiadać własne wrażenia na temat napiętnowanych [20]. Osoby takie niekoniecznie wierzą we własne odczucia [21], a mimo to je odczuwają.

Na napiętnowanie, niezależnie od przyczyny, składają się trzy składniki: stereotyp, uprzedzenie i dyskryminacja [22]. Stereotyp polega na negatywnym przeświadczeniu na temat danej osoby lub o samym sobie w wypadku autostereotypu (np. o słabości, niekompetencji czy agresji). Uprzedzenie wyraża się poprzez zgodę ze stereotypem i wytworzenie w konsekwencji negatywnej emocji (może to być strach lub gniew, natomiast dla autouprzedzenia charakterystyczne może być niskie poczucie własnej wartości). Dyskryminacja będzie przejawiać się pod postacią zachowania wtórnego do uprzedzenia, takiego jak unikanie interakcji, odmowa zatrudnienia lub pomocy. Z kolei autodyskryminacja będzie widoczna pod postacią wstrzymywania się od dążenia do zdobycia pracy czy własnego miejsca zamieszkania [23].

## 2.4. Wyjątkowość stygmatyzacji związanej z chorobą psychiczną

Szczególnym typem osób stygmatyzowanych są osoby, które spotyka napiętnowanie ze względu na ich chorobę psychiczną. Stoją one przed podwójnym wyzwaniem. Z jednej strony zmagają się z objawami swojej choroby, z drugiej zaś ze stereotypami i społecznym niezrozumieniem natury chorób psychicznych [23]. Uwagę zwraca w tej grupie również zwiększone ryzyko dehumanizacji. Osoby z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych są częściej postrzegane jako mniej ludzkie w porównaniu z osobami z chorobami somatycznymi [24].

Stygmatyzacja takich osób może występować na różnych poziomach. Wymienia się autostygmatyzację, stygmatyzację rodzinną i związaną z innymi grupami społecznymi oraz stygmatyzację instytucjonalną [4]. Niezależnie od poziomu, na którym występuje, wywołuje wielorakie skutki.



Rysunek 1. Rodzaje piętn [4]

## 3. Autostygmatyzacja

### 3.1. Definicja i etapy rozwoju autostygmatyzacji

Autostygmatyzacja to stan, w którym w myśleniu osoby dotkniętej chorobą psychiczną występują stereotyp o sobie samym, uprzedzenie względem siebie i dyskryminacja ksobna [22]. Autostygmatyzacja zachodzi etapami. Na początkowym etapie taka osoba wie, że jakaś jej niepożądana cecha (w tym wypadku choroba lub zaburzenie psychiczne) wywołuje powstanie stereotypów w społeczeństwie (świadomość). Następnie sama przyznaje im słuszność i traktuje je jako prawdę (zgoda). Ostatni etap polega na uznaniu, że owe stereotypy odnoszą się konkretnie do niej samej (zastosowanie) (rys. 2) [22].

### 3.2. Efekt „po co próbować”

Dla autostygmatyzacji charakterystyczny jest efekt określany jako „po co próbować” (ang. *why-try effect*) [22]. Wpływa on na osiąganie celów lub wykonywanie zadań – u kogoś poddanego autostygmatyzacji obniżone jest poczucie własnej wartości i własnej skuteczności. Jest to przyczyną występowania przeświadczenia, że nie

zasługuje się na szanse, jakie się przydarzają, i rezygnacji ze skorzystania z nich [22]. Taki ciąg zdarzeń skutkuje tym, że osoby chore psychicznie podejmują decyzję, że nie będą się angażować w jakiegokolwiek próby poprawy ich życia zawodowego, miejsca zamieszkania czy spełnienia osobistych aspiracji [25]. Udowodniono, że występowanie autostygmatyzacji jest uzależnione od występowania stygmatyzacji społecznej [26].



