

Dyferencjał semantyczny w badaniu stereotypu chorych psychicznie – badania porównawcze po 10 latach

Semantic differential in the study on the stereotype of mentally ill people – comparative study 10 years later

Barbara Mróz

Instytut Psychologii Uniwersytetu Wrocławskiego
Kierownik: prof. dr hab. A. Oleszkowicz

Summary

Objectives. This article examines how mentally ill people are perceived by psychology students. It was inspired by a study on stereotypical perception of mentally ill people carried out 10 years ago, which was published in Polish Psychiatry (2000).

Methods. A modified version of the semantic differential, which was used 10 years ago, was applied. The version consisted of: subject selection of 30 pairs of adjectives which describe mentally ill people, marking on a scale the extent a given object possesses a feature, describing what percentage of the mentally ill possess a feature as well as describing the level of certainty (%) of the respondent on the feature intensity.

Results. Compared to a similar group of subjects studied ten years ago, the examined 152 students (F 138, M 14), on average aged 21.8, received results showing higher maturity and lesser weight of stereotypical thinking regarding the mentally ill. The subjects currently studied stated lower certainty (71%) than the previously studied group (79%), in most mentally ill people having problems in contact with others as well as with themselves. They perceive mentally ill people in a wider perspective (11 differential categories in 2000 compared to 19 differential categories in 2010).

Conclusions. The studies on stereotyping of the mentally ill show beneficial changes in awareness among psychology students. New psychology teaching programmes sensitizing to mental problems, the complexity of illness processes, likely impact of social advertising, and fostering social support for the mentally ill, contributed to the positive changes in results.

Słowa kluczowe: dyferencjał semantyczny, chorzy psychicznie, stereotypowe zachowanie

Key words: semantic differential, mentally ill persons, stereotyped behavior

Niniejszym pragnę wyrazić wdzięczność dr Oldze Bąk z Instytutu Psychologii Uniwersytetu Wrocławskiego za inspirację do poniższych badań, a studentom psychologii w latach 2010–2011 podziękowanie za pomoc w ich przeprowadzeniu.

Badanie nie było sponzorowane.

Wstęp

Badanie stereotypów jest zajęciem istotnym nie tylko z powodów teoretycznych, także praktyka pokazuje, że uczestniczymy w zjawisku dynamicznym, podlegającym wielu uwarunkowaniom. Dlatego tak ważne okazuje się badanie stereotypów w różnych interwałach czasowych. Stereotyp (z greckiego *stereos* – „przestrzenny”, *typos* – „wzorzec”, „odcisk”) jest pewną konstrukcją myślową złożoną z trzech komponentów: poznawczego (zwykle uproszczonego), emocjonalnego i behawioralnego. Zawiera on pewne fałszywe przeświadczenia dotyczące różnych zjawisk, w tym grup społecznych, zawodowych czy klinicznych. Zasadne zatem wydaje się prześledzenie tego, w jaki sposób stereotyp może się rozwijać, zmieniać, zmniejszać.

W psychologii coraz częściej podkreśla się nowatorstwo i wiarygodność badań longitudinalnych, w których w regularnych odstępach czasowych badamy jakieś zjawisko tymi samymi metodami. Taki zabieg jest istotny szczególnie w przypadku stereotypów i ich schematów. Kierując się powyższymi przesłankami oraz korzystając z inspiracji badań przeprowadzonych przed dziesięcioma laty przez Olę Bąk [1] na temat stereotypu chorego psychicznie, postanowiono ponownie zająć się tym tematem i zastosować, tak jak w badaniach sprzed lat, zmodyfikowany dyferencjał semantyczny na podobnej grupie.

Wybitny amerykański badacz Elliot Aronson twierdzi, że stereotyp przyjęty może być przez człowieka w wyniku własnych obserwacji, przejmowania poglądów innych osób (najczęściej znaczących – jak rodzice, wychowawcy, inne wpływowe jednostki itp.). Bywa, że jest on wynikiem procesów emocjonalnych, jakie dana osoba przeżywa [2, 3]. Jeśli silne emocje, takie jak np. agresja, odrzucenie, ekscytacja czy euforia, towarzyszą istotnym wydarzeniom, tym samym utrwalają się, przyczyniając do tworzenia pewnych myśli, ocen, szablonów czy przesądów. Stereotypy mogą być negatywne, neutralne lub pozytywne, chociaż najczęściej spotyka się wyobrażenia negatywne i takie też najczęściej się bada. Istotną cechą stereotypów jest ich społeczny kontekst, przekonanie zbiorowe jakiejś określonej grupy ludzi. Stąd jego rola w badaniach psychologicznych jest tak zasadnicza.

Generalizacja lub – ściślej mówiąc – nadgeneralizacja wyływająca z przekonania jest następną cechą charakterystyczną omawianego zjawiska. Stereotyp to fałszywe i niedostatecznie uzasadnione, a dotyczące pewnej grupy osób przekonanie zbiorowe, zwykle niewrażliwe na argumentację. W badaniach Bąk nad stereotypowymi wyobrażeniami dotyczącymi osób chorych psychicznie okazało się, że pewne wspólne postrzeganie tej grupy nosi znamiona obiegowych opinii. Badani studenci psychologii akcentowali głównie dwa aspekty portretu chorych: cechy warunkujące własną trudność w ewentualnym kontakcie z chorym oraz cechy związane z ekspansją fizyczną chorych, rozumianą jako zagrażająca, bo nieprzewidywalna w zachowaniu [1].

