Uniwersytet Jagielloński
Collegium Medicum
Wydział Lekarski

Artur Kochański

Wizerunek osoby chorującej psychicznie wśród psychiatrów

Praca doktorska

Promotor: dr hab. n.med. Andrzej Cechnicki

Pracę wykonano w Zakładzie Psychiatrii Środowiskowej UJ CM
Kierownik jednostki: dr hab. n.med. Andrzej Cechnicki

Kraków, 2014

Składam serdeczne podziękowania
mojemu Promotorowi Dr hab. Andrzejowi Cechnickiemu
za Jego opiekę nad całym projektem badawczym, osobiste
zaangażowanie i cenne uwagi merytoryczne.
Mam zaszczyt i przywilej posiadania w Jego osobie
także nauczyciela i niedoścignionego wzoru do naśladowania.
Dziękuję Mu także za to, że zechciał pokazać mi sprawy
ważne dla psychiatrii i relacji z osobą chorującą psychicznie.

SPIS TREŚCI

WSTĘP **4**
ROZDZIAŁ I. Konceptualizacja piętna **10**
1.1. Ramy pojęciowe. 10
1.2. Osobowość a społeczna tożsamość 22
1.3. Typy i wymiary piętna. 30
ROZDZIAŁ II. Osoba chorująca psychicznie wobec piętna **35**
2.1. Kontekst historyczny, kulturowy i ideologiczny 35
2.2. Antycypacja piętna a piętno doświadczane 38
2.3. Skutki napiętnowania. Piętno „własne”. 42
ROZDZIAŁ III. Psychiatra, osoba chorująca psychicznie i piętno **48**
3.1. Pozycja psychiatrii wśród innych dyscyplin naukowych i specjalności medycznych. 48
3.2. Społeczny wizerunek psychiatrii. Autostygmatyzacja psychiatrów. 52
3.3. Społeczny wizerunek osoby chorującej psychicznie. 57
3.4. Sposób postrzegania osoby chorującej psychicznie w środowisku psychiatrów 61
ROZDZIAŁ IV. Opis projektu badawczego **63**
4.1. Cel projektu i hipotezy badawcze. 63
Rysunek 1. Model badawczy. 64
4.2. Zasady realizacji projektu i narzędzia badawcze 65
4.3. Badana grupa. 67
4.4. Charakterystyka socjodemograficzna badanej grupy 68
4.5. Metody analizy statystycznej. 71
ROZDZIAŁ V. Wyniki badań **72**
5.1. Postawy psychiatrów wobec chorych 72
5.2. Stosunek psychiatrów do psychiatrii i swojej roli zawodowej. 94
5.3. Związki pomiędzy wizerunkiem psychiatrii wśród psychiatrów a ich stosunkiem do osób chorujących psychicznie. 110
ROZDZIAŁ VI. Dyskusja i wnioski **113**
6.1. Analiza postaw psychiatrów wobec osób chorujących psychicznie. Porównanie .. 114
6.2. Omówienie stosunku psychiatrów do psychiatrii i swojej roli zawodowej. 126
6.3. Rozważania na temat związku pomiędzy postawami psychiatrów wobec osób chorych psychicznie a ich stosunkiem do psychiatrii i własnej roli zawodowej. 133
6.4. Wnioski. 135
STRESZCZENIE **137**
ABSTRACT **140**
PIŚMIENNICTWO **143**
ANEKS **157**

WSTĘP

„Po pierwsze: każdy psychiatra powinien zapytać sam siebie: czy zatrudnię sekretarkę chorą na schizofrenię? I jeśli moja córka przyjdzie i powie, że chce poślubić kogoś z chorobą afektywną dwubiegunową - co jej powiem?" (Norman Sartorius, 2014).

Rozprawa „Wizerunek osoby chorującej wśród psychiatrów" nie jest bynajmniej prostym sposobem przedstawienia opinii jednej grupy społecznej o innej. Zamiarem autora było przynajmniej częściowe ukazanie złożoności interakcji rozgrywających się na arenie życia społecznego, gdzie obok *osoby chorującej psychicznie* – człowieka cierpiącego ale posiadającego także określoną osobowość i mechanizmy adaptacyjne oraz *psychiatry* – profesjonalisty, który reprezentuje wszystkie cechy społeczeństwa, posiada określone kompetencje zawodowe, ale zarazem przeżywa osobiste i społeczne lęki i uprzedzenia występuje także *psychiatria* jako dziedzina wiedzy i medycyny podlegająca społecznej ocenie oraz tak zwany *ogół społeczeństwa*, z którego wywodzą się przecież zarówno chorzy jak i sami psychiatrzy. Warto nie zapominać także o samej *chorobie psychicznej* – zjawisku, konstrukcie myślowym, którego istnieniu trudno zaprzeczyć, a które nawet dla samych psychiatrów jest trudne do zdefiniowania i ostrego odgraniczenia od innego zaburzenia czy normy psychicznej. Ta specyficzna forma życia psychicznego człowieka, zaburzająca jego myślenie, emocje, spostrzeganie zmysłowe czy zachowanie, jeśli nawet zrozumiała z medycznego punktu widzenia często wywołuje zarówno u chorego jak i obserwatora zaskoczenie, zdziwienie, lęk a często nawet poczucie zagrożenia.

Wizerunek – wyobrażenie, sposób, w jaki dana osoba jest postrzegana i przedstawiana zależy nie tylko od jej indywidualnych cech i grupowej przynależności, ale także cech, nastawień czy poglądów postrzegającego, jako reprezentanta własnej grupy społecznej. Szczególny sposób postrzegania dotyczy osób chorujących psychicznie. Jak się wydaje, to właśnie na osobach chorujących psychicznie ogniskują się wszystkie konsekwencje negatywnego postrzegania - oceny i reakcje emocjonalne, tworzące dystans, prowadzące do dyskryminacji i społecznego wykluczenia – stanowiąc wspólnie proces stygmatyzacji.

Zgodnie z zapisem Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, choroba psychiczna jest, obok upośledzenia umysłowego i tzw. innych zakłóceń czynności psychicznych, jednym z rodzajów zaburzeń psychicznych. Encyklopedyczny Słownik Psychiatrii podaje następującą

definicję choroby psychicznej zwanej także psychozą: „jest to zaburzenie psychiczne charakteryzujące się zmianami w zakresie myślenia, świadomości, intelektu, woli, uczuć, działania i innych funkcji psychicznych, prowadzących do znacznych niekiedy zaburzeń zachowania w środowisku społecznym. W chorobach psychicznych występują tzw. objawy psychotyczne, nie spotykane przeważnie w psychologii normalnej. Są to zaburzenia takie jak np. halucynacje, urojenia, paralogia, rozkojarzenie, autyzm, zaburzenia świadomości, nastroju. Psychozy, w przeciwieństwie do niedorozwoju umysłowego i psychopatii stanowią procesy chorobowe, to jest mają określony początek w czasie, określony przebieg i zejście" [Korzeniowski, Pużyński, 1986]. Zgodnie z tą definicją możemy więc mieć do czynienia zarówno z psychozami pochodzenia egzogennego - infekcyjnego, metabolicznego, toksycznego, organicznego, często o niespecyficznym, krótkotrwałym przebiegu, jak i tymi „prawdziwymi" – endogennymi, przewlekłymi chorobami psychicznymi o nawracającym, czasami postępującym charakterze, głównie ze spektrum schizofrenii i nawracających zaburzeń nastroju. Spośród wszystkich zaburzeń psychicznych, najbardziej stygmatyzująca i obciążająca w wymiarze indywidualnym, rodzinnym i ogólnospołecznym wydaje się jednak schizofrenia, która w świadomości społecznej jest synonimem choroby psychicznej i szaleństwa, a którą Torrey [1983] nazwał współczesnym odpowiednikiem trądu.

Aby odnieść się do zjawiska stygmatyzacji osób chorujących psychicznie, trzeba wpierw odnieść się ogólnie do mechanizmów, które kształtują społeczne relacje, warunkują społeczną pozycję i rolę jednostki oraz wpływają na jej marginalizację. Należy przyjąć, iż każdy przejaw stygmatyzacji, poza elementem poznawczym i afektywnym, wyraża w rezultacie postawę wobec napiętnowanego. Może ona przybierać następujące formy: dewaluacji i stereotypizacji (upowszechniania negatywnych, uproszczonych, krzywdzących ocen), dystansowania się (unikania kontaktów), delegitymizacji (wprowadzania prawnych ograniczeń), segregacji (blokowania dostępu do pewnych dóbr i form aktywności), eksterminacji (unicestwiania, odbierania prawa do życia) [Kowalik, 2005].

Temat stygmatyzacji osób chorujących psychicznie był dotychczas podejmowany wielokrotnie [Arboleda-Florez i Sartorius, 2008; Dickerson i wsp., 2002; Fink, 1983; Jackowska, 2009; Link i wsp., 2004; Schulze i Angermeyer, 2003; Świtaj, 2008; Thornicroft i wsp., 2010; van Weeghel i wsp., 2006; Wciórka i Wciórka, 2008]. Zjawisko to było badane zarówno w aspekcie antycypacji, jak i piętna doświadczanego przez chorego [Angermeyer, 2004; Cechnicki i wsp., 2010]. Odnoszono się do codziennych relacji międzyludzkich i wizerunku osoby chorej psychicznie w społeczeństwie, uczestnictwa - realizacji chorego w

rolach społecznych a także wykluczenia strukturalnego [Corrigan i wsp., 2004]. Innym aspektem praktyk dyskryminacyjnych, może być stygmatyzacja psychiatrii jako dziedziny medycyny – a wraz z nią zarówno osób dotkniętych chorobą psychiczną jak i pracujących z chorymi.

Wg Haywarda i Bright stereotyp dotyczący osób chorych psychicznie zbudowany jest na następujących twierdzeniach [za: Angermeyer i Matschinger, 2004]:

- chory psychicznie jest niebezpieczny,
- ponosi częściową odpowiedzialność za swój stan,
- cierpi na chorobę, która jest chroniczna i trudna do leczenia,
- jest nieprzewidywalny i niezdolny do należytego wypełniania ról społecznych.

Stereotyp taki wytwarza społeczny dystans i ogranicza możliwości korzystania z praw przez osoby chorujące psychicznie, wpływając negatywnie na ich samoocenę. W ten sposób prowadzi je prostą drogą do społecznego wykluczenia a w konsekwencji ukrywania choroby i izolacji społecznej, co pogarsza przebieg choroby, ale także pogłębia stereotypy [Wciórka i Wciórka, 2000].

Piętno choroby psychicznej jest doświadczeniem, które osoba dzieli ze swoim otoczeniem, szczególnie z rodziną. Doświadczenie to wiąże się nie tylko z utratą statusu społecznego, wykluczeniem z wielu obszarów życia, większą zależnością od ludzi i instytucji, ale także z kryzysem więzi i zaufania, który rozgrywa się również wewnątrz rodziny. Na podstawie zbieranych od pacjentów, członków rodzin i pracowników zatrudnionych w opiece psychiatrycznej informacji, dotyczących subiektywnego poczucia dyskryminacji, wyłoniono cztery obszary piętna: „relacje interpersonalne", „strukturalną dyskryminację", "obraz choroby psychicznej w społeczeństwie" oraz „dostęp do ról społecznych" [Schulze i Angermeyer, 2003]. Każdy z tych obszarów znajduje nowe naświetlenie w kontekście problemu pracy i zatrudnienia, stanowiącego jeden z kluczowych aspektów kwestii społecznego włączania osób po przebytym kryzysie psychicznym [Cechnicki i wsp., 2007].

Z licznych badań wynika, że stygmatyzacja chorych psychicznie odbywa się nie tylko z udziałem tzw. ogółu społeczeństwa czy mediów [Carr i wsp., 2004; Dyduch, 2008; Nordt i wsp., 2006; Rutz, 2001; Sartorius, 2002]. Badania te wskazują, iż należy mówić o stygmatyzacji chorych psychicznie ze strony reprezentantów zawodów medycznych, w tym także osób pracujących w opiece psychiatrycznej. Innym problemem pozostającym w związku z napiętnowaniem chorych psychicznie jest swoista stygmatyzacja psychiatrii jako dziedziny medycyny, gdzie dochodzi do rozpowszechniania błędnych i sprzecznych

stereotypów na temat samego chorego a także leczenia psychiatrycznego [Angermeyer, 2000; Buchanan i Bhugra, 1992; Creed i Goldberg, 2009; Grausgruber, Meise i wsp., 2007]. Z jednej strony większość społeczeństwa przeciwstawia się izolacji osób chorujących psychicznie w dużym szpitalu psychiatrycznym, z drugiej znacząca część lokalnej społeczności sprzeciwia się lokalizowaniu w pobliżu ich miejsca zamieszkania placówek psychiatrii środowiskowej [Borinstein, 1992].

Postawa psychiatrów, jako osób najbardziej znaczących, wydaje się mieć decydujący wpływ na kształtowanie opinii w środowisku. Tymczasem wyniki badania brytyjskiego wskazują, że tylko 71% psychiatrów i 35% personelu nie-medycznego zdecydowałoby się na przyjmowanie leków przeciwpsychotycznych, a 23% nie poleciłoby przyjmowania ich swoim krewnym w przypadku zachorowania na schizofrenię [Amering i Schmolke, 2009]. Üçok i wsp. [2004] wykazali, że psychiatrzy w odniesieniu do chorych psychicznie rzadko wyrażają opinie bardziej pozytywne w porównaniu do populacji ogólnej; dość często są to opinie podobnie negatywne, a w przeważającej większości badań - bardziej negatywne. Pesymizm psychiatrów może wynikać z ich codziennych doświadczeń zawodowych (tzw. „iluzja klinicysty"), co potwierdzają badania pokazujące różnice w podejściu do chorych pracowników psychiatrii szpitalnej i środowiskowej - w szpitalach leczeni są najciężej chorzy, często pacjenci chroniczni i z nieodwracalnymi deficytami [Cohen i Cohen, 1984].

Nie bez znaczenia jest zjawisko napiętnowania samych psychiatrów i jego wpływ na relację terapeutyczną z chorymi. Z jednej strony psychiatrzy podlegają wpływowi „udzielonej" stygmatyzacji swoich pacjentów, szczególnie osób o ciężkim przebiegu choroby, złym rokowaniu i niskim statusie społecznym, z drugiej sami często czują się wypaleni, niedoceniani czy nieskuteczni w działaniu. Psychiatrzy są ponadto obarczani winą za postawioną diagnozę, niewystarczającą skuteczność terapii, działania niepożądane leków, a często powątpiewa się w ich kompetencje. Są posądzani o nadmierną kontrolę nad chorymi i chęć ingerencji w ich umysły a jednocześnie brak należytej dbałości o pacjenta, wyrażanej m.in. przez brak czasu na rozmowę [Fink, 1992; Sartorius i wsp., 2010; Williams i wsp., 2001].

Być może to doświadczenie personelu psychiatrycznego, który sam podlega stygmatyzacji, stanowi częściowe wyjaśnienie negatywnego stosunku do pacjentów, którzy wówczas częściej relacjonują poczucie napiętnowania i mniejszą satysfakcję z leczenia [Verhaeghe i Bracke, 2012]. W licznych badaniach pacjenci podkreślali rolę niezadowalającej

opieki medycznej oraz etykietowania w ramach systemu lecznictwa psychiatrycznego w rozwijaniu poczucia stygmy [Pinfold i wsp., 2005].

Stosunku psychiatrów do chorych nie można jednak traktować jednoznacznie - pomimo często negatywnej oceny pracy psychiatrów ze strony osób chorych psychicznie, to właśnie ci pierwsi częściej przeciwstawiają się nakładaniu na chorych ograniczeń wolności osobistej i prawa do samostanowienia [Nordt i wsp., 2006]. W innych badaniach chorzy oceniali psychiatrów jako pomocnych i godnych zaufania, przy czym opinia taka była wyrażana częściej przez chorych hospitalizowanych [Sartorius i wsp., 2010].

Przyjęte w tej pracy cele i hipotezy badawcze mogą przyczynić się do poznania mechanizmów stygmatyzacji i społecznego wykluczenia osób chorujących psychicznie. Planowane badanie ma pomóc ocenić, czy psychiatrzy uczestniczą w procesie stygmatyzacji osób chorujących psychicznie i czy dzieje się to w związku ze społecznym wizerunkiem psychiatrii w oczach psychiatrów.

Rozdział 1 pracy wprowadza w terminologię związaną ze stygmatyzacją. Opisywane typy i wymiary piętna odnoszone są do innych kategorii społecznych związanych z dyskryminacją, społecznym wykluczeniem i marginalizacją. Ukazuje stygmatyzację jako proces, który kształtowany jest w sferze poznawczej, emocjonalnej i behawioralnej, jest wynikiem interakcji pomiędzy stygmatyzującym a stygmatyzowanym i przebiega w określonym kontekście historycznym, społecznym i kulturowym.

Rozdział 2 opisuje stosunek osoby chorującej psychicznie wobec piętna. W tym celu dokonano przeglądu czynników, które mogą mieć wpływ na poziom antycypacji i piętna doświadczanego oraz obszarów społecznych interakcji najbardziej dotkniętych stygmatyzacją. Podkreślono znaczenie społecznego wizerunku osoby chorującej psychicznie, ale także sfery doświadczeń własnych, samooceny i jej wpływu zarówno na poziom odczuwanego piętna, „oczekiwania" odrzucenia jak i zdolności radzenia sobie ze stygmatyzacją.

Ważną część rozdziału 3 poświęcono społecznemu wizerunkowi psychiatrii i psychiatrów oraz opiniom na temat osób chorujących psychicznie w środowisku psychiatrycznym. Zwrócono też uwagę na osobliwości psychiatrii, która z jednej strony opiera się na osiągnięciach nauk przyrodniczych a z drugiej odwołuje się do norm społeczno-kulturowych. Stwarza to wyjątkową potrzebę integracji neurofizjologicznych mechanizmów rządzących życiem psychicznym oraz subiektywnego postrzegania pacjenta – doświadczania siebie, świata i innych.

Rozdział 4 to opis projektu badawczego. Zawiera cele i hipotezy badawcze oraz opis przyjętej metodologii. Omówiono w nim zasady realizacji projektu i narzędzia badawcze. W dalszej części rozdziału dokonano opisu badanej grupy z uwzględnieniem danych socjodemograficznych. Rozdział zawiera także omówienie metod statystycznych użytych do opracowania wyników. Rozdział 5 poświęcony jest przedstawieniu wyników badań, natomiast rozdział 6 ich omówieniu i dyskusji, weryfikacji postawionych hipotez i wnioskom. Pracę zamyka streszczenie pracy, wykaz pozycji bibliograficznych oraz aneks zawierający kwestionariusze ankiet użytych w badaniu oraz spis tabel.

ROZDZIAŁ I. Konceptualizacja piętna

1.1. Ramy pojęciowe.

Piętno – znak, znamię, blizna, cecha charakterystyczna [Słownik Języka Polskiego, 2012]. Piętnowano odciskając rozgrzewaną do czerwoności metalową pieczęć na ciele niewolnika lub wygnańca, ofiary tortur lub stosując okaleczające kary przestępcom. Znamię takie wypalano w miejscach najlepiej widocznych – najczęściej czole lub policzku. Piętnujemy metaforycznie chcąc zwrócić uwagę na zachowania niezgodne z prawem albo normami społecznymi np. jazdę samochodem pod wpływem alkoholu.

Terminy „piętno" i „stygmatyzacja", używane często zamiennie, mogą podlegać pewnemu rozróżnieniu. Według Goffmana [2005] piętno – stygmat, to silnie dyskredytująca właściwość, która sprawia, że osoba, która ją posiada jest postrzegana jako odmienna, splamiona, umniejszona, a nawet traktowana jako „nie w pełni człowiek". Owa właściwość, negatywny atrybut, narzucający się niejako obserwatorowi, powoduje spychanie na dalszy plan czy wręcz pomijanie wszystkich innych cech naznaczonej osoby tak, że jest ona postrzegana poprzez pryzmat owej skazy. Ten sam autor zwraca także uwagę, iż termin „piętno" nadmierne koncentruje uwagę na cechach osób pomijając tym samym społeczny kontekst. Stwierdził potrzebę wprowadzenia „języka relacji" – współzależności między „atrybutem a stereotypem", z którego wynika, że stygmatyzacja jest już procesem społecznym, angażującym zarówno „napiętnowanych" jak „normalnych" – czyli wolnych od piętna. Autor ten zwraca uwagę, że niektóre atrybuty niemal zawsze stają się stygmatami. Można to w pełni odnieść do chorób psychicznych, które w każdej epoce historycznej i we wszystkich kulturach miały zawsze charakter piętnujący [Świtaj, 2005].

Niektórzy autorzy odróżniają stygmatyzację jako termin o charakterze nieintencjonalnym od słowa piętnowanie jako jednoznacznie intencjonalnego [Czykwin, 2007]. Słownik języka polskiego definiuje stygmatyzację jako „publiczne potępianie jakiejś osoby lub grupy osób i odrzucanie ich w kontaktach społecznych" [2012]. W szerokim rozumieniu pojęcie stygmatyzacji (*gr. stigma* – znak) odnosi się do postawy społecznej dezaprobaty, negatywnego odbioru określonej grupy ludzi ze względu na charakteryzujące tę grupę właściwości fizyczne lub psychiczne, styl życia, system wartości czy inne atrybuty [Semple i wsp., za: Grzywa, 2007].

Niejednoznaczność określeń stygmat i stygmatyzacja wynika z akcentowania w różnych definicjach na poziomie konceptualnym różnych elementów czy cech tych kategorii pojęciowych. Mogą na przykład odnosić się one do sytuacji jednostki doświadczającej stygmatyzacji, cierpienia, dotkliwości i uporczywości związanych z tym doświadczeniem, do sytuacji, momentu interakcji, podczas której jednostka jest stygmatyzowana przez innych, czy też do elementu wykluczenia społecznego i dyskryminacji, przy jednoczesnym podkreślaniu moralnego zabarwienia zjawiska stygmatyzacji [Kudlińska, 2011].

Czykwin [2007] wyróżnia kilka wątków treściowych, właściwych tylko teorii stygmatyzacji i eksponujących cechy, których brak w innych ujęciach zjawiska:

1) moralny charakter stygmatyzacji, zmienny kulturowo, społecznie i historycznie,

2) inercja stygmatu w czasie; stygmat ekstrapoluje się na ogół zachowań, na całą osobowość, nawet całą biografię stygmatyzowanego; stygmat obowiązuje w różnych sytuacjach społecznych przez czas daleko wykraczający poza pojedynczą interakcję,

3) praktyki stygmatyzujące głęboko zakorzenione w świadomości, które stanowią repertuar zachowań wobec stygmatyzowanych - korzysta się z nich bezrefleksyjnie, intuicyjnie - np. wyśmiewanie się, lekceważące czy litościwe spojrzenia, oskarżanie, unikanie, pokazywanie dominacji za pomocą gestów, postawy, sposobów mówienia, niedopuszczanie do rytualnych zachowań właściwych danej grupie, mających znaczenie dla poczucia afiliacji (niedopuszczanie do rozmowy, powitań przyjętych w danej grupie, zajmowania określonej przestrzeni itp.),

4) nieracjonalność praktyk stygmatyzujących, czyli nieracjonalność poczucia zagrożenia czy też obcości inicjujących stygmatyzację, nieracjonalność przenoszenia odium z nosiciela stygmatu na osoby z jego otoczenia,

5) przyjęcie perspektywy stygmatyzowanego, począwszy od jego perspektywy postrzegania interakcji po mechanizmy radzenia sobie ze stygmatyzacją,

6) centralną kategorią pojęciową w teorii stygmatyzacji jest poczucie własnej wartości i samoocena stygmatyzowanego *(self-esteem),*

7) ambiwalencja, brak jednoznaczności, postawy negatywizmu wobec stygmatyzowanych a często również postawy, które niełatwo określić jako negatywne, np. sympatia czy współczucie wobec stygmatyzowanego - taką postawę nazwano „amplifikacją ambiwalencji",

8) redukcja obrazu całej osoby stygmatyzowanej i jej tożsamości do wymiaru stygmatu.

Koncepcja stygmatyzacji Link i Phelan [2001] zakłada, że na postawę stygmatyzacji składają się następujące komponenty:

- identyfikacja różnicy oraz nadanie etykiety osobie lub grupie, u której ta różnica została zauważona,

- przypisanie zaetykietowanym ludziom negatywnych cech zawartych w uformowanych wcześniej stereotypach,

- oddzielenie grupy naznaczonych etykietą – „ich" od grupy własnej – „nas",

- utrata statusu społecznego naznaczonych osób oraz ich dyskryminacja.

Koncepcja ta została uzupełniona w późniejszym okresie o kolejny element - reakcje emocjonalne – zarówno tych, którzy stygmatyzują, jak i stygmatyzowanych [Link i wsp. 2004].

Kategoryzacja z jednej strony opiera się na naturalnej skłonności ludzkiej do porządkowania rzeczywistości, z drugiej zaś stanowi proces poznawczy mogący wiązać się z uproszczeniem. Polega ono na tym, że jeśli jednostka znając zestaw cech danej kategorii osób lub członków grupy społecznej, zauważy przynajmniej jedną z tych cech u członka tej kategorii, wówczas automatycznie przypisuje mu wszystkie inne cechy pochodzące z zestawu danej kategorii społecznej. Jedną z najważniejszych konsekwencji kategoryzacji jest to, że może ona przywołać na myśl pewien zbiór specyficznych danych, czyli stereotypów, które następnie kierują naszymi oczekiwaniami. Gdy skategoryzujemy jakąś osobę lub zdarzenie używając określonego terminu, wówczas nasze oczekiwania dotyczące przyszłych interakcji opieramy na towarzyszących temu terminowi stereotypach. Jeśli rozstrzygnie się jak należy skategoryzować daną osobę lub wydarzenie to staje się jasne, jakie działania należy podjąć [Aronson, 2012].

Etykietowanie oznacza wyróżnienie i nazwanie pewnych różnic między ludźmi, które – opatrzone etykietą – są konstrukcją społeczną. Różnice te stają się etykietą, gdy są społecznie ważne, a ich ważność jest uzgadniana w procesie społecznym. Cechy czy atrybuty, które są etykietowane społecznie, zmieniają się w zależności od kultury, epoki historycznej czy kontekstu sytuacyjnego, zawsze jednak funkcjonują w świadomości społecznej jako oczywiste, a pozorna oczywistość etykiet stanowi o ich ważności w życiu społecznym [Link i Phelan, 2001].

W literaturze przedmiotu [Czykwin, 2007] ujawnia się ważne różnice między pojęciami etykieta (etykietowanie) a stygmat (stygmatyzacja). Po pierwsze, etykieta może mieć konotacje pozytywne lub obojętne, stygmat zaś niesie ze sobą ładunek negatywny. Nadto,

etykieta ma charakter bardziej jednostkowy, odnosi się do konkretnego podmiotu, koncentruje się zatem na relacjach jednostki z małą grupą społeczną, stygmat zaś ma szerszy wymiar (koncepcja stygmatyzacji obejmuje szerszy katalog zagadnień, takich jak płaszczyzny i wymiary stygmatyzacji, radzenie sobie ze stygmatyzacją, destygmatyzację), stygmat ponadto ma charakter grupowy, odsyła do szerszego stereotypu, stanowi rezultat podziału na Swoich i Obcych [Kudlińska, 2011].

Terminem bliskoznacznym stygmatyzacji jest także **stereotypizacja.** W literaturze przedmiotu [Goffman, 2005; Heatherton i wsp. 2007] uznaje się, że jest to pojęcie centralne w teorii stygmatyzacji. Stereotyp, który jest rodzajem uogólnienia, tradycyjnie odnosi się do rzekomego zbioru cech łączonych z określoną grupą społeczną. Stereotypy mają związek z piętnowaniem w tym sensie, że reakcja piętnujących nie jest po prostu reakcją negatywną (niechęć lub dewaluowanie tożsamości), lecz reakcją, która zakłada, że ludzi noszących jakieś piętno charakteryzuje określony zespół cech, że piętno pociąga za sobą określoną tożsamość społeczną [Biernat i Dovidio 2007]. Ponadto, jak zauważa Czykwin [2007], stereotyp odsyła raczej do treści niż emocjonalnego naznaczenia, jak w przypadku stygmatu. Treść stereotypu jest reprezentacją Innego w świadomości widowni społecznej, a odniesienie obiektu stereotypu właśnie do widowni społecznej powoduje, że przedmiot stereotypizacji jest zunifikowany, unieruchomiony natomiast w ujęciu stygmatyzującym przedmiot napiętnowania zostaje upodmiotowiony [Kudlińska, 2011].

Zjawisko stygmatyzacji wiąże się ściśle z pojęciem **uprzedzenia**, które jest wrogą lub negatywną postawą wobec pewnej, dającej się wyróżnić grupy, opartą na uogólnieniach wyprowadzonych z fałszywych lub niekompletnych informacji. Uprzedzenie zawiera komponent poznawczy (stereotyp i zbiór przekonań dotyczących danej grupy), emocjonalny (niechęć lub aktywną wrogość wobec tej grupy) oraz behawioralny (skłonność do dyskryminowania tej grupy, gdy tylko jest to możliwe) [Aronson, 2012]. Osoba głęboko uprzedzona jest praktycznie niewrażliwa na informację niezgodną z pielęgnowanymi przez siebie stereotypami. „Próba oświecenia fanatyka przypomina świecenie w źrenicę oka – kurczy się" stwierdził Oliver Wendell Holmes Jr. [Allport, 1980].

Przyczyny uprzedzeń to: (1) ekonomiczna i polityczna rywalizacja lub konflikt, (2) przemieszczona agresja, (3) potrzeba utrzymania statusu lub obrazu Ja, (4) predyspozycja do uprzedzeń, (5) konformizm względem istniejących norm społecznych. Wszystkie one mogą działać jednocześnie, ale ustalenie przyczyny dominującej może zdecydować o efektywnej pracy nad redukcją uprzedzenia.

Podstawą uprzedzenia jest uogólnianie cech, motywów lub zachowania na całą grupę ludzi. Tego rodzaju generalizacja nosi nazwę stereotypu. Lippman, twórca terminu, dokonał rozróżnienia między światem zewnętrznym a stereotypem – obrazkami w naszych głowach, pomagającymi nam interpretować świat, jaki widzimy. Posługiwać się stereotypem to pozwolić, żeby te obrazki zdominowały nasze myślenie, doprowadzając nas do przypisywania identycznych cech każdej osobie należącej do danej grupy, bez uwzględniania istniejących w rzeczywistości różnic między członkami tej grupy. Sądzić więc, że Murzyni mają wrodzone poczucie rytmu, że Żydzi są materialistami a kobiety są łatwowierne, to tyle, co zakładać, że wszyscy Murzyni potrafią tańczyć, wszyscy Żydzi zabiegają o gromadzenie majątku a wszystkie kobiety są niezdolne do krytycznego myślenia. Posługiwanie się stereotypami nie musi być rozmyślnym aktem zniewagi. Często jest ono jedynie stosowanym przez ludzi sposobem organizowania i upraszczania złożoności naszego życia społecznego. Posługiwanie się stereotypami wydaje się czymś nieuniknionym, ponieważ nasi ewolucyjni przodkowie musieli posiadać zdolność do szybkiego kategoryzowania przyjaciół i wrogów. Zarazem jeśli stereotyp zamyka nam oczy na różnice indywidualne w obrębie danej klasy ludzi, to jest on nieprzystosowawczy i potencjalnie niebezpieczny. Stereotypowe uogólnienia są obraźliwe choćby dlatego, że pozbawiają daną osobę przysługującego jej prawa, by traktowano ją jako jednostkę posiadającą własne, indywidualne cechy, niezależnie od tego, czy dodatnie, czy ujemne.

Potrzeba znalezienia przyczyny zachowania innej osoby jest konsekwencją właściwej ludziom skłonności do wykraczania poza posiadane informacje. W sytuacji niejednoznacznej ludzie są skłonni dokonywać atrybucji zgodnych ze swymi przekonaniami czy uprzedzeniami. Thomas Pettigrew [1979] nazwał to zasadniczym błędem atrybucji (*ultimate attribution error*). Nie tylko uprzedzenia wpływają na atrybucje i wnioski ale i błędne wnioski wzmacniają uprzedzenia – uzasadniają i wzmagają negatywne uczucia, wprowadzając mechanizm błędnego koła. Wyróżnić można: atrybucję zewnętrzną oraz atrybucję wewnętrzną – inaczej dyspozycyjną, zakładającą iż przyczyną danego zdarzenia były cechy jego sprawcy (np. zdolności lub ich brak, inteligencja, włożony wysiłek, cechy osobowości) w przeciwieństwie do czynników zewnętrznych wobec sprawcy (np. przypadek, trudność zadania, normy społeczne, itp.). Istnieje skłonność do zbyt częstego używania atrybucji wewnętrznej kosztem zewnętrznej. Efekt ten nazywa się podstawowym błędem atrybucji.

Ponieważ większość z nas zdaje sobie sprawę, że uprzedzenia są na ogół źle widziane, staramy się unikać robienia lub mówienia rzeczy, które mogłyby świadczyć o uprzedzeniu.

Wysiłek tłumienia tego co uważamy i czujemy rzeczywiście może być dużym obciążeniem psychicznym, a ponieważ jesteśmy zaprogramowani na oszczędzanie naszej energii psychicznej tłumienie uprzedzeń może być psychicznie kosztowne. Stąd atrakcyjne są dla nas takie informacje i komunikaty, które uzasadniają nasze uprzedzenia. Kiedy znaleźliśmy odpowiednie uzasadnienie niechęci do pewnej grupy, możemy wyrażać uprzedzenie, nie mając przy tym poczucia, że jesteśmy fanatykami, a więc unikać dysonansu poznawczego. Jak piszą Crandall i Eshleman [2003]: „Uzasadnienie usuwa tłumienie, dostarcza pretekstu, chroni poczucie egalitaryzmu i obraz Ja wolnego od uprzedzeń".

Pojęcie piętna ma związek, ale nie jest tożsame także z innymi negatywnymi ocenami cech osobistych i społecznych. Jeśli chodzi o cechy osobiste i indywidualną tożsamość, pojęcie piętna jest bliskie pojęciom **„marginesowości"** i **„dewiacji".** Archer [1985] definiuje dewiację jako zachowanie lub cechę, o których sądzi się, że nieuchronnie oznaczają niepożądane odchylenie od rzekomych standardów. Frable [1993] określa marginesowość jako przynależność do grupy społecznej, która jest statystycznie nietypowa i silnie naznaczająca. Osoba piętnowana, podobnie jak dewiant i osoba marginalizowana, uznawana jest za kogoś, kto odbiega od normatywnych oczekiwań. Jednak ludzie bywają traktowani jak dewianci, albo są marginalizowani zarówno z powodu nietypowych cech pozytywnych, jak i z powodu nietypowych cech negatywnych [Crocker i wsp., 1998], natomiast piętnowani są zawsze z powodu cech niepożądanych. Co więcej, nawet jeśli dewiacja jest związana z cechą negatywną, nie musi pociągać za sobą napiętnowania. Dzieje się tak wówczas, gdy cecha wyróżniająca nie jest kojarzona z uogólnieniami na temat tożsamości nosiciela – atrybucjami, które „dyskredytują nosiciela" [Jones i wsp., 1984]. Tak więc piętno jest czymś więcej niż tylko percepcją dewiacji.

Piętno jest więc terminem, który obejmuje zarówno dewiacje, jak i uprzedzenia, ale wykracza poza jedno i drugie. Piętno ma związek z postrzeganiem dewiacji, ale obejmuje bardziej ogólne atrybucje dotyczące charakteru i tożsamości. Piętno jest terminem szerszym niż uprzedzenie, ponieważ obejmuje reakcje na dewiację jako cechę indywidualną i jako cechę grupy, do której jednostka przynależy z powodu owej dewiacji. Ponieważ piętno jest definiowane społecznie, cechy będące przedmiotem napiętnowania są różne w różnych kulturach i w różnym czasie. Główny negatywny wpływ napiętnowania zazwyczaj nie dotyczy fizycznych skutków posiadanej cechy, lecz skutków psychologicznych i społecznych. Tylko niektóre piętnujące cechy (np. AIDS) niosą ze sobą bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia. Większość cech, które wiążą się z możliwością napiętnowania prowadzi raczej do

ostracyzmu i odrzucenia a w konsekwencji stanowi zagrożenie dla zdrowia psychicznego. Niekiedy piętno może stwarzać realne zagrożenie fizyczne, czego dowodzą przypadki morderstw dokonywanych ze względów rasowych. Nawet jeśli piętno i społeczne odrzucenie nie stwarzają bezpośredniego zagrożenia fizycznego, mogą powodować takie zagrożenie w sposób pośredni – poprzez ograniczenie dostępu do opieki medycznej, oświaty, zatrudnienia, mieszkań [Major i wsp., 2000].

Innym pokrewnym pojęciem w słowniku związanym ze stygmatyzacją jest **dyskryminacja**, która oznacza nierówne traktowanie jednostek i grup społecznych ze względu na ich rzeczywiste lub domniemane cechy, np. rasę, płeć, wyznanie. Dyskryminacja – w odróżnieniu od stygmatyzacji – odnosi się do zjawisk nieco szerszej natury, głównie o charakterze strukturalnym czy instytucjonalnym. Nadto jest procesem bardziej obiektywnym, częściej odnosi się do praktyk dyskryminujących (niż dyskryminowanych), albo do obiektywnych praktyk i mechanizmów, które można definiować i opisać. Dyskryminacja może być niewątpliwie skutkiem stygmatyzacji. Kowalik [2007] pisze o pięciu rodzajach praktyk dyskryminujących, które opisują intensywność zjawiska:

Dystansowanie się – to najsłabsza forma dyskryminacji polegająca na psychologicznym odsunięciu się od pewnych grup społecznych lub osób. W tym przypadku dochodzi np. do unikania udzielania pomocy i wchodzenia w bliskie relacje z osobami pełniącymi obowiązki zatrudnionego tak, że rola pracownika ogranicza się tylko do pełnienia obowiązków zawodowych.

Dewaluowanie - rozpowszechnianie przekonań i opinii o cechach negatywnych jednostek lub grup społecznych, które odzwierciedlają stereotypy społeczne.

Delegitymizacja - polega na wykluczeniu pewnych osób i grup społecznych z życia społecznego przy użyciu przepisów prawnych, a zatem poniekąd na zepchnięciu ich do kategorii podludzi.

Segregacja - obejmuje większą grupę społeczną. Może polegać na ograniczeniu dostępu do normalnego życia lub całkowitej izolacji.

Eksterminacja – to najostrzejsza forma dyskryminacji, polegająca na biologicznym wyniszczeniu ludzi należących do określonej grupy społecznej. Przybiera dwie formy: - szybkiego i brutalnego biologicznego wyniszczenia, które miało np. miejsce podczas II wojny światowej, lub - bardziej jeszcze wyrafinowaną, gdy proces ten odbywa się w sposób powolny, jak to było w wypadku wyniszczenia Indian.

Dyskryminacja, która z definicji odbiera pełnię praw, niezależnie od formy zawsze narusza godność człowieka. Znajduje wyraz w działaniach bezpośrednich, związanych z nierównym traktowaniem, krzywdzeniem czy poniżaniem, niekiedy zaś przybiera postać pozornie niegroźną i łagodną, która może się sprowadzać do zaniechania działań. Za formę takiej „dobrotliwej dyskryminacji" osób chorujących psychicznie należy uznać „przetrzymywanie" ich w różnorodnych ośrodkach leczenia, rehabilitacji i wsparcia, gdzie zbyt hojna terapia, bezwzględna ochrona tych osób i unikanie narażenia na jakiekolwiek obciążenia środowiskowe - mogą odbierać im pełnię praw do funkcjonowania w rolach społecznych innych niż rola pacjenta, podopiecznego, beneficjenta. Powyższa forma może być traktowana tym samym jako *wykluczenie przez opiekę*.

Z problematyką piętna często wiąże się zjawisko **społecznego wykluczenia** i **marginalności**. Zjawisko wykluczenia społecznego i marginalności wiąże się ściśle z kolei z ideą społecznej integracji lub reintegracji. Określenia „domu społecznego" i „społeczeństwa obywatelskiego" odnoszą się przede wszystkim do normatywnie rozumianego społeczeństwa, do którego należą wszyscy obywatele państwa, niezależnie od ich pozycji względem struktury społeczno-zawodowej, ale w takiej perspektywie raczej trudno reintegrować ze społeczeństwem kogoś, kto i tak do niego należy. Dopiero, gdy odróżnimy formalne członkostwo od rzeczywistego uczestnictwa, a to ostatnie od prawdziwego zaangażowania, zobaczymy, że reintegracja może nie polegać na przywracaniu kogoś do społeczeństwa, a na umożliwianiu mu i zachęcaniu go do rzeczywistego uczestnictwa i prawdziwego zaangażowania. Polegają zaś one na korzystaniu z praw i wywiązywaniu się z obowiązków obywatelskich nie pod przymusem, ale z wewnętrznej motywacji [Szarfenberg, 2003].