Rysunek 2. Etapy wykształcenia autostygmatyzacji

## 4. Stygmatyzacja społeczna

### 4.1. Mechanizmy stygmatyzacji w rodzinie i społeczeństwie

Spółeczeństwo ogólnie definiowane jest jako grupa ludzi dzielących wspólną kulturę, którzy wchodzą ze sobą w interakcje na określonym terytorium [27]. Podstawową zintegrowaną jednostką funkcjonalną społeczeństwa jest rodzina [28]. Coraz to szersze kręgi osób tworzą natomiast większe społeczności. We wszystkich tych grupach może wystąpić stygmatyzacja osób chorych psychicznie, a w zależności od poziomu, na którym ona występuje, przybiera zróżnicowane formy. Stygmatyzacja rodzinna powoduje zmianę relacji rodzinnych. Członkowie rodzin wyrażają niechęć w stosunku do ujawniania przez swych bliskich chorych ich przypadłości, co więcej – sami odczuwają wstyd i lęk przed reakcjami innych osób na wieść o występowaniu zaburzeń psychicznych w ich rodzinie [29].

### 4.2. Szczególne skutki stygmatyzacji społecznej

Stygmatyzacja osób chorych psychicznie jest mocno rozpowszechniona również wśród szeroko rozumianych społeczeństw Zachodu [23]. Osoba stygmatyzowana nie tylko spodziewa się niechęci, ale też faktycznie jej doświadcza [30]. Stygmatyzacja społeczna wyraża się poprzez unikanie, wstrzymanie zatrudnienia, wynajęcia mieszkania czy udzielenia innego rodzaju pomocy osobie chorej umysłowo [23]. Właściciele nieruchomości rzadziej przyznawali, że ich mieszkanie jest dostępne do wynajęcia osobom, o których wiedzieli, że były hospitalizowane psychiatrycznie, w stosunku do tych, o których takiej wiedzy nie posiadali [31]. Osoba chora psychicznie napotyka większe trudności, gdy chce zostać zatrudniona czy zawrzeć związek małżeński [32]. Wśród innych stygmatyzujących zachowań można wymienić niechęć do zaprzyjaźnienia się z osobą chorą psychicznie czy nawet do mieszkania w sąsiedztwie takiej osoby [33].

Inne badanie dowiodło, że leki psychiatryczne są uważane za powodujące cięższe działania niepożądane niż leki kardiologiczne [34]. Co więcej, okazuje się, że takie postawy występują także wśród medyków. Lekarze pierwszego kontaktu przejawiają

zachowania stygmatyzujące częściej niż lekarze psychiatrzy, objawia się to na przykład prowadzeniem interakcji z pacjentem w sposób pozbawiony współczucia [34].

## 5. Stygmatyzacja instytucjonalna

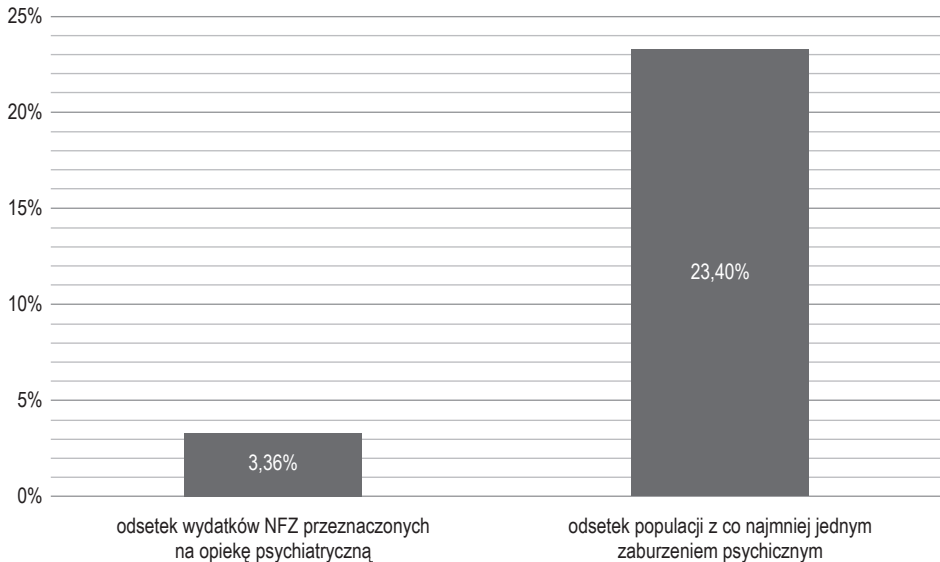
### 5.1. Przejawy stygmatyzacji w polityce zdrowotnej