S. Sontag pisze, że gruźlicy nadawano często wymiar sentymentalny – jako czemuś, co ma prowadzić jakoby do umocnienia czyjejs tożsamości. Czy można poprowadzić paralele między mitami na temat gruźlicy a stereotypią w postrzeganiu zaburzeń psychicznych? Wydaje się, że jednym z pierwszych źródeł takich stereotypów było samo środowisko XIX-wiecznych badaczy z C. Lombroso na czele. Sontag pisała, że ukryte

w ocenie choroby psychicznej wartościowanie może mieć znaczące skutki społeczne. Istotnie tak jest, tym bardziej zatem należy starać się o monitorowanie poglądów społecznych, w tym i na choroby psychiczne, i na wpływanie na ich zmianę [4].

Tworzenie stereotypów jest spontaniczną ludzką skłonnością i takiemu upraszczaniu przekazu podlegają wszelkie ludzkie wyobrażenia o otaczającym świecie. Stereotypy często bazują na niepełnej wiedzy oraz fałszywych przekonaniach, utrwalane są przez tradycję, trudno podlegają zmianom, a w szczególności odrzuceniu [3, 5]. Liczni badacze doszukiwali się w nich jednak „ziarna prawdy”, powstało nawet określenie „trafność stereotypu”. W przypadku pojawienia się faktów obalających stereotyp ludzie mają skłonność do traktowania go jako wyjątku („wyjątek potwierdza regułę”) lub do tworzenia subkategorii bez naruszenia kategorii podstawowej [6-8].

Interesujące badania na temat stereotypowego postrzegania osób chorych psychicznie, przeprowadzone w tym samym roku co niniejsze analizy, objęły sześć krajów: Chorwację, Izrael, Litwę, Maltę, Rumunię i Szwecję i 796 osób. Okazało się, że stygmatyzacja własna osób chorych psychicznie może być porównywalna i koreluje ze stopniem stereotypowego postrzegania pacjentów psychiatrycznych przez otoczenie społeczne. Im silniejsze w danym kraju występowało przekonanie pacjentów o bezsilności wobec choroby i niższa była ich samoocena, tym wyższy procent członków społeczeństwa postrzegał chorobę psychiczną w sposób bardziej stereotypowy. Badanie otoczenia społecznego przyniosło podobne rezultaty bez względu na kraj pochodzenia: im starszy wiek badanych, a zarazem im niższe ich wykształcenie oraz status społeczny i zawodowy, tym większa tendencja do myślenia stereotypowego wobec osób chorych psychicznie. Christin Krajewski, Genz Burazeri i Helmut Brand podkreślają, że osoby chore psychicznie borykają się zarówno z własnym stosunkiem do choroby, jak i ze stereotypowym postrzeganiem ich przez otoczenie, co stanowi dodatkowe obciążenie w walce z zaburzeniami [8].

Material

Badania z wykorzystaniem zmodyfikowanej wersji dyferencjału semantycznego przeprowadzono, podobnie jak w badaniach przed dziesięciu laty, na grupie studentów III roku psychologii. Udział w nich wówczas wzięło 149 osób, w tym 102 kobiety i 36 mężczyzn (11 osób nie podało informacji o płci), średnia wieku wyniosła 21,5 roku; w 2010 r. w takich samych badaniach udział wzięły 152 osoby, w tym 138 kobiet i 14 mężczyzn, średnia wieku to 21,8 roku. Wszyscy badani wyrazili zgodę na badania.

Metoda

Dyferencjał semantyczny i jego modyfikacja została szczegółowo opisana przez Bąk [1] w pierwszym badaniu w 2000 roku. Warto przypomnieć, że służy on przede wszystkim badaniu poznawczego i ewaluatywnego aspektu stereotypu. Badani mieli do dyspozycji 30 par przymiotników, którymi opisywali badane zjawisko. Modyfikacja dyferencjału polegała na wybieraniu spośród podanych par tych, które nadają się do

opisania osób chorych psychicznie (liczba wybranych skal była dowolna); po wybraniu par badany miał za zadanie: postawić znak plus przy tym przymiotniku w parze, który jego zdaniem jest pozytywny, a znak minus przy przymiotniku negatywnym, zaznaczyć na skali, w jakim stopniu dany obiekt ma tę cechę, określić, jaki procent osób chorych psychicznie ma tę cechę, oraz określić w procentach stopień pewności swojej opinii związanej z nasileniem cechy. Tak zmodyfikowany dyferencjał semantyczny bada społeczny i ewaluatywny charakter stereotypu oraz uproszczenia obrazu, nadgeneralizacje i sztywność poglądów.