Zarówno w marginalności, marginalizacji jak i wykluczeniu społecznym za kluczowe uznaje się zagadnienie deficytu uczestnictwa. Frieske [1999] tak rozpoczyna jeden ze swoich tekstów dotyczących marginalności społecznej: „Zarówno w społeczeństwach, jakie znamy z przekazów historycznych, jak i w społeczeństwach współczesnych dostrzegamy obecność ludzi, którzy – z rozmaitych powodów – uczestniczą w życiu zbiorowym w stopniu mniejszym aniżeli jego pozostali uczestnicy".

Znajdujemy w literaturze następujące definicje wykluczenia i marginalności społecznej: „Wykluczenie społeczne to niezdolność do uczestnictwa w uznawanych za ważne aspektach życia społecznego – gospodarczych, politycznych i kulturowych. Skrajne wykluczenie społeczne występuje, gdy niezdolności do uczestnictwa w tych trzech wymiarach życia społecznego mają bardziej charakter wzajemnych wzmocnień niż równoważenia się"

[Badania International Institute for Labour Studies i UNDP w: Problemy Polityki Społecznej 5/2003]. „Jednostka jest społecznie wykluczona, jeżeli jest ona pod względem geograficznym mieszkańcem tego społeczeństwa, ale (a) z powodów będących poza jej kontrolą nie może uczestniczyć w normalnych aktywnościach obywateli w tym społeczeństwie i (b) chciałaby ona w nich uczestniczyć" [Center for Analysis of Social Exclusion, „Understanding social exclusion" 2002].

„Marginalność opisuje się natomiast jako brak uczestnictwa jednostek i grup społecznych w tych sferach życia, w których uzasadnione jest – stosownie do określonych kryteriów – oczekiwanie, że jednostki te i grupy będą w nich uczestniczyły" [Germani, 1980].

Na podstawie przytoczonych definicji można stwierdzić, że niedobrowolny brak uczestnictwa wynikający z niezdolności i braku możliwości jest wykluczeniem społecznym i ma charakter problemu społecznego, a dobrowolne nieuczestnictwo problemem w takim stopniu nie jest, ewentualnie jest to problem innego rodzaju. W ostatniej z definicji podkreślono szczególnie, że niemożności powinna towarzyszyć chęć uczestnictwa („chce, ale nie może" w odróżnieniu od „nie chce i nie może" lub „nie chce, ale może"). Można też stwierdzić na tej podstawie, że marginalność społeczna jest pojęciem o szerszym zakresie znaczeniowym, niż pojęcie wykluczenia społecznego [Szarfenberg, 2003].

Stosunkowo niedawno przedmiotem badań psychologicznych stało się zjawisko infrahumanizacji, czyli przypisywania człowieczeństwa w mniejszym stopniu przedstawicielom grupy obcej w stosunku do grupy własnej [Demoulin i wsp., 2004]. Jak się okazuje, członkom grupy własnej w większym stopniu przypisuje się zdolność do przeżywania tzw. emocji wtórnych (specyficznych człowiekowi), takich jak nadzieja czy rozczarowanie, natomiast osobom spoza grupy własnej, osobom piętnowanym przypisuje się w większym stopniu doświadczanie emocji podstawowych takich jak złość czy strach. Wykluczenie z grupy, traktowanie kogoś jako Innego, uruchamia więc procesy groźne nie tylko dla dobrostanu wykluczonej osoby ale nawet dla jej przeżycia. Krańcowa postać infrahumanizacji – dehumanizacja – pozwala niszczyć osoby wykluczone nie tylko psychicznie ale i fizycznie.

Podjęte w ramach Europejskiego Sondażu Wartości (EVS) badania wskazują na trzy wymiary nietolerancji: nietolerancję etniczną (związaną z negatywnymi postawami wobec imigrantów, osób innej rasy, Romów, Żydów, muzułmanów), obyczajową (związaną z niechęcią wobec „dewiantów", których postępowanie uznajemy za uciążliwe lub/i niebezpieczne dla „normaliów", skierowaną wobec homoseksualistów, alkoholików, chorych

na AIDS, zaburzonych psychicznie czy kryminalistów) oraz polityczną (niechęć wobec ekstremistów politycznych).

To kontekst decyduje, czy i jaka właściwość człowieka jest piętnowana [Skarżyńska, 2008]. Starość jest piętnowana zwłaszcza w tych grupach i społeczeństwach, gdzie istotna jest rola zdrowia fizycznego albo gdzie uważa się, iż korzystanie z postępu technologicznego jest ważniejsze niż korzystanie z mądrości doświadczonych autorytetów. W USA starość jest traktowana jako symbol słabości i choroby, od której każdy, jak tylko może stara się uciec, w Japonii natomiast jest utożsamiana z mądrością i wysokim statusem [O'Leary, 1993]. Sądzi się, że jedynym „piętnem uniwersalnym" może być oszpecenie twarzy. Dowodzi tego m.in. silny niepokój niemowląt, patrzących na zniekształconą twarz innego człowieka, obserwowany w różnych kulturach. Wiąże się to z tym, że percepcja twarzy ma swoją specyficzną lokalizację w mózgu [Trehub, 1997].

W ostatnich dziesięcioleciach nastąpiły znaczące zmiany w sposobie patrzenia na stereotypy i uprzedzenia. Nie są one już traktowane jako wyraz problematycznych cech osobowości, wynikających z głębokich, często nieświadomych konfliktów wewnętrznych piętnującego, ale jako naturalna, choć niepożądana, konsekwencja poznawczych właściwości i ograniczeń człowieka, a także informacji, które odbiera oraz doświadczeń społecznych, które stają się jego udziałem. Zmiany dotyczą także poglądów na skutki napiętnowania. Nie zakłada się już mianowicie, że doświadczenie napiętnowania prowadzi nieuchronnie do głębokich, negatywnych a nawet patologicznych zmian osobowości; badacze przyjmują, że napiętnowany doświadcza wielu trudnych sytuacji, z którymi radzi sobie za pomocą takich samych strategii, jakich używają ludzie nienapiętnowani, kiedy stają wobec psychologicznych wyzwań, takich jak zagrożenie poczucia własnej wartości [Crocker i wsp., 1998; Goffman, 2005].

Reakcje ludzi na członków grup napiętnowanych nie są wyłącznie negatywne. Negatywnym uczuciom wobec osób fizycznie niepełnosprawnych często towarzyszy współczucie; postawa wobec Murzynów często obejmuje zarówno negatywne reakcje emocjonalne, jak i potrzebę bycia sprawiedliwym [Diovido i Gaertner, 1998]. Ta ambiwalencja może, w pewnych warunkach, wywoływać bardziej pozytywne reakcje wobec członków grup napiętnowanych niż wobec osób nienapiętnowanych. Reakcje ludzi na bycie napiętnowanym przez innych również nie są wyłącznie negatywne. Mimo, że doświadczenie stereotypizacji, napiętnowania, uprzedzeń i dewaluacji może odbić się negatywnie na poczuciu własnej wartości i osiągnięciach, możliwe jest także, że osoby posiadające

piętnowane cechy mają wysokie poczucie własnej wartości i wydają się całkiem odporne. Współczesne badania nad stereotypizowaniem i uprzedzeniami pokazują, że podobnie jak procesy stereotypizowania i ekspresja stereotypów są w znacznym stopniu zależne od kontekstu sytuacyjnego, tak też doświadczenie bycia dewaluowanym jest w dużym stopniu zależne od kontekstu społecznego [Crocker i wsp., 1998]. Ponieważ piętno jest w znacznym stopniu konstrukcją społeczną, dana cecha może być piętnującą w jakimś momencie historycznym i nie być piętnującą w innym momencie, albo być piętnującą w jakiejś sytuacji i nie być piętnującą w innej sytuacji w tym samym czasie.

Należy uznać piętno za konstrukcję społeczną, kształtowaną przez siły kulturowe i historyczne. Tym, co nadaje temu podejściu zdecydowanie społeczno-psychologiczny charakter, jest konsekwentny nacisk na wpływ bezpośredniego społecznego i sytuacyjnego kontekstu na osobę piętnującą, na osobę piętnowaną, na ich interakcję, aż wreszcie na osobiste i społeczne konsekwencje tych transakcji w wymiarze poznawczym, emocjonalnym, behawioralnym oraz wolicjonalnym, podkreślając znaczenie wolnej woli dla kształtowania postaw [Marody, 1976]. Należy zauważyć także, że piętno to coś więcej niż proces interpersonalny – że jest ono zdeterminowane przez szerszy kontekst kulturowy – obejmujący stereotypy, wartości i ideologie, znaczenie sytuacji dla jej uczestników oraz przez cechy sytuacji, które wpływają na to znaczenie. Warto zastanowić się jednocześnie, które cechy (właściwości) osoby czy grupy społecznej są piętnujące w określonym, a które w każdym kontekście społecznym, kulturowym czy historycznym.

Niezależnie od tego, czy uprzedzenie jest w głównej mierze rezultatem konfliktu ekonomicznego, konformizmu wobec norm społecznych czy też głęboko zakorzenionych potrzeb osobowościowych, niełatwo je zmienić za pomocą kampanii informacyjnej [Aronson, 2012]. U większości ludzi uprzedzenie jest zbyt mocno zakorzenione w ich własnym systemie przekonań, zbyt zgodne z ich codziennym zachowaniem, a także zbyt mocno podtrzymywane przez osoby z ich otoczenia, by można je było zmienić za pomocą książki, filmu czy audycji radiowej [Cechnicki, 2004].

Chociaż zmiany przekonań mogą spowodować zmiany w zachowaniu, to te ostatnie trudno jest zmienić poprzez edukację. Ważną zależnością natomiast, poznaną w ramach psychologii społecznej, jest zmiana przekonań poprzez zmianę zachowań – bezpośredni kontakt osób daje jednostkom uprzedzonym możliwość doświadczenia rzeczywistego kontaktu z ofiarą uprzedzeń, eliminując tym samym w sposób znaczący wpływ stereotypu. Warunkiem jest, aby kontakt obu grup odbywał się w sytuacji ich równego statusu – roli

społecznej. Przywołując ponownie przykład ludzi białych i ciemnoskórych, nie może to być kontakt, gdzie przedstawiciele rasy czarnej występują w roli portierów, pomywaczy, czyścibutów czy służby domowej. Kontakty tego rodzaju wzmacniają bowiem istniejący stereotyp na temat tych ludzi i pogłębiają uprzedzenia. Jak stwierdził Pettigrew [1997] „kontakty i zachowania oparte o zasadę równoważności, mogą przyczynić się do wzrostu wzajemnego zrozumienia i zmniejszyć napięcie, jeśli wszystkie inne czynniki pozostaną bez zmiany".

Jednym z możliwych wyjaśnień wpływu kontaktu na zmianę przekonań jest mechanizm nieuchronności, który zakłada, że jeśli dwie osoby, pozostające w antypatii, są skazane na wzajemną obecność, to w celu zredukowania dysonansu powstałego w wyniku takiej interakcji, będą starać się dostrzec w sobie nawzajem dodatnie cechy a cechy negatywne jak najskuteczniej ignorować. Nie jest to zapewne mechanizm, który jest zdolny wyeliminować uprzedzenia, ale w pewnych warunkach może zapoczątkować ich minimalizację i wywołać przynajmniej częściowe złagodzenie wrogich uczuć u większości jednostek [Aronson, 2012]. Jest przy tym bardzo istotne, że im wcześniej ludzie uświadomią sobie, że integracja jest nieunikniona, tym wcześniej ich uprzedzone postawy zaczną się zmieniać. Bardzo ważna jest przy tym postawa władz i jednoznaczność przepisów. Pettigrew [1961], przeprowadziwszy dokładną analizę przebiegu i skutków znoszenia segregacji rasowej w szkołach w Stanach Zjednoczonych, sformułował pytanie, dlaczego akty przemocy wystąpiły w trakcie znoszenia segregacji w jednych miejscowościach a nie występowały w innych. Jego konkluzja brzmi następująco: „Akty przemocy zdarzały się na ogół w tych miejscowościach, gdzie przynajmniej niektórzy przedstawiciele władzy dali uprzednio do zrozumienia, że chętnie przywróciliby segregację, gdyby wybuchły zamieszki; spokojny przebieg integracji był na ogół następstwem twardego i stanowczego postępowania władz".

Czynnikiem bardzo istotnym w przezwyciężaniu uprzedzeń poprzez zachowanie jest wzajemna współzależność – sytuacja, w której jednostki potrzebują siebie nawzajem, kiedy chcą osiągnąć swój cel. Deutsch [1949] wykazał, że gdy w grupach rozwiązujących problemy stworzy się atmosferę współpracy, wówczas członkowie tych grup są bardziej uważni i przyjaźni niż wtedy, gdy dominuje atmosfera rywalizacji. Badanie Keenan i Carnevale [1989] wykazało, że współpraca w obrębie grup może także sprzyjać współpracy między grupami. Oznacza to, że relacje współdziałania ustanowione w jednej grupie często zostają przeniesione na innych, gdy od grupy tej wymaga się później interakcji z inną grupą. W ich badaniu grupy wykonujące zadanie oparte na współpracy były bardziej skłonne do

współdziałania w późniejszych negocjacjach z inną grupą niż grupy, których członkowie początkowo pracowali, rywalizując ze sobą.

1.2. Osobowość a społeczna tożsamość.

Ludzie mają silną potrzebę przynależności. Akceptacja i odrzucenie należą do nagród i kar najsilniej działających na istoty społeczne, ponieważ w naszej historii ewolucyjnej wykluczenie społeczne mogło mieć fatalne konsekwencje – odcięcie od zasobów grupy i pozbawienie ochrony, jaką dawała ona w niebezpiecznym świecie [Aronson, 2012].

Wg Festingera [1954], gdy rzeczywistość fizyczna staje się coraz bardziej niepewna, ludzie polegają w coraz większym stopniu na „rzeczywistości społecznej" – tzn. są bardziej skłonni dostosowywać się do tego, co robią inni ludzie. Czynią tak nie dlatego, że boją się kary, lecz dlatego, że zachowanie grupy dostarcza im wartościowej informacji, pozwalającej ustalić, czego się od nich oczekuje.

Przynależność do grupy rodzi nieodpartą potrzebę kategoryzowania ludzi, co prowadzi z czasem do wyodrębnienia grupy własnej i grupy obcej – podziału „my" kontra „oni". Podział ten może rysować się na różnych płaszczyznach – od rywalizacji rówieśniczej, poprzez różnice zawodowe, w zakresie płci, narodowości, na rodzaju niepełnosprawności kończąc. Badacze zebrali obszerny materiał dowodowy świadczący o tym, że gdy dzielimy świat na odrębne rzeczywistości, to ma to przynajmniej dwa następstwa: efekt homogeniczności i faworyzowanie grupy własnej [Aronson, 2012]. Efekt homogeniczności oznacza, że jesteśmy skłonni uważać członków grupy obcej za bardziej podobnych do siebie nawzajem, niż członkowie naszej własnej grupy. Można to tłumaczyć w ten sposób, że myśląc o członkach własnej grupy jesteśmy w stanie i staramy się dostrzegać pojedyncze osoby z ich indywidualnymi cechami. Zarazem kiedy myślimy o członkach obcej grupy, nie mamy wystarczającej informacji na temat poszczególnych osób albo zdajemy się te informacje pomijać - pozostajemy więc na gruncie kategorii etykietki grupowej i stereotypu, podporządkowując charakterystykę osób obrazowi danej grupy.

Faworyzowanie grupy własnej oznacza natomiast skłonność do uznawania tej grupy za „lepszą" pod każdym względem i do przyznawania jej różnych dóbr. Zasadę tę potwierdzono posługując się metodą tzw. paradygmatu grupy minimum (*minimum group paradigm)* [Tajfel, 1981]. W procedurze tej tworzy się grupy z osób zupełnie sobie obcych przy zastosowaniu najbardziej prostych i błahych kryteriów, np. za pomocą rzutu monetą. Jak wykazano - pomimo faktu, iż przed eksperymentem badani byli sobie zupełnie obcy, nie kontaktowali się

ze sobą podczas badań i prawdopodobnie nie zetknęli się w przeszłości, oraz wbrew temu, że ich działania są całkowicie anonimowe - postępują oni w taki sposób, jak gdyby ci, z którymi łączy ich wspólna, pozbawiona znaczenia etykietka, byli ich dobrymi przyjaciółmi lub bliskimi krewnymi. Badani ci stwierdzili, że lubią tych, którzy oznaczeni są taką samą etykietką jak oni. Oceniają, że prawdopodobnie mają oni bardziej sympatyczną osobowość i uzyskują lepsze wyniki niż ludzie, którym przydzielono inną etykietkę, a także przyznają członkom grupy „własnej" więcej nagród i pieniędzy.

W odniesieniu do społecznej natury piętna proces stygmatyzacji można określić jako proces poznawczego naznaczania jednostki jako posiadacza pewnej negatywnej cechy, która jest na tyle dyskredytująca, że przesądza o sposobie widzenia tej jednostki przez innych. Napiętnować jednostkę znaczy zdefiniować ją odwołując się do tego negatywnego atrybutu i zdewaluować „stosownie" do przyczepionej etykietki [Major i O'Brien, 2005; Heatherton i wsp., 2007].

Dorobek psychologii poznawczej pozwala lepiej zrozumieć procesy kategoryzacji społecznej i stereotypizacji jako powszechnie stosowanego sposobu upraszczania rzeczywistości, z kolei badania w obszarze psychologii społecznej umożliwiają poznanie funkcjonowania grup. To grupa uznaje, jaki atrybut jednostki jest dla niej „niebezpieczny", zagraża jej trwaniu i tożsamości. To grupa, ale także jej ulokowanie w szerszym systemie społecznym, kulturze i ideologii, konstruuje Pietno i wyznacza sposoby piętnowania. Aby jakaś cecha wyglądu czy zachowania stała się piętnem, musi być ona podobnie interpretowana i oceniana przez jakąś grupę. Grupa deprecjonuje piętnowaną osobę, odsuwa ją od ważnych spraw i kontaktów, a w krańcowych przypadkach dehumanizuje, odmawia jej społeczeństwa [Skarżyńska, 2008].

Link i wsp. [2004] zwracają uwagę, że jakaś kategoria osób może zostać skutecznie napiętnowana tylko wówczas, gdy inna grupa osób ma nad nią władzę – społeczną, ekonomiczną lub polityczną. Dla przykładu, pacjenci w szpitalu psychiatrycznym mogą w pewien sposób etykietować psychiatrów, postrzegać ich w stereotypowy sposób, unikać kontaktu z nimi czy używać obraźliwych określeń, grozić, żartować z nich, jednak ponieważ nie mają oni nad nimi żadnej władzy, nie można mówić w tym kontekście o stygmatyzacji [Świtaj, 2005].

Stygmatyzacja społeczna jest mechanizmem społecznym, jest odpowiedzią na jednostkowe (lub właściwe szerszej grupie czy kategorii społecznej) piętno. Piętno (stygmat) z kolei jest cechą, która począwszy od momentu jej dostrzeżenia - uświadamia istniejące,

choć nie wypowiadane, oczekiwania wobec wyglądu, zachowania, sposobów realizowania ról społecznych. Stygmatyzowani posiadają atrybut, który dyskwalifikuje ich w oczach innych i wyklucza z pełnej akceptacji przez ich otoczenie społeczne [Major i O'Brien 2005; Crocker i wsp., 1998; Heatherton i wsp., 2007]. Piętno jest niejako rezultatem wytwarzanego w świadomości dysonansu pomiędzy tożsamością oczekiwaną a tożsamością rzeczywistą wraz z właściwymi tożsamości cechami i atrybutami, które, o ile są niezgodne z oczekiwaniami społecznymi, dyskredytują daną osobę. Tak więc sprzeczność z oczekiwanymi i stereotypowymi wyobrażeniami innego oraz ten odróżniający i dyskredytujący atrybut podmiotu w percepcji widza stanowią o jego stygmatyzacji [Czykwin 2007]. Piętno jest konstrukcją poznawczą – w sferze świadomości, wypadkową piętna jako cechy czy atrybutu, konstrukcji tegoż piętna w umysłach tych, z którymi nosiciel piętna wchodzi w interakcje, nadto – kontekstu społeczno – kulturowego, w którym wytwarzane są normy i mechanizmy kontroli społecznej [Major i O'Brien, 2005; Heatherton i wsp., 2007; Goffman, 2005].

Nadawanie światu sensu, może być z jednej strony efektem głębokich teologicznych czy filozoficznych rozważań, z drugiej jednak stanowi ważny element naszego społecznego poznania. U podstaw leży tutaj założenie, że staramy się być istotami racjonalnymi – dokładamy wszelkich starań aby mieć słuszność i wyznawać stosowne poglądy i przekonania, zapominając o tendencyjności naszego myślenia. Takie właśnie myślenie Bentham nazwał „rachunkiem szczęścia"[za: Aronson, 2012] a Kelley [za: Aronson, 2012] myśleniem „naiwnego naukowca", który bierze pod uwagę co najwyżej niewielką część informacji takich jak: konsekwencje działania danej osoby (czy zachowuje się ona zawsze w ten sam sposób niezależnie od sytuacji), powszechność jej działania (czy inni zachowują się w podobny sposób w takiej samej sytuacji) oraz swoista specyficzność (czy dana osoba jest jedyną osobą zachowującą się w ten sposób).

Do innych ważnych reakcji na wpływ społeczny, kształtujących nasze własne poglądy i uprzedzenia należą: uleganie, identyfikacja, internalizacja [Aronson, 2012].

Termin uleganie najlepiej opisuje sposób zachowania się osoby, która jest motywowana pragnieniem uzyskania nagrody lub uniknięcia kary. Jest to prosty i najbardziej nietrwały mechanizm, który przy pomocy odpowiednich argumentów może równie silnie wpływać na zachowania ludzi jak i zwierząt.

Identyfikacja jest reakcją na wpływ społeczny, wywołaną pragnieniem danej jednostki, aby być podobną do osoby, od której pochodzi to oddziaływanie. Podobnie jak w przypadku ulegania, jednostka zachowuje się w określony sposób nie dlatego, że takie zachowanie samo

przez się daje jej zadowolenie, lecz raczej dlatego, że stawia ją w satysfakcjonującej - ze względu na samoocenę, relacji w stosunku do osoby, z którą się identyfikuje. W przypadku identyfikacji, w odróżnieniu od ulegania, jednostka zaczyna już wierzyć w opinie i wartości, które przejmuje.

Internalizacja jakiejś wartości czy przekonania jest najtrwalszą, najgłębiej zakorzenioną reakcją na wpływ społeczny. Zasadniczym motywem zinternalizowania jest pragnienie, aby mieć słuszność. Nagroda za uznanie tego przekonania ma więc charakter wewnętrzny. Jeśli osobę wywierającą wpływ uważamy za godną zaufania i posiadającą właściwy sąd o rzeczywistości, to głoszone przez nią poglądy w całości akceptujemy i włączamy w nasz system wartości. Przekonanie to, skoro tylko stanie się częścią nas, uniezależnia się od swego źródła i staje się niezwykle oporne na zmianę.

Wiele jest sytuacji, w których „przekonanie stwarza rzeczywistość". Gdy uznajemy błędne przekonania czy stereotypy dotyczące innych ludzi, nasze reakcje na nich często powodują, że zachowują się oni w sposób potwierdzający te błędne przekonania. Kiedy dowiadujesz się od kogoś, że osoba chorująca psychicznie, którą masz zamiar spotkać, jest chłodna, nieobecna, jakby pozbawiona uczuć oraz zainteresowania sytuacją (patrz tzw. objawy negatywne), prawdopodobnie w kontakcie z nią będziesz zachowywał się ostrożnie i powściągliwie. Twoje zachowanie nie da sposobności chorej osobie zaprezentowania pełni swoich postaw i zachowań, które w dużej mierze zależne są od sytuacji i społecznego nastawienia.

Jednym z rezultatów samospełniającego się proroctwa, spowodowanego samym istnieniem stereotypów w naszej kulturze, jest to, że ludzie, którzy są obiektami negatywnych stereotypów mogą potwierdzać te stereotypy – paradoksalnie – właśnie wskutek swych starań, by je obalić. Potwierdza to m.in. eksperyment Steele i Aronson [1995], przeprowadzony na Uniwersytecie Stanforda, gdzie udowodniono, że dodatkowy ciężar obaw przed byciem ocenianym może rzeczywiście zakłócić zdolność studentów do uzyskania dobrych wyników w testach standaryzowanych. Stosując jeden z trudniejszych testów wiadomości, u połowy studentów, tak czarnych jak i białych, wytworzono przekonanie, że oceniany będzie ich poziom inteligencji, pozostali natomiast nie otrzymali takiego komunikatu. Rezultaty eksperymentu były wyraźne: biali studenci funkcjonowali równie dobrze bez względu na to, czy byli przekonani, że test jest stosowany do mierzenia inteligencji czy też nie. Odmiennie wyniki ukształtowały się w grupie czarnych studentów – ewaluacyjny charakter tej sytuacji aktywował stereotyp w ich umysłach i sprawił, że odczuwali lęk, wskutek czego uzyskiwali

wyniki o połowę gorsze niż ci, których przekonano, że test ten nie jest stosowany do ich oceny [Aronson, 2012].

Jedną z prób uzasadnienia własnego postępowania stanowi teoria dysonansu poznawczego [Festinger, 1957; za: Aronson, 2012]. Teoria ta nie przedstawia człowieka jako istoty racjonalnej, lecz raczej jako istotę skłonną do racjonalizacji. Zgodnie z podstawowymi założeniami tej teorii, człowiek jest motywowany nie tyle do tego, by mieć słuszność, ile do tego, by wierzyć, że ma słuszność (oraz że jest mądry, uczciwy, dobry). Z założeń tej teorii wynika także, że ludzie nie lubią słuchać lub oglądać tego, co koliduje z ich mocno utrwalonymi przekonaniami czy gorącymi pragnieniami. Teoria dysonansu poznawczego może być też skutecznym narzędziem uzasadniania okrucieństwa motywowanego m.in. piętnem. Jeśli ktoś uważa się (albo chce się uważać) za porządnego, sprawiedliwego człowieka a jednocześnie wyrządza ewidentną krzywdę innemu człowiekowi, prostym sposobem zredukowania dysonansu poznawczego jest przypisanie jak największej winy ofierze – przekonywanie samego siebie, iż ofiara zasłużyła na to, co ją spotkało, ponieważ zrobiła coś takiego, co sprowadziło na nią nieszczęście, bądź jest po prostu osobą złą i nikczemną [Aronson, 2012]. Jest to prosta droga do odmawiania kolejnych praw, poniżania a wreszcie odczłowieczania. Powoduje to bardzo niebezpieczną skłonność do coraz łatwiejszego ranienia, upokarzania czy wreszcie eliminowania tych, którzy zostali uznani za „podludzi" – redukowanie więc dysonansu poznawczego w taki sposób może mieć tragiczne następstwa – zwiększa prawdopodobieństwo, że będziemy gotowi popełniać coraz większe okrucieństwa.

Odpłacanie z nawiązką maksymalizuje dysonans. Im większa rozbieżność między tym, co sprawca uczynił tobie, a twoim odwetem, tym większy dysonans. Im większy dysonans, tym większa twoja potrzeba przypisywanie mu negatywnych cech, itd. Kiedy ktoś dopuszcza się aktu agresji - zwłaszcza z siłą niewspółmierną do tego, co uczyniła ofiara i co mogło wywołać ten akt, wówczas uruchamia siły poznawcze i emocjonalno-motywacyjne zmierzające do uzasadnienia agresji, co z kolei prowadzi do jej spotęgowania. To tłumaczy, dlaczego tak często dochodzi do eskalacji przemocy i konfliktów, także między państwami – każda ze stron uzasadnia swoje działania jako jedynie wyrównywanie rachunków.

Zimbardo [1969] wykazał, że osoby anonimowe i nierozpoznawalne przejawiają tendencję do zachowywania się w sposób bardziej agresywny niż osoby, które nie są anonimowe (znaczenie więzi). Mullen [1986] analizując natomiast sprawozdania prasowe z sześćdziesięciu linczów dokonanych w latach 1899 – 1946, stwierdził silny związek między

wielkością tłumu a przemocą – im większy tłum, tym straszniejszych dopuszczano się okrucieństw. Jeśli dehumanizacja jest procesem koniecznym do dokonania wobec osoby skrajnego aktu agresji [Feshbach, 1971], to rozwijając u ludzi wzajemną empatię możemy sprawić, że trudniej będzie im popełniać akty agresji [Baron, 1976].

Niezależnie od przejawianego współczucia i tolerancji może pojawić się u członków grup dominujących skłonność, by częścią odpowiedzialności obciążyć ofiarę. Może to przyjąć postać „dobrze zasłużonej opinii". A oto przykłady: „Jeśli Żydzi od początku swej historii są prześladowani, musieli zrobić coś naprawdę złego", „Jeśli została zgwałcona to musiała zachowywać się prowokacyjnie", „Jeśli Ci ludzie (Murzyni, emigranci, homoseksualiści) nie chcą popadać w kłopoty, dlaczego po prostu nie trzymają języka za zębami, nie pchają się tam gdzie ich nie chcą" itp. W takim kontekście rodzi się poczucie, że wymagania, jakie stawia się „obcym" grupom, są surowsze niż normy ustanowione dla większości. Jak na ironię, motywem wywołującym tę tendencję do obwiniania ofiar o to, że są prześladowane, do przypisywania przyczyn ich trudnego położenia cechom ich osobowości oraz brakowi zdolności, jest pragnienie, by widzieć świat jako miejsce, gdzie panuje sprawiedliwość. Jak wykazał Lerner [1996], ludzie skłonni są obarczać pokrzywdzonego odpowiedzialnością za niesprawiedliwy wynik, który inaczej trudno jest wytłumaczyć (może to przy okazji stanowić rodzaj błędnej atrybucji). Najwidoczniej boimy się myśleć, że żyjemy w świecie, w którym ludzie bez własnej winy mogą być pozbawieni tego, na co zasługują albo otrzymywać to, na co nie zasłużyli. Przekonanie o winie sprawcy pozwala nam prawdopodobnie, przynajmniej częściowo, uporać się z tak dramatycznymi wydarzeniami, kiedy miliony ludzi zostaje wymordowanych bez wyraźnego powodu. Jest to także łagodniejsza postać naszej skłonności do deprecjonowania osoby, której wyrządziliśmy krzywdę – agresor skłonny jest znieważać swoją ofiarę, dehumanizować ją, co pozwala krzywdzić ją dalej. Przypisywanie winy ofierze, wiara w sprawiedliwy świat, mogą być więc sposobami poradzenia sobie z negatywnymi cechami – emocjami, skłonnościami znajdującymi się w nas samych.

Piętno społeczne jest wszechobecne i obserwowane praktycznie w każdym społeczeństwie. Crocker i wsp. [1998] zauważają: „Uniwersalność piętna społecznego sugeruje, że ma ono jakieś funkcjonalne znaczenie dla osoby piętnującej, dla grupy, z której ta osoba pochodzi, dla społeczeństwa, lub też dla nich wszystkich". Z punktu widzenia jednostki piętnowanie innych może pełnić wielorakie funkcje, takie jak podnoszenie poczucia własnej wartości, zwiększanie kontroli i ochrona przed lękiem. Piętnowanie może podnosić poczucie własnej wartości za pośrednictwem mechanizmów porównywania „w dół" [Wills, 1981].

Zgodnie z tą teorią, porównywanie się z innymi, będącymi w gorszym położeniu, może zwiększać subiektywne poczucie dobrostanu i podnosić poczucie własnej wartości. Porównywanie „ w dół" może być bierne – poszukiwanie innych, którzy są pod jakimś istotnym względem w gorszej sytuacji, lub aktywne – stawianie innych w niekorzystnej sytuacji poprzez ich dyskryminowanie. Piętno wzbudza lęk i poczucie zagrożenia u podmiotów postrzegających. Piętnowanie innych może zatem zwiększać postrzeganą i rzeczywistą kontrolę sprawowaną przez piętnującego w takiej mierze, w jakiej prowadzi ono do odmiennego traktowania, systematycznego unikania, segregacji i marginalizacji osób, które stanowią domniemane zagrożenie dla dobrostanu osoby piętnującej (przestępcy, chorzy psychicznie) lub dla jej wartości (wyznawcy innej religii). Poczucie kontroli u postrzegającego może także wzrosnąć ze względu na to, że piętnowanie wywołuje stereotypowe skojarzenia dla takich obiektów; stereotypy tworzą szerszy kontekst, który pozwala wyjść osobie postrzegającej poza bezpośrednie informacje i formułować wnioski na temat charakteru i przyszłego zachowania obiektu [Mackie i wsp., 1996]. Piętno może wzbudzać u innych szczególny rodzaj lęku – lęk egzystencjalny, który wynika z uświadomienia sobie własnej śmiertelności. Zgodnie z teorią opanowania trwogi [Salomon i wsp., 1991], do wzbudzenia lęku egzystencjalnego wystarcza często samo dostrzeżenie odmienności i dewiacji. Dzieje się tak zwłaszcza wtedy, gdy owa odmienność wzbudza w ludziach lęk, że spotkać ich może to samo. Z kolei lęk egzystencjalny motywuje ludzi do konsolidacji własnego kulturowego oglądu świata – m.in. odrzucenia odmieńców, którzy odbiegają od norm i standardów kulturowych [Heatherton i wsp., 2007].

Rozważając znaczenie stygmatyzowania dla piętnującego dotykamy zagadnienia samooceny, której zaniżenie może być z jednej strony skutkiem napiętnowania, a z drugiej czynnikiem „prowokującym" stygmatyzację. Piętnowanie może także podnieść poczucie własnej wartości uruchamiając porównania międzygrupowe. Kwestia tożsamości społecznej staje się ważna, kiedy znamię wiąże się przede wszystkim z przynależnością do pewnej kategorii ludzi (grupy rasowej, etnicznej, narodowej, ale też kategorii osób dotkniętych chorobą psychiczną), w odróżnieniu od cech indywidualnych. Zgodnie z teorią tożsamości społecznej [Tajfel i Turner, 1979], podział ludzi na „obcych" i „swoich" wzmaga motywację do postrzegania własnej grupy jako wyjątkowej w pozytywnym sensie. Motywacja ta, podobnie jak porównywanie „w dół", może skłonić do poszukiwania wymiarów, które faworyzują „swoich" względem „obcych", a także pobudzić do czynnego dyskryminowania

„obcych". Faworyzowanie „swoich" względem „obcych" może więc wpłynąć pozytywnie zarówno na grupowe jak i osobiste poczucie własnej wartości.

Piętnowanie może wynikać także z prób usprawiedliwienia lub racjonalizacji społecznego *status quo,* wiążącego się często z instytucjonalnymi formami dyskryminacji i segregacji, które służą zarówno jednostkom jak i grupom. Z perspektywy jednostki ten rodzaj piętnowania może zwiększyć jej osobiste szanse poprzez ograniczenie szans potencjalnych konkurentów. Ta forma piętnowania służy także usprawiedliwianiu grupy, dostarczając racjonalnych argumentów, które pozwalają uzasadnić i usprawiedliwić odmienny sposób traktowania określonych grup. Wzmacnia też zbiorową kontrolę jednej grupy nad drugą poprzez systematyczną dyskryminację, a także segregację pod względem miejsca zamieszkania, ról zawodowych czy społecznych. Jakkolwiek fundamentem rasizmu jest przekonanie, że rasa to konstrukt biologiczny, w rzeczywistości rasa (podobnie jak inne piętnujące cechy) jest konstrukcją społeczną, która umożliwia wyzysk jednej grupy przez drugą, dzięki usprawiedliwiającej ten wyzysk ideologii [Fields, 1990]. To, które grupy zostaną napiętnowane, zależy od funkcji, jaką piętnowanie pełni z punktu widzenia grupy dominującej. Na przykład w okresie imigracji z południa Europy do Stanów Zjednoczonych na początku XX wieku, stanowiącej ekonomiczne i społeczne zagrożenie dla wielu Amerykanów, Włosi byli charakteryzowani jako gorsi intelektualnie i rasowo. W nazistowskich Niemczech z kolei piętnowanie Żydów służyło celom ekonomicznym i politycznym. Choć lęk opisywany w teorii opanowania trwogi ma charakter wyłącznie osobisty, zagrożenie integralności i przyszłości własnej grupy także zaostrza międzygrupowe uprzedzenia, konflikty, brak tolerancji dla odmienności i piętnowanie [Brewer, Brown, 1998].

Niski poziom uczestnictwa lub brak uczestnictwa w życiu zbiorowym uznaje się za problem z co najmniej dwóch powodów:

1. życie zbiorowe uznaje się za cenne samo w sobie - jesteśmy istotami społecznymi i uczestnictwo społeczne jest zgodne z naszą naturą, a więc ktoś, kto uczestniczy w mniejszym stopniu, w mniejszym też stopniu realizuje własne człowieczeństwo;

2. życie zbiorowe jest instrumentem osiągania innych cennych rzeczy, przy czym mogą być one cenne z punktu widzenia własnego interesu jednostki (np. uczestnictwo w produkcji daje m.in. korzyści finansowe) i/lub tak czy inaczej pojmowanego dobra wspólnego (wtedy mowa o obowiązkach wobec społeczeństwa, np. uczestnictwo w produkcji powiększa wytworzony produkt, uczestnictwo w konsumpcji tworzy popyt).

Społeczne zakorzenienie, włączanie w życie zbiorowe czy integracja ze społeczeństwem dokonują się za pośrednictwem pewnych instytucji i systemów społecznych, np. rynku pracy, rynku konsumpcji, systemu edukacji, systemu zabezpieczenia społecznego. Uczestnicząc w tych instytucjach i systemach uczestniczymy w życiu społeczeństwa i korzystamy z jego dobrodziejstw; są to struktury pośredniczące na drodze do pełnego uczestnictwa (w wystarczającej liczbie ważnych instytucji i aspektów społeczeństwa). Jeżeli „dostęp" rozumiemy jako „możność", to „brak dostępu" jest „brakiem możności", a stąd już blisko do „braku możliwości". Na tej podstawie możemy postawić znak równoznaczności między „brakiem możliwości uczestnictwa w ważnych instytucjach społecznych" a „brakiem dostępu do ważnych instytucji społecznych". Nacisk na dostęp sugeruje może bardziej problemy zewnętrzne wobec samej jednostki, tzn. ktoś nam ogranicza dostęp, a nie my sobie go ograniczamy własnym zachowaniem, chociaż dostęp może być też ograniczony niepełnosprawnością [Szarfenberg, 2003].

1.3. Typy i wymiary piętna.

Próby kategoryzacji różnych rodzajów piętna mają długą historię. Goffman w swojej klasycznej monografii zatytułowanej: *Stigma: Notes on the management of spoiled identity* [1963, wyd. pol. 2005] rozróżnia trzy rodzaje piętna i cech piętnujących: „brzydota cielesna" czyli deformacje fizyczne, „wady charakteru" w ramach czego ujmuje zaburzenia psychiczne, nałogi, bezrobocie oraz „piętna grupowe" to jest rasę, płeć, wyznanie czy narodowość. W innym ujęciu Jones i wsp. [1984] zidentyfikowali sześć wymiarów atrybutu piętnującego: „widoczność" np. oszpecenie twarzy, „zmiany atrybutu w czasie" czyli na ile dana cecha staje się coraz bardziej widoczna lub ma postępujący charakter np. stwardnienie rozsiane, „destrukcyjność", która odnosi się do stopnia w jakim cecha piętnująca zakłóca płynność relacji interpersonalnych - np. jąkanie, „estetyka" czyli subiektywna reakcja na brzydotę piętna, „pochodzenie" cechy piętnującej – wada wrodzona, przypadkowa, intencjonalna, „niebezpieczeństwo", czyli zagrożenie, jakie w opinii innych może stwarzać dany atrybut - np. śmiertelna choroba.

Crocker i wsp. [1998] twierdzą z kolei, że najważniejszymi wymiarami piętna z punktu widzenia osoby piętnującej i napiętnowanej są „widoczność" i „możliwość kontroli". Dowodzą, że widoczne piętno samo rzuca się w oczy i dlatego „może dostarczać schematu, który w całości przesądza o sposobie postrzegania napiętnowanego". Autorzy ci uważają ponadto, że widoczna cecha piętnująca może wywołać niepewność co do tego, komu

przypisać takie a nie inne „wyniki” – może sprawić, że osoba napiętnowana nie będzie nigdy pewna, czy jej negatywne oceny są zasłużone, czy też są efektem cudzych uprzedzeń. Widoczność cechy piętnującej może decydować o tym, jak ludzie będą sobie dawać radę z piętnem, ile wysiłku będą wkładać w ukrywanie piętna i czy będą porównywać się z innymi napiętnowanymi. Osoby z niewidocznym piętnem nie muszą doświadczać odrzucenia, ale są narażone na inne koszty, które w konsekwencji mogą wpłynąć na ich dobrostan – utratę możliwości porównywania się z innymi podobnymi osobami i utrata wsparcia społecznego z ich strony [Major i Gramzow, 1999].