Wyżej wspomniane rodzaje stygmatyzacji chorych psychicznie dotyczyły zachowań poszczególnych osób lub różnej wielkości społeczności. Odmienną i specyficzną odmianą stygmatyzacji jest stygmatyzacja instytucjonalna, zwana też strukturalną. Jej istotą jest wprowadzanie przez rządy lub podmioty prywatne linii politycznych, które w sposób intencjonalny lub niezamierzony ograniczają możliwości działania osób chorych psychicznie [35]. Można tu wymienić obniżone finansowanie badań nad chorobami psychicznymi lub ograniczenie usług z lecznictwa psychiatrycznego względem innych dziedzin medycyny. W Polsce, zgodnie z „Ostatecznym planem finansowym NFZ na 2023 r.”, koszty opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w 2023 roku wyniosły łącznie nieco ponad 5,3 miliarda złotych [36]. Stanowi to ledwie 3,36% kosztów poniesionych przez NFZ na świadczenia opieki zdrowotnej, przy czym w krajach zachodniej części Europy stosunek ten wynosi od 6% do 10% pieniędzy przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia [30]. Warto na ten odsetek patrzeć przez pryzmat rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w Polsce. Według badania EZOP („Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej”) co najmniej jedno zaburzenie psychiczne klasyfikowane w ICD-10 lub DSM-IV można rozpoznać u 23,4% badanej populacji (rys. 3) [37]. Tak niski poziom finansowania opieki psychiatrycznej na tle tak wysokiego poziomu rozpowszechnienia chorób i zaburzeń psychicznych jest przyczyną ograniczenia dostępu do świadczeń *per se*. Wyraża się to pod postacią m.in. stosunkowo małej liczby placówek opieki psychiatrycznej, niewystarczającej liczby fachowego personelu czy ograniczenia dostępu do nowoczesnej farmakoterapii [38]. Niedoskonałości systemu przekładają się na negatywne opinie o nim wśród pacjentów psychiatrycznych. Zwracają oni uwagę na nieefektywność funkcjonowania psychiatrycznej opieki środowiskowej oraz na konieczność zintensyfikowania działań profilaktycznych [39].

### 5.2. Dyskryminacja w sektorze publicznym i prywatnym

Tymczasem kwestie stygmatyzacji instytucjonalnej chorych psychicznie nie przejawiają się jedynie pod postacią względnie niskiego finansowania psychiatrii i przeznaczanych na nią dotacji, ale również legislacji. Ta zaś w niektórych obszarach prawa dyskryminuje osoby chore psychicznie. Dla przykładu w art. 12 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego widnieje zapis uniemożliwiający zawarcie małżeństwa osobom dotkniętym chorobami psychicznymi [40]. Ustawodawca zezwala na to tylko przy spełnieniu określonych warunków. Stygmatyzacja strukturalna dotyczy też sektora prywatnego. W badaniu przeprowadzonym wśród polskich pracodawców wykazano, że tylko 4,4% z nich zatrudniło kiedykolwiek osobę chorą psychicznie, a niemal połowa

(48%) badanych podzielała opinię, że co najwyżej 10% osób chorych psychicznie jest zdolnych utrzymać płatną pracę [41]. Wyniki te potwierdzają, że wśród pracodawców powszechnie występują stereotypy względem osób chorych psychicznie.



Rysunek 3. Odeśtek wydatków NFZ przeznaczonych na opiekę psychiatryczną oraz odeśtek populacji z co najmniej jednym zaburzeniem psychicznym