Wyniki

W celu przejrzystego zaprezentowania różnic w otrzymanych wynikach w latach 2000 i 2010 rezultaty badań zostały przedstawione w sposób porządkowy: najpierw w tabelach umieszczone zostały wyniki uzyskane w 2000 roku, a następnie wyniki badań przeprowadzonych w roku 2010.

Społeczny charakter stereotypu percepcji chorych psychicznie został udowodniony w pracy Bąk przed dziesięcioma laty [1]. Pewne atrybuty obrazu chorego psychicznie potwierdzane były przez większość badanych. Osiemdziesiąt procent z nich uznało, że osoby chore psychicznie są nieprzewidywalne, zagubione, trudno je zrozumieć, są wrażliwe, zamknięte w sobie, nieświadome, nieopanowane, pobudliwe, zagrażające, agresywne, gwałtowne. Ówczesne i bieżące wyniki badań przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Liczba par przymiotników wybieranych przez osoby badane (odsetek respondentów podzielono na trzy grupy) – badania porównawcze z lat 2000 i 2010

| Liczba porządkowa | Procent osób badanych | Wyniki w 2000 r. | Wyniki w 2010 r. |
|-------------------|-----------------------|-------------------|-------------------|
| | | Ile cech wskazuje | Ile cech wskazuje |
| 1. | 60–77% | 7 | 12 |
| 2. | 59–20% | 15 | 18 |
| 3. | do 19% | 8 | 0 |

Źródło: Bąk [1] oraz badania własne

Już tylko na podstawie procentowo uzyskanych wskaźników cech we wszystkich kategoriach widać, że nastąpiły zmiany, są one też istotne statystycznie; odpowiednio: pozycja 1: $t = 2,72$, $p < 0,05$; pozycja 2: $t = 2,01$, $p < 0,05$; pozycja 3: $t = 3,17$, $p < 0,001$. Sprawdzono, które pary cech wybierane są przez większość badanych, analizując zakres treściowy stereotypu osoby chorej psychicznie. Okazało się, że w 2000 roku spośród 30 par przymiotników badani najczęściej wybierali takie określenia jak: nieprzewidywalny–przewidywalny (77%), zagrażający–bezpieczny (69%), pobudliwy–zrównoważony (66%), zamknięty w sobie–otwarty (64%), zagubiony–uporządkowany (64%), agresywny–łagodny (63%), nieświadomy–świadomy (61%).

Z kolei w roku 2010 (co najmniej 60% badanych) wybierano zdecydowanie więcej par następujących przymiotników (także procent ich pewności był wyższy): nieprzewidywalny–przewidywalny (77%), zagrażający–bezpieczny (70%), pobudliwy–

zrównoważony (63%), zamknięty w sobie–otwarty (73%), zagubiony–uporządkowany (77%), agresywny–łagodny (74%), nieświadomy–świadomy (63%).

Pojawiły się także dodatkowe pary przymiotników, na które wskazywało co najmniej 50% badanych: napięty–odprężony (67%), łatwo go zrozumieć–trudno go zrozumieć (63%), łatwowierny–podejrzliwy (63%), gwałtowny–spokojny (60%), opanowany–nieopanowany (53%), wrażliwy–niewrażliwy (53%), aktywny–bierny (53%), bezradny–zaradny (53%), bezkrytyczny–krytyczny (53%), nieodpowiedzialny–odpowiedzialny (50%), beztroski–pełen obaw (50%).

Analizując portret osoby chorej psychicznie, postanowiono porównać te same pary co 10 lat wcześniej. Wyniki średnich wartości ocen na pięciostopniowej skali prezentuje tabela 2.

Tabela 2. Jaka jest osoba chora psychicznie (na podstawie średniej wartości ocen na skali) – badania porównawcze z lat 2000 i 2010 (ostatnia kolumna tabeli zawiera wskazaną cechę)

| Lp. | Para cech | Średnia na skali ocen w 2000 r.* | Średnia na skali ocen w 2010 r.* | Jaka jest osoba chora psychicznie |
|-----|--|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| 1. | gwałtowny–spokojny | 2,4 | 2,5 | gwałtowna |
| 2. | pobudliwy–zrównoważony | 1,9 | 2,4 | pobudliwa |
| 3. | zamknięty w sobie–otwarty | 1,8 | 2,4 | zamknięta w sobie |
| 4. | agresywny–łagodny | 2,7 | 2,8 | agresywna |
| 5. | opanowany–nieopanowany | 4,1 | 2,9 | opanowana |
| 6. | nieprzewidywalny–przewidywalny | 1,8 | 2,5 | nieprzewidywalna |
| 7. | zagubiony–uporządkowany | 1,7 | 2,2 | zagubiona |
| 8. | nieświadomy–świadomy | 2,1 | 3,2 | świadoma |
| 9. | łatwo go zrozumieć–trudno go zrozumieć | 4,2 | 3,8 | trudno ją zrozumieć |
| 10. | zagrożający–bezpieczny | 2,4 | 2,6 | zagrożająca |
| 11. | wrażliwy–niewrażliwy | 1,7 | 2,8 | wrażliwa |
| 12. | łatwowierny–podejrzliwy | | 4,2 | podejrzliwa |
| 13. | ufny–nieufny | | 4,0 | nieufna |
| 14. | bezradny–zaradny | | 2,8 | bezradna |
| 15. | bezkrytyczny–krytyczny | | 2,9 | bezkrytyczna |
| 16. | beztroski–pełen obaw | | 3,9 | pełna obaw |
| 17. | aktywny–bierny | | 3,3 | bierna |
| 18. | napięty–odprężony | | 2,3 | napięta |
| 19. | nieodpowiedzialny–odpowiedzialny | | 2,6 | nieodpowiedzialna |
| 20. | niezależny–zależny | | 3,2 | zależna |