Wymiar: podmiot postrzegający – obiekt. Jedną z podstawowych kwestii w analizie piętna i piętnowania jest uwzględnienie odmiennych perspektyw i doświadczeń tych, którzy piętnują i tych, którzy są napiętnowani [Diovidio i wsp., 2008]. Ci, którzy piętnują są nazywani „podmiotami postrzegającymi”, „nienapiętnowanymi” lub „normalsami”. Zauważyć należy, że ludzie, którzy piętnują, sami mogą zostać napiętnowani. Może to dotyczyć innego wymiaru – głusi piętnujący ciemnoskórych, tego samego wymiaru – Azjaci piętnujący Murzynów, a nawet różnic w obrębie tej samej grupy – Murzyni o jaśniejszej skórze piętnujący tych o skórze ciemniejszej [Russel i wsp., 1992]. Jak należy uznać, „podmioty postrzegające” nie są po prostu obserwatorami, ale czynnymi uczestnikami procesów percepcyjnych, pamięciowych, interpretacyjnych, atrybucyjnych i behawioralnych, które mogą nasilać i utrwalać piętnowanie. Również stygmatyzowane „obiekty” nie są biernymi odbiorcami piętnowania, lecz podmiotami postrzegającymi, które interpretują, radzą sobie i w określony sposób reagują na piętnowanie.

Wymiar: tożsamość osobista – tożsamość grupowa. Fiske i Neuberg [1990] sugerują, że: „wrażenie jakie robią na nas inni ludzie, jest wynikiem różnorodnych procesów, które można umieścić na skali odzwierciedlającej stopień, w jakim postrzegający wykorzystuje specyficzne cechy obiektu”. Na jednym końcu tej skali umieścić można procesy odwołujące się do kategorii – w przypadku tych procesów o wrażeniu decyduje przynależność do grupy, a cechy indywidualne mają minimalny udział. Na drugim końcu skali umiejscowimy natomiast procesy indywiduacji, w toku których wrażenie powstaje pod wpływem cech indywidualnych, a nie przynależności do kategorii. Również w modelu dwoistego procesu powstawania wrażenia [Brewer, 1988], rozróżnia się reagowanie na osobę i reagowanie na kategorię, do której ona należy. Proces reagowania ma charakter indukcyjny i opiera się na danych. Rozpoczyna się na poziomie najbardziej konkretnym i zatrzymuje na najniższym poziomie abstrakcji odpowiednio do głównego celu przetwarzania danych. Natomiast proces

reagowania na kategorię polega na przechodzeniu od ogółu do szczegółu. Brewer [1988], podobnie jak Fiske i Neuberg [1990] uważa, że proces reagowania na kategorię występuje częściej niż proces reagowania na osobę, ponieważ wiedza społeczna jest na ogół zorganizowana w ramach kategorii społecznych.

Rozróżnienie tożsamości osobistej i społecznej jest kluczowe z perspektywy zarówno obiektu jak i podmiotu postrzegającego. Według teorii autokategoryzacji [Turner i wsp., 1987], są to dwa krańce pewnego kontinuum, a miejsce zajmowane na tym kontinuum przez jednostkę określa jej reakcje. Kiedy na pierwszym planie jest tożsamość osobista, zachowanie wyznaczają przede wszystkim potrzeby, standardy, przekonania i motywy jednostki. Kiedy dominuje tożsamość społeczna, ludzie spostrzegają samych siebie jako wymiennych przedstawicieli jakiejś kategorii społecznej, a nie jako niepowtarzalne osobowości określone przez różnice indywidualne W tych warunkach zasadnicze znaczenie mają grupowe potrzeby, cele i standardy. Tak więc to, która z tożsamości danej osoby – osobista, czy społeczna – jest dominująca, decyduje o sposobie postrzegania, interpretowania, oceniania i reagowania na sytuacje i inne osoby.

Wymiar: afektywny – poznawczy – behawioralny. Elementy afektywne, poznawcze i behawioralne odpowiadają podstawowym składnikom trójstronnego spojrzenia na postawy w ogóle i postawy międzygrupowe w szczególności. Pomimo pewnych rozróżnień co do udziału poszczególnych elementów w procesie kształtowania relacji społecznych, piętnowanie odzwierciedla pewną mieszankę tych procesów i ich interakcji, przy czym prymat mają czynniki, które są funkcją natury piętna, kontekstu w jakim dochodzi do napiętnowania i różnic indywidualnych pomiędzy uczestnikami interakcji. Jak się uważa, reakcje afektywne mogą odgrywać pierwszoplanową rolę, kiedy piętno dotyczy deformacji fizycznych. Po afektywnej reakcji na tego rodzaju piętno, występuje natychmiastowa awersyjna reakcja behawioralna. Reakcje takie mogą mieć genetyczne, ewolucyjne podstawy, pojawiają się bowiem niezależnie od kultury, we wczesnym stadium rozwoju [Jones i wsp., 1984] i u różnych gatunków [Wilson, 1975]. Czynniki poznawcze odgrywają w tym przypadku drugorzędną, aczkolwiek istotną rolę; reakcje te - proste i prymitywne - mogą ulec zmianie pod wpływem uczenia się i doświadczenia. Dodatkowo uświadomienie sobie społecznych i osobistych standardów może doprowadzić do pojawienia się całkowicie odmiennej emocji – współczucia. Należy zatem zauważyć, iż w konsekwencji poznawczych modyfikacji wyjściowej reakcji negatywnej, postawy wobec ludzi fizycznie zdeformowanych lub niepełnosprawnych mogą być silnie ambiwalentne [Katz, 1981].

O ile w pierwszych reakcjach na piętno o charakterze indywidualnym dominują czynniki afektywne, o tyle pierwsze reakcje na piętno o charakterze społecznym są bardziej „chłodne", racjonalne. Na przykład piętno grupowe jest często skojarzone z dobrze wyuczonymi, pojawiającymi się niemal automatycznie stereotypami. Te stereotypowe schematy, spontanicznie dostępne w świadomości, w znacznym stopniu wpływają na sposób kodowania, przechowywania i odzyskiwania informacji: „Schematy – raz uruchomione – wpływają na to, jak szybko postrzegamy, co zauważamy, jak interpretujemy to, co zauważamy i co postrzegamy jako podobne, a co jako różne" [Fiske i Taylor, 1991]. Wpływają również na to, jak postrzegający zachowuje się wobec obiektu i ostatecznie na to, jak reaguje obiekt. Afekt w tego typu sytuacjach ma z kolei znaczenie drugorzędne.

Gdyby chcieć umieścić w tym modelu terminy bliskoznaczne stygmatyzacji to kategoryzacja jako rodzaj uproszczenia, a stereotypizacja jako uogólnienie odpowiadałyby wymiarowi poznawczemu, uprzedzenie – emocjonalnemu, natomiast dyskryminacja, wykluczenie społeczne i marginalizacja realizowane byłyby najbardziej behawioralnie.

Związek między tożsamością osobistą/grupową a reakcjami afektywnymi/poznawczymi, nie zawsze jest związkiem koniecznym. Na przykład reakcje emocjonalne (gniew, współczucie) na osobę chorą na AIDS – znamię w znaczącej mierze indywidualne, mogą zależeć w dużym stopniu od tego, gdzie postrzegający lokuje przyczynę choroby (zażywanie narkotyków vs. transfuzja krwi) – co wiąże się bezpośrednio z aktywnością poznawczą. Reakcje na piętno: afektywne, poznawcze i behawioralne, mogą pojawiać się w różnej kolejności, a ich skutki nie muszą być od siebie zależne. To, który typ reakcji jest pierwszy lub najważniejszy, uzależnione jest od typu piętna, kontekstu w jakim dochodzi do napiętnowania, różnic indywidualnych w sferze doświadczeń, przekonań, wartości, celów i ról.

Przedstawiony model trójwymiarowy, użyteczny ze względu na charakter porządkujący tematykę piętna, nakazuje zwrócenie uwagi na pewne jego ograniczenia. Wymiar podmiot postrzegający – obiekt implikuje, że piętnowanie występuje wyłącznie w sytuacjach społecznych. Jest to zgodne z podejściem Jonesa i wsp. [1984], który kładzie nacisk na piętno w transakcjach społecznych, przede wszystkim w kontaktach indywidualnych. Trzeba jednak podkreślić, że piętno jest zjawiskiem grupowym i kulturowym, a nie po prostu interpersonalnym. Wiele skutków piętna pojawia się pod nieobecność interakcji z podmiotem postrzegającym. Crocker [1999] twierdzi, że piętnowaniu kształt nadaje interakcja pomiędzy reprezentacjami grupowymi, które człowiek wnosi do sytuacji i naturą tej sytuacji, a nie

interakcja pomiędzy podmiotem postrzegającym a obiektem. Kulturowe reprezentacje to stereotypy, ideologie, wartości i przekonania – powszechnie znane, często powszechnie podzielane i przekazywane przez mass media, choć niekoniecznie akceptowane. Ludzie napiętnowani wiedzą – z doświadczenia, albo dzięki świadomości kulturowych reprezentacji, że inni dewaluują ich społeczną tożsamość [Crocker i wsp., 1998]. Świadomość jednostki, że jej tożsamość społeczna jest dewaluowana, może zagrażać zarówno poczuciu wartości grupowej, jak i poczuciu własnej wartości, chociaż nie musi prowadzić do jej obniżenia. Osoby napiętnowane nie tylko wiedzą, że ich społeczna tożsamość jest dewaluowana przez innych, ale także są świadome stereotypów dotyczących swojej grupy. Ta świadomość może być z kolei źródłem szczególnej wrażliwości, którą Steele i Aronson [1995] określili jako „poczucie zagrożenia stereotypami". W odróżnieniu od potencjalnie zgeneralizowanej reakcji na dewaluowanie grupy, do której należy jednostka, poczucie zagrożenia stereotypami prowadzi do poczucia zagrożenia Ja tylko wówczas, gdy treść negatywnego stereotypu jest wyrazista i dotyczy bezpośrednio zachowania lub atrybutów jednostki w danej sytuacji. Na przykład podkreślenie, że test diagnozuje uzdolnienia, może zwiększyć wyrazistość stereotypu na temat intelektualnych ograniczeń Afroamerykanów, ale nie powoduje obniżenia wyników Amerykanów pochodzenia europejskiego [Steele i Aronson, 1995]. Ustalenia te pokazują, że negatywne skutki piętna mogą się pojawić także wtedy, gdy nie zachodzi interakcja między podmiotem postrzegającym a obiektem, a nawet wtedy, gdy postrzegający nie jest obecny.

ROZDZIAŁ II. Osoba chorująca psychicznie wobec piętna

2.1. Kontekst historyczny, kulturowy i ideologiczny.

Zagadnienie piętna prowadzącego do społecznego wykluczenia wiąże się bezpośrednio z ideą integracji społecznej i społeczeństwa obywatelskiego, a ta dotyka z kolei problemu ładu i porządku społecznego. Doświadczenie bycia we wspólnocie dotyka jednocześnie potrzeb i predyspozycji jednostek tworzących daną społeczność. Tworzy się zatem system uwarunkowań wynikający z potrzeby wspólnego funkcjonowania jednostek z ich indywidualnymi ograniczeniami. Wyrazem niepokoju o możliwość istnienia społeczeństwa było stwierdzenie Tomasa Hobbes'a - „*bellum omnis contra omnes"* (o wojnie wszystkich ze wszystkimi).

Ważny do dziś podział wykluczonych wprowadzony został co najmniej w Średniowieczu. Dzielono wtedy wykluczonych na *godnych tego, żeby im pomagać*, ponieważ znaleźli się oni poza społecznym domem bez własnej winy, np. sieroty, samotni, starcy i *niegodnych pomocy,* którymi byli ci, którym przypisywano winę za to, że znaleźli się w społecznym niebycie. Wyróżniały tę kategorię takie cechy, jak zdolność do pracy, pozostawanie bez niej i oddawanie się zajęciom pogardzanym przez większość, np. prostytucja, hazard, włóczęgostwo, pijaństwo. Sytuację zmieniło nieco odkrycie tego, że osoby nawet bardzo niepełnosprawne mogą pracować, alkoholizm i hazard mogą stanowić choroby, a pozostawać bez pracy i bez domu można wbrew swej woli.

Zakłada się, że piętnowanie innych pełni istotne funkcje u piętnujących. Przyczyn piętnowania poszukiwać należy jednocześnie w osobistych - indywidualnych cechach piętnujących oraz mechanizmach grupowych uwarunkowanych historycznie, biologicznie (ewolucyjnie), kulturowo czy psychologicznie. Ludzie mogą piętnować innych, aby ułatwić sobie zrozumienie ich złożoności [Fiske i Neuberg, 1990], poprawić mniemanie o sobie [Wills, 1981], poprawić mniemanie o własnej grupie [Tajfer i Turner, 1986], usprawiedliwić własną uprzywilejowaną pozycję w społeczeństwie [Jost i Banaji, 1994], uzasadnić jakiś ważny pogląd na świat [Crocker i wsp., 1998].

Psychologowie ewolucyjni sugerują, że zwierzęta mają wyraźną skłonność do wykazywania większej przychylności wobec zwierząt podobnych pod względem genetycznym, oraz do przejawiania strachu i odrazy wobec organizmów genetycznie niepodobnych, nawet jeżeli te ostatnie nigdy nie wyrządziły im żadnej krzywdy [Gould,

1977]. Ich zdaniem, uprzedzenie jest wrodzone, jako biologiczny mechanizm przetrwania, który powoduje, że faworyzujemy własną rodzinę, plemię, czy rasę, a obawiamy się czy nie lubimy obcych. Jednocześnie my jako ludzie – istoty społeczne, podlegamy skłonnościom do bycia otwartymi, przyjaznymi i gotowymi do współpracy. Jeśli tak jest, można podejrzewać, że to raczej kultura (rodzina, społeczność, media) decyduje o tym, komu przypisujemy negatywne cechy, które powodują uprzedzenia. Założenie, że korzenie piętna mogą być uzasadniane ewolucyjnie, nie może być jednak uzasadnieniem dla biologicznego determinizmu. Fakt, że pewne rodzaje piętna były dostosowane do społecznego i fizycznego otoczenia z naszej ewolucyjnej przeszłości nie oznacza, że zachowały one do dziś swoją adaptacyjną funkcję. Wreszcie to, że pewne rodzaje piętna były adaptacyjne czy naturalne, nie oznacza , że są one dobre, właściwe czy moralnie usprawiedliwione. „Może być prawdą, że we wczesnym okresie ewolucji człowieka zachowania o charakterze wysoce rywalizacyjnym i agresywnym były przystosowawcze. Kiedy jednak rozglądamy się dokoła i widzimy świat pełen nienawiści i braku zaufania między narodami, rasami, plemionami, bezsensownych rzezi, terroryzmu, broni biologicznej, chemicznej i nuklearnej w ilości wystarczającej do wielokrotnego zgładzenia całej ludzkości wówczas czujemy się uprawnieni do zakwestionowania aktualnej wartości agresji dla przetrwania" [Aronson, 2012].

Sytuacja chorych psychicznie na przestrzeni dziejów związana była ściśle z panującymi w danej epoce poglądami na zjawiska psychiczne. O ile w starożytnej Grecji i Rzymie panowały niezwykle postępowe poglądy na temat zaburzeń psychicznych i ich pochodzenia, o tyle w okresie Średniowiecza czy Odrodzenia, nie tylko dla psychiatrii ale wszystkich dziedzin medycyny i nauk przyrodniczych nastały czasy głębokiego mroku. Zagadnieniami z kręgu psychologii mogli zajmować się jedynie teologowie a ich badania opierały się na mistycyzmie i przesądach. Był to czas nie tylko błędnego postrzegania i interpretowania zjawisk psychicznych, ale przede wszystkim okres wyjątkowo okrutnej stygmatyzacji związanej z chorobą psychiczną. W okresie XV – XVIII wieku, w Europie spalono około 50 000 osób, co miało być karą za „kontakty z szatanem", jak tłumaczono odmienne zachowanie związane z psychozą. Budowano także specjalne miejsca odosobnienia dla osób uznanych za „opętane", gdzie chorzy ci traktowani byli dalece poniżej ludzkiej godności.

Za moment przełomowy w traktowaniu osób chorujących psychicznie należy uznać czasy Rewolucji Francuskiej i działalność Philippe Pinel'a, dzięki któremu doszło do symbolicznego uwolnienia chorych z kajdan i rozwoju lecznictwa psychiatrycznego, chociaż

w wielu krajach europejskich nie brakowało nadal przykładów barbarzyńskiego traktowania chorujących psychicznie, co może potwierdzać tezę o głębokim osadzeniu psychiatrii w lokalnej kulturze i rozwoju społecznym.

Rozwój psychiatrii naukowej XIX wieku to z jednej strony uznanie osoby w chorym psychicznie a z drugiej poszukiwanie natury zaburzeń psychicznych i prób ich leczenia. Od początku konkurowały ze sobą koncepcje psychologiczne i biologiczne. Od momentu, gdy za istotę chorób psychicznych uznano zmiany anatomiczne, lekarze utracili wiarę w działanie środków farmakologicznych a szerokie zastosowanie w leczeniu znalazły metody psychochirurgiczne. Ów nihilizm terapeutyczny pogłębiły jeszcze koncepcje B. A. Morela (1809 – 1873) i E. Kraepelina (1856 – 1926). Jedną z konsekwencji stało się uznanie chorych psychicznie za niegodnych życia. Pogląd ten został prawnie usankcjonowany w Niemczech w 1933 roku *Ustawą o zapobieganiu potomstwu obciążonemu dziedzicznie*. Jej stosowanie spowodowało poddanie sterylizacji w Niemczech około 323 tys. osób oraz utworzenie w lipcu 1939 roku tajnej komisji do uśmiercania chorych psychicznie pod nazwą T-4. W wyniku powyższego podczas II Wojny Światowej zgładzono około 70 tys. chorych psychicznie obywateli niemieckich i 27 tys. obywateli polskich, a na obszarze Europy Środkowo-Wschodniej jak się podaje - blisko pół miliona. O ile w Niemczech system totalitarny przeznaczył chorych psychicznie na zagładę, o tyle w Związku Sowieckim psychiatria wykorzystywana była do celów politycznych [Nasierowski, 2000; Leidinger i Cechnicki, 2012].

W wieku XX. nihilizm terapeutyczny wobec osób chorujących psychicznie był stopniowo przełamywany przez wprowadzanie kolejnych metod leczniczych: od osiągnięcia J. Wagnera-Jauregga (1857 - 1940), który zastosował malarię trzydniową do leczenia porażenia postępującego (Nagroda Nobla w 1927 r.), aż do odkrycia leków antypsychotycznych w 1950 roku przez Charpentiera. Rozwój biologicznych metod leczenia chorych psychicznie był z kolei wzmacniany przez coraz większy udział oddziaływań psychologicznych i społecznych, co spowodowało powolne przekształcanie systemu opieki psychiatrycznej z potężnych, stygmatyzujących, oddalonych od siedzib ludzkich instytucji szpitalnych, w psychiatrię środowiskową, organizowaną lokalnie w miejscu zamieszkania pacjenta w oparciu o oddziały psychiatryczne szpitali ogólnych, oddziały dzienne, zespoły leczenia środowiskowego i poradnie zdrowia psychicznego. W Polsce i innych krajach tzw. bloku wschodniego proces ten znajduje się nadal na wczesnym etapie rozwoju.

2.2. Antycypacja piętna a piętno doświadczane.

Jak zauważają Cechnicki i wsp. [2007]: „Choroba psychiczna jest nie tylko kompleksem objawów psychopatologicznych, ale przede wszystkim codziennym doświadczeniem chorej osoby, które dzieli z rodziną i dalszym otoczeniem społecznym. Doświadczenie to często wiąże się z kryzysem więzi, zaufania, utratą statusu i większą zależnością od osób i instytucji oraz wykluczeniem z wielu obszarów życia. To, w jakiej mierze dotyka chorej osoby, wiąże się nie tylko z nasileniem objawów choroby, ale także jej wizerunkiem i odbiorem społecznym oraz subiektywnym obrazem siebie i przeżywanego odrzucenia".

Badania dotyczące postaw w stosunku do osób chorujących psychicznie były prowadzone w wielu krajach, także w Polsce, w ramach Programu „Schizofrenia – Otwórzcie Drzwi" realizowanego przez ZG PTP przy współpracy z WPA. Wnioski z badań ukazują obszary obojętności, bezradności, braku szacunku i lęku, jakie budzi osoba chorująca psychicznie. Wyniki te wspierają przekonania chorych, rodzin i profesjonalistów o potrzebie działań edukacyjnych zmierzających do zmiany wizerunku osoby chorującej psychicznie w społeczeństwie [Wciórka i Wciórka, 2002].

Celem wielu badań ostatnich lat jest próba opisania i zrozumienia zjawiska subiektywnego przeżywania piętna choroby psychicznej przez osoby nią dotknięte i członków ich rodzin. Wahl [1999] badał początkowo przeżywane uczucia. Jako dominujące występowało uczucie zranienia, złości, obniżonej samooceny, którym towarzyszyło głębokie przekonanie o konieczności powszechnej edukacji o psychozie. Dickerson i wsp. [2002] badali antycypację i doświadczenie piętna u chorych psychicznie leczonych ambulatoryjnie. Aż 70% respondentów ujawniło obawy związane z postrzeganiem ich przez innych jako osoby chore psychicznie, 58% unikało ujawnienia faktu chorowania, 55% słyszało nieprzyjemne stwierdzenia dotyczące chorych psychicznie od innych ludzi a 43% negatywne przekazy w mediach. Podobnej metody użyli Schulze i Angermeyer [2003], badając nie tylko pacjentów ale także ich rodziny i pracowników zatrudnionych w opiece psychiatrycznej. Rezultatem było wyłonienie czterech obszarów piętna: „relacji interpersonalnych", „strukturalnej dyskryminacji, „ obrazu choroby psychicznej w społeczeństwie" i „dostępu do ról społecznych". Największym obszarem piętna wskazanym przez wszystkie trzy grupy badanych było gwałtowne kurczenie się „relacji międzyludzkich".

W innym projekcie, gdzie badano chorych na schizofrenię i depresję z dużych i małych miast, potwierdzono, że większość pacjentów oczekiwała negatywnej reakcji ze strony

środowiska, szczególnie w zakresie możliwości podjęcia pracy [Angermeyer, 2004]. Konkretne, dyskryminujące doświadczenia obejmowały natomiast całą sferę stosunków z innymi ludźmi. Pacjenci ci w dużym stopniu antycypowali stygmatyzację. Osoby żyjące w małych miastach przewidywały zachowania dyskryminujące częściej, niż osoby z dużych miast, chociaż i jedne i drugie doświadczały jej na tym samym poziomie.

W jednym z badań subiektywnego doświadczenia dyskryminacji przeprowadzonym w Brescii (Włochy), wzięły udział osoby cierpiące z powodu schizofrenii i ich rodziny. W toku nagrywanych, a następnie reflektowanych dyskusji w trzech grupach pacjentów i trzech składających się z rodzin, wyłoniono następujące kategorie piętna: jakość leczenia psychiatrycznego, wykluczenie z rynku pracy i edukacji, społeczne wycofanie, brak informacji, negatywny przekaz medialny, brak zrozumienia, przesądy, dyskryminacja własna (*self-stigma*) pacjentów i rodzin [Buizza i wsp., 2003].

Niepokojąco kształtuje się także wizerunek osób chorujących psychicznie w społeczeństwie w opiniach pytanych 202 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii i zespołów schizofrenopodobnych z terenu Małopolski [Cechnicki i wsp., 2007]. Większość z nich była przekonana o istnieniu negatywnego obrazu, stereotypu osoby chorej psychicznie, jako osoby niebezpiecznej (65%), nieobliczalnej (52%) i takiej, która nie może być skutecznie leczona (41%). Przekonania badanych z terenu Małopolski są zgodne z ogólnopolskimi badaniami [Wciórka i Wciórka, 2002]. W opinii badanych Polaków schizofrenia należy do chorób wstydliwych (72%), jednej z najcięższych (61%), trwającej niejednokrotnie przez całe życie (30%), rzadko uleczalnej i prowadzącej do inwalidztwa (23%). W badaniu krakowskim ponad 60 % respondentów antycypowało dyskryminację w zakresie kontaktów z innymi ludźmi, podkreślając najczęściej negatywny stosunek do osób chorujących i unikanie z nimi kontaktu. W opinii dotyczących związków partnerskich zdecydowana większość badanych (75%) była przekonana, że osoby zdrowe nie chcą wchodzić w związki z osobami chorującymi. Także w badaniach amerykańskich [Dickerson i wsp., 2002] i niemieckich [Schulze i Angermeyer, 2003], największym obszarem piętna były relacje międzyludzkie. Równie silnie jest wyrażana w badaniu krakowskim opinia o braku dostępu do zatrudnienia. Zdecydowana większość badanych uważa, że pracodawcy nie zatrudniają osób chorujących psychicznie (76%), że nie należy ujawniać faktu chorowania przed pracodawcą, aby nie spotkać się z odmową zatrudnienia (70%). Podobne wyniki uzyskali w tym zakresie autorzy włoscy, amerykańscy i niemieccy [Buizza i wsp., 2003; Dickerson i wsp., 2002; Schulze i Angermeyer, 2003].

W odniesieniu do doświadczeń własnych osób chorujących psychicznie należy stwierdzić, że najczęstszym obszarem doświadczanego piętna jest kontakt z innymi ludźmi oraz obszar pracy, co wiąże się ściśle z antycypowanym piętnem przez te osoby. W przytaczanych już badaniach krakowskich [Cechnicki i wsp., 2007], zdecydowana większość badanych doznała od innych odrzucenia z powodu choroby psychicznej (87%), a z połową badanych został zerwany z tego powodu kontakt (50%). Zarówno odrzucenia, jak i zerwania kontaktu respondenci w przeważającej części doznali od rodziny, przyjaciół i sąsiadów. Jako stosunkowo częste badani ocenili także zerwanie kontaktu (21%) i odrzucenie (26%) w miejscu pracy. Wyniki badań pacjentów z Małopolski stanowią potwierdzenie prac autorów niemieckich [Angermeyer, 2004; Schulze i Angermeyer 2003], gdzie największym obszarem piętna były relacje międzyludzkie i wyraźne ich zubożenie z powodu zachorowania.

Ciekawym i budującym jest jednocześnie, że wciąż duża liczba chorych psychicznie może liczyć na pozytywne reakcje ze strony innych osób. W badaniu krakowskim [Cechnicki i wsp., 2007] przeważająca część chorych psychicznie respondentów spotkała się ze zrozumieniem (71%) i troską (67%), głównie ze strony rodziny, przyjaciół i sąsiadów. Podobnie inni polscy autorzy [Wciórka i Wciórka, 2002] stwierdzali, że osobisty kontakt z osobami chorymi psychicznie, oprócz lęku, wyzwala często uczucia współczucia (57%), zakłopotania (55%) i bezradności (45%). Społeczny dystans wyrażał się tutaj natomiast m.in. w stosunku do pełnienia przez osoby chorujące psychicznie ról społecznych, w tym zawodowych. Większość ankietowanych była przeciwna powierzaniu osobom chorującym psychicznie prac, które są związane z odpowiedzialnością za innych ludzi takich, jak nauczyciel (70%) czy lekarz (68%). Stosunkowo niewielki odsetek badanych wyrażał z kolei sprzeciw, aby osoby chorujące występowały w rolach, które z taką odpowiedzialnością nie są związane, jak współpracownik (29%), czy sąsiad (22%). Wyniki badań holenderskich potwierdzają tendencję w myśleniu o osobach chorujących psychicznie – większość respondentów akceptowała takie osoby w roli sąsiada lub kolegi, natomiast tylko niewielka część badanych włączyłaby osoby chorujące psychicznie we własną rodzinę czy opiekę nad dziećmi [Van Weeghel i wsp., 2006].

Przytoczone wyniki dotyczące społecznego wizerunku osoby chorującej psychicznie są zbieżne z opiniami osób chorych psychicznie o piętnie, jakie wywiera choroba na możliwościach zatrudnienia i podjęcia innych społecznych ról po ich wyjściu z kryzysu. W badaniu krakowskim [Cechnicki i wsp., 2007] respondenci uważają, że pracodawcy nie

zatrudniają osób chorujących psychicznie (76%); są przekonani, że starając się o pracę należy ukrywać fakt choroby psychicznej (70%).

Jak pokazują badania pacjentów z Małopolski, stosunkowo niewielka liczba respondentów poczuła się osobiście dotknięta przeczytanym artykułem, programem w telewizji, czy filmem fabularnym. Ponad połowa badanych spotkała się natomiast z pozytywnym wizerunkiem osoby chorującej psychicznie w prasie i telewizji (62%), a także w filmie fabularnym (54%) [Cechnicki i wsp., 2007]. Znacząco różne są wyniki badań niemieckich, gdzie negatywny wizerunek osoby chorującej psychicznie w mediach podnoszą jako wyraźnie znaczący zarówno pacjenci, rodziny, jak i profesjonaliści [Schulze i Angermeyer, 2003; Angermeyer i wsp., 2003]. Nieco zaskakujące, pozytywne wyniki badania krakowskiego w zakresie wizerunku osoby chorującej psychicznie w mediach mogą świadczyć o korzystnych trendach kulturowych – zmianach w postrzeganiu psychiatrii, redukcji lęku przed ujawnianiem własnych problemów psychicznych - co może prowadzić do bardziej rzeczywistego wizerunku osoby chorującej psychicznie w środkach masowego przekazu. Należy także brać pod uwagę specyfikę środowiska krakowskiego, gdzie dzięki wieloletnim wysiłkom profesjonalistów, rodzin i samych pacjentów, znaczący odsetek ogólnej populacji miał okazję oswoić problem poważnych zaburzeń psychicznych, a stosunkowo duża część osób chorujących jest bardziej świadoma własnego wpływu na proces zdrowienia i tym samym mniej podatna na potencjalnie negatywny odbiór społeczny i wizerunek medialny.

Pomimo, że funkcjonujący społeczny stereotyp osoby chorującej psychicznie i doświadczane przejawy dyskryminacji są najważniejszym czynnikiem powodującym „oczekiwanie" przez te osoby stygmatyzacji, to także, jak się wydaje, antycypacja piętna i odrzucenia wpływa na poziom odczuwanego przez chorych psychicznie społecznego dystansu.

Istotnego wyjaśnienia, dlaczego ludzie mogą „oczekiwać" piętna, dostarcza Link [1987] w sformułowanej przez siebie *zmodyfikowanej teorii etykietowania*. Według niej ludzie w trakcie procesu socjalizacji internalizują społeczne koncepcje choroby psychicznej i uczą się postaw wobec chorych psychicznie. W ten sposób już na wczesnym etapie rozwoju kształtuje się wyobrażenie, co to znaczy być chorym psychicznie, a niebagatelną rolę odgrywają tutaj funkcjonujące w języku i mediach określenia chorych psychicznie, żarty, historyjki. Narasta także przekonanie, że postawy społeczne wobec chorych psychicznie są generalnie negatywne a relacje z chorymi charakteryzuje społeczny dystans. Gdy ktoś zaczyna leczyć się

psychiatrycznie, tzn. otrzymuje oficjalnie „etykietę" pacjenta, owe zinternalizowane przekonania nabierają dla niego nowego znaczenia – zaczynają odnosić się do niego i przekształcają się w „oczekiwanie odrzucenia", które wywiera niekorzystny wpływ na sposób przeżywania siebie i relacje społeczne.

2.3. Skutki napiętnowania. Piętno „własne".

W odróżnieniu od napiętnowania publicznego *(public sigma),* w procesie stygmatyzacji podkreśla się znaczenie internalizacji piętna lub samo-napiętnowania *(self-stigma).* Sądząc po sile oddziaływania negatywnych stereotypów można by sądzić, iż uznanie siebie za osobę chorą psychicznie spowoduje głębokie i trwałe obniżenie samooceny, co potwierdza część badań [Corrigan i wsp., 2006]. Z drugiej jednak strony wiadomo, że świadome i dojrzałe przeżywanie swojej choroby psychicznej może być postawą konstruktywną - sprzyjać zdrowieniu, budować poczucie Ja, niwelować uprzedzenia i stereotypy.

Uwewnętrznienie piętna nie tylko obniża poczucie własnej wartości, ale także odbiera możliwości podejmowania działań w życiu codziennym. Tym ważniejsze wydają się próby znalezienia odpowiedzi na pytania: dlaczego osoby tak różnią się pod względem stopnia, w jakim uwewnętrzniają społeczny stereotyp? Jakie są ukryte, indywidualne czynniki decydujące o identyfikacji ze społecznym piętnem lub o jego odrzuceniu? Czy uwewnętrznienie piętna powoduje obniżenie poczucia własnej wartości, czy jest jego skutkiem?

Zjawisko piętna własnego łączy się ściśle z pojęciem samooceny. Samoocena jest to system sądów, opinii i przekonań, które jednostka odnosi do swojej osoby w zakresie cech i możliwości, jakie posiada [Adamus, 2004]. Na kształtowanie się samooceny wpływa wiele czynników. Do najważniejszych z nich należą „czynniki anatomiczno-fizjologiczne oraz czynniki psychospołeczne związane z doświadczeniem dziecka: opinie i cechy innych, odnoszone sukcesy i doznawane niepowodzenia, porównywanie siebie z wzorami osobowymi, doświadczenia zdobyte na terenie domu, szkoły, a także pochodzenie społeczne, wykształcenie rodziców, ich pozycja społeczno-ekonomiczna" [Leśniak, 2003].

Osoby o niskiej samoocenie to osoby, u których istnieje duża rozbieżność między ja realnym a ja idealnym. Ten rodzaj samooceny w znacznym stopniu ogranicza aktywność jednostki. Takie osoby często wykazują wiele symptomów nieprzystosowania społecznego. Do cech jednostek z niską samooceną należą: „negatywna postawa w stosunku do samego siebie, nadwrażliwość, niedowierzanie innym, podejrzliwość, lęk i związane z nim silne

napięcie emocjonalne, nadwrażliwość na krytykę, obawa przed niepowodzeniem, poczucie beznadziejności i nieszczęścia, marzycielstwo, niska motywacja do działania bądź jej brak, poczucie bezwartościowości lub niepełnowartościowości, brak wiary we własne siły, pragnienie spokojnego życia, bez wzruszeń, niepokoju i ryzyka, w przypadku niepowodzenia – przygnębienie i zakłopotanie, brak stanowczości i pewności siebie, małe zainteresowanie światem zewnętrznym, introwersja, nadmierna samoanaliza. Do symptomów społecznych w obrębie tej samooceny zaliczamy: niską na ogół pozycję społeczną w grupie, trudności w kontaktach interpersonalnych, dystans w stosunku do innych osób, dość częste konflikty z otoczeniem, tendencję do uległości (submisja), zahamowanie społeczne (zachowania unikające i wycofujące), krytykę innych i brak zaufania do ludzi [Kulas, 1986].

Rodzaj samooceny wpływa znacząco na zachowanie i funkcjonowanie jednostki. W dużej mierze od samooceny zależy, jakie działania będzie ona podejmowała. Obraz własnej osoby jest czynnikiem osobotwórczym, który wpływa na motywację i oczekiwania człowieka oraz wiarę we własne siły i możliwości. Determinuje on także stosunki społeczne i oddziałuje na przystosowanie społeczne jednostki [Filist, 2012]. Diener [1984] w swoim przeglądzie literatury przedmiotu stwierdził, że poczucie własnej wartości jest najsilniejszym predykatorem zadowolenia z życia w Stanach Zjednoczonych i, że wyprzedza w tym względzie wszystkie czynniki demograficzne i obiektywne takie, jak wiek, dochody, wykształcenie, zdrowie i stan cywilny oraz pozostałe zmienne psychologiczne. Jak wynika z powyższego, samoocenę traktować należy jako centralny aspekt dobrostanu psychicznego.

Samoocena, czyli poczucie własnej wartości, może być z jednej strony traktowana jako ukształtowana wcześnie w ciągu życia i względnie stała zdolność do adekwatnego postrzegania własnej osoby z jej ograniczeniami i możliwościami, z drugiej jako dynamiczna struktura, która zmienia się stale w zależności od sytuacji i kontekstu społecznego. Kwestią otwartą pozostaje tym samym, na ile poziom i stabilność samooceny wpływa na zdolność codziennego funkcjonowania, a jak duże znaczenie dla samooceny ma rodzaj i natężenie społecznych interakcji. Szczególne znaczenie dla poczucia własnej wartości może mieć przynależność do grupy osób stygmatyzowanych.

Wśród pierwszych znaczących teorii, których celem było wyjaśnienie wpływu pozycji społecznej jednostki, a szczególnie zdewaluowanej tożsamości społecznej na poczucie własnej wartości była hipoteza „Ja odzwierciedlonego" [Cooley, 1956; Mead, 1975]. Jej podstawowym założeniem było twierdzenie, że Ja jest pewną konstrukcją społeczną i że nasze przekonania na własny temat tworzą się na podstawie obserwacji i interpretacji tego, jak na

nas reagują inni. Zgodnie z tym poglądem, nie można zrozumieć Ja, jeżeli nie zrozumie się kontekstu społecznego, w jakim ono funkcjonuje. Aby bez przeszkód i efektywnie kontaktować się z innymi, musimy antycypować ich reakcje na nas, a więc musimy się nauczyć widzieć samych siebie ich oczyma. Implikacje owej analizy dla osób napiętnowanych są oczywiste: dewaluacja przez stygmatyzację musi prowadzić do niskiej samooceny. Badania współczesnych autorów potwierdziły tylko część założeń hipotezy „Ja odzwierciedlonego". Porównania średniego poziomu samooceny wśród grup piętnowanych i niepiętnowanych przyniosły sprzeczne rezultaty [Crocker i Major, 1989], czy wręcz zaprzeczały takim prawidłowościom. Porównanie poczucia własnej wartości Afroamerykanów i Amerykanów pochodzenia europejskiego na ogół nie stwierdzały różnic, albo nawet obserwowano wyższą samoocenę Afroamerykanów [Porter i Washington, 1979; Gray-Little i Hafdahl, 2000].

Zależność samooceny i piętna uwewnętrznionego *(self-stigma)*, jest ważnym tematem podejmowanym przez wielu autorów [Anczewska i Wciórka, 2007; Corrigan i wsp., 2006; Camp i wsp., 2002; Berge i Ramney, 2005]. W ramach projektu INDIGO, którego celem było określenie poziomu subiektywnego doświadczenia piętna, przebadano 732 osoby chore psychicznie z 27 krajów Europy i obu Ameryk [Thornicroft i wsp., 2009]. Określano m.in. poziom dyskryminacji w poszczególnych krajach, obszary najbardziej dotknięte piętnem, związki pomiędzy poszczególnymi czynnikami demograficznymi i klinicznymi a antycypowanym i doświadczanym piętnem. Niezależnie od różnic kulturowych wyniki badania wskazują na stosunkowo wysoki poziom doświadczanego piętna. Jak stwierdzono, w dwóch kluczowych obszarach dyskryminacji, jakimi są praca i stosunki intymne, antycypowane piętno jest znacznie częstsze, niż wcześniej doświadczane. Stwierdzono także związek pomiędzy nasiloną antycypacją piętna i większą liczbą kontaktów psychiatrycznych a natężeniem doświadczanej dyskryminacji. Jednym z ważnych wniosków tego badania jest potrzeba wzmocnienia samooceny osób chorujących psychicznie, co powinno pomóc im w pokonywaniu samonapiętnowania, a dzięki temu w nawiązywaniu bliskich relacji oraz w poszukiwaniu i podejmowaniu pracy.

Jednostki stygmatyzowane mają posiadać według Goffmana [2005] tzw. „zranioną tożsamość" („*spoiled identity")*, konstruowaną w oparciu o informacje zwrotne od otoczenia na swój i swojego stygmatu temat. Właściwe dla niej są elementy: stres, niepewność, lęk, zagrożenie [Major i O'Brien, 2005], wstyd i poczucie bycia gorszym [Goffman 2005; Czykwin 2007; Heatherton i wsp. 2007]. Inne elementy to osłabiona możliwość

kontrolowania swojego zachowania podczas uświadomionego wpływu stygmatu na interakcje mimo podwyższonej gotowości i pragnienia uważnego śledzenia, jak rozwija się interakcja czy podatność na obniżenie poczucie własnej wartości [Crocker i Major, 1989; Major i O'Brien, 2005]. Obok tych stanów emocjonalnych i psychologicznych cechą zranionej tożsamości jest również umiejętność stosowania pewnych wypracowanych technik adaptacji i radzenia sobie z negatywnymi skutkami stygmatyzacji.