## 6. Konsekwencje stygmatyzacji instytucjonalnej

### 6.1. Wpływ na dostępność opieki psychiatrycznej

Niechęć i dyskryminacja wobec pacjentów psychiatrycznych znajdują swoje wymierne konsekwencje nawet w obrębie systemu ochrony zdrowia. Zgodnie z kontrolą realizacji zadań Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) w latach 2011–2015 przeprowadzoną przez Najwyższą Izbę Kontroli (NIK) nie doszło do osiągnięcia założonych celów. Głównym celem NPOZP miała być bowiem zmiana zasad organizacji i poprawa efektywności opieki psychiatrycznej. Jednak zgodnie z opinią NIK przyczyną negatywnej oceny były m.in.: niezabezpieczenie środków finansowych na założone zadania, brak zaangażowania samorządów wojewódzkich czy brak aktywności samorządów powiatowych i gminnych ukierunkowanej na realizację owych celów [42]. W kontroli dotyczącej dostępności leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży w latach 2017–2019 Najwyższa Izba Kontroli stwierdziła, że system leczenia psychiatrycznego dzieci i młodzieży nie zaspokaja w pełni potrzeb tej populacji pacjentów [43]. Nie dość, że zmniejszyła się liczba podmiotów, w których można było uzyskać ambulatoryjną pomoc psychiatryczną,

to dodatkowo w aż pięciu województwach nie istniał żaden oddział psychiatryczny dzienny [43].

## 6.2. Negatywne efekty stygmatyzacji w systemie ochrony zdrowia

Niesprawność systemu ochrony zdrowia w zakresie leczenia psychiatrycznego prowadzi do niedostatecznego korzystania z koniecznych świadczeń przez osoby cierpiące na choroby lub zaburzenia psychiczne. Bariery utrudniające uzyskanie pomocy, z którymi chorzy się spotykają, są różnorodne. Można wśród nich wymienić takie jak: brak znanego miejsca udzielania świadczeń, niemożność uzyskania kontaktu telefonicznego czy zbyt długi czas oczekiwania na umówioną wizytę [44]. Wywołuje to nieproporcjonalny, negatywny wpływ na dostępność opieki psychiatrycznej [45]. Przy czym nawet jeśli osoba chora psychicznie dotrze do placówki świadczącej opiekę psychiatryczną, nie oznacza to, że nie napotka już żadnych problemów. Może to być związane z postawami występującymi niekiedy wśród personelu psychiatrycznego. Wykazano, że wśród profesjonalistów medycznych udzielających świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego występowało bardziej pesymistyczne niż w populacji ogólnej nastawienie względem rokowania u osób chorych na depresję czy schizofrenię [34]. Mogą też oni w ograniczonym stopniu brać pod uwagę życzenia chorych przy planowaniu leczenia [46]. Niezadowolenie z leczenia, jakie się otrzymało, to najistotniejszy pojedynczy czynnik, który powoduje przerwanie leczenia na własne żądanie wśród pacjentów psychiatrycznych [47]. Być może te zjawiska są związane z gorszym rokowaniem dotyczącym przeżycia wśród pacjentów z zaburzeniami lub chorobami psychicznymi. Faktem jest, że już sama obecność zaburzenia psychicznego powoduje skrócenie przewidywanej długości życia o co najmniej 10 lat w stosunku do populacji ogólnej. Gdy jest to uzależnienie od substancji psychoaktywnych lub ciężka choroba psychiczna, taka jak schizofrenia, różnica ta wynosi ponad 20 lat [45]. W Polsce rocznie liczba zamachów samobójczych zakończonych zgonem wynosi około 5 tysięcy [48], zatem co 10 lat życie w ten sposób traci populacja porównywalna z ludnością takich miejscowości, jak Wejcherowo, Piaseczno czy Starachowice.

## 7. Wyzwania

### 7.1. Konieczność zniesienia barier systemowych w ochronie zdrowia

Pewne jest, że opisany stan rzeczy jest patologiczny, potrzebuje interwencji i wprowadzenia zmian. To zadanie złożone i skomplikowane, dlatego wymaga rozwagi i rozpatrzenia wszystkich aspektów tego zagadnienia. Nieodzowne jest zwiększenie finansowania i efektywności systemu ochrony zdrowia w zakresie leczenia psychiatrycznego. Zgodnie z uchwałą 46. Zjazdu Psychiatrów Polskich przyjętą w dniu 25 czerwca 2021 roku Polskie Towarzystwo Psychiatryczne apeluje m.in. o zwiększenie poziomu finansowania opieki psychiatrycznej do poziomu 6% środków przeznaczonych na świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych w ciągu najbliższych 3 lat i zrealizowanie celów Narodowego Programu