* Wartości średniej poniżej 3 wskazują na przymiotnik z lewego krańca, wartości średniej powyżej 3 wskazują na przymiotnik z prawego krańca. Źródło: Bąk [1] oraz badania własne

Zmiany w obrazie, jaki mają obecnie badani o chorych psychicznie, wiążą się z głębszym postrzeganiem ich zachowań. Najsilniej zaznaczyły się takie określenia jak podejrzliwa, nieufna czy pełna obaw. Stan wiedzy i świadomość problemów osób chorych psychicznie wydają się po dziesięciu latach u studentów większe. Także pozostałe, a różniące się określenia, które składają się na obraz osoby potrzebującej fachowej pomocy, są bogatsze (bierna, zależna, bezkrytyczna, nieodpowiedzialna, napięta). Zmiany te są także istotne statystycznie, odpowiednio: para 5: $t = 3,68$, $p < 0,001$; para 10: $t = 2,09$, $p < 0,05$; para 11: $t = 3,17$, $p < 0,05$.

Ewaluatywność stereotypu osoby chorej psychicznie to stosunek liczby pozytywnych ocen przyznanych przez badanych danemu określeniu przymiotnikowemu do liczby określeń negatywnych. Podobnie jak w badaniach Bąk [1] brano pod uwagę tylko te pary, które wskazało co najmniej 50% badanych. Wyniki prezentuje tabela 3.

Tabela 3. Jak respondenci wartościują wybrane cechy – badania porównawcze z lat 2000 i 2010

| Cecha najczęściej wskazywana | 2000 r. | | | 2010 r. | | | Cecha pozytywna vs negatywna |
|------------------------------|---------|---------|------------|---------|---------|------------|------------------------------|
| | Cecha + | Cecha - | Brak oceny | Cecha + | Cecha - | Brak oceny | |
| gwałtowny | 4 | 76 | 1 | 8 | 70 | 1 | negatywna |
| pobudliwy | 8 | 91 | 0 | 6 | 65 | 3 | negatywna |
| zamknięty w sobie | 8 | 86 | 2 | 5 | 90 | 2 | negatywna |
| agresywny | 8 | 81 | 4 | 9 | 71 | 0 | negatywna |
| nieopanowany | 3 | 77 | 0 | 5 | 60 | 2 | negatywna |
| nieprzewidywalny | 24 | 91 | 0 | 4 | 76 | 4 | negatywna |
| zagubiony | 8 | 85 | 2 | 5 | 85 | 3 | negatywna |
| nieświadomy | 8 | 80 | 3 | 4 | 80 | 4 | negatywna |
| trudno go zrozumieć | 12 | 62 | 2 | 6 | 60 | 2 | negatywna |
| zagrożający | 6 | 94 | 3 | 2 | 84 | 3 | negatywna |
| wrażliwy | 67 | 4 | 3 | 45 | 4 | 4 | pozytywna |
| nieodpowiedzialny | | | | 5 | 55 | 3 | negatywna |
| zależny | | | | 6 | 65 | 3 | negatywna |
| napięty | | | | 4 | 74 | 3 | negatywna |
| bierny | | | | 3 | 70 | 2 | negatywna |
| podejrzliwy | | | | 9 | 36 | 7 | negatywna |
| nieufny | | | | 7 | 51 | 4 | negatywna |
| bezzadny | | | | 4 | 65 | 3 | negatywna |
| bezużyteczny | | | | 8 | 55 | 6 | negatywna |
| pełen obaw | | | | 8 | 45 | 6 | negatywna |

Źródło: Bąk [1] oraz badania własne

Także i te wyniki przyniosły nowe rezultaty, jakże różne od tych sprzed dziesięciu lat. Poza potwierdzeniem ważności jedenastu najczęściej wskazywanych cech (zgodność 100%, jeśli wziąć pod uwagę rodzaj wartościowania – cecha pozytywna vs negatywna), aż dziewięć jest nowych (wszystkie negatywne) i łączą się one z obrazem osoby zależnej, biernej, bezradnej, napiętej, nieufnej, pełnej obaw czy nieodpowiedzialnej. Jedna cecha okazała się – podobnie jak poprzednio – odbierana pozytywnie: wrażliwość. Obraz osób chorych psychicznie jest zatem pogłębiony, ale nadal o zabarwieniu negatywnym.