Jakość relacji interpersonalnych istotnie wpływa na strukturę Ja, a tym samym samoocenę i obraz samego siebie. Stygmatyzacja jako negatywna interakcja społeczna jest istotnym czynnikiem zaniżającym samoocenę, natomiast niskie poczucie własnej wartości zwiększa prawdopodobieństwo społecznego odrzucenia [Jackowska, 2009]. W obliczu tych zależności szczególnego znaczenia nabiera doświadczenie auto-stygmatyzacji - stygmatu własnego [Rusch i wsp., 2005]. Odnosi się ono do członków stygmatyzowanych grup, którzy uwewnętrzniają negatywny stereotyp, a przez to utrwalają istniejące uprzedzenia. Tylko świadome i dojrzałe przeżywanie swojej choroby psychicznej może być postawą konstruktywną, sprzyjać zdrowieniu, budować pozytywne poczucie Ja, niwelować uprzedzenia i stereotypy. Jednak sądząc po sile oddziaływania negatywnych stereotypów uznanie siebie za osobę chorującą psychicznie powoduje bardzo często głębokie i trwałe obniżenie samooceny [Corrigan i wsp. 2006].

Krzywdzące stereotypy na temat osób chorych psychicznie niemal automatycznie wytwarzają społeczny dystans, odbierają przysługujące tym osobom prawa, wpływają negatywnie na samoocenę, sprzyjają ukrywaniu choroby, powodują izolację społeczną i poczucie społecznego wykluczenia [Wciórka i Wciórka, 2008] a w konsekwencji pogarszają przebieg choroby i pogłębiają stereotypy. Jedną z bardziej dotkliwych konsekwencji stygmatyzacji osób chorujących psychicznie jest pozbawianie ich możliwości funkcjonowania w rolach rodzica, małżonka, pracownika, studenta, kolegi, sąsiada a nawet obywatela. Praktyki dyskryminacyjne, pozbawienie praw, wzbudzanie w chorym lęku, wzmacnianie poczucia, że jest napiętnowany, izolowany, może stanowić rzeczywisty czynnik spustowy agresywnych i autoagresywnych reakcji obronnych [Jackowska, 2009]. Doświadczenie piętna powoduje nie tylko utratę statusu społecznego, wykluczenie z wielu obszarów życia, większą zależność od ludzi i instytucji, ale także kryzys więzi i zaufania, który rozgrywa się często także wewnątrz rodziny. Piętno choroby psychicznej jest doświadczeniem, które osoba dzieli ze swoim najbliższym otoczeniem, szczególnie rodziną. Na podstawie informacji dotyczących subiektywnego poczucia dyskryminacji zbieranych od pacjentów, członków rodzin i

pracowników zatrudnionych w opiece psychiatrycznej wyłoniono cztery obszary piętna: „relacje interpersonalne", „strukturalna dyskryminacja", "obraz choroby psychicznej w społeczeństwie" oraz „dostęp do ról społecznych" [Schultze i Angermeyer, 2003]. O ile praca i zatrudnienie stanowi jeden z kluczowych sposobów społecznego włączania osób po przebytym kryzysie psychicznym, o tyle zaniedbania w tej dziedzinie są można traktować jako połączenie - część wspólną wszystkich czterech obszarów piętna [Cechnicki i wsp., 2007].

Ważnym czynnikiem wpływającym na społeczny wizerunek osoby chorującej psychicznie jest przekaz medialny. Jak się wydaje, obniżona samoocena takich osób łączy się z dostarczanym w mediach obrazem istoty groźnej, nieobliczalnej a w najlepszym razie zagubionej lub dziwacznej. Samonapiętnowanie, które z tego wynika, czy raczej uwewnętrznione piętno *(internalized sigma)* jako zmiana percepcji samego siebie poprzez przyjęcie negatywnego społecznego stereotypu, w sposób zasadniczy wpływa na funkcjonowanie osoby chorej psychicznie. Ten wpływ powoduje utratę nadziei, brak motywacji do podejmowania aktywności, lęk w kontaktach z innymi, aż wreszcie bierność i społeczną izolację [Anczewska i Wciórka, 2007]. W badaniach nad społecznym piętnem osób chorych psychicznie zależność samooceny i samonapiętnowania wysuwa się jako jedno z kluczowych zagadnień [Rusch i wsp., 2006; Lloyd i wsp., 2005]. Niska samoocena jest zjawiskiem nieodłącznym od doświadczania dyskryminacji przez osoby chorujące psychicznie. Badania nad poczuciem własnej wartości u różnych grup dyskryminowanych ujawniły jednak różnice indywidualne. Według Cocker i Quinn [W: Heatherton i wsp., 2007], różnice te mają swoje źródło w trzech zjawiskach: (1) piętnowani nie uwewnętrzniają *en masse* negatywnego wizerunku samych siebie, (2) poczucie wartości może być zmienne w czasie, (3) zmiana poczucia wartości może zaistnieć poprzez pojawienie się ważnych informacji i znaczenia danej sytuacji dla człowieka. Autorzy ci uważają, że samoocena nie jest stabilną cechą osoby, lecz jest konstruowana w sytuacji, w zależności od nadawanego jej przez Ja znaczenia. Nawet jeśli trwa przewlekle, to przyjęcie pozytywnego założenia daje impuls do bardziej optymistycznego myślenia i działania na rzecz pokonywania piętna i samonapiętnowania. Potwierdzają to badania brytyjskie [Knight i wsp., 2006], gdzie zastosowana wobec osób chorujących na schizofrenię grupowa terapia poznawczo-behawioralna spowodowała nie tylko poprawę w zakresie nasilenia objawów pozytywnych i negatywnych, ale i podniesienie samooceny. Doświadczenie kliniczne stosowania od 30 lat psychoterapii wobec osób chorujących psychicznie w środowisku krakowskim wspierają

powyższe badania i umacniają przekonania i działania na rzecz włączania psychoterapii jako wymaganego standardu do programu leczenia osób chorujących na schizofrenię [Cechnicki i Bielańska, 2009].

Ważną konsekwencją stygmatyzacji i zagrożenia społecznym wykluczeniem osób chorujących psychicznie może być wreszcie pogorszenie przebiegu samej choroby. Dotyczy to zarówno osób z pierwszym epizodem jak i wieloletnim jej przebiegiem. Negatywny, nieadekwatny sposób postrzegania osób chorujących psychicznie i psychiatrii, opóźnia dotarcie po pomoc, postawienie diagnozy i wdrożenie właściwego leczenia, co skutkuje z kolei gorszą prognozą co do czasu potrzebnego do osiągnięcia stanu remisji, niższym poziomem społecznego funkcjonowania i jakości życia [Cechnicki i wsp., 2010; Schimmelmann i wsp., 2008]. Aby nie dopuścić do znaczącego zaniżenia własnej wartości, osoby chorujące przez długie lata próbują walczyć z postawioną diagnozą i potrzebą leczenia, jeśli natomiast osiągną już „dobry wgląd", każdego dnia przeżywają wątpliwości i obawy komu, jak i czy w ogóle ujawnić fakt choroby, ryzykując zmniejszeniem życiowych szans i utratą społecznego statusu. Izolacja społeczna, która może być tego konsekwencją, będzie wówczas lękiem przed oceną i odrzuceniem a nie nasileniem psychopatologii.

Piętno choroby psychicznej może być odczuwane bardzo dotkliwie także przez rodzinę chorego. Warto podkreślić, że w licznych przypadkach ciężar opieki nad przewlekle chorującym, dorosłym synem lub córką spada na rodziców, a zwłaszcza matki. To one niosą brzemię choroby dziecka i odczuwają „piętno przeniesione" **[**Świtaj, 2008]. Przejawy odrzucenia społecznego, izolacji, braku zrozumienia u profesjonalistów stanowią dodatkowe obciążenia, które mogą generować u bliskich chorego zespół wypalenia [Jackowska, 2008].

ROZDZIAŁ III. Psychiatra, osoba chorująca psychicznie i piętno

3.1. Pozycja psychiatrii wśród innych dyscyplin naukowych i specjalności medycznych.

Trudno nie dostrzec wyraźnej odrębności problemów psychiatrii od zagadnień medycyny i nauki. Dziedzina ta ma szereg osobliwości, odzwierciedlających wiele istotnych polemik w świecie metodologii nauki. Do podstawowych osobliwości psychiatrii należy między innymi fakt, iż opiera się ona jednocześnie na wynikach nauk przyrodniczych i na społeczno-kulturowym obszarze norm, a także zjawisko jej metodologicznej różnorodności i paradygmatycznej niestabilności.

Specyfikę zagadnienia może zilustrować Jaspersowska analogia nieznanego kontynentu, którą autor stosuje w odniesieniu do trudności określenia relacji między ciałem a umysłem. Ów kontynent, jako sferę zaburzeń umysłu i ludzkich dolegliwości psychicznych próbujemy spenetrować, zaczynając od przeciwnych jego krańców. Z jednej strony pojawia się cielesny i mózgowy aspekt zaburzeń, który próbujemy odkryć, poszukując neurofizjologicznych mechanizmów i przyczynowych wyjaśnień, z drugiej zaś jest doświadczenie pacjenta – jego sposób postrzegania siebie, świata oraz innych. Kiedy zaczynamy od obu krańców wyspy jednocześnie, powstają pytania: Czy ścieżki wyznaczone przez oba tropy badawcze kiedykolwiek się spotkają? Czy współpraca przeciwległych podejść jest możliwa, czy jest w stanie ukazać pewną złożoną całość? [Kapusta, 2010].

Przegląd współczesnej literatury z zakresu psychopatologii i filozofii psychiatrii [Kapusta, 2010a], pozwala dostrzec, jakie aspekty rozumienia są w psychiatrii szczególnie istotne:

Rozumienie chorobowego zachowania odnosimy do osoby, a nie organizmu. Psychiatria nie ogranicza się ani do leczenia jednego organu, ani jednej techniki terapeutycznej. Medycyna w większym stopniu koncentruje się na człowieku jako istocie biologicznej, psychiatria zaś nieuchronnie nawiązuje do społecznych i kulturowych wymiarów ludzkiego świata. Przedmiotem oddziaływania psychiatrii nie jest zasadniczo ani mózg, ani ciało jako organizm. Jest nim człowiek integralny i wyjątkowy w swej indywidualnej egzystencji, która ujawnia się w pełnym wymiarze w komunikacji z innymi. Ciekawe i ważne analizy rozumienia psychiatrii przeprowadził Profesor Antoni Kępiński, który wskazał na przyrodniczy i humanistyczny stosunek do pacjenta. W naukach przyrodniczych dostrzegał

rolę obserwatora, który w jak najmniejszym stopniu winien zakłócać obserwowane zjawiska. Jak obserwator posiada „immunitet nietykalności" i nie może wpływać na przebieg zjawiska, tak i sam przedmiot obserwacji nie może wpływać na obserwatora. Kępiński nie kwestionował jednocześnie podejścia empirycznego i eksperymentalnego, jednakże twierdził, że obiektywistyczny model nie zbliża nas do poznania człowieka – dostrzegał w nim jedynie powtarzalnie reagujący automat. Podkreślał trudność sytuacji lekarza, który czasami nie wie, czy ma się uważać za naukowca, czy za „kiepskiego artystę". Stwierdzał: „(…) stoi psychiatra na rozdrożu, bo stosując metody obowiązujące w naukach przyrodniczych, wie, że traci to, co jest w psychiatrii najistotniejsze i najciekawsze – świat przeżyć drugiego człowieka, poza tym krzywdzi chorego, traktując go jako przedmiot czy automat, a starając się spostrzec i zrozumieć subiektywny świat chorego, odrywa się od twardego gruntu naukowego" [Kępiński, 1989].

Metody interpretacyjne przeciwstawiamy metodom nauk przyrodniczych, a w medycynie poszukiwaniu przyczyn choroby. Podejście empiryczne polega na poszukiwaniu „zależności zewnętrznych". Korelacje odnoszą się do zjawisk o odmiennym charakterze, na przykład wpływu określonej substancji chemicznej na zachowanie. Można również poszukiwać istotnych korelacji między czynnikami organiczno-mózgowymi a sposobem zachowania się i jego częstością. Ma to szczególne znaczenie w epidemiologii, kiedy to próbuje się odnaleźć pewne zależności, np. między przewlekłym stresem a depresją. Natomiast relacje między zdarzeniami psychicznymi, takimi jak obraza i złość, strata i smutek, mają „charakter wewnętrzny". Nie jest to relacja przypadkowa i powyższe pojęcia są ze sobą powiązane związkiem sensu i implikują się nawzajem [Mooij, 1995].

Istnieje trudność pogodzenia obu punktów widzenia: biologicznego i humanistycznego. Mooij [1995] podkreśla, że w rozwoju psychiatrii obowiązuje pewien powtarzający się wzorzec między podejściem biologicznym i humanistycznym. Twierdzi jednocześnie: „Usiłowania integracji tych rywalizujących punktów widzenia nie przyniosły do tej pory sukcesu i tak będzie nadal. Powodem tego stanu jest fakt, iż te dwa punkty widzenia z zasady wzajemnie się wykluczają. Opis rzeczywistości w terminach znaczących relacji wyklucza jednocześnie opis rzeczywistości w terminach zdarzeń będących przyczyną innych zdarzeń, ponieważ są to logicznie różne rodzaje opisu.

Czy rzeczywiście nie jest możliwe aby oba podejścia osiągnęły wzajemną harmonię i mogły się dopełniać? „Rozumiejące" podejście do psychiatrii odkrywa wewnętrzne zależności działania i myślenia, których nie da się określić za pomocą prostych algorytmów i

schematów. W ramach takiego podejścia podkreśla się wyjątkowość i niepowtarzalność sytuacji, indywidualne aspekty działania. Nie przeszkadza to jednak w podejmowaniu prób generalizacji w odniesieniu do podobnych zaburzeń i dolegliwości. Jednakże te wewnętrzne relacje nigdy nie osiągają postaci jakiegoś prawa czy teorii [Kapusta, 2010].

Termin „psychiatria" został wprowadzony do terminologii naukowej przez niemieckiego fizjologa i klinicystę J. Ch. Reila w 1808 roku. W historii psychiatrii od początku istniało wiele, niekiedy wzajemnie zwalczających się kierunków skupionych wokół znaczących osobowości i doktryn filozoficzno-lekarskich, z których główne to witalizm i szkoła anatomo-kliniczna.

Należy zauważyć, że psychiatria dość szybko i łatwo została skojarzona z ideologią. Termin „ideologia", oznaczający początkowo naukę o kształtowaniu się idei ludzkich, został z czasem potraktowany jako ścisła wiedza o nastawieniu praktycznym *(Institut National, 1796),* która miała pozwolić na wprowadzenie w życie programu racjonalnej organizacji społeczeństwa. Jego podstawą było podporządkowanie ludzkiego postępowania rozumowi. Wykorzystał to A. L. Destutt de Tracy [za: Nasierowski, 2003], który powołując się na Pinela zasugerował, że sztuka leczenia chorych psychicznie – terapia moralna (nauczanie, przekonywanie, perswazja a nawet zastraszanie), jest analogiczna do sztuki regulowania namiętności i kierowania opiniami ludzi zdrowych, co w obu przypadkach sprowadza się do kształtowania nawyków. Wobec takiego samookreślenia się uczonych - ideologów było jedynie kwestią czasu, kiedy dojdzie do ich uwikłania się w politykę. Podobnie rzecz się miała w przypadku psychiatrów [Nasierowski, 2003].

Od momentu swoich narodzin psychiatria naukowa była zmuszona zabiegać o akceptację ze strony innych dyscyplin medycznych, czego wyrazem miało być podniesienie jej do rangi pełnoprawnej dyscypliny akademickiej. Ponieważ w medycynie somatycznej XIX wieku dominowała anatomia patologiczna, warunkiem owego równouprawnienia było wykazanie, że zaburzenia psychiczne są uwarunkowane organicznie. O ile w pierwszej połowie XIX w. psychiatrzy opierali status swojego zawodu na jego użyteczności społecznej, o tyle w drugiej połowie, gdy psychiatria stała się pełnoprawną profesją, posiadającą własne katedry uniwersyteckie, zaczęli odwoływać się do jej podstaw naukowych, odsuwając na plan dalszy swoją rolę jako obrońców społeczeństwa przed chorymi psychicznie. [Nasierowski, 2003].

Dokonujący się w pierwszych dziesięcioleciach XIX w. postęp w psychiatrii klinicznej i optymizm terapeutyczny załamał się, kiedy okazało się że szpitale psychiatryczne

zapełniają się przewlekle chorymi, również w przebiegu neuropsychiatrycznych powikłań kiły, nadużywania alkoholu a także upośledzonymi umysłowo i przewlekle somatycznie chorymi, którym towarzyszą zaburzenia psychiczne.

Wysunięcie w 1857 roku przez B. A. Morela teorii o dziedzicznym zwyrodnieniu psychicznym doskonale wpisywało się w panującą wówczas atmosferę wokół psychiatrii, stając się swoistym buforem hamującym wzrost niezadowolenia społecznego wywołanego brakiem postępu w leczeniu zaburzeń psychicznych, przyczyniając się zarazem do utrwalenia w oczach opinii publicznej postrzegania psychiatrów jako grupy zawodowej zmagającej się z poważnym problemem społecznym. Teoria Morela, przeceniająca rolę czynnika dziedzicznego w etiologii zaburzeń psychicznych, stanowiła uzasadnienie panującego w szpitalach przepełnienia, pozwalając przy tym niektórym lekarzom czuć się zwolnionymi z odpowiedzialności za stan zdrowia chorych i na zredukowanie swoich obowiązków do klasyfikowania zaburzeń psychicznych i kontrolowania zachowań pacjentów za pomocą środków instytucjonalnych. Z drugiej jednak strony pogłębiła panujące wówczas w środowisku lekarskim poczucie pesymizmu terapeutycznego, które być może pokutuje do dnia dzisiejszego.

Biomedyczny model chorób psychicznych lokował ich przyczynę w defekcie mózgu i znalazł swoje zwieńczenie w terapiach somatycznych, a szczególnie psychofarmakoterapii. Psychiatria biologiczna zdetronizowała psychoanalizę oraz humanistyczne nurty dzisiejszej psychiatrii i prezentuje się obecnie jako rzeczywiście naukowe podejście, które przyczyni się do radykalnego przełomu w leczeniu chorób psychicznych. Warto zaznaczyć, że hasło naukowej psychiatrii niosło wówczas za sobą pewien etos obrony pacjentów przed szkodliwymi skutkami działania różnego rodzaju uzdrowicieli i ich terapie, miała także chronić pacjentów przed nadużyciami samego ujęcia biologicznego [Kapusta, 2010].

Dla psychiatrii biologicznej wzorcem stało się zaburzenie neurologiczne z jasno zdefiniowanym defektem i dysfunkcją mózgu. Za twórców biomedycznego paradygmatu w psychiatrii uważa się Emila Kraepelina i Eugena Bleulera, chociaż początkowo nie zaowocował on żadną efektywną terapią. Rewolucja psychofarmakologiczna w latach 50. ubiegłego wieku dała co prawda możliwość kontrolowania niektórych objawów psychopatologicznych, pogłębiła jednocześnie redukcjonistyczne tendencje w myśleniu o ludzkiej naturze w duchu kartezjańskiego dualizmu duszy i ciała.

Dzisiejsza psychiatria biologiczna, zwana często neokraepelinowską, ogromnie wierzy we własny postęp i przełom terapeutyczny. Nancy Andreasen, tłumacząc specyfikę takich

zaburzeń jak schizofrenia czy depresja preferuje model „umysłowego niedorozwoju" spowodowanego na ogół przez liczne przyczyny, które dają w efekcie wspólny syndrom. Renesans psychiatrii biologicznej odczytuje ona jako powrót „syna marnotrawnego", który znajduje ponownie swoje właściwe miejsce obok innych specjalności medycznych [Andreasen, 1984].

Psychiatria biologiczna i ujęcie biomedyczne są krytykowane tymczasem nie tyle za swój redukcjonizm oraz niedocenianie psychiczno-psychologicznych i społecznych wymiarów choroby, lecz za to, że wpisują się w techniczne (nomologiczne) podejście do diagnozy i leczenia pacjenta. Preferowany w tym przypadku „rozum instrumentalny" [Philips, 2002] określa mierzalne (jak mówi Kępiński: „wymierne" i sprawdzalne") aspekty życia pacjenta i jednocześnie ignoruje trudno mierzalne – psychiczne, społeczne i egzystencjalne wymiary choroby [Kapusta, 2010].

Rozwój współczesnej psychiatrii zaszedł tak daleko, iż coraz bardziej aktualne stają się wątpliwości Edwarda Shortera [1997], historyka i badacza współczesnej psychiatrii, bynajmniej nie antypsychiatry, który pyta: „teraz gdy psychiatria sama ulega medykalizacji, jakie uzasadnienie pozostaje dla niej jako odrębnej specjalizacji? Strona psychoterapeutyczna łatwo może zostać oddana psychologom i pracownikom socjalnym, którzy podlegają intensywniejszemu szkoleniu jako terapeuci, natomiast strona mózgowo-biologiczna może zostać oddana neurologom, którzy czują się o wiele lepiej spoglądając na obrazy tomografii komputerowej i określając znaczenie zaburzeń w jądrach podstawnych. Cóż więc pozostało?".

3.2. Społeczny wizerunek psychiatrii. Autostygmatyzacja psychiatrów.

Problemem pozostającym w związku z napiętnowaniem osób chorujących psychicznie jest swoista stygmatyzacja psychiatrii jako dziedziny medycyny. To niepokojące zjawisko zostało zauważone przez Światowe Towarzystwo Psychiatryczne (WPA), którego celem działania jest między innymi zmiana wizerunku psychiatrii i psychiatrów w oczach ogółu społeczeństwa, profesjonalistów i decydentów związanych z ochroną zdrowia oraz studentów kierunków związanych ze zdrowiem. W 2009 roku Prezydent WPA powołał Grupę Roboczą, która miała na podstawie dostępnych danych, sformułować zalecenia dla krajowych towarzystw psychiatrycznych, aby przeciwdziałać stygmatyzacji psychiatrii i szkodliwym jej konsekwencjom. Efektem prac Grupy Roboczej jest raport, który wielokrotnie potwierdza

negatywny wizerunek psychiatrii w oczach poszczególnych grup respondentów [Sartorius i wsp., 2010].

W świadomości społecznej dominuje model leczenia oparty o izolację w dużym szpitalu psychiatrycznym, a opinia o nim jest konsekwentnie zła od kilkudziesięciu lat. Typowy wizerunek szpitala psychiatrycznego to duży zakład zlokalizowany z dala od siedzib ludzkich, gdzie na szeroką skalę stosuje się środki represyjne a pacjentów nie wypuszcza się na zewnątrz [Angermeyer, 2000].

Intensywny rozwój psychiatrycznej opieki środowiskowej od lat 70-tych XX wieku, spowodował niewielkie korzystne zmiany w postrzeganiu psychiatrii, ujawniając jednocześnie społeczną niechęć wobec tego typu form leczenia. Ten rodzaj społecznego oporu nazwano zespołem NIMBY (*not in by background* – nie na moim podwórku). W jednym z badań stwierdzono, że co prawda 81% Amerykanów nie uważa, aby przetrzymywanie osób chorych psychicznie w zamknięciu było najlepszą formą opieki, ale tylko 31% z nich wyraziłoby gotowość, aby w ich sąsiedztwie zlokalizowano placówkę psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej [Borinstein, 1992].

Społeczny stosunek do psychiatrii wyrażany jest między innymi w opiniach na temat leczenia psychiatrycznego. Leczenie psychofarmakologiczne jest dyskwalifikowane przez większość badanych. Jest to wyrażane wprost, jak i poprzez przecenianie roli psychoterapii, która jest polecana przez badanych jako jedyna dopuszczalna forma leczenia w chorobach takich jak schizofrenia, gdzie wiadomo zarówno na podstawie badań naukowych jak i codziennej praktyki klinicznej, że konieczną formą leczenia jest psychofarmakologia [Griffiths i wsp., 2009; Jorm, 2000]. Liczne badania dowodzą, że negatywne skutki leczenia psychiatrycznego są uznawane przez respondentów za poważne, nie docenia się natomiast działań korzystnych [De Las Cuevas i wsp., 2007; Ozmen i wsp., 2005]; w innych większość badanych zgadza się, że leki psychotropowe są skuteczne, ale sami nie chcieliby ich przyjmować [Croghan i wsp., 2003].

Negatywna opinia na temat psychofarmakologii wypływa w dużej mierze z negatywnych stereotypów na temat skutków działania leków stosowanych w psychiatrii. Pięć z nich jest szczególnie rozpowszechniona: (1) są to środki uzależniające [Benkert i wsp., 1997; Ozmen i wsp., 2005], (2) są stosowane aby uspokajać a nie leczyć [Benkert i wsp., 1997; Jorm, 2000], (3) naruszają tożsamość [Benkert i wsp., 1997], (4) oszałamiają jedynie pacjentów podobnie jak narkotyk [De Las Cuevas i Sanz, 2007], (5) są nieskuteczne w zapobieganiu nawrotom [Hugo i wsp., 2003].

Studenci medycyny są grupą, która z jednej strony nadal reprezentuje ogólnospołeczne opinie na temat chorych psychicznie, z drugiej bacznie przygląda się pracy w poszczególnych specjalnościach medycznych. Większość badań z udziałem studentów medycyny potwierdza niski status psychiatrii, z zastrzeżeniem, że w części z nich dochodzi do pozytywnej zmiany postaw wraz z ukończeniem kursu z psychiatrii podczas studiów [Creed i Goldberg, 2009], chociaż taka poprawa postaw wydaje się przejściowa [Baxter i wsp., 2001], lub w ogóle nie występuje [Fischel i wsp., 2008].

Wśród głównych powodów, dla których przyszli lekarze nie wybierają psychiatrii wymieniany jest niski prestiż psychiatrii i mały szacunek wśród przedstawicieli innych dyscyplin medycznych [Abramowitz i Bentov-Gofrit, 2005; Balon i wsp., 1999]. Studenci medycyny często nie uważają psychiatrii za dziedzinę stawiającą wysokie wymagania intelektualne [Feifel i wsp., 1999; Malhi i wsp., 2003] i spostrzegają ją jako specjalność dającą niewielką satysfakcję zawodową i możliwość spełnienia się [Wigney i Parker, 2008].

Studenci medycy zauważają dalej, że psychiatrii brakuje solidnych podstaw naukowych, co wpływa ich zdaniem na niepewność nozologii i diagnozy zaburzeń psychicznych [Abramowitz i Bentov-Gofrit, 2005; Malhi i wsp., 2003]. Inne powody zniechęcające ich do podjęcia tej specjalizacji to niskie płace i brak wystarczającego finansowania psychiatrii [Balon i wsp., 1999; Wigney i Parker, 2008]. Rodziny studentów medycyny wypowiadają się w sposób mało pochlebny o psychiatrii twierdząc, że podjęcie takiej specjalizacji jest „stratą czasu" [Cutler i wsp., 2009], ponieważ psychiatria nie jest „prawdziwą medycyną" [Wigney i Parker, 2008].

Na podstawie badań prowadzonych wśród lekarzy rodzinnych, zidentyfikowano dwie przyczyny, dla których nie kierują oni pacjentów do psychiatry: były to wątpliwości co do skuteczności leczenia psychiatrycznego oraz obawy o ich stygmatyzację [Meise i Gunter, 1995].

Przedmiotem osobnej diagnozy raportu WPA była stygmatyzacja psychiatrów. Jak się okazało, ich wizerunek w opinii publicznej był w przeważającej mierze niekorzystny i oparty na niewystarczającej wiedzy na temat wykształcenia, wiedzy i celów pracy psychiatry [Sartorius i wsp., 2010].

Liczne badania pokazują, że duża część społeczeństwa nie zdaje sobie sprawy, że psychiatra jest lekarzem, często też nie docenia się wkładu jego pracy w uzyskanie wykształcenia [Cuenca, 2001; Williams i wsp., 2001].

W odniesieniu do roli zawodowej psychiatry, funkcjonują w opinii społecznej dwa przeciwstawne sobie stereotypy. Jeden głosi, że psychiatrzy to „przedstawiciele aparatu ucisku", którzy mają na celu zagwarantowanie konformistycznego zachowania [Fink i Tasman, 1983] i którzy potrafią „czytać ludziom w myślach" [Thornicroft i wsp., 2010]. Sugeruje się także na podstawie części prac, że psychiatrzy są do swoich pacjentów wrogo nastawieni i tak naprawdę nie chcą ich zrozumieć [Von Sydow, 2007]. Drugi ze stereotypów przedstawia psychiatrów jako wyrocznie, wróżbitów i pełnych miłości zbawców, mając jednocześnie przesadne oczekiwania co do ich oddziaływań i efektów uzdrawiania [Fink i Tasman, 1983].

Inne błędne przekonanie wiąże się z rolą psychiatrów jako biegłych sądowych, orzekających o zdrowiu psychicznym oskarżonego. Wyjaśnienia składane przez psychiatrów w takich sprawach bywają traktowane jako „stwarzanie furtki kryminalistom" [Slater i Hans, 1984]. W tym kontekście respondenci wyrażali także brak zaufania do psychiatrów co do ich zdolności określania niepoczytalności, wskazując, że orzeczenia te nie są zależne od kompetencji zawodowych psychiatry a jedynie od korzyści finansowych [Farrell i Tisza, 2005].

W literaturze, znaleźć można kilka rozpowszechnionych stereotypów na temat psychiatrów, z których najczęstszy głosi, że psychiatra sam ma problemy ze zdrowiem psychicznym. W żadnej publikacji jednak autorzy raportu WPA nie znaleźli danych empirycznych, że stereotyp ten rzeczywiście funkcjonuje w społeczeństwie [Sartorius i wsp., 2010]. W niektórych badaniach przeprowadzonych przy pomocy ankiety populacyjnej [Laux, 1977], większość respondentów opisywała psychiatrów jako osoby pomocne i godne zaufania, a jedynie znacząca mniejszość postrzegała ich jako dziwacznych lub „pokręconych"

Wspomniani wyżej studenci medycyny także w odniesieniu do psychiatrów są skłonni wypowiadać niepochlebne opinie. Kierując się poglądem, że „psychiatrzy muszą sami być zwariowani skoro mogą pracować z wariatami" lub że „pracując z wariatami sam zwariujesz", studenci medycyny niekiedy postrzegają, że psychiatrzy są bardziej niezrównoważeni emocjonalnie czy neurotyczni niż inni profesjonaliści w ochronie zdrowia [Buchanan i Bhugra, 1992]. Mają tendencję do określania psychiatrów jako osoby dziwne, rozkojarzone, skomplikowane i takie, które trudno zrozumieć [Guttmann i wsp., 1996]. Studenci medycyny podają jednocześnie, że słyszeli mimochodem na studiach i podczas stażu negatywne, dyskredytujące opinie o psychiatrach wypowiadane przez nauczycieli akademickich [Holmes i wsp., 2008].

Status psychiatrów w środowisku lekarskim ocenia się jako niski. Niektórzy autorzy sugerują, iż psychiatrzy „nie cieszą się szacunkiem w środowisku lekarskim" [Cutler i wsp., 2009], w którym stereotypowo są postrzegani jako osoby „niepewne siebie, nieskuteczne, niezrozumiałe, bezużyteczne" [Fink i Tasman, 1983]. W innych badaniach lekarze uznają, że psychiatrzy są w stanie pomóc osobom z zaburzeniami psychicznymi oraz że mają wystarczające kompetencje zawodowe. Mimo tych pozytywnych opinii, 35% z badanej grupy lekarzy innych specjalności uważa psychiatrów za mniej zrównoważonych emocjonalnie niż inni lekarze, a 51% za „neurotycznych" [Devan i wsp., 1988].

Jak się wydaje, psychiatrzy są akceptowani przez innych profesjonalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym [Bryant i wsp., 1985]. Psychologowie, pielęgniarki i pracownicy socjalni oceniają psychiatrów tak samo jak inne grupy zawodowe pod względem kompetencji, chociaż szacują niżej na skali „ciepły sposób bycia" [Koeske i wsp., 1993].

Przez pacjentów psychiatrzy są posądzani o nadmierną kontrolę i chęć ingerencji w ich umysły a jednocześnie brak należytej dbałości czego wyrazem jest częsty w praktyce brak czasu na rozmowę [Fink i Tasman,1992].

Nie bez znaczenia jest także doświadczenie bycia napiętnowanym wśród samych psychiatrów i jego wpływ na relację terapeutyczną z chorymi [Borinstein, 1992]. Psychiatrzy podlegają wpływowi „udzielonej" stygmatyzacji doświadczanej przez ich pacjentów, szczególnie przez osoby o ciężkim przebiegu choroby, złym rokowaniu i niskim statusie społecznym; w konsekwencji sami czują się wypaleni, niedoceniani i nieskuteczni w działaniu.

Pesymizm psychiatrów może wynikać więc między innymi z ich codziennych doświadczeń zawodowych (tzw. „iluzja klinicysty") co potwierdzają badania pokazujące różnice w podejściu do chorych przez pracowników psychiatrii szpitalnej i środowiskowej. Może wynikać z faktu, że w szpitalach leczeni są najciężej chorzy, często pacjenci chroniczni i z nieodwracalnymi deficytami [Cohen i Cohen, 1984; Verhaeghe i Bracke, 2012].

Z drugiej strony, psychiatrzy uznają siebie za osoby bardziej introspekcyjne, mniej autorytarne, bardziej kulturalne i dojrzałe, niż ich koledzy lekarze. Zdają sobie jednocześnie dobrze sprawę ze swojego negatywnego wizerunku [Bhugra, 2008; Devan i wsp., 1988; Slater i Hans, 1984].

3.3. Społeczny wizerunek osoby chorującej psychicznie.

Osoby z poważnymi zaburzeniami psychicznymi wkrótce po usłyszeniu diagnozy muszą się zmierzyć nie tylko z własną, nową sytuacją zdrowotną, ale również z reakcją otoczenia. Odtąd w percepcji przeważającej części społeczeństwa będą znacząco odróżniać się od innych. Towarzyszyć im będzie już na stałe rozpoznanie choroby psychicznej, z której objawami muszą wygrać, aby zachować siebie. W konsekwencji, w krótkim czasie chory psychicznie ma w swoim najbliższym otoczeniu personel psychiatryczny, innych chorych psychicznie, leki psychotropowe, szpital psychiatryczny i być może bliskich, jeśli go jeszcze nie opuścili. Wymienione elementy bezpośrednio związane z rozpoznaniem i leczeniem choroby psychicznej powinny pomagać choremu w zdrowieniu. W rzeczywistości mogą w różnym stopniu sprzyjać zdrowieniu, jak i być źródłem dodatkowego cierpienia, utrudniać powrót do zdrowia poprzez swój stygmatyzujący charakter [Tyszkowska i Podogrodzka, 2013].

Przez wiele lat powszechnie panujący pogląd o braku nadziei na wyzdrowienie z poważnych chorób psychicznych skłaniał do bierności i działania zachowawczego w postępowaniu terapeutycznym. Obserwowana nieskuteczność leczenia farmakologicznego, dodatkowo obarczonego znaczącymi działaniami niepożądanymi, spowodowała brak wiary w możliwość osiągnięcia dobrego samopoczucia i funkcjonowania przez osoby chore oraz możliwość powrotu do zdrowia. Choroby psychiczne zajęły miejsce wśród chorób nieuleczalnych, budzących lęk, co sprzyjało napiętnowaniu i wykluczeniu społecznemu tych chorych [Świtaj, 2009].

O stosunku społeczeństwa do osób chorych psychicznie świadczy między innymi słownictwo, jakiego używa się do ich określenia. Badania opracowane przez Wciórkę i Wciórkę [2008], przeprowadzone przez CBOS czterokrotnie, na przestrzeni lat 1996 – 2008 pozwalają na miarodajną ocenę tego zjawiska. Większość respondentów (61%) zetknęła się w swoim otoczeniu z mającymi pejoratywny wydźwięk określeniami osób chorych psychicznie. Najczęściej są to – podkreślające odmienność osób chorych – obraźliwe epitety lub opisy ich zachowań i reakcji (39%). Określenia te często (24%) w sposób nieodpowiedni - szyderczy i pogardliwy - odwołują się do normy zdrowia psychicznego i rozwoju, wskazują na słabość intelektualną osób chorych. Część z nich (16%) ma charakter nieżyczliwych etykiet nawiązujących ogólnie do sfery psychiki. Zaledwie co czwarty badany (25%) przytacza określenia neutralne, opisowe, podkreślające przede wszystkim występowanie choroby, słabej

odporności lub braku równowagi psychicznej, inwalidztwa, kalectwa, niesprawności (22%) oraz – znacznie rzadziej – określenia pozytywne, wyrażające zrozumienie, współczucie (4%).

Z analizy wypowiedzi respondentów wynika, że zachowania i przeżycia osób chorujących psychicznie postrzegane są zasadniczo w trzech wymiarach. Badani najczęściej widzą ich zaskakującą (1) odmienność, tzn. niezrozumiałe zachowania, zobojętnienie na własny los, niepokój, mówienie „od rzeczy", nieuzasadnione lęki, bierność, bezczynność, zmianę tożsamości („uważa się za kogoś, kim nie jest"), słyszenie nierzeczywistych głosów, brak samokontroli („nie wie, co robi"), zaniedbywanie wyglądu lub higieny, niepohamowaną wesołość. Znacznie rzadziej dostrzegają w zachowaniach i przeżyciach osób chorujących defensywną (2) problemowość jak bezsenność, unikanie ludzi, przeżywanie rozpaczy czy wreszcie ofensywną (3) gwałtowność, przejawiającą się w agresywności wobec innych ludzi lub samych siebie (w postaci tendencji samobójczych).

W naszym społeczeństwie dominuje przekonanie, że choroby psychiczne przynoszą wstyd chorującym oraz ich najbliższym i w związku z tym zazwyczaj są ukrywane przed innymi ludźmi. Uważa tak trzy czwarte badanych (75%), a zaledwie co piąty ankietowany (20%) nie zalicza tych chorób do wstydliwych. Powszechnie dostrzegana tendencja do ukrywania zawstydzającej choroby psychicznej świadczy o tym, że uruchamia ona proces społecznego napiętnowania (stygmatyzacji) dotkniętej nią osoby. Napiętnowanie sprzyja postrzeganiu cierpień chorego przez pryzmat funkcjonujących w społeczeństwie negatywnych stereotypów opisujących chorobę i osoby chore psychicznie. Procesowi temu mogą też towarzyszyć: społeczne naznaczanie, o czym świadczy opisany już pejoratywny słownik społeczny, a także tendencja do dystansowania się wobec osób chorujących i nierównego ich traktowania w życiu społecznym.

Na podstawie badań Wciórków [2008], życzliwość wobec osób chorych psychicznie deklaruje 65%, natomiast co czwarty ankietowany (26%) przyznaje się do obojętności, a co dwudziesty do niechęci (5%). Stosunkowo najmniej życzliwi, a zarazem najbardziej obojętni wobec osób chorych psychicznie są respondenci najmłodsi – w wieku od 18 do 24 lat oraz uczniowie i studenci (którzy również nieco częściej niż inni przyznają się do niechęci). Natomiast im starsi są badani, tym na ogół częściej deklarują życzliwość, a rzadziej obojętność. Lepszy stosunek do osób chorych mają kobiety, które częściej niż mężczyźni deklarują życzliwość i rzadziej obojętność. Jednak zdecydowanie najwięcej życzliwości, a zarazem najmniej obojętności odnotowujemy u przedstawicieli kadry kierowniczej i inteligencji oraz u osób najbardziej zaangażowanych w praktyki religijne.

Stosunek respondentów do osób chorych psychicznie zależy również od ich doświadczeń w kontaktach z chorymi oraz od własnej kondycji psychicznej. Ankietowani, którzy znają osobiście kogoś chorego psychicznie, a także ci, którzy niepokoją się o swoje zdrowie psychiczne, częściej niż inni deklarują życzliwość i rzadziej są obojętni. Dystansowanie się wobec osób chorych psychicznie jest jednym z bardziej niekorzystnych następstw napiętnowania, ponieważ uruchamia wiele procesów psychologicznych i społecznych, które marginalizują pozycję chorego, opóźniają i osłabiają możliwości udzielenia mu skutecznej pomocy, a niekiedy utrwalają nieprzystosowanie. Jest to tym bardziej niebezpieczne, że osoby chore często same przejawiają skłonność do wycofywania się, wynikającą z przeżywanych zaburzeń. Doświadczenia kliniczne wskazują, że obie te tendencje – dystansowanie się otoczenia i własne wycofywanie się – skutecznie spychają byłego pacjenta na margines życia społecznego.