Ochrony Zdrowia Psychicznego [49]. Cele te obejmują zapewnienie wielostronnej opieki poprzez upowszechnienie środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej, różnych form pomocy i wsparcia społecznego oraz psychologiczno-pedagogicznego wśród uczniów, rodziców i nauczycieli [50]. Ponadto Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego zakłada opracowanie zasad przedstawiania w mediach osób z zaburzeniami psychicznymi oraz działania edukacyjne dotyczące poszanowania praw takich osób. Ma to prowadzić do zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób dotkniętych tego typu zaburzeniami [50]. Ponadto w Sprawozdaniu Rzecznika Prasowego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego kadencji 2016–2019 wyznaczono nowe cele komunikacyjne. Ich głównym założeniem jest m.in. promowanie pozytywnego wizerunku psychiatrii jako nowoczesnej dziedziny medycyny oraz normalizowanie korzystania z pomocy psychiatrycznej przez porównanie jej do szukania pomocy u lekarzy innych specjalności [51].

## 7.2. Kultura odpowiedzialności i wsparcia w przeciwdziałaniu stygmatyzacji

Jednak to nie tylko system ochrony zdrowia na jego wszystkich szczeblach – począwszy od Rady Ministrów z Ministrem Zdrowia, poprzez urzędników Narodowego Funduszu Zdrowia, a na pracownikach podmiotów wykonujących działalność leczniczą, takich jak lekarze czy psychologowie, skończywszy – odpowiedzialny jest za zmianę aktualnych inercyjnych uwarunkowań. Istotną rolę w przeciwdziałaniu stygmatyzacji i jej skutkom odgrywa edukacja społeczeństwa, a ta odbywa się przede wszystkim w szkołach. Jest możliwe, że skuteczna edukacja dzieci i młodzieży pozwalająca na przeciwdziałanie stygmatyzacji mogłaby odbywać się w toku zajęć szkolnych. Ze względu na powagę problemu i wpływ stygmatyzacji na istotny odsetek populacji zasadne wydaje się wprowadzenie, na każdym poziomie edukacji szkolnej, dodatkowego przedmiotu lub przynajmniej kursu poświęconego zdrowiu psychicznemu, objawom oraz sposobom profilaktyki i przeciwdziałania skutkom chorób i zaburzeń psychicznych. Drugim aspektem powinno być wprowadzenie bezpłatnego i bezwzględnie powszechnego dostępu do wsparcia psychologicznego dla uczniów. Prawdopodobnie pozytywne skutki odniosłoby wprowadzenie analogicznych rozwiązań w szkolnictwie wyższym, niezależnie od kierunku obranego przez studentów. Opisane środki to rozwiązania z zakresu polityki systemowej, czyli takie, w których oddziaływanie organów państwowych wpływa na realizację założonego celu [52]. Choć pełnią kluczową funkcję, to nie mogą być jedyne. Istotne jest prężne rozwijanie się organizacji pozarządowych, które prowadziłyby aktywnie edukację społeczeństwa oraz zapewniały lub ułatwiały otrzymanie pomocy w odpowiednich placówkach. Prywatne koncerny medialne prowadzące gazety, telewizje, stacje radiowe czy portale internetowe powinny włączyć się w powyższe działania przede wszystkim poprzez całkowitą eliminację treści i zasięgów osób, które stygmatyzują, dyskryminują czy wyśmiewają osoby chore psychicznie lub przedstawiają nieprawdziwy obraz zmagania się z takimi chorobami. Inną ważną aktywnością mediów pozostaje produkcja materiałów zwracających uwagę społeczeństwa na problem stygmatyzacji i dyskryminacji lub nieodpłatne oferowanie miejsca dla takich materiałów na swoich łamach czy w ramówkach.