Warto podkreślić, że w badaniach sprzed dekady uzyskano obraz dość uproszczony, stereotypowy. Można zatem w tym miejscu określić stopień złożoności obrazu chorego psychicznie, obliczając, podobnie jak przed laty, średnią liczbę wybieranych przymiotników (dla całej grupy oraz oddzielnie dla kobiet i mężczyzn). Wyniki przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Średnia liczba wybieranych cech – badania porównawcze z lat 2000 i 2010

| Badani – 2000 r. | | Badani – 2010 r. | |
|--------------------|----------------------------------|--------------------|----------------------------------|
| | Średnia liczba wybranych cech | | Średnia liczba wybranych cech |
| cała grupa N = 149 | 11,0 | cała grupa N = 152 | 12,8 |
| kobiety N = 102 | 10,8 | kobiety N = 138 | 9,7 |
| mężczyźni N = 36 | 11,8 | mężczyźni N = 14 | 9,5 |

Źródło: Bąk [1] oraz badania własne

Badani wybierali od 3 do 30 cech. Różnica między kobietami i mężczyznami w zakresie średniej liczby wskazywanych przymiotników w 2000 r. była nieistotna statystycznie [1], podobnie stało się po dziesięciu latach.

Jedną z charakterystycznych cech stereotypu jest tendencja do przypisywania pewnych atrybutów większości lub wszystkim członkom danej grupy [5, 9]. W badaniach przed dekadą obliczono średni procent osób chorych psychicznie, które zdaniem badanych mają daną cechę. Po wybraniu przymiotników przez co najmniej 50% osób otrzymano wyniki wskazujące na te atrybuty chorych psychicznie, które mogą sprawiać trudność lub powodować bezradność w kontakcie z chorym. Zaskoczeniem ówczesnego wyniku był rezultat braku podawania przez respondentów cech związanych z ekspansją fizyczną chorych, rozumianą jako zagrażająca, nieprzewidywalna. Wyniki obu badań przedstawia tabela 5.

Tabela 5. Średni procent osób chorych psychicznie, które zdaniem respondentów mają daną cechę – badania porównawcze z lat 2000 i 2010

| Badania 2000 r. | | Badania 2010 r. | |
|---|---|---|---|
| Wybrana cecha (na podstawie średniej oceny) | Jaki procent osób chorych psychicznie ma tę cechę | Wybrana cecha (na podstawie średniej oceny) | Jaki procent osób chorych psychicznie ma tę cechę |
| nieprzewidywalny | 80 | nieprzewidywalny | 64 |

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

| | | | |
|---------------------|----|---------------------|----|
| zagubiony | 78 | zagubiony | 59 |
| trudno go zrozumieć | 78 | trudno go zrozumieć | 62 |
| wrażliwy | 78 | wrażliwy | 58 |
| zamknięty w sobie | 77 | zamknięty w sobie | 70 |
| nieświadomy | 76 | nieświadomy | 65 |
| nieopanowany | 73 | nieopanowany | 57 |
| pobudliwy | 73 | pobudliwy | 68 |
| zagrożający | 66 | zagrożający | 57 |
| agresywny | 64 | agresywny | 52 |
| gwałtowny | 64 | gwałtowny | 60 |
| | | napięty | 62 |
| | | bierny | 63 |
| | | nieodpowiedzialny | 59 |
| | | zależny | 69 |
| | | podejrzliwy | 63 |
| | | nieufny | 68 |
| | | bezzadny | 62 |
| | | bezkrytyczny | 69 |
| | | pelen obaw | 71 |

Źródło: Bąk [1] oraz badania własne

Podobnie jak w poprzednich kategoriach, także i tu rezultat jest inny. Poza jedenastoma cechami uwzględnionymi przez badanych w poprzednim doniesieniu, także obecnie badana grupa wybrała te same określenia, jednak wzbogacając je aż o dziewięć nowych cech.

Analizując ostatnią kategorię, sztywność stereotypu, należy wskazać, że odnosi się ona do stopnia pewności wygłaszanych opinii. Im bardziej badany jest jej pewny, tym występuje u niego większa sztywność, a co za tym idzie – większa odporność na zmiany [1]. Ugruntowywanie się we własnych opiniach stanowi kolejną ważną charakterystykę stereotypu. Obliczając średnią pewność w odniesieniu do wszystkich wybranych przez badanych par cech, przed dekadą wyniosła ona 80% [1], a w ostatnich badaniach odnotowano tendencję spadkową do 71,6%. Obliczono wówczas także średni procent opinii na temat cech wybieranych przez większość respondentów. Ówczesne i obecne wyniki przedstawia tabela 6.