Rozmiar społecznego dystansu jest mierzony poziomem społecznego przyzwolenia lub sprzeciwu wobec ról, jakie miałaby pełnić osoba, która kiedyś leczyła się z powodu choroby psychicznej. Zdecydowana większość ankietowanych w badaniu Wciórków [2008] zgodziłaby się na to, by były pacjent szpitala psychiatrycznego był ich najbliższym sąsiadem (81%) oraz kolegą w klasie lub grupie studenckiej (73%). Znacząca większość zaakceptowałaby go też jako niespodziewanego gościa (66%) oraz bliskiego współpracownika (67%). Ponad połowa badanych nie miałaby też nic przeciwko temu, żeby był ich współlokatorem na wczasach (53%), jednak w tej sprawie wyraźnie zaznacza się już sprzeciw (36% wskazań). Ponad połowa ankietowanych byłaby natomiast przeciwko temu, by osoba, która leczyła się w szpitalu psychiatrycznym, została ich szefem w pracy (51%), nauczycielem, proboszczem, a także synową lub zięciem (po 54%). Jeszcze większy sprzeciw budzi powierzenie byłemu pacjentowi ról wiążących się z odpowiedzialnością za los społeczności lokalnej, np. posła w okręgu respondenta (65%), burmistrza lub wójta w jego gminie (68%) oraz z odpowiedzialnością za zdrowie respondenta (69% nie wyraziłoby zgody na to, by był on ich lekarzem). Zdecydowanie najsilniejszy sprzeciw badanych wywołuje sytuacja, gdyby były pacjent miał zajmować się ich dzieckiem – uczyć je (76%) lub zostać jego opiekunem (81%).

Powyższe wyniki wskazują, że osoby, które przeszły leczenie psychiatryczne, byłyby najsilniej narażone na społeczne odrzucenie, gdyby miały odpowiadać za los dzieci respondentów, a także za zdrowie ankietowanych lub decydować o ważnych sprawach ich społeczności lokalnej. Ze znacznie mniejszą dezaprobatą spotkałoby się ich wejście do

rodziny (jako synowej lub zięcia), a także zostanie ich proboszczem, nauczycielem czy szefem. Natomiast gdyby byłym pacjentom powierzono role mniej znaczące w życiu badanych (współpracownika, kolegi, gościa, sąsiada), mogliby liczyć na ich tolerancję. Prawidłowość tę można zauważyć niemal we wszystkich porównywanych grupach społeczno-demograficznych. Utrzymuje się ona w całym okresie objętym badaniami (lata 1996–2008).

Ważnym aspektem społecznego napiętnowania osób chorujących psychicznie są różnorodne formy strukturalnej dyskryminacji, przejawiającej się w takim działaniu instytucji społecznych, które utrwala nierówne, gorsze traktowanie tej grupy obywateli. Ankietowani w badaniu Wciórków [2008] uważają, że chorzy psychicznie są w Polsce traktowani gorzej niż inni obywatele, przede wszystkim gdy chodzi o prawo do pracy i zatrudnienia (80%), poszanowania godności osobistej (68%) oraz wykształcenia, edukacji (65%), a także, choć w mniejszym stopniu – ochrony majątku (58%) i sprawiedliwego sądu (47%). Podzielone są opinie na temat respektowania prawa osób psychicznie chorych do opieki społecznej (42% uważa, że są traktowane jak inne, a 41% że są dyskryminowane). Jedynie gdy chodzi o prawo do leczenia, przeważa przekonanie, że chorzy ci są traktowani na równi z innymi (49% wobec 38% wskazujących na dyskryminację).

Poczucie strukturalnej dyskryminacji w odniesieniu do poziomu leczenia osób chorujących psychicznie wyraża się natomiast szczególnie, w braku realizacji przez władze centralne i samorządowe Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego z 28 grudnia 2010 roku. Wrażenie to jest tym bardziej bolesne, ze względu na stan opieki psychiatrycznej w Polsce. Następstwem wieloletnich zaniedbań są między innymi: skąpa, nienowoczesna i nierównomiernie rozmieszczona baza instytucjonalna, znaczne i narastające braki kadrowe, praktyczny brak polityki społecznej w odniesieniu do zdrowia psychicznego, nieracjonalny i dyskryminujący sposób finansowania psychiatrycznej opieki zdrowotnej [Raport NIK, 2008].

W badaniu mieszkańców dużych miast niemieckich [Gaebel i wsp., 2003] stwierdzono między innymi, że: ponad 40% respondentów byłoby przeciwnych, aby przebywać w szpitalu w jednym pokoju z osobą chorą na schizofrenię, ponad 70% nie poślubiłoby takiej osoby, 16% nie wyraziłoby zgody aby z nią pracować, a 22% aby mieć ją za przyjaciela.

W innym badaniu Angermeyer i Matchinger [2004] wykazali, że najbardziej rozpowszechnionym w Niemczech stereotypem na temat osób chorujących na schizofrenię jest ten, że są oni zupełnie nieprzewidywalni – całkowicie zgodziło się z nim 39,9% respondentów. Ze stereotypem niebezpiecznego, popełniającego przestępstwa chorego na

schizofrenię zgodziło się 19% badanych, a 50,1% było przekonanych, że osoby chore łatwo tracą kontrolę nad swoim zachowaniem. Przekonanie o złym rokowaniu w schizofrenii i braku efektywnych sposobów leczenia wyraziło natomiast 21,4% badanych osób.

3.4. Sposób postrzegania osoby chorującej psychicznie w środowisku psychiatrów.

Dotychczas tylko nieliczne badania dotykały problemu wizerunku osoby chorującej psychicznie wśród psychiatrów [Dyduch, 2008; Lauber i wsp., 2006; Nordt i wsp. 2006; Ucok i wsp., 2004] a wnioski z tych nielicznych prac wskazują, że należy bardziej otwarcie mówić o stygmatyzacji chorych psychicznie wśród reprezentantów zawodów medycznych, w tym także osób pracujących w opiece psychiatrycznej [Sartorius i wsp., 2010].

Jak się wydaje, również postawa personelu psychiatrycznego, głównie psychiatrów może być jednym ze źródeł stygmatyzacji. Üçok wykazał, że psychiatrzy w odniesieniu do chorych psychicznie rzadko wyrażają bardziej pozytywne opinie w porównaniu z populacją ogólną, dość często są to opinie podobnie negatywne, a w przeważającej większości badań bardziej negatywne niż w populacji ogólnej [Ucok, 2004]. Ten sam autor stwierdził, że 42,7% badanych psychiatrów tureckich nie informuje swoich pacjentów o postawionej diagnozie schizofrenii a 40,7% informuje rzadko. Wyniki te są zgodne z wcześniejszymi badaniami japońskimi [Ono i wsp., 1999]. Jako zasadnicze powody takiego traktowania psychiatrzy tureccy podają duże prawdopodobieństwo, że pacjenci ich nie zrozumieją (32,6%), albo porzucą leczenie (28,3%). Tylko 56% badanych lekarzy wierzy w powodzenie rehabilitacji osób chorujących na schizofrenię a 43% deklaruje, że nie odwiedziłoby swoich pacjentów w ich domach. Badania tureckie, które odnoszą się do wizerunku osoby chorującej wśród psychiatrów, potwierdzają wyniki opracowań autorów z Australii [Jorm i wsp., 1999] i Singapuru [Kua i wsp., 2000], gdzie stwierdzono, że stosunek tych lekarzy do chorych psychicznie jest bardziej negatywny niż populacji ogólnej. Badania przeprowadzone w Hiszpanii [Llerena i wsp., 2002] i Kanadzie [Thompson i wsp., 2002], potwierdzają natomiast, że profesjonaliści zatrudnieni w psychiatrii podzielają obawy ogólnej populacji związane z kontaktem z osobą chorującą psychicznie.

Opinie psychiatrów, jako osób najbardziej znaczących, mogą mieć decydujący wpływ na kształtowanie się opinii w środowisku. Jednym z kluczowych obszarów jest celowość leczenia psychiatrycznego, a jak pokazują wyniki badania brytyjskiego tylko 71% psychiatrów i 35% profesjonalistów w ochronie zdrowia, niebędących lekarzami zdecydowałoby się na przyjmowanie leków antypsychotycznych, a 23% spośród tych

ostatnich, nie poleciłoby przyjmowania ich swoim krewnym w przypadku zachorowania na schizofrenię [Rettenbacher i wsp., 2004].

W badaniu szwajcarskim [Nordt i wsp., 2006] autorzy ocenili 10 atrybutów przypisywanych stereotypowo chorym psychicznie. Wykazali, że psychiatrzy obok innych profesjonalistów w dziedzinie zdrowia psychicznego posługiwali się w stosunku do osób chorych na schizofrenię i dużą depresję krzywdzącymi stereotypami częściej niż ogólna populacja. Przy założeniu, że przeciętne nasilenie występowania danej cechy o wyraźnie negatywnej konotacji oznaczone było cyfrą (3,0), a wynik dla ogólnej populacji wyniósł (3,38), natomiast uśredniony wynik dla psychiatrów (3,49), pielęgniarek (3,41), pracowników socjalnych i pozostałych terapeutów (3,39).

W skali społecznego dystansu, badającej skłonność do spontanicznych interakcji z chorymi psychicznie, u wszystkich badanych dystans wobec osób chorujących na schizofrenię był istotnie wyższy w stosunku do chorujących na depresję, ale i tu wynik wskazujący na poziom społecznego dystansu wśród profesjonalistów w psychiatrii był wyższy niż w przypadku populacji ogólnej.

Na podstawie tego samego badania można stwierdzić jednocześnie, że pracownicy psychiatrycznej służby zdrowia byli mniej restrykcyjni niż populacja ogólna jeśli chodzi o respektowanie praw osób chorujących psychicznie. Podczas gdy badani z ogólnej populacji w 19,6% byliby skłonni pozbawić chorych prawa do głosowania, a w 65,7% prawa jazdy, w grupie psychiatrów takie postawy wystąpiły odpowiednio u 3,0% i 29,1%, w grupie pielęgniarek – 2,8% i 46% a w grupie pozostałych pracowników – 5,1% i 32,4%.

W obliczu przedstawionych problemów szczególnie ważna wydaje się odpowiedź na pytanie na ile istotnym zjawiskiem jest stygmatyzacja osób chorujących psychicznie przez polskich psychiatrów i, czy jest to ten sam rodzaj stygmatyzacji, jaki spotyka te osoby ze strony ogólnej populacji. Interesującym będzie także, czy zdobyte kompetencje oraz miejsce zatrudnienia psychiatry, ewentualnie doświadczane przez niego poczucie straty związane z pracą w psychiatrii i poczucie autostygmatyzacji mają wpływ na jego postawy wobec osób chorujących psychicznie.

ROZDZIAŁ IV. Opis projektu badawczego

4.1. Cel projektu i hipotezy badawcze.

Celem głównym pracy jest poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, czy stygmatyzacja osób chorujących psychicznie odbywa się z udziałem psychiatrów oraz czy sami psychiatrzy czują się poddani stygmatyzacji i jaki jest związek pomiędzy tymi zjawiskami. Celami szczegółowymi pracy są:

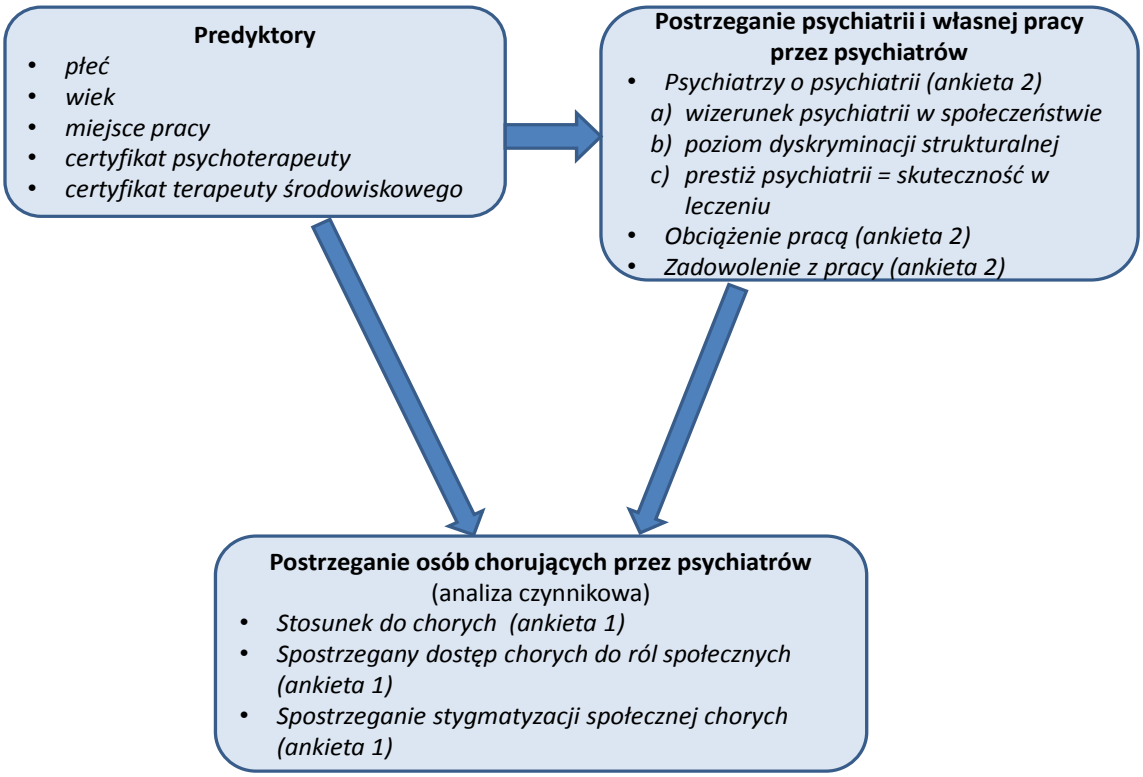
1. Opis postaw psychiatrów wobec osób chorujących psychicznie..
2. Analiza związku pomiędzy czynnikami demograficzno-zawodowymi w badanej grupie psychiatrów takimi jak: wiek, płeć, miejsce pracy, niektóre kompetencje zawodowe tj. certyfikat psychoterapeuty i specjalisty terapii środowiskowej, a postawami wobec osób chorujących psychicznie.
3. Opis zjawiska antycypacji piętna zawodowego wśród psychiatrów
4. Analiza związku pomiędzy czynnikami demograficzno-zawodowymi w badanej grupie psychiatrów takimi jak: wiek, płeć, miejsce pracy, niektóre kompetencje zawodowe tj. certyfikat psychoterapeuty i specjalisty terapii środowiskowej, a poziomem ich antycypacji piętna zawodowego.
5. Analiza związku pomiędzy postawami wobec osób chorych psychicznie a poczuciem autostygmatyzacji u psychiatrów.

Hipotezy badawcze:

1. Psychiatrzy prezentują zachowania stygmatyzujące w podobnym zakresie co populacja ogólna
2. Poziom stygmatyzowania osób chorujących psychicznie przez psychiatrów związany jest z miejscem pracy i posiadaniem określonych kompetencji zawodowych takich jak certyfikat psychoterapeuty oraz specjalizacja w terapii środowiskowej.
3. Sposób postrzegania psychiatrii i własnej roli zawodowej przez psychiatrów związany jest poziomem ich postaw piętnujących w stosunku do osób chorujących psychicznie

W oparciu o cele i hipotezy badawcze skonstruowano model badań wyjaśniający późniejsze analizy przedstawiony na rysunku 1.

Rysunek 1. Model badawczy.



Przyjęto, że dla oceny postrzegania osób chorujących psychicznie przez psychiatrów istotne znaczenie będą miały czynniki demograficzne i zawodowe charakteryzujące badaną grupę:

- *płeć*
- *wiek*
- *miejsce pracy*
- *certyfikat psychoterapeuty*
- *certyfikat terapeuty środowiskowego*

Dla oceny postrzegania psychiatrii i własnej pracy wykorzystano informacje z ankiety *Psychiatrzy o psychiatrii* (patrz podrozdział 4.2) grupując je za pomocą analizy czynnikowej w pięć obszarów.

- *Psychiatrzy o psychiatrii (ankieta 2)*

a) *wizerunek psychiatrii w społeczeństwie*

b) *poziom dyskryminacji strukturalnej*

c) *prestiż psychiatrii = skuteczność w leczeniu*

- *Obciążenie pracą (ankieta 2)*

• *Zadowolenie z pracy (ankieta 2)*

Główny cel badań został zakreślony przez trzy wymiary wyodrębnione analizą czynnikową na podstawie ankiety *Psychiatrzy o chorych*:

• *Stosunek do chorych (ankieta 1)*

• *Spostrzegany dostęp chorych do ról społecznych (ankieta 1)*

• *Spostrzeganie stygmatyzacji społecznej chorych przez psychiatrów (ankieta 1)*

4.2. Zasady realizacji projektu i narzędzia badawcze.

Zastosowaną metodą badawczą był sondaż diagnostyczny. Badania sondażowe są szczególnie przydatne do oceny przekonań i postaw oraz do badania opinii społecznej [Babbie, 2005]. Kolejnym etapem w przygotowaniu projektu badawczego była operacjonalizacja, czyli wybór technik pomiaru. Techniką pomiaru wykorzystaną w badaniach były dwa kwestionariusze ankiety do samodzielnego wypełnienia, identyczne dla wszystkich respondentów:

1. Do badania stosunku psychiatrów do osób chorujących psychicznie wykorzystany został autorski kwestionariusz pt. „Psychiatrzy o chorych psychicznie", skonstruowany na podstawie ankiety Bogny i Jacka Wciórków (za zgodą autorów), wykorzystanej przez nich w badaniach CBOS „Choroby psychiczne – społeczny stereotyp i dystans" [Wciórka i Wciórka, 2000, 2008] (patrz anex). Kwestionariusz ankiety zawiera 15 zamkniętych pytań z przewidywanymi wariantami odpowiedzi jednokrotnego i wielokrotnego wyboru. Część pytań kwestionariusza użytego w badaniu CBOS została pominięta ponieważ była nieadekwatna do badania wykwalifikowanych pracowników opieki zdrowotnej.
2. Do badania opinii psychiatrów o psychiatrii i własnej pracy użyty został autorski kwestionariusz dotyczący wizerunku psychiatrii w społeczeństwie zatytułowany: „Psychiatrzy o psychiatrii" (patrz anex), złożony z 14 pytań, z przewidywanymi wariantami czterech lub pięciu odpowiedzi, jednokrotnego wyboru.

Do obu ankiet dołączone zostały pytania dotyczące wybranych danych demograficznych takich jak: wiek, płeć i miejsce zamieszkania, miejsce pracy – lecznictwo stacjonarne bądź ambulatoryjne oraz wybranych kompetencji zawodowych – certyfikatu psychoterapeuty i specjalizacji w terapii środowiskowej.

Pytania obu kwestionariuszy odnoszą się zarówno do czterech obszarów piętna: „relacje interpersonalne", „strukturalna dyskryminacja", "obraz choroby psychicznej w

społeczeństwie" oraz „dostęp do ról społecznych" [Schultze i Angermeyer, 2003], jak i znajdują odzwierciedlenie w kategoryzacji użytej w badaniach „Choroby psychiczne – społeczny stereotyp i dystans" [Wciórka i Wciórka, 2000] oraz „Osoby chore psychicznie w społeczeństwie" [Wciórka i Wciórka, 2008]. Jak należy zauważyć, oba sposoby opisu stygmatyzacji osób chorujących psychicznie mają wiele punktów wspólnych – „obraz choroby psychicznej w społeczeństwie" opisywany w badaniu niemieckim odpowiada ocenianemu przez polskich autorów „społecznemu stereotypowi choroby psychicznej", który prowadzi ich zdaniem zarówno do „dystansu wobec osób chorych psychicznie" jak i ograniczenia w „dostępie do ról społecznych" czy „strukturalnej dyskryminacji".

Problemy związane ze zdrowiem psychicznym, można ująć na kilka sposobów. Najszerszy zakres ma określenie *problemy psychiczne* obejmujące także trudności z pogranicza zaburzeń psychicznych, które nie zawsze wymagają fachowej porady. Węższy zakres ma określenie *zaburzenia psychiczne*, które stosowane jest w międzynarodowych klasyfikacjach psychiatrycznych i dotyczy stanu wymagającego w zasadzie pomocy specjalistycznej. Najwęższy zakres ma termin *choroby psychiczne*, który został użyty w pytaniach skierowanych do respondentów. Oznacza on zaburzenia uważane za poważniejsze, które powinny być poddane leczeniu psychiatrycznemu ze względu na nasilenie, trwałość i często poważne następstwa życiowe. Termin ten wydaje się najodpowiedniejszy do odegrania w badaniu socjologicznym roli bodźca ogniskującego postawy społeczne [Wciórka i Wciórka, 2000]. Z uwagi na płynność granic definicji pomiędzy poszczególnymi określeniami dotyczącymi nieprawidłowości w zdrowiu psychicznym oraz istotne trudności, jakie może stwarzać podział na zaburzenia i choroby psychiczne, nawet przedstawicielom zawodów związanych z psychiatrią, pierwszym pytaniem jakie zostało zawarte w ankiecie „Psychiatrzy o chorych psychicznie" było: „Które z poniższych sekcji klasyfikacji ICD – 10 obejmują Pani/Pana zdaniem problem zdrowotny, który można określić jako choroba psychiczna".

Wszystkie cztery obszary piętna [Schulze i Angermeyer, 2003] ściśle wiążą się ze sobą, prowadząc na różne sposoby do społecznego wykluczenia osób chorujących psychicznie. Wymienione mechanizmy stygmatyzacji mogą działać łącznie lub w określonej kolejności, ale jak się wydaje to stereotyp związany z „obrazem choroby psychicznej w społeczeństwie", któremu poświęcono w ankiecie „Psychiatrzy o chorych psychicznie" najwięcej miejsca (pytania nr 2 do 15), daje początek zarówno trudnościom w „relacjach interpersonalnych" (pytania nr 2, 8, 9 i 10), jak również „strukturalnej dyskryminacji" (pytania nr 11 i 12) i ograniczeniom „dostępu do ról społecznych" (pytania nr 10, 13, 14 i 15).

Wyniki badań przeprowadzonych z udziałem psychiatrów zostaną porównane z wynikami badań Bogny i Jacka Wciórków, przeprowadzonych w latach 1996 i 2008, dotyczących opinii społeczeństwa polskiego na temat chorób psychicznych i osób nimi dotkniętych [Wciórka i Wciórka, 2000; Wciórka i Wciórka, 2008].

Jako, że jednym z celów pracy jest wykazanie, że negatywny „obraz choroby psychicznej w społeczeństwie" wiąże się ściśle ze społecznym wizerunkiem psychiatrii i psychiatrów, duża część pytań zawartych w ankiecie „Psychiatrzy o psychiatrii" dotyczy tego właśnie obszaru (pytania nr 1, 2, 9 do 14). Biorąc pod uwagę pozostałe aspekty stygmatyzacji osób chorujących psychicznie - do „strukturalnej dyskryminacji" odnosi się pytanie nr 7 ankiety a do „relacji interpersonalnych pytanie nr 8. Aby umożliwić badanym bardziej bezpośrednie odniesienie się do własnej pracy, kierując się problemami wskazanymi przez Sartoriusa i wsp. w Raporcie WPA [2010], zapytano psychiatrów o poziom zadowolenia z wyboru tej specjalności medycznej (pytania nr 3 i 4) oraz poziom obciążenia związanego z wykonywaniem ich pracy (pytania nr 5 i 6). Przyjęto jednocześnie, że uzyskana z ankiety opinia psychiatrów o psychiatrii będzie metodą pośredniej oceny antycypacji piętna u nich samych.

4.3. Badana grupa.

Badania rozpoczęły się w czerwcu 2013 roku podczas XLIV Zjazdu Psychiatrów Polskich w Lublinie. Komplet ankiet dołączono do materiałów zjazdowych wszystkim 1400 uczestnikom. W trakcie obrad, wielokrotnie za pośrednictwem prowadzących sesje plenarne proszono uczestników Zjazdu o wypełnianie ankiet. Do biura Zjazdu zwrócono na jego zakończenie 87 ankiet „Psychiatrzy o psychiatrii" i 82 ankiety „Psychiatrzy o chorych psychicznie", co stanowi około 6% uczestników Zjazdu (co warto zauważyć, zwrócono jednocześnie 400 ankiet ewaluacji Zjazdu, zawartych także w materiałach zjazdowych). Kolejnych 300 kompletów ankiet rozdano lekarzom w różnych regionach Polski, potwierdzając każdorazowo ich gotowość do udziału w badaniu. Wypełnione w różnym stopniu kwestionariusze zwróciło 172 psychiatrów. Ostatecznie więc zebrano 259 ankiet „Psychiatrzy o psychiatrii" i 254 ankiety „Psychiatrzy o chorych psychicznie". Zbieranie ankiet zakończono w styczniu 2014 roku.

Badano zarówno osoby wyspecjalizowane, jak i te w trakcie specjalizacji w psychiatrii. Próba do badań została dobrana w sposób nieprobabilistyczny – zastosowano dobór oparty na dostępności badanych [Babbie, 2005]. Poza pierwszą partią danych uzyskanych w czasie

Zjazdu Psychiatrów Polskich, kwestionariusze ankiety rozdawano lekarzom osobiście. Były to osoby zatrudnione zarówno w publicznych jak i niepublicznych placówkach lecznictwa psychiatrycznego, stacjonarnych i ambulatoryjnych. Każdemu z badanych udzielano szczegółowej instrukcji odnośnie zasad ich wypełniania.

Znaczący odsetek psychiatrów proszonych o wypełnienie ankiet, uczestniczących w Zjeździe Psychiatrów Polskich, i tych z drugiej grupy, którzy wyrazili zgodę na badanie a nie zwrócili poprawnie wypełnionych kwestionariuszy, może świadczyć o pewnej niechęci do poruszania trudnego tematu, jakim jest stygmatyzacja osób chorujących psychicznie. Za taką interpretacją przemawiają porównywalne lub nawet niższe poziomy zwrotów w badaniach postaw profesjonalistów medycznych wobec osób chorych psychicznie przeprowadzone przez innych autorów [Lauber i wsp., 2006, Nordt i wsp., 2006, Ucok i wsp., 2004]. Jednocześnie można przypuszczać, że ankietowani, którzy nie wypełnili kwestionariusza mogą mieć mniej pozytywne postawy wobec osób chorych psychicznie niż pracownicy opieki zdrowotnej, którzy wyrazili zgodę na badanie i wypełnili otrzymane kwestionariusze ankiet.

W trakcie wyboru narzędzi badawczych oraz w procesie przeprowadzania badań nie udało się uniknąć pewnych ograniczeń wynikających przede wszystkim ze specyfiki badanej grupy. Nie istnieje polskie standaryzowane narzędzie badające postawy pracowników opieki zdrowotnej wobec osób chorujących psychicznie, dlatego też do badań wykorzystano przekształcony kwestionariusz przeznaczony do badania populacji ogólnej. Część pytań kwestionariusza była nieadekwatna dla badanych grup pracowników opieki zdrowotnej, co spowodowało konieczność ich odrzucenia. Jak należy jednak zauważyć, autorem wykorzystanego w badaniach kwestionariusza sondażu opinii publicznej jest prof. Jacek Wciórka – autorytet w dziedzinie psychiatrii i stygmatyzacji związanej z chorobą psychiczną. Zastosowane narzędzie jest jednym z kilku kwestionariuszy użytych w serii badań polskiej opinii publicznej dotyczących postaw społeczeństwa wobec osób chorych psychicznie [Wciórka i Wciórka, 2000; Wciórka i Wciórka, 2008]. Wyniki tych badań zostały podane do ogólnej wiadomości, są cytowane i dyskutowane w licznych publikacjach.

4.4. Charakterystyka socjodemograficzna badanej grupy

Ze względu na poważne braki danych, analizie statystycznej poddano ostatecznie 232 komplety ankiet.

Tabela 1. Liczebności i procenty dotyczące płci badanych.

Płeć	Częstość	Procent	Procent skumulowany
Kobieta	153	66,2	66,2
Mężczyzna	78	33,8	100,0
Ogółem	231	100%	1 brak danych

Znaczącą większość w badanej grupie stanowiły kobiety - 66,2%, w stosunku do 33,8% mężczyzn.

Tabela 2. Liczebności i procenty dotyczące wieku badanych.

N	Ważne	229
	Braki danych	3
Średnia		41,89
Odchylenie standardowe		10,926
Minimum		25
Maksimum		88

Wiek badanych zawierał się w przedziale od 25 do 88 lat. Średnia wieku wyniosła 41,89 lat.

Tabela 3. Liczebności i procenty opisujące grupy wiekowe badanych psychiatrów.

Wiek respondentów	Częstość	Procent	Procent skumulowany
do 35 lat	63	27,5	27,5
35 do 49 lat	107	46,7	74,2
powyżej 50 lat	59	25,8	100,0
Ogółem	229	100,0	3 braki danych

Aby zwiększyć wiarygodność obliczeń statystycznych podzielono respondentów na trzy grupy wiekowe – w grupie wiekowej do 35 lat znalazło się 27,5% badanych, w wieku od 35 do 49 lat było ich 46,7%, natomiast powyżej 50 lat – 25,8% respondentów.

Tabela 4. Liczebności i procenty związane z miejscem zamieszkania respondentów.

Miejsce zamieszkania	Częstość	Procent	Procent skumulowany
miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	186	80,5	80,5
miasto 25 – 100 tys. mieszańców	29	12,6	93,1
miasto do 25 tys. mieszkańców	8	3,5	96,5
wieś	8	3,5	100,0
Ogółem	231	100,0	1 brak danych

Znacząca większość badanych była mieszkańcami miast powyżej 100 tys. (80,5%); w miastach 25 – 100 tys. ludności zamieszkiwało 12,6 % respondentów, a w miastach poniżej 25 tys. mieszkańców i na wsiach tylko po 3,5% lekarzy.

Tabela 5. Liczebności i procenty odnoszące się do podstawowego miejsca pracy badanych.

Podstawowe miejsce pracy	Częstość	Procent	Procent skumulowany
lecznictwo stacjonarne	156	71,2	71,2
lecznictwo ambulatoryjne	63	28,8	100,0
Ogółem	219	100,0	13 braków danych

Istotnie więcej badanych była pracownikami jednostek psychiatrycznego lecznictwa stacjonarnego - 71,2%, w stosunku do 28,8% zatrudnionych w lecznictwie ambulatoryjnym.

Tabela 6. Liczebności i procenty określające posiadanie przez badanych kompetencji psychoterapeutycznych.

Posiadanie certyfikatu psychoterapeuty/w trakcie szkolenia w psychoterapii	Częstość	Procent	Procent skumulowany
posiada	57	24,8	24,8
nie posiada	173	75,2	100,0
Ogółem	230	100,0	2 braki danych

W badanej grupie 24,8% lekarzy posiadało certyfikat psychoterapeuty, bądź było w trakcie kursu z psychoterapii, w stosunku do 75,2%, którzy takich kompetencji nie posiadało.

Tabela 7. Liczebności i procenty określające posiadanie przez badanych tytułu specjalisty terapii środowiskowej.

Posiadanie tytułu specjalisty terapii środowiskowej	Częstość	Procent	Procent skumulowany
posiada	28	12,1	12,1
nie posiada	203	87,9	100,0
Ogółem	231	100,0	1 brak danych

W całej grupie respondentów tylko 12,1% posiadał tytuł specjalisty terapii środowiskowej, natomiast znacząca większość - 87,9%, takiego tytułu nie posiadała.

4.5. Metody analizy statystycznej.

- Opisu rozkładów odpowiedzi na pytania kwestionariusza dokonano za pomocą liczebności i procentów.
- Porównanie wyników procentowych uzyskanych w badaniu psychiatrów z wynikami sondażu ogólnopolskiego przeprowadzono za pomocą testu dwumianowego.
- Analiza zależności między danymi kategorialnymi (dane demograficzne i odpowiedzi na pytania kwestionariusza) została przeprowadzona z wykorzystaniem testu chi-kwadrat ; dla wszystkich analiz tym testem, prowadzonych na tabelach krzyżowych większych niż 2×2, w których stwierdzono istotność statystyczną przeprowadzono analizę skorygowanych reszt standaryzowanych (ASR – *adjusted standardized residuals*) w celu określenia, które komórki tabeli miały istotny wkład w stwierdzoną zależność. Komórki, w których wartość bezwzględna ASR była większa od 1,96 uznano za czynniki istotne na poziomie $p<0,05$.
- Grupowanie zmiennych w wymiary przeprowadzono z wykorzystaniem analizy głównych składowych.
- Testy różnic dla zmiennych ciągłych (zagregowane wyniki czynnikowe) przeprowadzono za pomocą testu t-Studenta (w przypadku porównywania dwóch grup) oraz testu F analizy wariancji (gdy porównywanych grup było trzy lub więcej). W przypadku stwierdzonej za pomocą analizy wariancji istotnej różnicy, zastosowano test Tukey'a w celu dookreślenia między którymi grupami występują różnice istotne statystycznie.
- Analizę zależności między zmiennymi ciągłymi przeprowadzono za pomocą współczynnika korelacji r-Pearsona.
- Przewidywanie wyników w skali postaw psychiatrów wobec osób chorujących psychicznie na podstawie zmiennych demograficznych i wyników skali dotyczącej stosunku psychiatrów do psychiatrii i własnej roli zawodowej zostało przeprowadzone z wykorzystaniem regresji wielokrotnej.

ROZDZIAŁ V. Wyniki badań

Opis badań został przedstawiony w trzech głównych podrozdziałach:

5.1. Postawy psychiatrów wobec chorych.

5.2. Stosunek psychiatrów do psychiatrii i swojej roli zawodowej.

5.3. Analiza związków pomiędzy wizerunkiem psychiatrii wśród psychiatrów, przeżywania własnej roli zawodowej a ich stosunkiem wobec osób chorujących psychicznie.

5.1. Postawy psychiatrów wobec chorych.

W podrozdziale tym przedstawiono wyniki ankiety, której celem było zbadanie stosunku badanych psychiatrów do osób chorujących psychicznie. Sposób w jaki psychiatrzy odpowiadali na poszczególne pytania skorelowano z danymi socjodemograficznymi i wybranymi kompetencjami zawodowymi respondentów. Przeanalizowano także zależności danych socjodemograficznych i kompetencji zawodowych psychiatrów od wymiarów wyodrębnionych metodami statystycznymi na podstawie poszczególnych pytań ankiety „Psychiatrzy o chorych". W celu zobrazowania do czego psychiatrzy będą odnosić swoje opinie wypełniając ankietę, zastosowano na początku podrozdziału pytanie o to, które kategorie diagnostyczne Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD -10) traktują oni jako chorobę psychiczną.

5.1.1. Opis problemu co psychiatrzy traktują jako chorobę psychiczną.

Aby w sposób możliwie adekwatny odnieść się do najważniejszego tematu pracy – jaki jest wizerunek osoby chorującej psychicznie wśród psychiatrów – poproszono o wypowiedź, które z sekcji klasyfikacji ICD – 10, respondenci określają jako choroba psychiczna.

Tabela 8. Liczebności i procenty odpowiedzi na pytanie o problem zdrowotny, który psychiatrzy uważają za chorobę psychiczną.

Które z poniższych sekcji klasyfikacji ICD – 10 obejmują Pani/Pana zdaniem problem zdrowotny, który można określić jako choroba psychiczna?	tak	nie	Ogółem
	Liczba (%)	Liczba (%)	Liczba (%)
Organiczne zaburzenia psychiczne (F.00 – F.09)	197 (84,9%)	35 (15,1%)	232 (100,00%)
Zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (F.10 – F.19)	108 (46,8%)	123 (53,2%)	231 (100,0%)
Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii i urojeniowe (F.20 – F.29)	229 (98,7%)	3 (1,3%)	232 (100,0%)
Zaburzenia nastroju (F.30 – F.39)	203 (87,5%)	29 (12,5%)	232 (100,0%)
Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (F.40 – F.48)	72 (31,3%)	158 (68,7%)	230 (100,0%)
Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi (F.50 – F.59)	54 (23,4%)	177 (76,6%)	231 (100,0%)
Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (F.60 – F.69)	39 (17,0%)	191 (83%)	230 (100,0%)
Upośledzenie umysłowe (F.70 – F.79)	80 (34,5%)	152 (65,5%)	232 (100,0%)
Zaburzenia rozwoju psychicznego (F.80 – F.89)	76 (32,8%)	156 (67,2%)	232 (100,0%)
Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym (F.90 – F.98).	53 (22,9%)	178 (77,1%)	231 (100,0%)

Jak można sądzić z uzyskanych odpowiedzi, nie jest to dla psychiatrów problem jednoznaczny. Najwięcej badanych (98,7%) uznało za chorobę psychiczną zaburzenia z grupy schizofrenii (F.20 – F.29) a 87,5% zaburzenia nastroju (F.30 – F.39). Jeszcze tylko w jednej kategorii – organicznych zaburzeń psychicznych - respondenci w większości (84,9%) byli przekonani, że są to choroby psychiczne. Stosunkowo duży odsetek badanych (46,8%) uznał natomiast, że za choroby psychiczne można uznać zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (F.10 – F.19), upośledzenie umysłowe (F.70 – F.79) - 34,5%, zaburzenia rozwoju psychicznego (F.80 – F.89) – 32,8%, a także zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (F.40 – F.48), które zostały uznane jako choroba psychiczna przez 31,3% psychiatrów. Nieco mniejsza część respondentów kojarzy z chorobą psychiczną zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi (F.50 – F.59) – 23,4% oraz zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym (F.90 – F.98) – 22,9%. Najrzadziej spośród wszystkich kategorii diagnostycznych ICD – 10 dotyczy to zaburzeń osobowości i zachowania dorosłych (F.60 – F.69), które zostały uznane za chorobę psychiczną przez 17% badanych.

5.1.2. Opis odpowiedzi na poszczególne pytania kwestionariusza wyrażające stosunek psychiatrów do osób chorujących psychicznie.

Słowa jakie podali badani psychiatrzy jako określenia na osoby chorujące psychicznie w swoim otoczeniu zostały uszeregowane za Wciórką i Wciórką [2008] w następujące grupy:

Tabela 9. Liczebności i procenty poszczególnych grup określeń jakie psychiatrzy słyszeli na osoby chorujące psychicznie w swoim otoczeniu.

Typ określenia	Wystąpiło	Nie wystąpiło	Wystąpiło	Istotność różnic między badaniami
N=232	Liczba (%)	Liczba (%)	Wyniki uzyskane przez Wciórkę i Wciórkę [2008]	poziom p
Pejoratywne ogółem	194 (84%)	38 (16%)	61%	<0,001
Pejoratywne - podkreślające odmienność	191 (82%)	41 (18%)	39%	<0,001
Pejoratywne - podkreślające niższość	11 (5%)	221 (95%)	24%	<0,001
Pejoratywne - nawiązujące do sfery psychiki	44 (19%)	188 (81%)	16%	0,128
Neutralne lub pozytywne	140 (60%)	92 (40%)	25%	<0,001
Podkreślające chorobę	93 (40%)	139 (60%)	22%	<0,001
Podkreślające zrozumienie	89 (38%)	143 (62%)	4%	<0,001
Dotyczące reakcji otoczenia	10 (4%)	222 (96%)	3%	0,162

Do obliczeń istotności różnic między wynikami procentowymi w obu badaniach wykorzystano test dwumianowy

1. Określenia pejoratywne:
   a. Podkreślające odmienność poprzez różnorodne epitety: np. wariat, czubek, świr, down, szajbus, fijoł, szurnięty, obłąkany, pomylony, popapraniec, zakręcony, poplątany, porąbany, ma odchyły, odbiło mu, fiśnięty, bzik, korek, nawiedzony, szalony, oszołom, stuknięty, bez piątej klepki, ma nierówno pod sufitem, ma coś pod kopułą, ma żółte papiery, deprecha, schiza, tłumok, odmieniec, wyrzutek społeczeństwa, lub przez negatywnie oceniane cechy zachowania i reagowania: niebezpieczny dla otoczenia, niepoczytalny, nieprzewidywalny, nieodpowiedzialny, trudny do obcowania, nie do zniesienia.
   b. Podkreślające niższość intelektualną – odwołujące się do normy zdrowia psychicznego i rozwoju lub do słabości intelektu, np. nienormalny, umysłowo niedorozwinięty, upośledzony umysłowo, psychicznie, głupi, przygłup, niemądry, gamoń, nierozgarnięty, ciemniak, dureń, idiota, kretyn, imbecyl, debil, jołop, matoł, cymbał, półmózg, niedorobiony
   c. Nawiązujące ogólnie do sfery psychiki: psychiczny, psychik, psychol, psychopata, psycho, umysłowy.