Ostatecznie zaś istotnym elementem zmiany jest indywidualna aktywność wszystkich ludzi. Pomocne w tym mogą być rekomendacje dotyczące języka niedyskryminującego osoby z zaburzeniami psychicznymi, przedstawione w ramach kampanii „Wrażliwi na słowa. Wrażliwi na ludzi”. Wyszczególniono w nich dobre praktyki komunikacyjne, polegające m.in. na powstrzymaniu się od piętnujących określeń (takich jak: „wariat”, „psychiczny”, „oszołom”, „schizofrenik”, „autystyk” i „border”), oraz zachęcano do empatycznego spojrzenia na sytuację osób zmagających się z zaburzeniami psychicznymi [53]. Każdy na miarę własnych możliwości winien zasięgać informacji i kształtować swoje zachowanie w taki sposób, by nigdy nikogo nie stygmatyzować ze względu na chorobę psychiczną, a w sytuacji, gdyby sam był ofiarą lub świadkiem takiego postępowania, mieć wiedzę, jak należy na nie właściwie reagować.

### Piśmiennictwo

1. Goffman E. *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*. Dzierżyńska A, Tokarska-Bakir J. tłum. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
2. Tracy L. *Torture and brutality in medieval literature: Negotiations of national identity*. Cambridge, UK–Rochester, NY: Boydell & Brewer; 2012. <http://www.jstor.org/stable/10.7722/j.ctt3fgnmw>.
3. Innes B. *Historia tortur*. Warszawa: Dom Wydawniczy Bellona; 2000.
4. Rossler W. *A millennia-long history of social exclusion and prejudices*. Eur. Mol. Biol. Organ. 2016; 17(9): 1250–1253. Doi: 10.15252/embr.201643041.
5. Kemp S, Williams K. *Demonic possession and mental disorder in medieval and early modern Europe*. Psychol. Med. 1987; 17(1): 21–29. <https://doi.org/10.1017/s0033291700012940>.
6. Kemp S. *Mental disorder and mysticism in the late medieval world*. Hist. Psychol. 2019; 22(2): 149–162. <https://doi.org/10.1037/hop0000121>.
7. Shorter E. *A history of psychiatry: From the era of the asylum to the age of Prozac*. New York: John Wiley & Sons; 1997.
8. Komaryńska-Polak H. *Psychicznie chorzy w krakowskim szpitalu bonifratrów w XVII–XVIII wieku*. Zeszyty Naukowe Małopolskiej Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Tarnowie 2011; 18(1): 33–46. <https://doi.org/10.25944/znmwse.2011.01.3346>.
9. Gapski H. *Bonifratrzy w Europie Środkowo-Wschodniej do końca XVIII wieku. Rozwój sieci konwentów szpitali*. W: Surdacki M. red. *Bracia, czyńcie dobro. 400 lat Zakonu Bonifratrów w Polsce 1609–2009*. Kraków: Wydawnictwo Konwentu Bonifratrów w Krakowie; 2009.
10. Ładoś S. *Pozycja prawna oskarżonego z zaburzeniami psychicznymi*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska; 2013. <https://books.google.pl/books?id=CB35kwEACAAJ>.
11. Eikes A, Thorpe JG. *A summary of psychiatry*. London: Faber & Faber; 1967.
12. Buda J. *Psychiatria w służbie polityki na przykładzie radzieckiej opozycji w XX wieku*. Dialogi Polit. 2015; 17: 69–79. <https://doi.org/10.12775/DP.2014.016>.
13. Probes LM, Kouznetsov V, Verbitski V, Molodyi V. *Trends in Soviet and post-Soviet psychiatry*. PSR Q. 1992; 2(2): 67–76.
14. Brązkiewicz B. *Radziecki szpital psychiatryczny jako forma zniewolenia*. Pol. Sacra R. 2004; 8(26): 69–96.
15. Reilly PR. *Eugenics and involuntary sterilization: 1907–2015*. Annu. Rev. Genomics Hum. Genet. 2015; 16: 351–368. <https://doi.org/10.1146/annurev-genom-090314-024930>.