Tabela 6. Średni procent pewności opinii na temat cech wybieranych przez większość badanych (minimum 51%) – badania porównawcze z lat 2000 i 2010

| Badania 2000 r. | | Badania 2010 r. | |
|--|---|--|---|
| Para cech | Jak bardzo jesteś pewien swojej opinii? (%) | Para cech | Jak bardzo jesteś pewien swojej opinii? (%) |
| gwałtowny – spokojny | 79,0 | gwałtowny – spokojny | 73,3 |
| pobudliwy – zrównoważony | 79,0 | pobudliwy – zrównoważony | 63,9 |
| zamknięty w sobie – otwarty | 81,0 | zamknięty w sobie – otwarty | 77,9 |
| agresywny – łagodny | 79,0 | agresywny – łagodny | 73,8 |
| opanowany – nieopanowany | 78,5 | opanowany – nieopanowany | 59,0 |
| nieprzewidywalny – przewidywalny | 83,0 | nieprzewidywalny – przewidywalny | 72,3 |
| zagubiony – uporządkowany | 80,0 | zagubiony – uporządkowany | 73,1 |
| nieświadomy – świadomy | 77,0 | nieświadomy – świadomy | 66,3 |
| łatwo go zrozumieć – trudno go zrozumieć | 82,5 | łatwo go zrozumieć – trudno go zrozumieć | 74,1 |
| zagrożający – bezpieczny | 76,0 | zagrożający – bezpieczny | 76,9 |
| wrażliwy – niewrażliwy | 85,0 | wrażliwy – niewrażliwy | 71,2 |
| | | niezależny – zależny | 77,5 |
| | | bezkrytyczny – krytyczny | 74,9 |
| | | beztroski – pełen obaw | 74,7 |
| | | ufny – nieufny | 73,5 |
| | | bezaradny – zaradny | 73,4 |
| | | aktywny – bierny | 73,1 |
| | | nieodpowiedzialny – odpowiedzialny | 71,3 |
| | | łatwowierny – podejrzliwy | 69,2 |
| | | napięty – odprężony | 64,5 |

Źródło: Bąk [1] oraz badania własne

Omówienie wyników

Przeprowadzone badania zmodyfikowanym dyferencjałem semantycznym po dziesięciu latach przyniosły nowe rezultaty. Poszerzyła się świadomość społeczna studentów psychologii w obszarze tego, czym jest choroba psychiczna, a także poszerzył się obraz osoby cierpiącej na zaburzenia psychiczne. Do rozstrzygnięcia pozostaje, czy obraz ten wystarczająco się zmienił na korzyść dla chorego. Na to pytanie odpowiedź jest negatywna. Nadal dominują określenia ujemne, podkreślające trudności w kontakcie z chorymi.

Warto zwrócić uwagę, że zmiany w obrazie, jaki mają badani o chorych psychicznie, wiążą się jednak z głębszym postrzeganiem zachowań wykraczających poza standardowe funkcjonowanie. Przejawia się to zaznaczaniem takich określeń jak: podejrzliwość, nieufność czy osoba pełna obaw. Stan wiedzy i świadomość problemów osób chorych psychicznie wydaje się po dziesięciu latach nieco lepszy. Także pozostałe, a różniące się określenia składające się na obraz osoby potrzebującej fachowej pomocy są bogatsze (bierna, zależna, bezkrytyczna, nieodpowiedzialna, napięta). Nie występują określenia pejoratywne czy deprecjonujące.

Spośród proponowanych 30 par przymiotników podobne wartości uzyskano w badaniu powtórnym przy wyborach najrzadszych (poniżej 15%). Także i tu badani unikali przymiotników wartościujących typu: dobry–zły, życzliwy–nieżyczliwy, uczciwy–nieuczciwy, ładny–brzydki, pracowity–leniwy, konsekwentny–niekonsekwentny.

W zakresie ewaluatywności otrzymano obraz dość jednolity, zarówno jeśli chodzi o zabarwienie emocjonalne określeń, jak i o zakres treściowy. Wyniki wskazują, że obraz chorego nie uległ poprawie, jednak pogłębił się, jeśli chodzi o złożoność jego postrzegania. Zaznaczyła się w nowych określeniach pewna koherencja właściwa dla osób chcących poznać inny świat. Jak zostało wspomniane w artykule sprzed dekady, taka forma percepcji osób chorych może mieć przełożenie na zachowanie wobec nich. Podobne wnioski sugerują też inni badacze: Ritsher i wsp. [10] czy Rüscher i wsp. [11]. Także polskie badania społeczne przeprowadzane regularnie przez CBOS (ostatnie w 2012 r. [12]) potwierdzają uzyskane rezultaty: „Przychylnym stosunkiem do osób chorych psychicznie odznaczają się również mieszkańcy największych, ponad półmilionowych miast oraz badani najbardziej zaangażowani w praktyki religijne. Lepsze nastawienie wobec chorych psychicznie mają kobiety niż mężczyźni – częściej deklarują one życzliwość, a rzadziej obojętność. Stosunek do chorych psychicznie w pewnej mierze zależy także od własnej kondycji psychicznej oraz doświadczeń z osobami chorymi. Respondenci, którzy znają osobiście kogoś chorego psychicznie, oraz ci, którzy niepokoją się o własne zdrowie psychiczne, częściej deklarują życzliwość i zarazem rzadziej obojętność” [12, 13].

W zakresie świadomości studentów psychologii na temat osób chorych psychicznie można mieć nadzieję, że tak jak dzisiejszy obraz okazał się pogłębiony w stosunku do rezultatów sprzed dekady, tak powoli będzie ulegać zmianom na bardziej pozytywny ogólny obraz chorych. Trzeba też pamiętać, że zmiany w opiniach i postawach są procesami i rozwijają się powoli.