2. Określenia neutralne lub pozytywne:
    a. Podkreślające chorobę, brak odporności lub równowagi psychicznej albo inwalidztwo, kalectwo, niesprawność: np. chory, chory psychicznie, chory umysłowo, chory inaczej, pacjent, depresyjny, schizofrenik, znerwicowany, załamany, nieodporny, niezrównoważony, nerwus, ma uszczerbek na zdrowiu, kaleka, niepełnosprawny, inwalida, ułomny, niesprawny umysłowo, upośledzony intelektualnie.
    b. Podkreślające zrozumienie, współczucie lub inne, np. nieszczęśliwa osoba, cierpiący, wymaga pomocy, należy mu się współczucie, pokrzywdzony przez los, biedak, człowiek z problemem, pozbawiony pomocy, powinien się leczyć, żyje w swoim świecie, zagubiona w świecie, nie kojarzy wszystkiego, mają stany lękowe, nieprzystosowani do życia, nie mówi tak, jak trzeba, osoba unikająca ludzi, inaczej myśli i postępuje, trochę inny człowiek.
    3. Wypowiedzi dotyczące reakcji otoczenia:
    a. Reakcje neutralne lub pozytywne, np. nie jest poruszany taki temat, nie określa się inaczej, nie słyszałam nic złego, wyrażamy się pozytywnie, ze zrozumieniem, ze współczuciem, z ubolewaniem, wyraża litość;
    b. reakcje negatywne lub lekceważące, np. nieładnie, szyderczo, pogardliwie, nieprzychylnie, bardzo źle, głupie wypowiedzi i uśmieszki.

Psychiatrzy zwiększyli w stosunku do ogólnej populacji repertuar określeń dotyczących chorych psychicznie jakie słyszeli w swoim otoczeniu.

Wypowiedzi dotyczące reakcji otoczenia.

1a. schizol, schi, strzelony, zaburzony, krezol, walnięty, oszołom, ma z garem, pomylony, pojeb, trzepnięty, czop, szajbus, klony, niedorób, plomby, zryciuch, pijak, kuku na muniu, pier…ty, porąbany, poj…ny, popiepszony; groźne, dziwak, niezrównoważony, z zespołem Macierewicza,

1c. bezmózgowiec, otępieniec, specjalista, eł-eł, mu, zawieszony,

1d. organik,

Wypowiedzi dotyczące reakcji otoczenia.

Anorektyczka, cudak, zakręcony, szaleniec, osoba po kryzysie psychicznym, osoba szalona, dziwne, psychotyk, psychicznie zaburzony, paranoik, dziwak, oryginał, śmieszny,

dziwny, kto ma coś z głową, crazy, osoba z trudnościami psychicznymi, maniak, myszki, coś nie tego, freak, kosmita, lekko uśmiechnięty, wąchacz, odjechany, gość, rezydent Tworek.

Jak należy zauważyć, praktycznie każde określenie z grupy (2) neutralne lub pozytywne – może być za takie uznane tylko w określonym kontekście. Słowa: maniak, paranoik, anorektyczka czy schizofrenik mogą być ewentualnie uznane za neutralne, gdy są „na skróty" używane w środowisku medycznym w odniesieniu do osób z daną jednostką chorobową. W odniesieniu do ogólnej populacji natomiast, używanie ich w przeważającej liczbie przypadków ma znaczenie pejoratywne.

Zdecydowana większość badanych psychiatrów (83,6%) zetknęła się w swoim otoczeniu z określeniami osób chorób psychicznie o pejoratywnym wydźwięku. Były to najczęściej podkreślające odmienność obraźliwe epitety lub negatywnie oceniane cechy zachowania i reagowania – 82,3%. Co warto podkreślić, większość respondentów (60,3%) miała jednocześnie okazję słyszeć na temat chorych psychicznie określenia neutralne lub pozytywne, w tym podkreślające chorobę - 40,1% oraz podkreślające zrozumienie - 38,4%. 3,9% badanych podało słowa (oni, ktoś), które trudno przyporządkować do analizowanych dotychczas grup określeń, a które wynikają prawdopodobnie ze szczególnej relacji psychiatry i chorego, którzy współtworzą swoiste środowisko psychiatryczne.

Porównanie częstości grup określeń podawanych przez psychiatrów z populacją ogólną uprawnia do stwierdzenia, że są one różne. Na 8 kategorii jedynie dwie nie wykazały istotnej różnicy (pejoratywne - nawiązujące do sfery psychiki: p=0,128; dotyczące reakcji otoczenia: p=0,162). W pozostałych psychiatrzy częściej podawali określenia z danej kategorii niż populacja ogólna. Wyjątkiem jest tu kategoria „wyrażające zrozumienie", gdzie psychiatrzy podawali określenia rzadziej niż osoby z populacji ogólnej.

Jako jedną z miar społecznego dystansu w stosunku do osób chorujących psychicznie można traktować gotowość respondentów do ujawnienia, kto ze znanych mu osobiście osób, spoza środowiska pacjentów jest osobą chorą psychicznie. Wyniki odpowiedzi na pytanie o znajomość osoby chorującej psychicznie zamieszczono w tabeli 10.

Tabela 10. Liczebności i procenty odnoszące się do osób chorujących psychicznie osobiście znanych badanym psychiatrom.

Kto spośród znanych Pani/Panu osobiście osób był lub jest chory psychicznie?	Tak	Nie	Ogółem
	Liczba (%)	Liczba (%)	Liczba (%)
znajomy/sąsiad	160 (69,3%)	71 (30,7%)	231 (100,0%)
przyjaciel	52 (22,5%)	179 (77,5%)	231 (100,0%)
członek dalszej rodziny	98 (42,4%)	133 (57,6%)	231 (100,0%)
członek najbliższej rodziny	36 (15,6%)	195 (84,4%)	231 (100,0%)
ja sam	7 (3,0%)	223 (97,0%)	230 (100,0%)
nikt	29 (12,5%)	203 (87,5%)	232 (100,0%)

Badani psychiatrzy w zdecydowanej większości posiadają (87,5%) znajomość z osobami chorującymi psychicznie. Spośród osób w jakimś sensie bliskich respondentom najwięcej jest znajomych i sąsiadów – 69,3%, wyraźnie mniej przyjaciół – 22,5%, stosunkowo dużo natomiast członków dalsze rodziny – 42,4%; 15,6% respondentów podało natomiast, że osobę chorującą psychicznie ma wśród członków najbliższej rodziny a 3,0%, że sami są chorzy psychicznie.

Istotnym elementem społecznego wizerunku osoby chorującej psychicznie jest pogląd o ich uleczalności. Pogląd ten wydaje się szczególnie ważny w przypadku psychiatrów, którzy są w stanie wyrazić nie tylko obiegowe opinie ale również przekonania wynikające z wiedzy medycznej.

Tabela 11. Liczebności i procenty dotyczące szansy osoby chorującej psychicznie na wyzdrowienie zdaniem badanych psychiatrów.

Jak Pani/Pan sądzi, czy człowiek, który zachorował psychicznie, ma szansę na wyzdrowienie czy też raczej pozostanie chory do końca życia?	Częstość (Procent)
zdecydowanie ma szansę na wyzdrowienie	58 (25,7%)
raczej ma szansę na wyzdrowienie	81 (35,8%)
raczej pozostanie chory do końca życia	80 (35,4%)
zdecydowanie pozostanie chory do końca życia	7 (3,1%)
Ogółem (6 braków danych)	226 (100,0%)

Większość badanych (61,5%) uważa, że człowiek, który zachorował psychicznie ma raczej (35,8%) lub zdecydowanie (25,7%) szansę na wyzdrowienie. Grupa 35,4% psychiatrów twierdzi, że osoba taka raczej pozostanie chora do końca życia, a tylko 3,1% nie daje jej szans na wyzdrowienie.

Stosowanie przymusu w psychiatrii to temat bardzo kontrowersyjny. Przez lata stosunek do niego był kształtowany przez różnorodne opinie i reakcje od postaw skrajnie liberalnych (całkowite odrzucenie przymusu) do skrajnie restrykcyjnych (pełne przyzwolenie). Sposób patrzenia na przymus badanych psychiatrów prezentuje tabela 12.

Tabela 12. Liczebności i procenty określające częstość z jaką stosowany jest zdaniem psychiatrów przymus w polskiej psychiatrii.

Czy Pani/Pana zdaniem przymus w polskiej psychiatrii stosowany jest?	Częstość (Procent)
zbyt często	37 (16,2%)
odpowiednio często	181 (79,4%)
za rzadko	10 (4,4%)
Ogółem (4 braki danych)	228 (100,0%)

Zdecydowana większość badanych psychiatrów (79,4%) uważa, że przymus w polskiej psychiatrii stosowany jest odpowiednio często, a tylko 16,2% uznało, że używa się go zbyt często. Grupa 4,4% psychiatrów stosowałaby przymus jeszcze częściej.

Sprawnie działający system opieki psychiatrycznej, zapewniający czynną opiekę ambulatoryjną jest w stanie zabezpieczyć osobie chorującej psychicznie kompleksowe leczenie domowe w sytuacji kryzysu, a następnie aktywnie wspierać jej dalsze zdrowienie. Zapytano badanych psychiatrów, czy właściwa organizacja systemu leczenia może mieć także wpływ na częstość stosowania przymusu w psychiatrii.

Tabela 13. Liczebności i procenty odpowiedzi na pytanie czy właściwie zorganizowany system psychiatrycznej opieki środowiskowej może zdaniem psychiatrów zmniejszyć liczbę przymusowych hospitalizacji.

Czy Pani/Pana zdaniem właściwie zorganizowany system psychiatrycznej opieki środowiskowej może zmniejszyć liczbę przymusowych hospitalizacji?	Częstość (Procent)
tak	211 (91,7%)
nie	19 (8,3%)
Ogółem (2 braki danych)	230 (100,0%)

Badani psychiatrzy potwierdzili w znaczącej większości (91,7%), że właściwie zorganizowany system psychiatrycznej opieki środowiskowej jest w stanie zmniejszyć liczbę przymusowych hospitalizacji, a tylko 8,3% z nich nie widziało takiego związku.

Przekonanie o wstydliwym charakterze chorób psychicznych i potrzebie ich ukrywania jest powszechnym problemem i jedną z miar dystansu społecznego w stosunku do osób nimi dotkniętych. Opinia taka nie tylko utrudnia choremu i jego rodzinie codzienne

funkcjonowanie ale także w znaczący sposób wpływa na opóźnienie w dotarciu po właściwą pomoc w sytuacji zaistnienia kryzysu psychicznego. Tabela 7 prezentuje poglądy badanych psychiatrów na ten temat.

Tabela 14. Liczebności i procenty wyrażające na ile psychiatrzy uważają choroby psychiczne jako wstydliwe.

Czy zaliczyłaby Pani/zaliczyłby Pan choroby psychiczne do chorób, które zazwyczaj ukrywa się przed innymi ludźmi jako wstydliwe?	Częstość (Procent)
zdecydowanie tak	131 (57,0%)
raczej tak	87 (37,8%)
raczej nie	8 (3,5%)
zdecydowanie nie	4 (1,7%)
Ogółem (2 braki danych)	230 (100,0%)

Zdecydowana większość respondentów (94,8%) zaliczyła choroby psychiczne do problemów zdrowotnych które ukrywa się przed innymi. Tylko 3,5% badanych uznała, że nie są raczej ukrywane a 1,7% oceniła nawet, że są w ogóle nie ukrywane.

W kolejnych pytaniach badani zostali poproszeni o wyrażenie wprost własnego stosunku do osób chorujących psychicznie, co może być traktowane jako miara dystansu odczuwanego a także opinii jaki jest stosunek do tych osób otoczenia społecznego psychiatrów, co służy z kolei do określenia poziomu dystansu spostrzeganego. Wyniki prezentują tabele 15 i 16.

Tabela 15. Liczebności i procenty wyrażające stosunek badanych psychiatrów do osób chorujących psychicznie.

Ludzie bardzo różnie odnoszą się do osób chorych psychicznie. Czy mogłaby Pani/mógłby Pan powiedzieć, jaki jest Pani/Pana stosunek do osób chorych psychicznie?	Częstość (Procent)
zdecydowanie życzliwy	128 (55,9%)
raczej życzliwy	70 (30,6%)
obojętny	17 (7,4%)
raczej niechętny	14 (6,1%)
Ogółem (3 braki danych)	229 (100,0%)

Zdecydowana większość badanych (85,6%) deklaruje życzliwy stosunek do osób chorujących psychicznie. Grupa 7,4% psychiatrów przyznaje się do obojętnego bądź raczej niechętnego (6,1%) stosunku do osób chorujących psychicznie. Nie odnotowano aby ktokolwiek z badanych wyraził swoją zdecydowaną niechęć do tych osób.

Tabela 16. Liczebności i procenty dotyczące opinii psychiatrów o tym jaki jest stosunek ich otoczenia społecznego do osób chorujących psychicznie.

Ludzie bardzo różnie odnoszą się do osób chorych psychicznie. Czy mogłaby Pani/mógłby Pan powiedzieć, jaki jest stosunek Pańskiego otoczenia do osób chorych psychicznie?	Częstość (Procent)
zdecydowanie życzliwy	14 (6,1%)
raczej życzliwy	83 (36,2%)
Obojętny	53 (23,1%)
raczej niechętny	69 (30,1%)
zdecydowanie niechętny	10 (4,4%)
Ogółem (3 braki danych)	229 (100,0%)

Badani psychiatrzy uważają w 42,3%, że stosunek ich otoczenia społecznego do osób chorujących psychicznie jest życzliwy, 23,1% respondentów ocenia jako obojętny a 34,5% uznaje za niechętny.

Do pomiaru społecznego dystansu zastosowano pytanie, które odwołuje się do wyobraźni badanych – poproszono respondentów aby odnieśli się do sytuacji, kiedy to osoba która chorowała psychicznie i leczyła się w szpitalu psychiatrycznym miałaby wypełniać określone społeczne role, pozostając jednocześnie w relacji z badanym. Rozkład liczebności i procentowy odpowiedzi na pytanie o ten aspekt relacji psychiatry i osoby chorującej psychicznie zamieszczono w tabeli 17.

Tabela 17. Liczebności i procenty wyrażające stopień przyzwolenia badanych psychiatrów na wypełnianie przez osobę leczoną w szpitalu psychiatrycznym i będącą w relacji z badanym, określonych ról społecznych.

Jak zareagowałby Pani/zareagowałby Pan, gdyby okazało się, że osoba, która kiedyś chorowała psychicznie i leczyła się w szpitalu psychiatrycznym, ma zostać?	zdecydowanie nie miałabym/nie miałbym zastrzeżeń	raczej nie miałabym/ nie miałbym zastrzeżeń	byłabym/byłbym raczej przeciwko temu	byłabym/ byłbym zdecydowanie przeciwko temu	Ogółem
	Liczba (%)	Liczba (%)	Liczba (%)	Liczba (%)	Liczba (%)
a. opiekunem/opiekunką Pani/Pana dziecka	9 (3,9%)	46 (20,2%)	118 (51,8%)	55 (24,1%)	228 (100,0%)
b. nauczycielem/nauczycielką Pani/Pana dziecka	37 (16,2%)	121 (52,8%)	48 (21,0%)	23 (10,0%)	229 (100,0%)
c. Pani/Pana lekarką/lekarzem	32 (14,0%)	126 (55,0%)	45 (19,7%)	26 (11,4%)	229 (100,0%)
d. burmistrzem/wójtem w Pani/Pana mieście/gminie	60 (26,5%)	104 (46,0%)	37 (16,4%)	25 (11,1%)	226 (100,0%)
e. posłem/posłanką w Pani/Pana okręgu	66 (29,2%)	98 (43,4%)	32 (14,2%)	30 (13,3%)	226 (100,0%)
f. Pani/Pana synową lub zięciem	12 (5,3%)	100 (44,1%)	78 (34,4%)	37 (16,3%)	227 (100,0%)
g. proboszczem w Pani/Pana parafii	79 (35,1%)	107 (47,6%)	22 (9,8%)	17 (7,6%)	225 (100,0%)
h. Pani/Pana nauczycielką/nauczycielem	62 (27,6%)	121 (53,8%)	22 (9,8%)	20 (8,9%)	225 (100,0%)
i. Pani/Pana szefową/szefem w pracy	47 (21%)	113 (50,4%)	41 (18,3%)	23 (10,3%)	224 (100,0%)
j. Pani/Pana współlokatorką/współlokatorem na wczasach	80 (35,1%)	106 (46,5%)	22 (9,6%)	20 (8,8%)	228 (100,0%)
k. Pani/Pana bliskim współpracowniczką/współpracownikiem	82 (35,8%)	112 (48,9%)	25 (10,9%)	10 (4,4%)	229 (100,0%)
l. niespodziewanym gościem na Pani/Pana przyjęciu	103 (45,0%)	89 (38,8%)	24 (10,5%)	13 (5,7%)	229 (100,0%)
m. Pani(a) kolegą/koleżanką w klasie, w grupie studenckiej	136 (59,6%)	77 (33,8%)	6 (2,6%)	9 (3,9%)	228 (100,0%)
n. Pani/Pana najbliższym sąsiadem/sąsiadką	111 (48,7%)	91 (39,9%)	15 (6,6%)	11 (4,8%)	228 (100,0%)

Wyniki przedstawione w tabeli pokazują, że tylko w przypadku dwóch z wymienionych czternastu ról społecznych respondenci wykazali zdecydowanie negatywną postawę – większość badanych lekarzy – 75,9% nie wyraziłoby zgody aby osoba chorująca psychicznie była opiekunem ich dziecka, a 50,7% aby była ich synową lub zięciem. Co warto podkreślić niewielu spośród respondentów wyrażało wobec tego zdecydowany sprzeciw – 24,1% wobec 51,8% umiarkowanego sprzeciwu dla roli opiekuna ich dziecka oraz 16,3% zdecydowanie przeciwnych wobec 34,4% raczej przeciwnych pełnieniu roli synowej lub zięcia.

Stosunek badanych psychiatrów do osób chorujących psychicznie wyrażony poprzez możliwość pełnienia przez nich pozostałych 12 ról społecznych można określić jako przychylny a w przypadku niektórych ról bardzo przychylny – większość albo zdecydowana większość respondentów zgadza się na pełnienie przez osoby chore i leczone szpitalnie określonych ról społecznych. Na to aby osoba chorująca psychicznie była nauczycielką/nauczycielem dziecka badanych lekarzy a także ich lekarką/lekarzem zgadza się 69,0% z nich. Jeszcze bardziej przychylnie patrzą respondenci na możliwość wypełniania przez osobę chorującą psychicznie roli ich szefowej/szefa – 71,4%, burmistrza/wójta w ich

mieście/gminie czy posłanki/posła z ich okręgu – 72,5%. Najmniej społecznego dystansu badani psychiatrzy wyrażają poprzez zgodę na pełnienie przez osoby chorujące psychicznie roli ich własnego nauczyciela – 81,4%, współlokatorki/współlokatora na wczasach – 81,6%, proboszcza w ich parafii – 82,7%, niespodziewanego gościa na ich przyjęciu – 83,8%, bliskiego współpracownika – 84,7%, najbliższego sąsiada – 88,6% , aż do 93,4%
dla koleżanki/kolegi w klasie lub grupie studenckiej.

Do istotnych skutków napiętnowania należą różnego rodzaju formy dyskryminacji strukturalnej, które są przejawem nierównego, krzywdzącego traktowania przez instytucje państwowe pewnych grup obywateli. O ten rodzaj dyskryminacji osób chorujących psychicznie zapytano badanych psychiatrów.

Tabela 18. Liczebności i procenty odnoszące się do oceny psychiatrów respektowania w Polsce praw osób chorujących psychicznie.

Jak Pan(i) sądzi, czy osoby chore psychicznie są w Polsce traktowane gorzej czy tak samo jak inni, gdy chodzi o prawo do?	są traktowane gorzej niż inni	jak inni są traktowane tak samo jak inni	są traktowane lepiej niż inni	Ogółem
	Liczba (%)	Liczba (%)	Liczba (%)	Liczba (%)
a. pracy, zatrudnienia	214 (92,6%)	14 (6,1%)	3 (1,3%)	231 (100,0%)
b. poszanowania godności osobistej	178 (77,4%)	49 (21,3%)	3 (1,3%)	230 (100,0%)
c. wykształcenia, edukacji	105 (45,5%)	123 (53,2%)	3 (1,3%)	231 (100,0%)
d. ochrony majątku	95 (41,3%)	131 (57,0%)	4 (1,7%)	230 (100,0%)
e. sprawiedliwego sądu	74 (32,0%)	144 (62,3%)	13 (5,6%)	231 (100,0%)
f. pomocy społecznej	65 (28,3%)	107 (46,5%)	58 (25,2%)	230 (100,0%)
g. opieki zdrowotnej	107 (46,5%)	106 (46,1%)	17 (7,4%)	230 (100,0%)

Zdecydowana większość badanych psychiatrów (92,6%) uważa, że osoby chorujące psychicznie są traktowane gorzej niż inni, gdy chodzi o prawo do pracy i zatrudnienia oraz do poszanowania godności osobistej (77,4%). Poziom dyskryminacji wyrażony poziomem dostępu do innych dóbr jest już zdaniem respondentów mniej wyraźny – 46,5% z nich uważa, że chorzy są gorzej traktowani jeśli chodzi o możliwość korzystania z opieki zdrowotnej, 45,5% - zdobywania wykształcenia, 41,3% twierdzi, że chorzy mają mniejsze prawa do ochrony majątku, czy sprawiedliwego sądu (32,0%). Najmniejsza część badanych psychiatrów (28,3%) uważa, że osoby chorujące psychicznie są traktowane gorzej niż inni jeśli chodzi o pomoc społeczną. Wśród tych badanych, którzy twierdzą, że chorzy psychicznie mogą być dyskryminowani w pozytywnym znaczeniu najwięcej, bo 25,2% psychiatrów uznała, że osoby chorujące psychicznie są traktowane lepiej niż inne w ramach pomocy społecznej.

Zasadniczą potrzebą budowania nowoczesnego modelu opieki psychiatrycznej jest lokalizowanie różnorodnych placówek leczenia i rehabilitacji psychiatrycznej w środowisku życia osób chorych. Biorąc pod uwagę sprzeciw jaki potrafi wyrazić w związku z tym społeczeństwo, postanowiono zapytać o opinię badanych psychiatrów. Wyniki prezentuje tabela 19.

Tabela 19. Liczebności i procenty wyrażające zgodę psychiatrów na uruchomienie w ich sąsiedztwie placówki dla osób chorujących psychicznie.

Gdyby okazało się że w Pani/Pana sąsiedztwie planuje się uruchomienie/budowę placówki dla osób psychicznie chorych, czy wyraziłaby Pani/wyraziłby Pan na to zgodę?	tak	nie	Ogółem
	Liczba (%)	Liczba (%)	Liczba (%)
a. przychodnia	222 (96,1%)	9 (3,9%)	231 (100,0%)
b. dom pomocy społecznej	213 (92,2%)	18 (7,8%)	231 (100,0%)
c. ośrodek dziennego pobytu	215 (93,1%)	16 (6,9%)	231 (100,0%)
d. mieszkanie chronione	208 (90,0%)	23 (10,0%)	231 (100,0%)
e. szpital	194 (84,0%)	37 (16,0%)	231 (100,0%)

Znacząca większość badanych psychiatrów (96,1%) wyraziłaby zgodę aby w sąsiedztwie jego miejsca zamieszkania powstała przychodnia psychiatryczna, ośrodek dziennego pobytu (93,1%), dom pomocy społecznej (92,2%), mieszkanie chronione dla osób chorujących psychicznie (90,0%) a nawet szpital psychiatryczny (84,0%).

Praca i zatrudnienie jest nie tylko miarą zaawansowania procesu zdrowienia osób dotkniętych chorobą psychiczną ale również ważnym sposobem ich uczestnictwa w życiu społecznym. Kryzys psychotyczny wyklucza z życia zawodowego ale bez właściwych warunków pracy dla osób chorujących psychicznie niezwykle trudno kryzys ten w pełni przezwyciężyć. Postanowiono zbadać psychiatrów, jako osoby mocno zaangażowane w proces zdrowienia swoich pacjentów, na ile rozumieją znaczenie ich aktywności zawodowej. Poszczególne aspekty zdolności do pracy osób chorujących psychicznie w ocenie badanych psychiatrów przedstawiono w tabelach 20, 21, 22 i 23.

Tabela 20. Liczebności i procenty dotyczące oceny badanych psychiatrów tego czy przebyta choroba psychiczna ogranicza osobom chorującym psychicznie zdolność do wykonywania pracy zarobkowej.

W jakim stopniu Pani(a) zdaniem przebyta choroba psychiczna ogranicza zdolność do wykonywania pracy zarobkowej?	Częstość (Procent)
nie ogranicza	23 (10,1%)
mało ogranicza	105 (46,3%)
znacznie ogranicza	98 (43,2%)
Uniemożliwia	1 (0,4%)
Ogółem (5 braków danych)	227 (100,0%)

Większość badanych psychiatrów uważa, że przebyta choroba psychiczna mało ogranicza (46,3%) lub nie ogranicza (10,1%) zdolności do wykonywania pracy zarobkowej. Stosunkowo duża grupa badanych (43,2%) ocenia, że przebycie takiej choroby znacznie ogranicza zdolność do wykonywania pracy zarobkowej a tylko 0,4%, że taką możliwość odbiera.

Tabela 21. Liczebności i procenty odnoszące się do tego czy ograniczenie do wykonywania pracy zarobkowej u osób chorujących psychicznie jest zdaniem psychiatrów trwałe.

Czy ograniczenie to jest Pani/Pana zdaniem trwałe?	Częstość (Procent)
Tak	58 (27,5%)
Nie	153 (72,5%)
Ogółem (21 braków danych)	211 (100,0%)

W grupie badanych, którzy uznali, że przebyta choroba psychiczna ogranicza zdolność do pracy zarobkowej, znacząca większość (72,5%) stwierdziła, że ograniczenie to nie jest trwałe.

Tabela 22. Liczebności i procenty określające zdaniem badanych psychiatrów zdolność osoby chorującej psychicznie do pracy zespołowej.

Czy osoby, które chorowały psychicznie są zdolne do pracy zespołowej?		Częstość (Procent)	
zdecydowanie nie	nie	7 (3,1%)	31 (13,6%)
raczej nie		24 (10,5%)	
raczej tak	tak	142 (62,0%)	198 (86,5%)
zdecydowanie tak		56 (24,5%)	
Ogółem (3 braki danych)		229 (100,0%)	

Zdecydowana większość badanych psychiatrów (86,5%) uważa, że osoby chorujące psychicznie są zdolne do pracy zespołowej mimo, że większość z nich (62%) wyraża co do tego wątpliwości. W badanej grupie jest 13,6% tych, którzy uważają, że choroba psychiczna odbiera możliwości pracy zespołowej, ale tylko 3,1% bez żadnych wątpliwości.

Tabela 23. Liczebności i procenty określające gotowość psychiatrów do powierzenia pracownikowi, który chorował psychicznie zadania wymagającego dużej samodzielności.

Czy powierzył(a)by Pan(i) pracownikowi, który chorował psychicznie zadanie wymagające dużej samodzielności?		Częstość (Procent)	
zdecydowanie nie	nie	8 (3,5%)	75 (33,1%)
raczej nie		67 (29,6%)	
raczej tak	tak	121 (53,5%)	151 (66,8%)
zdecydowanie tak		30 (13,3%)	
Ogółem		226 (100,0%)	

Zdaniem większości badanych psychiatrów (66,8%) można powierzyć pracownikowi, który chorował psychicznie zadanie wymagające dużej samodzielności, według 29,6% raczej nie należy tego robić a 3,5% była zdecydowanie przeciwna.

5.1.3. Korelacje wyników odpowiedzi na pytania ankiety „Psychiatrzy o chorych" z danymi socjodemograficznymi i określonymi kompetencjami zawodowymi badanych.

W celu zidentyfikowania czynników, które mogą mieć wpływ na wizerunek osoby chorującej psychicznie wśród psychiatrów zestawiono wyniki odpowiedzi na każde z pytań ankiety „Psychiatrzy o chorych" z poszczególnymi parametrami dotyczącymi danych demograficznych i zawodowych respondentów.

Tabela 24. Liczebności i procenty określające szansę na wyzdrowienie osoby chorującej psychicznie jaką badani psychiatrzy dają w zależności od ich wieku.

Jak Pani/Pan sądzi, czy człowiek, który zachorował psychicznie, ma szansę na wyzdrowienie czy też raczej pozostanie chory do końca życia?	Wiek			Ogółem
	< 35	35 - 49	50+	
zdecydowanie ma szansę na wyzdrowienie	16 (26,7%)	23 (21,9%)	17 (29,3%)	56 (25,1%)
raczej ma szansę na wyzdrowienie	28 (46,7%)	30 (28,6%)	22 (37,9%)	80 (35,9%)
raczej pozostanie chory do końca życia	16 (26,7%)	47 (44,8%)	17 (29,3%)	80 (35,9%)
zdecydowanie pozostanie chory do końca życia	0 (0,0%)	5 (4,8%)	2 (3,4%)	7 (3,1%)
Ogółem	60 (100,0%)	105 (100,0%)	58 (100,0%)	223 (100,0%)

Różnice międzygrupowe: $Chi^2(6) = 11,68$; $p = 0,069$

Psychiatrzy z najmłodszej grupy wiekowej, częściej podawali, że osoba która zachorowała psychicznie ma raczej szansę na wyzdrowienie (ASR = 2). Respondenci w wieku 35 – 49 lat twierdzili częściej, że osoba taka raczej pozostanie chora do końca życia (ASR = 2,6) oraz rzadziej twierdzili, że raczej ma szansę na wyzdrowienie (ASR = -2,1).

Tabela 25. Liczebności i procenty dotyczące opinii psychiatrów na temat wstydliwości/ukrywania choroby psychicznej w zależności od ich wieku.

Czy zaliczyłaby Pani/zaliczyłby Pan choroby psychiczne do chorób, które zazwyczaj ukrywa się przed innymi ludźmi jako wstydliwe, czy raczej nie?	Wiek			Ogółem
	< 35	35 - 49	50+	
zdecydowanie tak	33 (52,4%)	68 (64,2%)	27 (46,6%)	128 (56,4%)
raczej tak	28 (44,4%)	35 (33,0%)	24 (41,4%)	87 (38,3%)
raczej nie	2 (3,2%)	1 (0,9%)	5 (8,6%)	8 (3,5%)
zdecydowanie nie	0 (0,0%)	2 (1,9%)	2 (3,4%)	4 (1,8%)
Ogółem	63 (100,0%)	106 (100,0%)	58 (100,0%)	227 (100,0%)

Różnice międzygrupowe mierzone testem Chi^2 na poziomie p = 0,058

Psychiatrzy w wieku 35 – 49 lat częściej, w stosunku do grupy młodszej i starszej uważają , że choroby psychiczne należą do problemów zdrowotnych, które ukrywa się przed innymi jako wstydliwe (zależność bliska istotności statystycznej).

Tabela 26. Liczebności i procenty odnoszące się do deklarowanego przez psychiatrów stosunku do osób chorujących psychicznie w zależności o wieku badanych.

Ludzie bardzo różnie odnoszą się do osób chorych psychicznie. Czy mogłaby Pani/mógłby Pan powiedzieć, jaki jest Pani/Pana stosunek do osób chorych psychicznie?	Wiek			Ogółem
	< 35	35 - 49	50+	
zdecydowanie życzliwy	24 (38,1%)	64 (60,4%)	38 (66,7%)	126 (55,8%)
raczej życzliwy	26 (41,3%)	32 (30,2%)	12 (21,1%)	70 (31,0%)
obojętny	6 (9,5%)	4 (3,8%)	6 (10,5%)	16 (7,1%)
raczej niechętny	7 (11,1%)	6 (5,7%)	1 (1,8%)	14 (6,2%)
Ogółem	63 (100,0%)	106 (100,0%)	57 (100,0%)	226 (100,0%)

Różnice międzygrupowe mierzone testem Chi^2 na poziomie p = 0,011

Psychiatrzy w wieku 50 lat i starsi deklarują najwięcej zdecydowanie życzliwego stosunku do osób chorujących psychicznie. Psychiatrzy młodsi niż 35 lat są spolaryzowani jeśli chodzi o życzliwość dla osób chorujących psychicznie – z jednej strony istotnie rzadziej w stosunku do starszych grup wiekowych deklarują zdecydowanie życzliwy i częściej przyznają się do raczej niechętnego stosunku do osób chorujących psychicznie, z drugiej wyrażają istotnie częściej raczej życzliwy stosunek do tych osób.

Tabela 27. Liczebności i procenty wyrażające ocenę stosunku otoczenia społecznego psychiatrów do osób chorujących psychicznie w zależności od wieku badanych.

Ludzie bardzo różnie odnoszą się do osób chorych psychicznie. Czy mogłaby Pani/mógłby Pan powiedzieć, jaki jest stosunek Pańskiego otoczenia do osób chorych psychicznie?	Wiek			Ogółem
	< 35	35 - 49	50+	
zdecydowanie życzliwy	1 (1,6%)	7 (6,6%)	6 (10,5%)	14 (6,2%)
raczej życzliwy	13 (20,6%)	45 (42,5%)	24 (42,1%)	82 (36,3%)
obojętny	22 (34,9%)	19 (17,9%)	12 (21,1%)	53 (23,5%)
raczej niechętny	23 (36,5%)	30 (28,3%)	15 (26,3%)	68 (30,1%)
zdecydowanie niechętny	4 (6,3%)	5 (4,7%)	0 (0,0%)	9 (4,0%)
Ogółem	63 (100,0%)	106 (100,0%)	57 (100,0%)	226 (100,0%)

Różnice międzygrupowe mierzone testem Chi^2 na poziomie p = 0,013

Stosunek badanych psychiatrów do osób chorujących znajduje w dużej mierze odzwierciedlenie w ich ocenie dotyczącej społeczeństwa - najmłodsi psychiatrzy istotnie rzadziej uważają, że ich otoczenie społeczne życzliwie traktuje osoby chorujące psychicznie.

Tabela 28. Liczebności i procenty odnoszące się do deklarowanej zgody psychiatrów na to żeby osoba, która chorowała psychicznie i leczyła się w szpitalu psychiatrycznym była ich synową lub zięciem w zależności od wieku badanych.

Jak zareagowałby Pani/zareagowałby Pan, gdyby okazało się, że osoba, która kiedyś chorowała psychicznie i leczyła się w szpitalu psychiatrycznym, ma zostać Pani/Pana synową lub zięciem?	Wiek			Ogółem
	< 35	35 - 49	50+	
zdecydowanie nie miałabym/nie miałbym zastrzeżeń	6 (10,0%)	2 (1,9%)	4 (6,9%)	12 (5,4%)
raczej nie miałabym/ nie miałbym zastrzeżeń	32 (53,3%)	44 (41,5%)	23 (39,7%)	99 (44,2%)
byłabym/byłbym raczej przeciwko temu	20 (33,3%)	41 (38,7%)	15 (25,9%)	76 (33,9%)
byłabym/ byłbym zdecydowanie przeciwko temu	2 (3,3%)	19 (17,9%)	16 (27,6%)	37 (16,5%)
Ogółem	60 (100,0%)	106 (100,0%)	58 (100,0%)	224 (100,0%)

Różnice międzygrupowe mierzone testem Chi^2 na poziomie p = 0,004

Rola synowej lub zięcia jest jedną z dwóch, obok opiekunki/opiekuna ich dziecka, której badani psychiatrzy zdecydowanie nie akceptują w odniesieniu do osoby chorującej psychicznie. Wykazano zależność istotną statystycznie pomiędzy takim rodzajem dystansu w stosunku do chorych a wiekiem respondentów. Psychiatrzy w wieku do 35 lat istotnie częściej nie mieliby zastrzeżeń aby osoba chorująca psychicznie była ich synową lub zięciem, natomiast lekarze w wieku 50 lat i więcej istotnie częściej byliby zdecydowanie przeciw.

Tabela 29. Liczebności i procenty wyrażające deklarowany stosunek psychiatrów do osób chorujących psychicznie w zależności od płci badanych.

Ludzie bardzo różnie odnoszą się do osób chorych psychicznie. Czy mogłaby Pani/mógłby Pan powiedzieć, jaki jest Pani/Pana stosunek do osób chorych psychicznie?	Płeć		Ogółem
	kobieta	mężczyzna	
zdecydowanie życzliwy	95 (62,9%)	32 (41,6%)	127 (55,7%)
raczej życzliwy	41 (27,2%)	29 (37,7%)	70 (30,7%)
obojętny	6 (4,0%)	11 (14,3%)	17 (7,5%)
raczej niechętny	9 (6,0%)	5 (6,5%)	14 (6,1%)
Ogółem	151 (100,0%)	77 (100,0%)	228 (100,0%)

Różnice międzygrupowe mierzone testem Chi^2 na poziomie $p = 0,004$

Stwierdzono, że kobiety istotnie częściej w porównaniu z mężczyznami deklarowały zdecydowanie życzliwy stosunek do osób chorujących psychicznie.

Tabela 30. Liczebności i procenty dotyczące oceny psychiatrów czy właściwie zorganizowany system psychiatrycznej opieki środowiskowej jest w stanie zmniejszyć liczbę przymusowych hospitalizacji w zależności od miejsca pracy badanych.

Czy Pani/Pana zdaniem właściwie zorganizowany system psychiatrycznej opieki środowiskowej może zmniejszyć liczbę przymusowych hospitalizacji	Podstawowe miejsce pracy		Ogółem
	lecznictwo stacjonarne	lecznictwo ambulatoryjne	
tak	146 (94,2%)	52 (83,9%)	198 (91,2%)
nie	9 (5,8%)	10 (16,1%)	19 (8,8%)
Ogółem	155 (100,0%)	62 (100,0%)	217 (100,0%)

Różnice międzygrupowe mierzone testem Chi^2 na poziomie $p = 0,015$

Psychiatrzy zatrudnieni w lecznictwie stacjonarnym istotnie częściej potwierdzali, że właściwie zorganizowany system psychiatrycznej opieki środowiskowej mógłby zmniejszyć liczbę przymusowych hospitalizacji.

Tabela 31. Liczebności i procenty odnoszące się do oceny psychiatrów co do częstości używania przymusu w polskiej psychiatrii w zależności od posiadanych przez badanych kompetencji psychoterapeuty.

Czy Pani/Pana zdaniem przymus w polskiej psychiatrii stosowany jest:	Posiadanie certyfikatu psychoterapeuty lub w trakcie szkolenia w psychoterapii		Ogółem
	tak	nie	
zbyt często	18 (32,1%)	19 (11,2%)	37 (16,4%)
odpowiednio często	35 (62,5%)	144 (84,7%)	179 (79,2%)
za rzadko	3 (5,4%)	7 (4,1%)	10 (4,4%)
Ogółem	56 (100,0%)	170 (100,0%)	226 (100,0%)

Różnice międzygrupowe mierzone testem Chi^2 na poziomie $p = 0,001$

Psychiatrzy posiadający certyfikat bądź szkoleni w psychoterapii istotnie częściej twierdzili, że przymus w polskiej psychiatrii stosowany jest zbyt często.

Tabela 32. Liczebności i procenty wyrażające deklarowany przez psychiatrów stosunek do osób chorujących psychicznie w zależności od posiadanych przez badanych kompetencji psychoterapeuty.

Ludzie bardzo różnie odnoszą się do osób chorych psychicznie. Czy mogłaby Pani/mógłby Pan powiedzieć, jaki jest Pani/Pana stosunek do osób chorych psychicznie?	Posiadanie certyfikatu psychoterapeuty lub w trakcie szkolenia w psychoterapii		Ogółem
	tak	nie	
zdecydowanie życzliwy	24 (42,9%)	103 (60,2%)	127 (55,9%)
raczej życzliwy	28 (50,0%)	41 (24,0%)	69 (30,4%)
obojętny	3 (5,4%)	14 (8,2%)	17 (7,5%)
raczej niechętny	1 (1,8%)	13 (7,6%)	14 (6,2%)
Ogółem	56 (100,0%)	171 (100,0%)	227 (100,0%)

Różnice międzygrupowe mierzone testem Chi^2 na poziomie p = 0,002

Psychiatrzy z certyfikatem psychoterapeuty lub szkoleni w psychoterapii istotnie rzadziej deklarowali swój zdecydowanie życzliwy stosunek do osób chorujących psychicznie i stosunkowo częściej raczej życzliwy w porównaniu do psychiatrów nie szkolonych w psychoterapii.

Tabela 33. Liczebności i procenty odnoszące się do oceny psychiatrów co do częstości używania przymusu w polskiej psychiatrii w zależności od posiadanej przez badanych specjalizacji z terapii środowiskowej.