16. Götz A. *Obciążeni. „Eutanazja” w nazistowskich Niemczech*. Wołowiec: Wydawnictwo Czarne; 2015.
17. Lifton RJ. *The Nazi doctors: Medical killing and the psychology of genocide*. New York: Basic Books; 2017.
18. Instytut Pamięci Narodowej. *82. rocznica największej zbrodni na terytorium Ziemi Sieradzkiej*, 2022. <https://ipn.gov.pl/pl/dla-mediow/komunikaty/162388,82-rocznica-najwiekszej-zbrodni-na-terytorium-Ziemi-Sieradzkiej.html>.
19. Wieczorek Ł. *Stygmatyzacja osób uzależnionych od alkoholu oraz systemu leczenia uzależnień w Warszawie i w społeczności lokalnej*. *Alcohol. Drug Addict.* 2015; 28(2): 103–117. <https://doi.org/10.1016/j.alkona.2015.06.001>.
20. Kaushik A, Kostaki E, Kyriakopoulos M. *The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review*. *Psychiatry Res.* 2016; 243: 469–494. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.042>.
21. Jussim L, Nelson TE, Manis M, Soffin S. *Prejudice, stereotypes, and labeling effects: Sources of bias in person perception*. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1995; 68(2): 228–246. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.68.2.228>.
22. Corrigan PW. *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*. Washington: American Psychological Association; 2005.
23. Corrigan PW, Watson AC. *Understanding the impact of stigma on people with mental illness*. *World Psychiatry* 2002; 1(1): 16–20.
24. Haslam N. *Dehumanization and mental health*. *World Psychiatry* 2024; 23(2): 173–174. <https://doi.org/10.1002/wps.21186>.
25. Corrigan PW, Larson JE, Rüsch N. *Self-stigma and the “why try” effect: Impact on life goals and evidence-based practices*. *World Psychiatry* 2009; 8(2): 75–81.
26. Park K, MinHwa L, Seo M. *The impact of self-stigma on self-esteem among persons with different mental disorders*. *Int. J. Soc. Psychiatry* 2019; 65(7–8): 558–565. <https://doi.org/10.1177/0020764019867352>.
27. Babbie ER. *The basics of social research*. Belmont, CA: Wadsworth; 2011.
28. Sharma R. *The family and family structure classification redefined for the current times*. *J. Fam. Med. Prim. Care* 2013; 2(4): 306–310. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.123774>.
29. Huggett C, Birtel MD, Awenat YF, Fleming P, Wilkes S, Williams S i wsp. *A qualitative study: Experiences of stigma by people with mental health problems*. *Psychol. Psychother. Theory Res. Pract.* 2018; 91(3): 380–397. <https://doi.org/10.1111/papt.12167>.
30. Podogrodzka-Niell M, Tyszkowska M. *Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym*. *Psychiatr. Pol.* 2014; 48(6): 1201–1211. <https://doi.org/10.12740/PP/20364>.
31. Link BG, Struening EL, Rahav M, Phelan JC, Nuttbrock L. *On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse*. *J. Health Soc. Behav.* 1997; 38(2): 177–190. <https://doi.org/10.2307/2955424>.
32. Yildirim Y, Kavak Budak K. *The relationship between internalized stigma and loneliness in patients with schizophrenia*. *Perspect. Psychiatr. Care* 2020; 56(1): 168–174. <https://doi.org/10.1111/ppc.12399>.
33. Pescosolido BA. *The public stigma of mental illness: What do we think; What do we know; What can we prove?* *J. Health Soc. Behav.* 2013; 54(1): 1–21. <https://doi.org/10.1177/0022146512471197>.