Wraz z upływem lat nastąpiło pewne pogłębienie wiedzy i poprawa w zakresie wizerunku osoby chorej psychicznie w jej odbiorze społecznym nie tylko u studentów psychologii, ale także w ogólnym odbiorze społecznym, o czym informuje aktualny raport CBOS. „Tegoroczny pomiar jest kolejnym, w którym odnotowujemy istotną poprawę nastawienia wobec osób chorych psychicznie – wyraża się ona we wzroście przyzwolenia na pełnienie przez nie rozmaitych funkcji. Obecne wskaźniki dystansu społecznego należą do najniższych w całym analizowanym okresie” [12].

To zjawisko dotyczy także innych badanych chorób [3]. Trudno wyrokować, co jest bezpośrednią przyczyną takiego stanu rzeczy. Poza czynnikami podanymi przez CBOS, takimi jak duże miasto, wykształcenie wyższe czy znajomość osoby chorej, być może do zwiększenia uwagi i zainteresowania ludźmi chorymi psychicznie przyczyniły się zmiany w edukacji studentów. W uczelni, w której przeprowadzono badania, pojawiły się tzw. ścieżki programowe w dużej mierze związane z psychologią kliniczną, wzrosła także liczba studentów pracujących jako wolontariusze m.in. w szpitalach psychiatrycznych. Trudno nie dostrzec także różnego rodzaju społecznych kampanii reklamowych o przekazie edukacyjnym, np. dotyczących depresji. Jednak aby te wnioski były wiążące naukowo, należałoby je potwierdzić w osobnych analizach.

Pomimo że większość pojawiających się w badaniach określeń dotyczących osób chorych psychicznie pochodzi nadal z grupy tych negatywnych, warto przypomnieć konkluzje Krajewskiego i wsp. [8] o zależnościach między wiekiem badanych, ich wykształceniem a mniejszą tendencją do myślenia stereotypowego wobec osób chorych psychicznie. W badanej obecnie grupie studentów psychologii dokładnie się to potwierdziło. Inni badacze zajmujący się podobną problematyką odnotowali analogiczne rezultaty [9-11].

W zakresie wyboru przymiotników przez co najmniej 50% badanych wyniki sprzed lat i obecnie także różnią się istotnie statystycznie. Okazało się, że liczba wybranych cech na podstawie średniej oceny w 2010 r. jest zdecydowanie większa. Poza jedynastoma cechami uwzględnionymi przez badanych w poprzednim doniesieniu, także i obecnie badana grupa wybrała te same określenia, jednak wzbogacając je aż o dziewięć nowych cech. A zatem – jeśli by zastosować podobną interpretację jak kiedyś, to należałoby wskazać, że stopień trudności w relacji z osobami chorymi psychicznie zwiększył się. Odbierani są oni bowiem nie tylko jako zagrażający, gwałtowni i nieprzewidywalni, lecz dodatkowo także jako osoby podejrzliwe, bezkrytyczne i pełne obaw. Czy ta zmiana profilu oznacza wyjście poza krąg starego stereotypu? Odpowiedź brzmi: tak. Czy ta zmiana zakończy się podobnie jak stereotyp chorego na gruźlicę opisywany przez Sontag? Odpowiedź brzmi: jeszcze nie teraz [4].

Wyniki sprzed dziesięciu lat w zakresie sztywności stereotypu wykazywały, że stopień pewności przy zaznaczaniu poszczególnych cech waha się w granicach średniej obliczonej dla wszystkich par i wynosi 80%. Powyżej sytuowały się trzy pary: wrażliwy–niewrażliwy (85%), nieprzewidywalny–przewidywalny (83%) oraz łatwo go zrozumieć–trudno go zrozumieć (82,5%). Czy badani po upływie dekady będą mieli podobne preferencje? Wyniki są o tyle zaskakujące, że jeśli brać pod uwagę te same pary przymiotników, na jakie wskazali wówczas badani, to okaże się, iż średnia jest znacząco niższa i wynosi 71,6%. Rozkład wyników jest też bardziej płaski, a powyżej

wartości średniej usytuowało się drugie tyle par: gwałtowny–spokojny (73,3%), zamknięty w sobie–otwarty (77,9%), agresywny–łagodny (73,8%), nieprzewidywalny–przewidywalny (72,3%), łatwo go zrozumieć–trudno go zrozumieć (76,9%), zagrażający–bezpieczny (71,2%). Wyniki te świadczą o niewielkim zmniejszaniu się stereotypu osoby chorej psychicznie.

Warto podkreślić, że zarówno przeprowadzone badania, jak i te zaprezentowane w literaturze przedmiotu przyczyniają się do rozpoznawania skali stereotypów na temat osób chorych psychicznie i mogą stać się punktem wyjścia w profilaktyce oraz w formułowaniu polityki społecznej zapobiegającej stereotypizacji życia [3, 8].