Czy Pani/Pana zdaniem przymus w polskiej psychiatrii stosowany jest:	Posiadanie tytułu specjalisty terapii środowiskowej		Ogółem
	tak	nie	
zbyt często	10 (35,7%)	27 (13,6%)	37 (16,3%)
odpowiednio często	18 (64,3%)	162 (81,4%)	180 (79,3%)
za rzadko	0 (0,0%)	10 (5,0%)	10 (4,4%)
Ogółem	28 (100,0%)	199 (100,0%)	227 (100,0%)

Różnice międzygrupowe mierzone testem Chi^2 na poziomie p = 0,008

Badani psychiatrzy z tytułem specjalisty terapii środowiskowej istotnie częściej twierdzili, że przymus w polskiej psychiatrii stosowany jest zbyt często.

Tabela 34. Liczebności i procenty dotyczące ocenianego przez psychiatrów stosunku ich otoczenia społecznego do osób chorujących psychicznie w zależności od posiadanej przez badanych specjalizacji z terapii środowiskowej.

Ludzie bardzo różnie odnoszą się do osób chorych psychicznie. Czy mogłaby Pani/mógłby Pan powiedzieć, jaki jest stosunek Pańskiego otoczenia do osób chorych psychicznie?	Posiadanie tytułu specjalisty terapii środowiskowej		Ogółem
	tak	nie	
zdecydowanie życzliwy	5 (17,9%)	9 (4,5%)	14 (6,1%)
raczej życzliwy	14 (50,0%)	68 (34,0%)	82 (36,0%)
obojętny	2 (7,1%)	51 (25,5%)	53 (23,2%)
raczej niechętny	7 (25,0%)	62 (31,0%)	69 (30,3%)
zdecydowanie niechętny	0 (0,0%)	10 (5,0%)	10 (4,4%)
Ogółem	28 (100,0%)	200 (100,0%)	228 (100,0%)

Różnice międzygrupowe mierzone testem Chi^2 na poziomie $p = 0,007$

Psychiatrzy posiadający tytuł specjalisty terapii środowiskowej istotnie częściej deklarowali życzliwy stosunek ich otoczenia społecznego do osób chorujących psychicznie.

5.1.4. Analiza czynnikowa (wymiary opisujące stosunek psychiatrów do osób chorujących psychicznie).

W kolejnym kroku podjęto próbę określenia wymiarów postawy, jaką psychiatrzy prezentują wobec osób chorujących psychicznie. W tym celu posłużono się metodą analizy czynnikowej (analizą głównych składowych). Analizie poddano 7 pytań i wyodrębniono 3 czynniki ortogonalne, które łącznie wyjaśniały 60,84% wariancji odpowiedzi na te pytania. Macierz ładunków czynnikowych została zamieszczona w tabeli 35.

Tabela 35. Analiza czynnikowa pytań wyrażających postawę psychiatrów wobec pacjentów - macierz ładunków czynnikowych.

Wymiary wyodrębnione metodą *Analizy czynnikowej (1-3):	Wymiary		
	1	2	3
15. Czy powierzył(a)by Pan(i) pracownikowi, który chorował psychicznie zadanie wymagające dużej samodzielności?	0,834		
14. Czy osoby, które chorowały psychicznie są zdolne do pracy zespołowej?	0,794		
13. W jakim stopniu Pani(a) zdaniem przebyta choroba psychiczna ogranicza zdolność do wykonywania pracy zarobkowej?	-0,601		
8. Ludzie bardzo różnie odnoszą się do osób chorych psychicznie. Czy mogłaby Pani/mógłby Pan powiedzieć, jaki jest Pani/Pana stosunek do osób chorych psychicznie?		0,757	
4.Jak Pani/Pan sądzi, czy człowiek, który zachorował psychicznie, ma szansę na wyzdrowienie czy też raczej pozostanie chory do końca życia?		0,713	
7. Czy zaliczyłaby Pani/zaliczyłby Pan choroby psychiczne do chorób, które zazwyczaj ukrywa się przed innymi ludźmi jako wstydliwe, czy raczej nie?			-0,853
9. Ludzie bardzo różnie odnoszą się do osób chorych psychicznie. Czy mogłaby Pani/mógłby Pan powiedzieć, jaki jest stosunek Pańskiego otoczenia do osób chorych psychicznie?			0,612

*Metoda rotacji - Varimax z normalizacją Kaisera.

Wyodrębnione 3 wymiary postawy jaką psychiatrzy prezentują wobec osób chorujących psychicznie zinterpretowano jako:

1. Ograniczenie dostępu do ról społecznych – do tego czynnika weszły pytania: 13 (z punktacją odwrotną), 14 i 15. Wysoki wynik w tym czynniku oznacza postawę charakteryzującą się brakiem gotowości badanych psychiatrów do powierzania osobom chorującym psychicznie określonych ról społecznych.
2. Nasilenie negatywnej oceny wobec chorych – do tego czynnika weszły pytania: 4 i 8. Wysoki wynik w tym czynniku oznacza tym bardziej negatywną postawę badanych psychiatrów wobec osób chorujących psychicznie.
3. Dostrzeganie stygmatyzacji chorych – do tego czynnika weszły pytania: 7 (z punktacją odwrotną) i 9. Wysoki wynik w tym czynniku oznacza tym większą gotowość do traktowania choroby psychicznej i osób nią dotkniętych jako problem wstydliwy i społecznie napiętnowany.

Pozostałe pytania ankiety: „Psychiatrzy o chorych" poniżej, nie zostały włączone do analizy z uwagi na ich specyficzną konstrukcję i pozostały ujęte w formie opisowej.

1. Czy Pani/Pana zdaniem przymus w polskiej psychiatrii stosowany jest…? (pytanie nr 5)
2. Czy Pani/Pana zdaniem właściwie zorganizowany system psychiatrycznej opieki środowiskowej może zmniejszyć liczbę przymusowych hospitalizacji? (pytanie nr 6)
3. Jak zareagowałby Pani/zareagowałby Pan, gdyby okazało się, że osoba, która kiedyś chorowała psychicznie i leczyła się w szpitalu psychiatrycznym, ma zostać…? (pytanie nr 10)
4. Jak Pan(i) sądzi, czy osoby chore psychicznie są w Polsce traktowane gorzej czy tak samo jak inni, gdy chodzi o prawo do…? (pytanie nr 11)
5. Gdyby okazało się że w Pani/Pana sąsiedztwie planuje się uruchomienie/budowę placówki dla osób psychicznie chorych, czy wyraziłaby Pani/wyraziłby Pan na to zgodę (pytanie nr 12)

Na podstawie wyników analizy skonstruowano klucze podskal mierzących poszczególne wymiary postawy psychiatrów wobec osób chorujących psychicznie i obliczono dla nich wyniki zagregowane. Rzetelność poszczególnych podskal obliczona przy użyciu

współczynnika Alfa-Cronbacha została określona w przedziale od 0,61 dla wymiaru „Dostęp do ról społecznych" do 0,26 dla wymiaru „Dostrzeganie stygmatyzacji chorych".

5.1.5. Analiza korelacji wewnętrznych pomiędzy poszczególnymi wymiarami.

Tabela 36. Korelacje między poszczególnymi wymiarami opisującymi stosunek psychiatrów do osób chorujących psychicznie.

Korelacje Pearsona	Ograniczenie dostępu do ról społecznych	Postawa negatywna wobec chorych	Dostrzeganie stygmatyzacji chorych
Ograniczenie dostępu do ról społecznych		,299** (N=227)	0,06 (N=227)
Postawa negatywna wobec chorych	,299** (N=227)		,162* (N=230)
Dostrzeganie stygmatyzacji chorych	0,06 (N=227)	,162* (N=230)	

**. Korelacja jest istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie).
*. Korelacja jest istotna na poziomie 0.05 (dwustronnie).

Wykazano na poziomie istotności statystycznej, że im bardziej negatywna jest postawa psychiatrów wobec osób chorujących psychicznie, tym bardziej są oni skłonni do ograniczania chorym dostępu do ról społecznych oraz tym częściej dostrzegają ich stygmatyzację.

5.1.6. Korelacje pomiędzy wymiarami wyrażającymi stosunek psychiatrów do osób chorujących psychicznie a danymi socjodemograficznymi i kompetencjami zawodowymi badanych.

W dalszej kolejności badano zależności poszczególnych wymiarów wyodrębnionych metodą analizy czynnikowej od danych demograficznych i zawodowych respondentów. Uwzględniono wymiary wyrażające postawę respondentów wobec osób chorujących psychicznie.

Tabela 37. Porównania wymiarów wyrażających stosunek psychiatrów do osób chorujących psychicznie według płci badanych różnic między płciami wykonane testem t-Studenta.

Wymiary wyrażające stosunek badanych wobec osób chorujących psychicznie.	Płeć badanych	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy średniej	Istotność (dwustronna)
Ograniczenie dostępu do ról społecznych	kobieta	152	2,79	,504	,041	,081
	mężczyzna	76	2,92	,529	,061	
Postawa negatywna wobec chorych	kobieta	151	**1,82**	**,636**	,052	**,026**
	mężczyzna	78	**2,03**	**,718**	,081	
Dostrzeganie stygmatyzacji chorych	kobieta	151	3,68	,691	,056	,341
	mężczyzna	78	3,76	,585	,066	

Wykazano na poziomie istotności statystycznej, że psychiatrzy płci męskiej wyrażali istotnie bardziej negatywną postawę wobec chorych od kobiet - psychiatrów.

Tabela 38. Porównania wymiarów wyrażających stosunek psychiatrów do osób chorujących psychicznie według wieku badanych, wykonane jednoczynnikową analizą.

Jednoczynnikowa Anova: F(2, 224)=5,67, p=0,004			
Zmienna grupująca: Wiek w latach↓	Zmienna zależna: Dostrzeganie stygmatyzacji chorych↓ Średnia, Odchylenie Standardowe	Różnice międzygrupowe mierzone testem Tukey'a HSD	
<35	3,86 ± ,62	<35 vs 35-49	0,236
35-49	3,71 ± ,67	<35 vs 50+	**0,003**
50+	3,48 ± ,60	35-49 vs 50+	*0,081*

	Jednoczynnikowa Anova:
Ograniczenie dostępu do ról społecznych	F(2, 223)=0,30, p=0,741
Postawa negatywna wobec chorych	F(2, 224)=1,57, p=0,210

Psychiatrzy w wieku 50 lat i starsi istotnie silniej w stosunku do najmłodszej grupy wiekowej (poniżej 35 lat) dostrzegają stygmatyzację osób chorujących psychicznie.

Tabela 39. Porównania wymiarów wyrażających stosunek psychiatrów do osób chorujących psychicznie według posiadanych przez badanych kompetencji psychoterapeuty różnic między płciami wykonane testem t-Studenta

Wymiary wyrażające stosunek badanych wobec osób chorujących psychicznie.	Posiadanie kompetencji psychoterapeuty	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Istotność (dwustronna)
Ograniczenie dostępu do ról społecznych	tak	55	2,72	0,564	**,047**
	nie	172	2,87	0,495	
Postawa negatywna wobec chorych	tak	57	1,90	0,637	,910
	nie	171	1,89	0,685	
Dostrzeganie stygmatyzacji chorych	tak	57	3,68	0,631	,772
	nie	171	3,71	0,668	

Psychiatrzy posiadający certyfikat psychoterapeuty, bądź będący w trakcie szkolenia w psychoterapii są znacząco mniej skłonni ograniczać osobom chorującym psychicznie dostęp do ról społecznych w stosunku do swoich kolegów bez kompetencji psychoterapeutycznych.

Tabela 40. Porównania wymiarów wyrażających stosunek psychiatrów do osób chorujących psychicznie według posiadanej przez badanych specjalizacji z terapii środowiskowej, wykonane testem t-Studenta.

Wymiary wyrażające stosunek badanych wobec osób chorujących psychicznie.	Posiadanie tytułu specjalisty terapii środowiskowej	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Istotność (dwustronna)
Ograniczenie dostępu do ról społecznych	tak	28	2,76	,496	,425
	nie	200	2,85	,518	
Postawa negatywna wobec chorych	tak	28	1,63	,555	**,023**
	nie	201	1,93	,678	
Dostrzeganie stygmatyzacji chorych	tak	28	3,45	,737	**,026**
	nie	201	3,74	,639	

Psychiatrzy posiadający tytuł specjalisty terapii środowiskowej prezentowali istotnie bardziej pozytywną postawę wobec osób chorujących psychicznie oraz rzadziej dostrzegali ich stygmatyzację.

5.2. Stosunek psychiatrów do psychiatrii i swojej roli zawodowej.

W podrozdziale tym przedstawiono wyniki ankiety, której celem było stworzenie okazji badanym do wypowiedzenia się na temat tego jak ich zdaniem społeczeństwo może postrzegać psychiatrię i psychiatrów. Wyodrębnione metodami statystycznymi wymiary określające szerzej opinię psychiatrów o psychiatrii i swojej roli zawodowej, zostały niezależnie od pojedynczych pytań skorelowane z danymi socjodemograficznymi respondentów oraz ich określonymi kompetencjami zawodowymi. Poszukiwano także wewnętrznych zależności pomiędzy poszczególnymi wymiarami.

5.1.7. Opinie psychiatrów o psychiatrii.

Jako jeden z przejawów nieadekwatnego postrzegania psychiatrii przez społeczeństwo można traktować lokalizowanie jej poza medycyną. Tabela 41 prezentuje opinię badanych psychiatrów o tym jaka część populacji ogólnej może uważać w ten sposób.

Tabela 41. Liczebności i procenty wyrażające jaka część społeczeństwa według psychiatrów uważa, że psychiatria nie jest dziedziną medycyny.

Jaki odsetek ogółu społeczeństwa uważa, Pani/Pana zdaniem, że psychiatria nie jest dziedziną medycyny?	Częstość	Procent	Procent skumulowany
0 – 20 %	75	32,3	32,3
21 – 40 %	71	30,6	62,9
41 – 60 %	61	26,3	89,2
61 – 80 %	24	10,3	99,6
81 – 100 %	1	0,4	100,0
Ogółem	232	100,0	

W opinii większości badanych psychiatrów (62,9%) przeważająca część społeczeństwa (ponad 60%) ma świadomość, że psychiatria jest dziedziną medycyny. Grupa 26,3% badanych wyraziła opinię, że 41 - 60% społeczeństwa nie ma tej świadomości. W zdecydowanej mniejszości (odpowiednio 10,3% i 0,4%) są ci, którzy przypuszczają, że ponad 60% a nawet ponad 80% społeczeństwa nie uważa psychiatrii za dziedzinę medycyny

Można przypuszczać, że niektórzy lekarze traktują psychiatrię w sposób pobłażliwy, nie doceniając jej znaczenia jako dziedziny wiedzy i praktyki, która wpływa znacząco nie tylko na stan psychiczny ale także przebieg wielu schorzeń somatycznych. Zapytano badanych psychiatrów o ich obawy dotyczące postrzegania psychiatrii jako gorszej części medycyny przez lekarzy innych specjalności. Wyniki przedstawiono w tabeli 42.

Tabela 42. Liczebności i procenty wskazujące jaki jest według badanych prestiż psychiatrii w opinii lekarzy innych specjalności.

Jaki jest Pani/Pana zdaniem prestiż psychiatrii w opinii lekarzy innych specjalności?	Częstość	Procent	Procent skumulowany
bardzo niski	19	8,2	8,2
niski	113	48,7	56,9
przeciętny	86	37,1	94,0
wysoki	13	5,6	99,6
bardzo wysoki	1	0,4	100,0
Ogółem	232	100,0	

Większość badanych psychiatrów uważa, że prestiż psychiatrii w opinii lekarzy innych specjalności jest niski (48,7%) lub bardzo niski (8,2%). Za tym, że prestiż psychiatrii jest przeciętny wypowiada się 37,1% badanych. Tylko znikomy procent respondentów (5,6%) ocenia, że prestiż psychiatrii w opinii lekarzy innych specjalności jest wysoki, a tylko jedna badana osoba (0,4%), że bardzo wysoki.

Dwa kolejne pytania miały ujawnić opinię badanych o tym jaka część ich kolegów jest zadowolona z wyboru psychiatrii jako swej specjalności medycznej oraz na ile sami są takim wyborem usatysfakcjonowani. Wyniki zamieszczono w tabelach 43 i 44.

Tabela 43. Liczebności i procenty określające jaka część ogółu psychiatrów jest zadowolona, w opinii badanych psychiatrów, z wyboru swojej specjalności.

Jaki odsetek psychiatrów jest zadowolony Pani/Pana zdaniem z wyboru tej specjalności?	Częstość	Procent	Procent skumulowany
0 – 20 %	2	0,9	0,9
21 – 40 %	14	6,0	6,9
41 – 60 %	60	25,9	32,8
61 – 80 %	116	50,0	82,8
81 – 100 %	40	17,2	100,0
Ogółem	232	100,0	

Większość (67,2%) badanych uważa, że ponad 60% psychiatrów jest zadowolona z wyboru tej specjalności medycznej. Grupa 25,9% ocenia, że zadowolonych z takiego wyboru jest 41 – 60% psychiatrów. W znaczącej mniejszości (odpowiednio 6% i 0,9%) są ci, którzy uważają, że zadowolonych jest 21 – 40% czy nawet poniżej 20% psychiatrów.

Tabela 44. Liczebności i procenty wyrażające jaka część badanych psychiatrów jest zadowolona z wyboru tej specjalności medycznej.

Czy Pani/Pan jest zadowolona(y) z wyboru psychiatrii jako swojej specjalności lekarskiej?	Częstość	Procent	Procent skumulowany
nie	1	0,4	0,4
raczej nie	8	3,4	3,9
raczej tak	54	23,3	27,2
tak	169	72,8	100,0
Ogółem	232	100,0	

Zdecydowana większość ankietowanych (96,1%) wyraziła zadowolenie z wyboru tej specjalności lekarskiej. Raczej niezadowolonych było 3,4% badanych, a zdecydowanie niezadowolonych tylko 0,4% psychiatrów.

Aby określić na ile badani psychiatrzy czują się obciążeni pracą, poproszono badanych o wypowiedź na ile jest ona dla nich kosztowna emocjonalnie oraz jaki jest ich zdaniem poziom odpowiedzialności prawnej. Rezultaty przedstawiono w tabelach 45 i 46.

Tabela 45. Liczebności i procenty wyrażające zdaniem psychiatrów poziom emocjonalnego obciążenia związanego z ich pracą.

Jaki jest Pani/Pana zdaniem poziom emocjonalnego obciążenia związanego z pracą psychiatry?	Częstość	Procent	Procent skumulowany
bardzo niski	1	0,4	0,4
niski	3	1,3	1,7
przeciętny w medycynie	43	18,5	20,3
wysoki	125	53,9	74,1
bardzo wysoki	60	25,9	100,0
Ogółem	232	100,0	

Zdaniem zdecydowanej większości badanych poziom emocjonalnego obciążenia związanego z pracą psychiatry jest wysoki (53,9%) a nawet bardzo wysoki (25,9%). Za tym, że jest on przeciętny w medycynie opowiedziało się 18,5% respondentów. Niewielka część psychiatrów uważa natomiast, że poziom emocjonalnego obciążenia związanego z ich pracą jest niski (1,3%) lub bardzo niski (0,4%).

Tabela 46. Liczebności i procenty przedstawiające jaki jest zdaniem psychiatrów poziom odpowiedzialności prawnej związanej z ich pracą.

Jaki jest Pani/Pana zdaniem poziom odpowiedzialności prawnej związanej z pracą psychiatry?	Częstość	Procent	Procent skumulowany
bardzo niski	1	0,4	0,4
niski	10	4,3	4,7
przeciętny w medycynie	72	31,0	35,8
wysoki	102	44,0	79,7
bardzo wysoki	47	20,3	100,0
Ogółem	232	100,0	

Większość respondentów (64,3%) ocenia, że poziom odpowiedzialności prawnej związanej z pracą psychiatry jest ponad przeciętny. Dla 31% badanych psychiatrów odpowiedzialność prawna jest na poziome innych dziedzin medycyny. Zaledwie 4,3% badanych uważa poziom odpowiedzialności prawnej związanej z pracą psychiatry jako niski lub bardzo niski (0,4%).

Jako jedną z form nierównego traktowania poszczególnych dziedzin medycyny należy traktować niesprawiedliwy podział środków na ich finansowanie. Zapytano badanych jak wygląda ich zdaniem finansowanie psychiatrii względem innych dziedzin medycyny.

Tabela 47. Liczebności i procenty określające według badanych poziom finansowania psychiatrii względem innych dziedzin medycyny.

Nakłady na finansowanie psychiatrii w stosunku do innych dziedzin medycyny są Pani/Pana zdaniem na poziomie?	Częstość	Procent	Procent skumulowany
dużo niższym	129	55,6	55,6
niższym	72	31,0	86,6
przeciętnym	28	12,1	98,7
wyższym	2	0,9	99,6
dużo wyższym	1	0,4	100,0
Ogółem	232	100,0	

Zdecydowana większość ankietowanych (86,6%) uważa, że nakłady na finansowanie psychiatrii są zaniżone w stosunku do innych dziedzin medycyny. Według 12,1% badanych finansowanie psychiatrii jest na poziomie przeciętnym, a tylko 0,9% uważa, że jest na poziomie wyższym lub dużo wyższym (0,4%) niż w innych specjalnościach medycznych.

Dyskryminacja psychiatrii może odbywać się także poprzez gorsze traktowanie osób leczonych psychiatrycznie w stosunku do chorujących somatycznie przez lekarzy innych

specjalności. Zapytano badanych psychiatrów o ich przekonania dotyczące częstości takiego traktowania osób chorujących psychicznie. Wyniki zaprezentowano w tabeli 48.

Tabela 48. Liczebności i procenty wyrażające według badanych psychiatrów częstość z jaką osoby leczone psychiatrycznie są dyskryminowane w stosunku do osób chorych somatycznie, przez lekarzy innych specjalności.

Na ile powszechna jest Pani/Pana zdaniem praktyka dyskryminu traktowania osób leczonych psychiatrycznie w stosunku do ch somatycznie przez lekarzy innych specjalności?	Częstość	Procent	Procent skumulowany
bardzo częsta	84	36,2	36,2
częsta	119	51,3	87,5
rzadka	28	12,1	99,6
nie występuje	1	0,4	100,0
Ogółem	232	100,0	

Większość ankietowanych uważa za częstą (51,3%) lub bardzo częstą (36,2%) praktykę dyskryminującego traktowania osób leczonych psychiatrycznie przez lekarzy innych specjalności. Stosunkowo niewielki odsetek badanych psychiatrów traktuje tego rodzaju praktykę za rzadką (21,1%), a tylko 0,4% uważa, że ona nie występuje.

Skuteczność leczenia w danej dziedzinie medycyny określa jej wartość i przydatność a dalej przekłada się na gotowość do korzystania z określonej formy pomocy. W dwóch kolejnych pytaniach dowiadywano się jak zdaniem badanych psychiatrów społeczeństwo i lekarze innych specjalności oceniają skuteczność leczenia psychiatrycznego. Wyniki zaprezentowano w tabelach 49 i 50.

Tabela 49. Liczebności i procenty dotyczące tego jak według badanych psychiatrów społeczeństwo ocenia skuteczność leczenia psychiatrycznego.

Jak wedle Pani/Pana wiedzy ogół społeczeństwa ocenia skuteczność leczenia psychiatrycznego?	Częstość	Procent	Procent skumulowany
jest nieskuteczne	15	6,5	6,5
bardzo mało skuteczne	94	40,5	47,0
przeciętnie skuteczne	119	51,3	98,3
bardzo skuteczne	4	1,7	100,0
Ogółem	232	100,0	

Większość badanych (51,3%) uważa, że ogół społeczeństwa traktuje leczenie psychiatryczne jako przeciętnie skuteczne. Duża część ankietowanych (40,5%) ocenia jednocześnie, że przeciętny obywatel uważa je za bardzo mało skuteczne bądź nieskuteczne (6,5%). Zaledwie 1,7% lekarzy, wyraża przekonanie, że społeczeństwo uważa leczenie psychiatryczne za bardzo skuteczne.

Tabela 50. Liczebności i procenty określające jak według psychiatrów lekarze innych specjalności oceniają skuteczność leczenia psychiatrycznego.

Jak wedle Pani/Pana wiedzy lekarze innych specjalności oceniają skuteczność leczenia psychiatrycznego?	Częstość	Procent	Procent skumulowany
jest nieskuteczne	13	5,6	5,6
bardzo mało skuteczne	67	28,9	34,5
przeciętnie skuteczne	145	62,5	97,0
bardzo skuteczne	7	3,0	100,0
Ogółem	232	100,0	

W podobnych proporcjach kształtuje się według badanych psychiatrów skuteczność leczenia psychiatrycznego w opinii lekarzy innych specjalności – jako przeciętnie skuteczne jest traktowane według 62,5% respondentów, bardzo mało skuteczne – 28,9%, nieskuteczne – 5,6% a bardzo skuteczne tylko 3% .

Zniekształcenia w sposobie społecznego postrzegania psychiatrii a w konsekwencji opóźnienia w dotarciu po konieczną pomoc mogą polegać między innymi na przesadnym kojarzeniu leczenia psychiatrycznego z przemocą. Postanowiono zbadać na ile psychiatrzy obawiają się takiego traktowania psychiatrii przez społeczeństwo. Wyniki przedstawiono w tabeli 51.

Tabela 51. Jaka część społeczeństwa kojarzy zdaniem psychiatrów leczenie psychiatryczne z przemocą.

Jaka część ogółu społeczeństwa kojarzy Pani/Pana zdaniem leczenie psychiatryczne z przemocą?	Częstość	Procent	Procent skumulowany
0 – 20 %	38	16,4	16,4
21 – 40 %	69	29,7	46,1
41 – 60 %	65	28,0	74,1
61 – 80 %	52	22,4	96,6
81 – 100 %	8	3,4	100,0
Ogółem	232	100,0	

Zdaniem 46,1% badanych mniejsza część społeczeństwa (do 40%) kojarzy leczenie psychiatryczne z przemocą. Za tym, że większość społeczeństwa kojarzy psychiatrię w ten sposób było 25,8% respondentów. 28% badanych lekarzy uważa, że związek leczenia psychiatrycznego z przemocą widzi 21 – 40% ogółu społeczeństwa.

Można się także obawiać, że społeczeństwo nie tylko odmówi psychiatrii miejsca wśród innych dziedzin medycyny, potraktuje jako praktykę pozbawioną podstaw naukowych a nawet sprowadzi ją do formy bliżej nieokreślonych oddziaływań z pogranicza wiedzy tajemnej. Zapytano badanych psychiatrów o ich przekonania w tym zakresie.

Tabela 52. Liczebności i procenty opisujące jaka część społeczeństwa wg psychiatrów, uważa psychiatrię za dziedzinę oddziaływań magicznych.

Jaka część ogółu społeczeństwa uważa Pani/Pana zdaniem, że psychiatria jest dziedziną oddziaływań magicznych?	Częstość	Procent	Procent skumulowany
0 – 20 %	132	56,9	56,9
21 – 40 %	63	27,2	84,1
41 – 60 %	24	10,3	94,4
61 – 80 %	9	3,9	98,3
81 – 100 %	4	1,7	100,0
Ogółem	232	100,0	

W opinii znaczącej liczby badanych (84,1%), mniejsza część społeczeństwa (do 40%) uważa, że psychiatria jest dziedziną oddziaływań magicznych. Niewielka część respondentów (5,6%) twierdzi, że może tak uważać większość społeczeństwa (ponad 60%). 10,3% badanych uznaje, że 41 – 60% społeczeństwa uznaje psychiatrię za dziedzinę oddziaływań magicznych.

W mediach chętnie prezentuje się rozmaite wydarzenia kryminalne, które traktuje się z tym większym przejęciem kiedy są „wzbogacone" informacją o domniemanej przeszłości psychiatrycznej sprawcy. W obiegowej opinii słyszy się niejednokrotnie, że groźny przestępca uniknął kary ponieważ uzyskał diagnozę psychiatryczną. Opinie badanych psychiatrów na temat powszechności takiego traktowania psychiatrii przez społeczeństwo przedstawiono w tabeli 53.

Tabela 53. Liczebności i procenty określające jaka część społeczeństwa wg psychiatrów jest przekonana, że psychiatria jest wykorzystywana do ochrony osób, które naruszyły prawo.

Jaka część ogółu społeczeństwa jest przekonana Pani/Pana zdaniem, ze psychiatria jest wykorzystywana do ochrony osób, które naruszyły prawo?	Częstość	Procent	Procent skumulowany
0 – 20 %	79	34,2	34,2
21 – 40 %	85	36,8	71,0
41 – 60 %	47	20,3	91,3
61 – 80 %	16	6,9	98,3
81 – 100 %	4	1,7	100,0
Ogółem	231	100,0	1 brak danych

Niewielka część badanych (8,6%) uważa, że większość społeczeństwa (ponad 60%) jest przekonana, że psychiatria jest wykorzystywana do ochrony osób, które naruszyły prawo. Według aż 71% lekarzy, mniejsza część społeczeństwa (poniżej 40%) ma na temat psychiatrii taką opinię. 20,3% respondentów szacuje, że 40 – 60% społeczeństwa kojarzy psychiatrię w ten sposób.

Z jednej strony zwraca się uwagę na wyjątkowo trudny charakter pracy związanej z leczeniem zaburzeń psychicznych, z drugiej bagatelizuje ten wysiłek i lekceważy psychiatrów wyśmiewając i określając ich wypowiedzi i zachowania jako zwariowane – podobne jak w przypadku osób, którymi się zajmują. W ostatnim pytaniu ankiety „Psychiatrzy o psychiatrii" poruszono ten właśnie temat. Ocenę zjawiska przez badanych psychiatrów przedstawiono w tabeli 54.

Tabela 54. Liczebności i procenty wyrażające opinię badanych psychiatrów o tym jaka część społeczeństwa uważa, że psychiatrzy upodabniają się do swoich pacjentów.

Jaka część ogółu społeczeństwa jest przekonana Pani/Pana zdaniem, że psychiatrzy upodabniają się do swoich pacjentów?	Częstość	Procent	Procent skumulowany
0 – 20 %	40	17,2	17,2
21 – 40 %	68	29,3	46,6
41 – 60 %	51	22,0	68,5
61 – 80 %	53	22,8	91,4
81 – 100 %	20	8,6	100,0
Ogółem	232	100,0	

W opinii 46,5% badanych mniejsza część społeczeństwa (do 40%) jest przekonana, że psychiatrzy upodabniają się do swoich pacjentów. Według 31,4% respondentów większość (ponad 60%) społeczeństwa uważa w ten sposób. 22% badanych uważa, że 41 – 60% społeczeństwa prezentuje taką opinię na temat psychiatrów.

5.1.8. Korelacje wyników odpowiedzi na pytania ankiety „Psychiatrzy o psychiatrii" z danymi socjodemograficznymi i wybranymi kompetencjami zawodowymi badanych.

Tabela 55. Zależność wieku badanych psychiatrów od ich oceny dotyczącej procentu społeczeństwa, który uważa, że psychiatria nie jest dziedziną medycyny.

1. Jaki odsetek ogółu społeczeństwa uważa, Pani/Pana zdaniem, że psychiatria nie jest dziedziną medycyny?	Wiek			Ogółem
	< 35	35 - 49	50+	
0 – 20 %	12 (19,0%)	38 (35,5%)	24 (40,7%)	74 (32,3%)
21 – 40 %	23 (36,5%)	29 (27,1%)	19 (32,2%)	71 (31,0%)
41 – 60 %	17 (27,0%)	33 (30,8%)	10 (16,9%)	60 (26,2%)
61 – 80 %	11 (17,5%)	7 (6,5%)	5 (8,5%)	23 (10,0%)
81–100 %	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,7%)	1 (0,4%)
Ogółem	63 (100,0%)	107 (100,0%)	59 (100,0%)	229 (100,0%)

Różnice międzygrupowe mierzone testem Chi^2 na poziomie p = 0,032

Badani psychiatrzy w wieku poniżej 35 lat istotnie częściej w stosunku do pozostałych grup wiekowych wyrażają przekonanie, że społeczeństwo uważa, że psychiatria nie jest dziedziną medycyny.

Tabela 56. Zależność wieku badanych psychiatrów od tego jak oceniają oni procent psychiatrów, którzy są zadowoleni z wyboru swej specjalności.

3. Jaki odsetek psychiatrów jest zadowolony Pani/Pana zdaniem z wyboru tej specjalności?	Wiek			Ogółem
	< 35	35 - 49	50+	
0 – 20 %	1 (1,6%)	1 (0,9%)	0 (0,0%)	2 (0,9%)
21 – 40 %	1 (1,6%)	8 (7,5%)	5 (8,5%)	14 (6,1%)
41 – 60 %	11 (17,5%)	37 (34,6%)	12 (20,3%)	60 (26,2%)
61 – 80 %	38 (60,3%)	41 (38,3%)	34 (57,6%)	113 (49,3%)
81 – 100 %	12 (19,0%)	20 (18,7%)	8 (13,6%)	40 (17,5%)
Ogółem	63 (100,0%)	107 (100,0%)	59 (100,0%)	229 (100,0%)

Różnice międzygrupowe mierzone testem Chi^2 na poziomie p = 0,059

Najmłodsi badani (poniżej 35 lat) uważają częściej niż pozostali, że psychiatrzy są zadowoleni z wyboru tej specjalności medycznej. Respondenci w wieku 35 – 49 lat rzadziej niż pozostałe grupy wiekowe wyrażali przekonanie, że psychiatrzy są zadowoleni z takiego wyboru.

Tabela 57. Zależność wieku badanych psychiatrów od ich zadowolenia z wyboru tej specjalności medycznej.

4. Czy Pani/Pan jest zadowolona(y) z wyboru psychiatrii jako swojej specjalności lekarskiej?	Wiek			Ogółem
	< 35	35 - 49	50+	
nie	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,7%)	1 (0,4%)
raczej nie	0 (0,0%)	6 (5,6%)	2 (3,4%)	8 (3,5%)
raczej tak	21 (33,3%)	22 (20,6%)	10 (16,9%)	53 (23,1%)
tak	42 (66,7%)	79 (73,8%)	46 (78,0%)	167 (72,9%)
Ogółem	63 (100,0%)	107 (100,0%)	59 (100,0%)	229 (100,0%)

Różnice międzygrupowe mierzone testem Chi^2 na poziomie p = 0,085

Badani psychiatrzy w wieku do 35 lat wyraźnie częściej niż starsze grupy wiekowe stwierdzali, że są raczej zadowoleni z wyboru tej specjalności medycznej; nie wyrazili jednocześnie pełnego zadowolenia z tego wyboru (zależność bliska istotności statystycznej).

Tabela 58. Zależność wieku psychiatrów od ich oceny dotyczącej tego jaki procent społeczeństwa uważa, że psychiatria jest wykorzystywana do ochrony osób, które naruszyły prawo.

13. Jaka część ogółu społeczeństwa jest przekonana Pani/Pana zdaniem, ze psychiatria jest wykorzystywana do ochrony osób, które naruszyły prawo?	Wiek			Ogółem
	< 35	35 - 49	50+	
0 – 20 %	23 (36,5%)	28 (26,2%)	27 (46,6%)	78 (34,2%)
21 – 40 %	27 (42,9%)	43 (40,2%)	14 (24,1%)	84 (36,8%)
41 – 60 %	9 (14,3%)	23 (21,5%)	14 (24,1%)	46 (20,2%)
61 – 80 %	2 (3,2%)	13 (12,1%)	1 (1,7%)	16 (7,0%)
81–100 %	2 (3,2%)	0 (0,0%)	2 (3,4%)	4 (1,8%)
Ogółem	63 (100,0%)	107 (100,0%)	58 (100,0%)	228 (100,0%)

Różnice międzygrupowe mierzone testem Chi^2 na poziomie p = 0,007

Psychiatrzy powyżej 50 lat istotnie rzadziej uważają, że psychiatria jest uważana w społeczeństwie jako dziedzina medycyny służąca do ochrony osób, które naruszyły prawo, natomiast istotnie częściej wskazują na to lekarze w wieku 35 – 49 lat.

Tabela 59. Zależność wieku psychiatrów od ich oceny dotyczącej procentu społeczeństwa który uważa, że psychiatrzy upodabniają się do swoich pacjentów.

14. Jaka część ogółu społeczeństwa jest przekonana Pani/Pana zdaniem, że psychiatrzy upodabniają się do swoich pacjentów?	Wiek			Ogółem
	< 35	35 - 49	50+	
0 – 20 %	13 (20,6%)	13 (12,1%)	14 (23,7%)	40 (17,5%)
21 – 40 %	14 (22,2%)	32 (29,9%)	21 (35,6%)	67 (29,3%)
41 – 60 %	15 (23,8%)	23 (21,5%)	13 (22,0%)	51 (22,3%)
61 – 80 %	19 (30,2%)	25 (23,4%)	8 (13,6%)	52 (22,7%)
81–100 %	2 (3,2%)	14 (13,1%)	3 (5,1%)	19 (8,3%)
Ogółem	63 (100,0%)	107 (100,0%)	59 (100,0%)	229 (100,0%)

Różnice międzygrupowe mierzone testem Chi^2 na poziomie p = 0,063

Ankietowani psychiatrzy w wieku 35 – 49 lat częściej niż w innych grupach wiekowych uważają, że bardzo duża część społeczeństwa (81 – 100%) jest przekonana, że psychiatrzy upodabniają się do swoich pacjentów. Respondenci w wieku powyżej 50 lat wyraźnie rzadziej niż inne grupy wiekowe uważają, że duża część społeczeństwa (61 – 80%) może dzielić podobne przekonanie (zależność bliska istotności statystycznej).

Tabela 60. Zależność płci psychiatrów od ich oceny poziomu odpowiedzialności prawnej związanej z pracą psychiatry.

6. Jaki jest Pani/Pana zdaniem poziom odpowiedzialności prawnej związanej z pracą psychiatry?	Płeć		Ogółem
	kobieta	mężczyzna	
bardzo niski	1 (0,7%)	0 (0,0%)	1 (0,4%)
niski	2 (1,3%)	8 (10,3%)	10 (4,3%)
przeciętny w medycynie	47 (30,7%)	25 (32,1%)	72 (31,2%)
wysoki	69 (45,1%)	33 (42,3%)	102 (44,2%)
bardzo wysoki	34 (22,2%)	12 (15,4%)	46 (19,9%)
Ogółem	153 (100,0%)	78 (100,0%)	231 (100,0%)

Różnice międzygrupowe mierzone testem Chi^2 na poziomie p=0,022

Psychiatrzy płci męskiej uczestniczący w badaniu znacząco częściej niż kobiety uważają za niski poziom odpowiedzialności prawnej związanej z ich pracą.

Tabela 61. Zależność płci psychiatrów od ich oceny dotyczącej procentu społeczeństwa, który kojarzy leczenie psychiatryczne z przemocą.

11. Jaka część ogółu społeczeństwa kojarzy Pani/Pana zdaniem leczenie psychiatryczne z przemocą?	Płeć		Ogółem
	kobieta	mężczyzna	
0 – 20 %	27 (17,6%)	11 (14,1%)	38 (16,5%)
21 – 40 %	49 (32,0%)	20 (25,6%)	69 (29,9%)
41 – 60 %	47 (30,7%)	18 (23,1%)	65 (28,1%)
61 – 80 %	29 (19,0%)	22 (28,2%)	51 (22,1%)
81–100 %	1 (0,7%)	7 (9,0%)	8 (3,5%)
Ogółem	153 (100,0%)	78 (100,0%)	231 (100,0%)

Różnice międzygrupowe mierzone testem Chi^2 na poziomie p = 0,006

Wśród badanych psychiatrów, którzy twierdzą, że znacząca część ogółu społeczeństwa kojarzy leczenie psychiatryczne z przemocą jest istotnie więcej mężczyzn.

Tabela 62. Zależność podstawowego miejsca pracy psychiatrów i ich oceny dotyczącej częstości dyskryminującego traktowania osób leczonych psychiatrycznie w stosunku do osób leczonych somatycznie przez lekarzy innych specjalności.

8. Na ile powszechna jest Pani/Pana zdaniem praktyka dyskryminującego traktowania osób leczonych psychiatrycznie w stosunku do chorych somatycznie przez lekarzy innych specjalności?	Podstawowe miejsce pracy		Ogółem
	lecznictwo stacjonarne	lecznictwo ambulatoryjne	
bardzo częsta	62 (39,7%)	15 (23,8%)	77 (35,2%)
częsta	78 (50,0%)	35 (55,6%)	113 (51,6%)
rzadka	15 (9,6%)	13 (20,6%)	28 (12,8%)
nie występuje	1 (0,6%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)
Ogółem	156 (100,0%)	63 (100,0%)	219 (100,0%)

Różnice międzygrupowe mierzone testem Chi^2 na poziomie p = 0,043

Badani psychiatrzy zatrudnieni w lecznictwie stacjonarnym istotnie częściej zauważają praktykę dyskryminującego traktowania osób chorujących psychicznie przez lekarzy innych specjalności.

Tabela 63. Zależność podstawowego miejsca pracy psychiatrów i ich oceny tego jak społeczeństwo ocenia skuteczność leczenia psychiatrycznego.