34. Thornicroft G, Rose D, Kassam A. *Discrimination in health care against people with mental illness*. Int. Rev. Psychiatry 2007; 19(2): 113–122. <https://doi.org/10.1080/09540260701278937>.
35. Corrigan PW, Markowitz FE, Watson AC. *Structural levels of mental illness stigma and discrimination*. Schizophr. Bull. 2004; 30(3): 481–491. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007096>.
36. Ostateczny plan finansowy NFZ na 2020 r. – autokorekta, 2020. [https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/\\_public/bip/finanse\\_nfz/2020/ostateczny\\_plan\\_na\\_stronie\\_za\\_2020\\_rok\\_po\\_stanowisku\\_mf-autokorekta.xlsx](https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/bip/finanse_nfz/2020/ostateczny_plan_na_stronie_za_2020_rok_po_stanowisku_mf-autokorekta.xlsx).
37. Kiejna A, Piotrowski P, Adamowski T, Moskalewicz J, Wciórka J, Stokwiszewski J i wsp. *Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji dorosłych Polaków z odniesieniem do płci i struktury wieku – Badanie EZOP Polska*. Psychiatr. Pol. 2015; 49(1): 15–27. <https://doi.org/10.12740/PP/30811>.
38. Araszkiwicz A, Goliński 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. <https://ippez.pl/wp-content/uploads/2019/03/Zdrowie-psychiczne-biala-ksiega-raport.pdf>.
39. 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. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00028-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00028-X).
40. Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 2809, z 2025 r. poz. 897). <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19640090059/U/D19640059Lj.pdf>.
41. Kaszyński H, Cechnicki A. *Polscy pracodawcy wobec zatrudniania osób chorujących psychicznie*. Psychiatr. Pol. 2011; 45(1): 45–60.
42. Informacja o wynikach kontroli – Realizacja zadań narodowego programu ochrony zdrowia psychicznego, 2016. <https://www.nik.gov.pl/plik/id,12692,vp,15090.pdf>.
43. NIK. Departament Zdrowia. *Informacja o wynikach kontroli – Dostępność leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży (w latach 2017–2019)*, 2019. <https://www.nik.gov.pl/plik/id,22730,vp,25429.pdf>.
44. Coombs NC, Meriwether WE, Caringi J, Newcomer SR. *Barriers to healthcare access among U.S. adults with mental health challenges: A population-based study*. SSM Popul. Health 2021; 15: 100847. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100847>.
45. Corscadden L, Callander EJ, Topp SM. *International comparisons of disparities in access to care for people with mental health conditions*. Int. J. Health Plann. Manage. 2018; 33(4): 967–995. <https://doi.org/10.1002/hpm.2553>.
46. Pelleboer-Gunnink HA, Oorsouw van WMWJ, Weeghel van J, Embregts PJCM. *Stigma research in the field of intellectual disabilities: A scoping review on the perspective of care providers*. Int. J. Dev. Disabil. 2021; 67(3): 168–187. <https://doi.org/10.1080/20473869.2019.1616990>.
47. Tehrani E, Krussel J, Borg L, Munk-Jorgensen P. *Dropping out of psychiatric treatment: A prospective study of a first-admission cohort*. Acta Psychiatr. Scand. 1996; 94(4): 266–271. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1996.tb09859.x>.
48. Policja.pl. Statystyka. *Zamachy samobójcze zakończone zgonem od 2017 roku*. <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html>.
49. Uchwała 46 Zjazdu Psychiatrów Polskich przyjęta w dniu 25 czerwca 2021 roku, Szczecin, 2021. <https://scontent-frt3-1.xx.fbcdn.net/v/t1.6435->

-9/207338417\_4437342279617299\_472406962929347057\_n.png?\_nc\_cat=107&ccb=1-5&\_nc\_sid=730e14&\_nc\_ohc=gGawHf4gkwUAX\_i8O5F&\_nc\_ht=scontent-frt3-1.xx&oh=184d353afb1d5dcab5d7eab266f14c24&oe=61473593.

50. Prezes Rady Ministrów. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie narodowego programu ochrony zdrowia psychicznego na lata 2017–2022. Warszawa; 2017.
51. Murawiec S. *Sprawozdanie Rzecznika Prasowego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego kadencji 2016–2019*. *Psychiatria* 2020; 17(1): 58–60. <https://journals.viamedica.pl/psychiatria/article/view/PSYCH.2020.0010>.
52. Jan K. *Polityka gospodarcza. Wstęp do teorii*, wyd. 3 rozszerzone. Warszawa: Szkoła Główna Handlowa; 2008.
53. Doroszevska A, Dudek D, Jabłoński MJ, Kłosińska K, Murawiec S, Sobczak B. *Wrażliwi na słowa. Wrażliwi na ludzi. Rekomendacje dotyczące języka niedyskryminującego osób z zaburzeniami psychicznymi*. *Psychiatria* 2021; 18(2): 163–167. <https://journals.viamedica.pl/psychiatria/article/view/75900>.

Autor do korespondencji: Piotr Podwalski  
e-mail: piotr.podwalski@pum.edu.pl