Wnioski

- Zastosowana w badaniach metoda zmodyfikowanego dyferencjału semantycznego Osgooda zarówno w 2000 r., jak i po dziesięciu latach spełniła pokładane w niej nadzieje. Warto podejmować się takich badań, gdyż stanowią one swoisty barometr postaw wobec osób chorych psychicznie.
- Przedstawiona w badaniu grupy społecznej, jaką byli studenci psychologii, metoda bezpośrednia, poprzez zaprezentowanie etykiety grupy (osoby chore psychicznie), okazała się trafna i przyniosła wiele nowych wyników. Analizowanie społecznego stereotypowego postrzegania zjawisk czy problemów dostarcza wiedzy o aspekcie społecznym, ewaluatywnym, bada możliwość uproszczeń czy generalizacji opinii. Badana obecnie grupa studentów psychologii odznaczała się większą wiedzą o osobach chorych psychicznie oraz ujawniła bardziej wyważone opinie o nich niż badani sprzed dziesięciu lat. Przyczyną zmian nie były przedmiotem niniejszej diagnozy, co jest pewną słabością wyników, jednak w świetle literatury można postawić hipotezę, że powodów takich rezultatów można szukać zarówno w coraz skuteczniejszej edukacji psychologicznej studentów, jak i w zmianach przekazu społecznego (reklama społeczna).
- Przeprowadzone po dziesięciu latach takie same badania na grupie studentów psychologii pokazały też bardziej skomplikowany społeczny wizerunek chorego. Badani stwierdzali z mniejszą pewnością (71,6%) niż poprzednicy (80%), że większość osób chorych psychicznie to ludzie z trudnościami zarówno w kontakcie z innymi, jak i z samymi sobą. Zwróciła uwagę szersza perspektywa postrzegania osób chorych psychicznie (dwukrotnie więcej dodatkowych kategorii), co potwierdza zmniejszanie się stereotypizacji tej grupy.
- Istotnym, ale niezmiennym aspektem zmodyfikowanej wersji dyferencjału semantycznego była analiza wartościowania cech przypisywanych chorym. Tu sytuacja nie uległa zmianie i nadal jest to wartościowanie jednostronnie negatywne. Jedyłą pozytywną cechą, podobnie jak w badaniach przed dekadą, jest przypisywana chorym wrażliwość.
- Postawiona przez Bąk teza, że badania wykonywane z wykorzystaniem metod bezpośrednich mogą prowadzić do uzyskania wyników zgodnych z aktualnymi normami społecznymi (z racji obawy przed dezaprobatą badacza), wydaje się raczej potwierdzona. Wspomniana w artykule rola reklamy społecznej i budowania

tym samym pewnego społecznego wsparcia dla osób chorych psychicznie, jaką zauważa się w ostatnich latach, stanowi pewien przejaw tej właśnie tezy.

- Niniejsze badania, mimo pewnych ograniczeń, przynoszą także propozycje na przyszłość: warto byłoby je uzupełnić o metody ilościowe pozwalające bardziej precyzyjnie sprawdzić zależności między percepcją osób chorych psychicznie przez studentów psychologii a ich rzeczywistym obrazem siebie.

Piśmiennictwo

1. Bąk O. *Propozycja modyfikacji metody badawczej typu dyferencjał semantyczny w badaniu stereotypu chorego psychicznie*. Psychiatr. Pol. 2000; 34(5): 795–809.
2. Aronson E. *Człowiek – istota społeczna*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe; 2007.
3. Mróz B, Turkiewicz A, Mordarski S. *Quality of life in the course of oncologic disease in women*. W: Janowski K, Steuden S. red. *Biopsychosocial aspects of health and disease*. Vol. 1. Lublin: Centrum Psychoedukacji i Pomocy Psychologicznej; 2009. s. 176–183.
4. Sontag S. *Choroba jako metafora AIDS i jego metafory*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy; 1999.
5. Nelson T. *Psychologia uprzedzeń*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003.
6. Bodenhausen G, Wyer R. *Effects of stereotypes on decision making and information-processing strategies*. J. Pers. Soc. Psychol. 1985; 48: 267–282.
7. Corrigan PW, Rafacz J, Rüşch N. *Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness*. Psychiatry Res. 2011; 189(3): 339–343.
8. Krajewski C, Burazeri G, Brand H. *Self-stigma, perceived discrimination and empowerment among people with a mental illness in six countries: Pan European stigma study*. Psychiatry Res. 2013; 210(3): 1136–1146.
9. Stephan WG, Stephan CW. *Wýwieranie wpływu przez grupy*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003.
10. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. *Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure*. Psychiatry Res. 2003; 129(3): 257–265.
11. Rüşch N, Corrigan PW, Todd AR, Bodenhausen GV. *Automatic stereotyping against people with schizophrenia, schizoaffective and affective disorders*. Psychiatry Res. 2011; 186(1): 34–39.
12. Omyła-Rudzka M. *Komunikat z badań – stosunek do chorych psychicznie*. BS/147/2012. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej; 2012.

Adres: Barbara Mróz
Instytut Psychologii
Uniwersytet Wrocławski
50-327 Wrocław, ul. J. Wł. Dawida 1

Otrzymano: 6.11.2013
Zrecenzowano: 12.01.2014
Otrzymano po poprawie: 30.01.2014
Przyjęto do druku: 14.10.2014