9. Jak wedle Pani/Pana wiedzy ogół społeczeństwa ocenia skuteczność leczenia psychiatrycznego?	Podstawowe miejsce pracy		Ogółem
	lecznictwo stacjonarne	lecznictwo ambulatoryjne	
jest nieskuteczne	11 (7,1%)	4 (6,3%)	15 (6,8%)
bardzo mało skuteczne	71 (45,5%)	20 (31,7%)	91 (41,6%)
przeciętnie skuteczne	74 (47,4%)	35 (55,6%)	109 (49,8%)
bardzo skuteczne	0 (0,0%)	4 (6,3%)	4 (1,8%)
Ogółem	156 (100,0%)	63 (100,0%)	219 (100,0%)

Różnice międzygrupowe mierzone testem Chi^2 na poziomie p = 0,006

Wśród respondentów, zdaniem których społeczeństwo ocenia leczenie psychiatryczne jako bardzo skuteczne znacząco więcej jest psychiatrów zatrudnionych w lecznictwie ambulatoryjnym.

Tabela 64. Zależność posiadania przez badanych psychiatrów kompetencji psychoterapeuty i ich oceny tego jaka część społeczeństwa kojarzy leczenie psychiatryczne z przemocą.

11. Jaka część ogółu społeczeństwa kojarzy Pani/Pana zdaniem leczenie psychiatryczne z przemocą?	Posiadanie certyfikatu psychoterapeuty lub w trakcie szkolenia w psychoterapii		Ogółem
	tak	nie	
0 – 20 %	14 (24,6%)	24 (13,9%)	38 (16,5%)
21 – 40 %	15 (26,3%)	53 (30,6%)	68 (29,6%)
41 – 60 %	16 (28,1%)	49 (28,3%)	65 (28,3%)
61 – 80 %	7 (12,3%)	44 (25,4%)	51 (22,2%)
81–100 %	5 (8,8%)	3 (1,7%)	8 (3,5%)
Ogółem	57 (100,0%)	173 (100,0%)	230 (100,0%)

Różnice międzygrupowe mierzone testem Chi^2 na poziomie p = 0,013

Badani psychiatrzy, którzy posiadają certyfikat psychoterapeuty bądź odbywają szkolenie w psychoterapii wypowiadają się w sposób skrajnie różny na temat tego czy społeczeństwo kojarzy leczenie psychiatryczne z przemocą. Stwierdzają oni istotnie częściej zarówno, że znacząca większość (81 – 100%) jak i bardzo niewielka część (0 - 20%) społeczeństwa kojarzy leczenie psychiatryczne z przemocą. Wśród tych badanych, którzy uważają, że 61 – 80% społeczeństwa kojarzy leczenie psychiatryczne z przemocą znacząca większość nie posiada kompetencji psychoterapeuty.

Tabela 65. Zależność posiadania przez badanych psychiatrów tytułu specjalisty terapii środowiskowej i ich oceny jaki jest prestiż psychiatrii w opinii lekarzy innych specjalności.

2. Jaki jest Pani/Pana zdaniem prestiż psychiatrii w opinii lekarzy innych specjalności?	Posiadanie tytułu specjalisty terapii środowiskowej		Ogółem
	tak	nie	
bardzo niski	4 (14,3%)	15 (7,4%)	19 (8,2%)
niski	17 (60,7%)	95 (46,8%)	112 (48,5%)
przeciętny	6 (21,4%)	80 (39,4%)	86 (37,2%)
wysoki	0 (0,0%)	13 (6,4%)	13 (5,6%)
bardzo wysoki	1 (3,6%)	0 (0,0%)	1 (0,4%)
Ogółem	28 (100,0%)	203 (100,0%)	231 (100,0%)

Różnice międzygrupowe mierzone testem Chi^2 na poziomie p = 0,009

Większość badanych, którzy uważali, że lekarze innych specjalności oceniają prestiż psychiatrii jako niski bądź bardzo niski posiadała specjalizację z terapii środowiskowej.

Tabela 66. Związek posiadanego przez psychiatrów tytułu specjalisty terapii środowiskowej a ich oceną poziomu odpowiedzialności prawnej związanej z pracą psychiatry.

6. Jaki jest Pani/Pana zdaniem poziom odpowiedzialności prawnej związanej z pracą psychiatry?	Posiadanie tytułu specjalisty terapii środowiskowej		Ogółem
	tak	nie	
bardzo niski	1 (3,6%)	0 (0,0%)	1 (0,4%)
niski	0 (0,0%)	10 (4,9%)	10 (4,3%)
przeciętny w medycynie	8 (28,6%)	64 (31,5%)	72 (31,2%)
wysoki	10 (35,7%)	92 (45,3%)	102 (44,2%)
bardzo wysoki	9 (32,1%)	37 (18,2%)	46 (19,9%)
Ogółem	28 (100,0%)	203 (100,0%)	231 (100,0%)

Różnice międzygrupowe mierzone testem Chi^2 na poziomie p = 0,021

Respondenci z tytułem specjalisty terapii środowiskowej częściej uważali, że praca psychiatry wiąże się z bardzo wysokim poziomem odpowiedzialności prawnej. Inni lekarze posiadający kompetencje terapeuty środowiskowego byli jednocześnie skłonni twierdzić, że poziom odpowiedzialności prawnej związanej z pracą psychiatry jest niski lub bardzo niski.

Tabela 67. Związek posiadanego przez psychiatrów tytułu specjalisty terapii środowiskowej a ich oceną tego jaka część społeczeństwa kojarzy leczenie psychiatryczne z przemocą.

11. Jaka część ogółu społeczeństwa kojarzy Pani/Pana zdaniem leczenie psychiatryczne z przemocą?	Posiadanie tytułu specjalisty terapii środowiskowej		Ogółem
	tak	nie	
0 – 20 %	3 (10,7%)	35 (17,2%)	38 (16,5%)
21 – 40 %	7 (25,0%)	62 (30,5%)	69 (29,9%)
41 – 60 %	8 (28,6%)	57 (28,1%)	65 (28,1%)
61 – 80 %	6 (21,4%)	45 (22,2%)	51 (22,1%)
81–100 %	4 (14,3%)	4 (2,0%)	8 (3,5%)
Ogółem	28 (100,0%)	203 (100,0%)	231 (100,0%)

Różnice międzygrupowe mierzone testem Chi^2 na poziomie p = 0,020

Badani posiadający tytuł specjalisty terapii środowiskowej istotnie częściej uważali że znacząca większość społeczeństwa (81 – 100%) kojarzy leczenie psychiatryczne z przemocą.

5.1.9. Analiza czynnikowa (wymiary wyrażające opinię psychiatrów do psychiatrii).

Tabela 68. Statystyczne przyporządkowanie odpowiedzi na poszczególne pytania ankiety do wymiarów opisujących opinię psychiatrii u psychiatrów.

Macierz rotowanych czynników[a]					
	Czynnik (wymiar)				
	1	2	3	4	5
14. Jaka część ogółu społeczeństwa jest przekonana Pani/Pana zdaniem, że psychiatrzy upodabniają się do swoich pacjentów?	,665				
13. Jaka część ogółu społeczeństwa jest przekonana Pani/Pana zdaniem, ze psychiatria jest wykorzystywana do ochrony osób, które naruszyły prawo?	,662				
12. Jaka część ogółu społeczeństwa uważa Pani/Pana zdaniem, że psychiatria jest dziedziną oddziaływań magicznych?	,617				
11. Jaka część ogółu społeczeństwa kojarzy Pani/Pana zdaniem leczenie psychiatryczne z przemocą?	,587				
1. Jaki odsetek ogółu społeczeństwa uważa, Pani/Pana zdaniem, że psychiatria nie jest dziedziną medycyny?					
10. Jak wedle Pani/Pana wiedzy lekarze innych specjalności oceniają skuteczność leczenia psychiatrycznego?		,807			
9. Jak wedle Pani/Pana wiedzy ogół społeczeństwa ocenia skuteczność leczenia psychiatrycznego?		,564			
2. Jaki jest Pani/Pana zdaniem prestiż psychiatrii w opinii lekarzy innych specjalności?					
6. Jaki jest Pani/Pana zdaniem poziom odpowiedzialności prawnej związanej z pracą psychiatry?			,727		
5. Jaki jest Pani/Pana zdaniem poziom emocjonalnego obciążenia związanego z pracą psychiatry?			,575		
8. Na ile powszechna jest Pani/Pana zdaniem praktyka dyskryminującego traktowania osób leczonych psychiatrycznie w stosunku do chorych somatycznie przez lekarzy innych specjalności?				,729	
7. Nakłady na finansowanie psychiatrii w stosunku do innych dziedzin medycyny są Pani/Pana zdaniem na poziomie?				,417	
3. Jaki odsetek psychiatrów jest zadowolony Pani/Pana zdaniem z wyboru tej specjalności?					,568
4. Czy Pani/Pan jest zadowolona(y) z wyboru psychiatrii jako swojej specjalności lekarskiej?					,533

Metoda wyodrębniania czynników – Alfa. Metoda rotacji - Varimax z normalizacją Kaisera. Rotacja osiągnęła zbieżność w 6 iteracjach.

Metodą analizy czynnikowej wyodrębniono 5 wymiarów postawy jaką psychiatrzy prezentują wobec siebie w roli zawodowej i psychiatrii (41% wariancji):

1. Wizerunek psychiatrii w społeczeństwie w opinii psychiatrów.
2. Prestiż psychiatrii (skuteczność psychiatrii).
3. Poziom obciążenia pracą psychiatrów.
4. Dyskryminacja strukturalna.
5. Zadowolenie z wykonywanej pracy.

Rzetelność analizy obliczona testem Alfa Cronbacha została określona w przedziale od 0,715 dla wymiaru „Wizerunek psychiatrii w społeczeństwie wg psychiatrów" do 0,43 dla wymiaru „Zadowolenie z wykonywanej pracy".

5.1.10. Interkorelacje (korelacje wewnętrzne między poszczególnymi wymiarami opisującymi opinię psychiatrów o psychiatrii).

Tabela 69. Korelacje między poszczególnymi wymiarami opisującymi opinię psychiatrów o psychiatrii.

Korelacje Pearsona N = 232	Negatywny wizerunek psychiatrii	Wysoki poziom obciążenia	Niski prestiż psychiatrii	Dyskryminacja strukturalna	Niskie zadowolenie z wykonywanej pracy
Negatywny wizerunek psychiatrii		0,003	0,118	,176**	-0,036
Wysoki poziom obciążenia	0,003			,283**	0,040
Niski prestiż psychiatrii	0,118	-0,081		,153*	0,084
Dyskryminacja strukturalna	,176**	,283**	,153*		-0,061
Niskie zadowolenie z wykonywanej pracy	-0,036	0,040	0,084	-0,061	

**. Korelacja jest istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie).
*. Korelacja jest istotna na poziomie 0.05 (dwustronnie).

Obserwowane zależności kształtują się w ten sposób, że odbierany przez psychiatrów jako wyższy poziom strukturalnej dyskryminacji psychiatrii, wiąże się u nich z tym bardziej negatywnym wizerunkiem psychiatrii, poczuciem większego obciążenia pracą i niższego prestiżu psychiatrii.

5.1.11. Wymiary wyrażające opinię psychiatrów o psychiatrii i własnej pracy a ich dane socjodemograficzne i posiadane kompetencje zawodowe.

W dalszej kolejności badano zależności poszczególnych wymiarów wyodrębnionych metodą analizy czynnikowej od danych demograficznych i zawodowych respondentów. Uwzględniono wymiary dotyczące przekonań psychiatrów na temat społecznej opinii o psychiatrii.

Tabela 70. Zależności wymiarów wyrażających opinię psychiatrów o psychiatrii i płci badanych.

Wymiary wyrażające opinię psychiatrów o psychiatrii i własnej pracy	Płeć badanych	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Istotność (dwustronna)
Negatywny wizerunek psychiatrii	kobieta	153	**2,20**	**,731**	**,033**
	mężczyzna	78	**2,44**	**,862**	
Wysoki poziom obciążenia	kobieta	153	**3,97**	**,633**	**,044**
	mężczyzna	78	**3,79**	**,705**	
Niski prestiż psychiatrii	kobieta	153	3,41	,545	,175
	mężczyzna	78	3,51	,564	
Dyskryminacja strukturalna	kobieta	153	4,35	,565	,172
	mężczyzna	78	4,24	,682	
Niskie zadowolenie z wykonywanej pracy	kobieta	153	2,26	,507	,532
	mężczyzna	78	2,31	,675	

Wykazano na poziomie istotności statystycznej, że psychiatrzy płci męskiej istotnie częściej odbierali negatywny społeczny wizerunek psychiatrii, mając przy tym mniejsze w stosunku do kobiet poczucie obciążenia pracą.

Tabela 71. Zależności wymiarów wyrażających opinię psychiatrów o psychiatrii i podstawowego miejsca pracy badanych.

Wymiary wyrażające opinię psychiatrów o psychiatrii i własnej pracy	Podstawowe miejsce pracy	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Istotność (dwustronna)
Negatywny wizerunek psychiatrii	lecznictwo stacjonarne	156	2,32	,772	,228
	lecznictwo ambulatoryjne	63	2,18	,811	
Wysoki poziom obciążenia	lecznictwo stacjonarne	156	3,89	,670	,831
	lecznictwo ambulatoryjne	63	3,87	,660	
Niski prestiż psychiatrii	lecznictwo stacjonarne	156	3,51	,552	,034
	lecznictwo ambulatoryjne	63	3,33	,561	
Dyskryminacja strukturalna	lecznictwo stacjonarne	156	4,39	,567	**,003**
	lecznictwo ambulatoryjne	63	4,12	,670	
Niskie zadowolenie z wykonywanej pracy	lecznictwo stacjonarne	156	2,29	,565	,650
	lecznictwo ambulatoryjne	63	2,25	,608	

Badani psychiatrzy zatrudnieni w lecznictwie stacjonarnym istotnie gorzej postrzegają prestiż psychiatrii oraz częściej doświadczają jej strukturalnej dyskryminacji niż ich koledzy pracujący ambulatoryjnie.

Tabela 72. Zależności wymiarów wyrażających opinię psychiatrów o psychiatrii i posiadania przez badanych specjalizacji z terapii środowiskowej.

Wymiary wyrażające opinię psychiatrów o psychiatrii i własnej pracy	Posiadanie tytułu specjalisty terapii środowiskowej	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Istotność (dwustronna)
Negatywny wizerunek psychiatrii	tak	28	2,56	,858	**,045**
	nie	203	2,24	,767	
Wysoki poziom obciążenia	tak	28	4,02	,616	,365
	nie	203	3,90	,669	
Niski prestiż psychiatrii	tak	28	3,50	,624	,567
	nie	203	3,44	,543	
Dyskryminacja strukturalna	tak	28	4,55	,458	**,007**
	nie	203	4,28	,619	
Niskie zadowolenie z wykonywanej pracy	tak	28	2,09	,431	,025
	nie	203	2,30	,581	

Psychiatrzy posiadający tytuł specjalisty terapii środowiskowej istotnie częściej odczuwali negatywny społeczny wizerunek psychiatrii oraz jej strukturalną dyskryminację. Psychiatrzy ci mieli jednocześnie większe zadowolenie z wykonywanej pracy.

5.3. Związki pomiędzy wizerunkiem psychiatrii wśród psychiatrów a ich stosunkiem do osób chorujących psychicznie.

Podrozdział, w którym poszukiwano odpowiedzi na pytanie czy istnieją zależności pomiędzy sposobem w jaki psychiatrzy postrzegają psychiatrię (antycypują stygmatyzację psychiatrii i samych siebie) a stosunkiem jaki wyrażają badani do osób chorujących psychicznie. W tym celu przeprowadzono analizę korelacji i regresji pomiędzy wymiarami opisującymi wizerunek psychiatrii wśród psychiatrów a wymiarami wyrażającymi stosunek psychiatrów do chorych.

5.3.1 Wizerunek psychiatrii wśród psychiatrów a ich stosunek do osób chorujących psychicznie. Analiza korelacji.

Tabela 73. Zależności pomiędzy poszczególnymi wymiarami wyrażającymi opinię psychiatrów o psychiatrii a ich stosunkiem do osób chorujących psychicznie.

Korelacje Pearsona	Negatywny wizerunek psychiatrii	Wysoki poziom obciążenia	Niski prestiż psychiatrii	Dyskryminacja strukturalna	Niskie zadowolenie z wykonywanej pracy
Ograniczenie dostępu do ról społecznych (N=229)		-,143*		-,179**	,131*
Postawa negatywna wobec chorych (N=230)		-,249**		-,411**	
Dostrzeganie stygmatyzacji chorych (N=230)		-,159*	,145*		

**. Korelacja jest istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie).
*. Korelacja jest istotna na poziomie 0.05 (dwustronnie).

Poziom dostrzeganej przez respondentów dyskryminacji psychiatrii ujemnie koreluje zarówno negatywną postawa psychiatrów wobec chorych jak i gotowością do ograniczania chorym przez psychiatrów dostępu do ról społecznych. Niskie zadowolenie u psychiatrów z wykonywanej pracy koreluje natomiast dodatnio z ich potrzebą do ograniczania osobom chorującym psychicznie dostępu do ról społecznych. Im bardziej badani odczuwają obciążenie pracą psychiatry tym mniejsza jest u nich gotowość ograniczania chorym dostępu do ról społecznych, prezentują bardziej pozytywną postawę wobec chorych oraz rzadziej dostrzegają ich stygmatyzację. Im niższy jest zdaniem respondentów społeczny prestiż psychiatrii tym częściej dostrzegają oni stygmatyzację osób chorujących psychicznie.

5.3.2. Stosunek psychiatrów wobec osób chorujących psychicznie a wizerunek psychiatrii i dane socjodemograficzne badanych. Analiza regresji

Posługując się analizą regresji badano zależność trzech wymiarów opisujących stosunek respondentów do osób chorujących psychicznie:

1. Ograniczenie dostępu do ról społecznych
2. Postawa (negatywna) wobec chorych
3. Dostrzeganie stygmatyzacji chorych

od konstelacji predyktorów wyrażających postrzegany przez badanych społeczny wizerunek psychiatrii:

a. Wizerunkiem psychiatrii w społeczeństwie,
b. Dyskryminacją strukturalna,
c. Prestiżem psychiatrii (skutecznością psychiatrii),
d. Poziomem obciążenia pracą psychiatry,
e. Zadowoleniem z wykonywanej pracy,

oraz ich danych demograficzno-zawodowych:

f. wiekiem,
g. płcią,
h. podstawowym miejscem pracy,
i. posiadaniem certyfikatu psychoterapeuty lub byciem w trakcie szkolenia w psychoterapii,
j. posiadaniem specjalizacji z terapii środowiskowej.

Przeprowadzono 3 analizy regresji. W analizach tych jako zmienną wyjaśnianą traktowano jeden z trzech wymiarów postawy względem pacjenta.

Wyniki analizy regresji dla czynnika Ograniczenie dostępu do ról społecznych zaprezentowano w tabeli 74.

Tabela 74. Związek wymiaru wyrażającego skłonność psychiatrów do ograniczania osobom chorującym psychicznie dostępu do ról społecznych z konstelacją predyktorów.

Zmienna zależna N=212	Procent zmienności wyjaśnianej (skorygowany R^2)	Poziom istotności	Predyktory
Ograniczenie dostępu do ról społecznych (jest)	4%	0,013	Certyfikat psychoterapeuty lub w trakcie szkolenia w psychoterapii (jest) (beta=0,140; p=0,043). Dyskryminacja strukturalna (nie występuje) (beta=-0,201; p=0,004)

Skłonność psychiatrów do ograniczania osobom chorującym psychicznie dostępu do ról społecznych jest w 4% wyjaśniana przez posiadanie przez respondentów kompetencji psychoterapeuty oraz brak przekonania o dyskryminacji strukturalnej psychiatrii.

Tabela 75. Związek wymiaru wyrażającego negatywną postawę psychiatrów wobec chorych z konstelacją predyktorów.

Zmienna zależna N=213	Procent zmienności wyjaśnianej (skorygowany R^2)	Poziom istotności	Predyktory
Postawa negatywna wobec chorych (występuje)	21%	<0,001	Wiek (młodszy) (beta=-0,144; p=0,026) Dyskryminacja strukturalna (mniej nasilona) (beta=-0,35; p<0,001) Poziom obciążenia (niski) (beta=-0,133; p=0,040).

Negatywna postawa wobec osób chorujących psychicznie w 21% jest wyjaśniana przez młodszy wiek respondentów, brak przekonania o dyskryminacji strukturalnej psychiatrii oraz przekonanie, że psychiatrzy są mniej obciążeni pracą.

Tabela 76. Związek wymiaru wyrażającego skłonność psychiatrów do dostrzegania stygmatyzacji chorych z konstelacją predyktorów.

Zmienna zależna N=213	Procent zmienności wyjaśnianej (skorygowany R^2)	Poziom istotności	Predyktory
Dostrzeganie stygmatyzacji chorych (występuje)	10%	<0,001	Wiek (młodszy) (beta=-0,259; p<0,001) Poziom obciążenia (niski) (beta=-0,135; p<0,041) Prestiż psychiatrii (niski) (beta=0,133; p<0,047).

Gotowość psychiatrów do dostrzegania stygmatyzacji osób chorujących psychicznie jest w 10% wyjaśniana przez młodszy wiek respondentów, ich poczucie mniejszego obciążenia pracą psychiatry oraz niskiego prestiżu psychiatrii w opinii społecznej.

ROZDZIAŁ VI. Dyskusja i wnioski

Jak należy przypuszczać stosunek psychiatrów do osób chorujących psychicznie jest ściśle związany ze szczególną relacją jaka powstaje między osobą zależną, potrzebującą pomocy w tej najbardziej podstawowej sferze ludzkiej egzystencji i innej osoby, dysponującej fachową wiedzą, autorytetem oraz szeregiem przekonań na temat osoby chorującej psychicznie. Relacja ta osadzona jest z kolei w całej różnorodności społecznych poglądów, postaw i emocji odnoszących się do zjawiska zarówno choroby psychicznej, psychiatrii jako dziedziny wiedzy i medycyny, jak też samej osoby chorującej psychicznie.

Praca ta opisuje przede wszystkim sposób postrzegania i traktowania osób dotkniętych chorobą psychiczną przez psychiatrów, odnosząc się jednocześnie do problemu społecznego wizerunku osoby chorującej psychicznie, psychiatry i leczenia psychiatrycznego. W ramach przeprowadzonego badania ankietowego próbowano ustalić co psychiatrzy rozumieją pod pojęciem choroby psychicznej, jak określa się w ich otoczeniu osoby chorujące psychicznie, poglądy dotyczące szans na wyzdrowienie z tej choroby, zasadność stosowania przymusowego leczenia wobec osób chorych psychicznie oraz poziom wstydu i potrzebę ukrywania choroby psychicznej przed innymi ludźmi. Ustalano ponadto, jak respondenci oceniają stosunek własny i swojego otoczenia do osób chorych. Badano także poziom dystansu psychiatrów wobec byłych pacjentów szpitali psychiatrycznych – jego wskaźnikiem są odpowiedzi na pytanie, do pełnienia jakich ról społecznych ankietowani dopuściliby takie osoby. Próbowano także ustalić, czy badani dostrzegają w Polsce przejawy strukturalnej dyskryminacji osób chorującej psychicznie, polegającej na takim działaniu instytucji społecznych, które utrwala nierówne, gorsze traktowanie tej grupy obywateli.

Omówienia dokonano w ramach następujących podrozdziałów:

6.1. Analiza postaw psychiatrów wobec osób chorujących psychicznie. Porównanie postaw psychiatrów i populacji ogólnej.

6.2. Omówienie stosunku psychiatrów do psychiatrii i swojej roli zawodowej.

6.3. Rozważania na temat związku pomiędzy postawami psychiatrów wobec osób chorych psychicznie a ich stosunkiem do psychiatrii i własnej roli zawodowej.

6.1. Analiza postaw psychiatrów wobec osób chorujących psychicznie. Porównanie postaw psychiatrów i populacji ogólnej.

Psychiatrzy mają trudności z precyzyjnym określeniem, które kategorie diagnostyczne ICD-10 należy traktować jako chorobę psychiczną. Z jednej strony w zdecydowanej większości (98,7%) podają, że do chorób psychicznych należą zaburzenia z grupy schizofrenii, zaburzenia nastroju (87,5%) oraz organiczne zaburzenia psychiczne (84,9%), z drugiej w stosunkowo dużej części uznają za choroby psychiczne zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (31,3%), zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi (23,4%) oraz zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym (22,9%). Trudności te potwierdzają wyrażane do tej pory wątpliwości dotyczące trafności diagnozy psychiatrycznej. Kendler [2009] pisze, że większość kategorii diagnostycznych w psychiatrii nie poddano walidacji na podstawie kryteriów biologicznych a mimo to nazywa się je chorobami jak w medycynie somatycznej. Jego zdaniem są one tylko kombinacją kryteriów fenomenologicznych rozmaicie zestawianych przez komisje ekspertów, a ich klasyfikacje przypominają XVII-wieczne klasyfikacje roślin. Shorter i Tyrer [2003] podnoszą z kolei małą kliniczną przydatność diagnozy psychiatrycznej co powoduje, że dobór leku ma niewielki związek z rozpoznaniem. Katschnig [2010] zauważa natomiast, że jeśli dotychczasowe kategorie diagnostyczne w psychiatrii nie były trafne, to tak samo nietrafne są wszelkiego rodzaju badania – epidemiologiczne, etiologiczne, patogenetyczne, terapeutyczne, biologiczne, psychologiczne czy społeczne – o ile przeprowadzono je stosując te rozpoznania jako kryterium kwalifikacji do badania.

Psychiatrzy, mimo ich obecności w społecznej różnorodności, są przede wszystkim reprezentantami środowiska związanego z wykonywanym zawodem. Stąd prawdopodobnie w ich otoczeniu szczególne nagromadzenie słów na określenie osób chorujących psychicznie. Zdecydowana większość badanych (83,6%) zetknęła się w swoim otoczeniu z określeniami osób chorób psychicznie o pejoratywnym wydźwięku, co znacznie przekracza odsetek badanych populacji ogólnej (61%), którzy słyszeli takie określenia [Wciórka i Wciórka, 2008]. Różnica ta jest jeszcze większa jeśli się weźmie pod uwagę, że im wyższe wykształcenie tym mniejsze natężenie negatywnych określeń - osoby z wyższym wykształceniem w populacji ogólnej słyszały je w połowie przypadków [Wciórka i Wciórka, 2000]. Były to najczęściej podkreślające odmienność obraźliwe epitety lub negatywnie oceniane cechy zachowania i reagowania (82,3%). Większość badanych psychiatrów (60,3%)

miała jednocześnie okazję słyszeć na temat chorych psychicznie określenia neutralne lub pozytywne, co jest z kolei wynikiem znacząco korzystnie różniącym się od populacji ogólnej (25%) [Wciórka i Wciórka, 2008]. Były wśród nich określenia podkreślające chorobę (40,1%) oraz podkreślające zrozumienie (38,4%). Odnotowano, że 3,9% badanych wymieniło słowa: „oni", „ktoś", które trudno przyporządkować do analizowanych dotychczas grup określeń osób chorujących, a które wynikają prawdopodobnie ze szczególnej relacji psychiatry i chorego, którzy współtworzą swoiste środowisko psychiatryczne. Częściej słyszane w grupie psychiatrów określenia osób chorujących psychicznie, zarówno o pejoratywnym, obraźliwym znaczeniu jak i tych neutralnych czy pozytywnych można wiązać zapewne z częstszą obecnością psychiatrów w tym środowisku. Jak wykazali szwajcarscy autorzy [Nordt i wsp., 2006], psychiatrzy są w stanie częściej niż populacja ogólna posługiwać się stereotypami krzywdzącymi osoby chorujące psychicznie. Osoby pracujące w psychiatrii zostali poproszeni tam o ocenę na skali likertowskiej 10 atrybutów przypisywanych stereotypowo osobom chorującym psychicznie. Uśrednione wyniki w grupie psychiatrów w zakresie nasilenia u chorych cech negatywnych (niebezpieczny, nieprzewidywalny, głupi itp.) wyniosły 3,49 i były istotnie wyższe niż w populacji ogólnej (3,38). Pielęgniarki uzyskały przy tym wynik jeszcze wyższy (3,41), natomiast pracownicy socjalni prawie równy populacji ogólnej (3,39).

Badani psychiatrzy przyznają się w zdecydowanej większości (87,5%) do znajomości z osobami chorującymi psychicznie, co różni ich wyraźnie od populacji ogólnej, gdzie tylko 32% badanych przyznaje się do takiej znajomości, chociaż deklaracje co do znajomości osób chorujących psychicznie składa 48% osób z wyższym wykształceniem, a w szczególności kadry kierowniczej i inteligencji (50%). [Wciórka i Wciórka, 2000]. Spośród osób w jakimś sensie bliskich respondentom najwięcej jest znajomych i sąsiadów - 69,3% (66% w populacji ogólnej), wyraźnie mniej przyjaciół - 22,5% (11% w populacji ogólnej), stosunkowo dużo natomiast członków dalszej rodziny (42,4%), co znacznie przekracza wynik odnoszący się do badanych z populacji ogólnej (18%) i odbiega od prawidłowości tam wykazanej, gdzie im środowisko bliższe badanemu, tym rzadziej ujawnia on bliską osobę z tego środowiska [Wciórka i Wciórka, 2000]; 15,6% badanych psychiatrów podaje, że osobę chorującą psychicznie ma wśród członków najbliższej rodziny (11% populacja ogólna), 3,0% przyznaje się natomiast do bycia osobą chorującą psychicznie (1% badanych w populacji ogólnej i 4% tych, którzy przyznali się do znajomości z osobą chorującą psychicznie) [Wciórka i Wciórka,

2000]. Psychiatrzy tureccy [Ucoh i wsp., 2004] przyznali w 25%, że mają wśród najbliższej rodziny osoby chorujące na schizofrenię, zaburzenie urojeniowe bądź zaburzenia nastroju.

Większość badanych psychiatrów (61,5%) uważa, że człowiek, który zachorował psychicznie ma szansę na wyzdrowienie co tylko nieznacznie przekracza średni wynik uzyskany dla populacji ogólnej – 59%, gdzie im wyższe wykształcenie respondentów tym bardziej optymistyczne spojrzenie na problem wyleczalności chorób psychicznych [Wciórka i Wciórka, 2008]. Istotna różnica pomiędzy badanymi grupami dotyczy tego, że psychiatrzy częściej dają choremu zdecydowaną szansę na wyzdrowienie (25,7% w stosunku do 11% w populacji ogólnej). Stosunkowo duża grupa psychiatrów (35,4%) twierdzi, że osoba raczej pozostanie chora do końca życia, a 3,1% nie daje jej szans na wyzdrowienie. W badaniach tureckich [Ucoh i wsp., 2004] i japońskich [Ono i wsp., 1999] uzyskano wyniki bardzo zbliżone do populacji polskich psychiatrów - prawdopodobieństwo przeprowadzenia udanej rehabilitacji osób ze schizofrenią zarówno tureccy jaki japońscy psychiatrzy ocenili na 56%. Pesymistyczny sposób patrzenia na możliwość wyzdrowienia z choroby psychicznej może mieć swoje zakorzenienie zarówno w biomedycznym modelu etiologii i przebiegu chorób psychicznych [Dyduch, 2008] jak i zależeć od miejsca obserwacji – psychiatrzy pracujący stacjonarnie, zajmujący się tylko niektórymi pacjentami ale w ciężkim stanie psychicznym, przy wyraźnej niedomodze szkolenia i doświadczenia w pracy środowiskowej i możliwości śledzenia pełnego procesu zdrowienia, mogą ulegać złudzeniu ciężkiego, nawracającego, uszkadzającego z samej natury, przebiegu procesu chorobowego [Cohen i Cohen, 1984]. Potrzeba wprowadzenia zmian w szkoleniu profesjonalistów w psychiatrii została potwierdzona pośrednio w pracy Dyduch [2008], gdzie wykazano, że pracownicy medyczni, zarówno lekarze jak i pielęgniarki spoza psychiatrii znacznie bardziej doceniają pozabiologiczne formy oddziaływań terapeutycznych wobec osób chorujących na schizofrenię takie jak psycho i socjoterapia, co może jednocześnie oznaczać ich niechęć do leczenia farmakologicznego.

Zdecydowana większość badanych psychiatrów (79,4%) uważa, że przymus w polskiej psychiatrii stosowany jest odpowiednio często, a 4,4% respondentów stosowałoby przymus jeszcze częściej. Tylko 16,2% uznało, że używa się go zbyt często. Badani z populacji ogólnej poparli w 77% zasadność leczenia osób chorujących psychicznie wbrew woli [Wciórka i Wciórka, 2008]. Inne polskie badania podają, że 30,3% personelu medycznego, w tym psychiatrów [Dyduch, 2008] oraz 31% populacji ogólnej [Wciórka i Wciórka, 2002] uznaje hospitalizację psychiatryczną za niezbędny element leczenia. Szwajcarscy autorzy

wykazali natomiast, że tylko 17% populacji ogólnej poleciłoby osobie chorującej na schizofrenię hospitalizację jako właściwą formę leczenia [Lauber i wsp., 2005]. Można się zastanawiać czy duże poparcie dla stosowania przymusu w polskiej psychiatrii jest efektem dużego zaufania do sądów i instytucji psychiatrycznych czy raczej przejawem braku zainteresowania tym co przeżywają osoby chorujące psychicznie i lekceważeniem ich praw. Innym możliwym wyjaśnieniem jest brak właściwego zabezpieczenia w sieć placówek środowiskowej opieki psychiatrycznej, które byłyby w stanie leczyć z dala od szpitala także osoby w cięższym stanie psychicznym. Argumentu dostarcza tutaj wynik odpowiedzi na kolejne pytanie ankiety, w którym badani psychiatrzy stwierdzili w znaczącej większości (91,7%), że właściwie zorganizowany system psychiatrycznej opieki środowiskowej jest w stanie zmniejszyć liczbę przymusowych hospitalizacji, ale 8,3% jednocześnie nie widziało takiego związku, co może świadczyć z kolei o braku wiedzy na temat możliwości terapeutycznego zaopatrzenia pacjenta w ramach psychiatrycznej opieki poza oddziałem stacjonarnym.

Zdecydowana większość respondentów (94,8%) zaliczyła choroby psychiczne do problemów zdrowotnych które ukrywa się przed innymi, co wyraźnie różni psychiatrów od populacji ogólnej (75%). Tylko 3,5% badanych psychiatrów uznała, że raczej nie są ukrywane a 1,7% oceniła nawet, że w ogóle nie są ukrywane. Jest to różnica o tyle niebezpieczna, że wstyd z powodu choroby psychicznej i skłonność do jej ukrywania stanowi niejako wstęp do całego procesu stygmatyzacji. Zastanawia jednocześnie, że nie ma tutaj zależności pomiędzy gotowością do ukrywania choroby psychicznej a poziomem wykształcenia czy wiedzy na temat choroby psychicznej ani częstości kontaktu z chorymi co odnotowano w populacji ogólnej [Wciórka i Wciórka, 2008], a co potwierdza tym mocniej opinia psychiatrów. Jak wynika z badań tureckich [Ucok i wsp., 2004] i japońskich [Ono i wsp., 1999] psychiatrzy mają też poważny problem z informowaniem o diagnozie choroby psychicznej a szczególnie schizofrenii samych pacjentów. Tureccy lekarze przyznają tylko w 40% że zawsze informują chorego o diagnozie a kolejne 27,5% tylko w niektórych przypadkach; 22,5% z nich tylko w wybranych przypadkach informuje rodziny pacjentów. Z badań japońskich wynika natomiast, że tylko 7,3% psychiatrów zawsze informuje pacjenta o diagnozie schizofrenii a 51,9% tylko w niektórych przypadkach.

Zdecydowana większość badanych (85,6%) deklaruje życzliwy stosunek do osób chorujących psychicznie, co jest wynikiem korzystniejszym w stosunku do populacji ogólnej (65%) [Wciórka i Wciórka, 2008]. Grupa 7,4% psychiatrów przyznaje się do obojętnego a

6,1% do raczej niechętnego stosunku do osób chorujących psychicznie (odpowiednio 26% i 5% w populacji ogólnej) [Wciórka i Wciórka, 2008]. W populacji ogólnej deklarowana życzliwość wobec osób chorujących psychicznie rośnie z wiekiem i poziomem wykształcenia. Podobnie jak w grupie badanych psychiatrów kobiety deklarują większą życzliwość niż mężczyźni [Wciórka i Wciórka, 2008].

Badani psychiatrzy uważają w 42,3%, że stosunek ich otoczenia społecznego do osób chorujących psychicznie jest życzliwy (twierdzi tak 33% populacji ogólnej), 23,1% z nich ocenia ten stosunek jako obojętny (33% w populacji ogólnej) a 34,5% uznaje za niechętny (23% w populacji ogólnej) [Wciórka i Wciórka, 2008]. Podobnie jak w populacji ogólnej badani psychiatrzy znacznie korzystniej oceniają swój własny stosunek do osób chorujących psychicznie niż stosunek ich otoczenia społecznego. Może to świadczyć, podobnie jak w przypadku populacji ogólnej, zarówno o deklaratywnym charakterze życzliwości samych badanych jak i o chęci zaprezentowania w negatywnym świetle własnego otoczenia społecznego. W badaniu Wciórków [2008] najbardziej skorelowana z negatywnym stosunkiem otoczenia społecznego respondentów do osób chorujących psychicznie w populacji ogólnej, była tym większa gotowość do używania na ich temat pejoratywnych określeń. Związek ten na nieco mniejszym poziomie odnotowano także w odniesieniu do negatywnego stosunku psychiatrów.

Aby nie poprzestać na deklaracjach dotyczących stosunku do osób chorujących psychicznie zapytano psychiatrów o gotowość do powierzenia tym osobom pełnienia określonych ról społecznych, co potraktowano jako miarę społecznego dystansu. Dystans w kontaktach z osobami chorującymi psychicznie jest jednym z najbardziej znaczących komponentów procesu stygmatyzacji – uruchamia szereg mechanizmów prowadzących do marginalizacji chorego, jego wykluczenia i ograniczenia dostępu do skutecznej pomocy i korzystania z dóbr – pogłębia tym samym poczucie naznaczenia [Angermeyer i Matschinger, 1997; Link i wsp., 1987]. Wykazano, że tylko w przypadku dwóch z wymienionych czternastu ról społecznych respondenci wykazali zdecydowanie negatywną postawę – większość badanych lekarzy (75,9%) nie wyraziłoby zgody aby osoba chorująca psychicznie była opiekunem ich dziecka, a 50,7% aby była ich synową lub zięciem (54% w populacji ogólnej). Co warto podkreślić niewielu spośród respondentów wyrażało wobec tego zdecydowany sprzeciw – 24,1% wobec 51,8% umiarkowanego sprzeciwu dla roli opiekuna ich dziecka oraz 16,3% zdecydowanie przeciwnych wobec 34,4% raczej przeciwnych pełnieniu roli synowej lub zięcia. Podobnie jak w przypadku psychiatrów, największy

sprzeciw badanych w populacji ogólnej dotyczył pełnienia przez osobę chorującą psychicznie roli opiekuna dziecka respondenta (81%). Dyduch [2008] wykazała natomiast, że synowa albo zięć badanego jest jedyną rolą społeczną, której psychiatrzy sprzeciwialiby się bardziej niż populacja ogólna, co autorka tłumaczy biogenetycznym podejściem do etiologii schizofrenii i potencjalnym zagrożeniem dla zdrowia potomstwa. Wobec jeszcze bardziej znaczących obaw wobec pełnienia przez osoby chorujące roli opiekuna dziecka psychiatry wykazanych w tej pracy, wyjaśnienie powyższe znajduje co najwyżej częściowe zastosowanie.

Stosunek badanych psychiatrów do osób chorujących psychicznie wyrażony poprzez możliwość pełnienia przez osoby leczone szpitalnie z powodu choroby psychicznej pozostałych 12 ról społecznych można określić jako przychylny a w przypadku niektórych ról bardzo przychylny – większość albo zdecydowana większość respondentów zgadza się na pełnienie przez te określonych ról społecznych. Wynik ten różni się wyraźnie w stosunku do opinii na ten temat wyrażonych w populacji ogólnej, gdzie w przypadku pierwszych dziewięciu na czternaście ról przeważa sprzeciw respondentów [Wciórka i Wciórka, 2008]. Na to aby osoba chorująca psychicznie była nauczycielką/nauczycielem dziecka badanych lekarzy a także ich lekarką/lekarzem zgadza się 69,0% badanych psychiatrów (odpowiednio 16% i 23 % przyzwolenia w populacji ogólnej). Jeszcze bardziej przychylnie patrzą respondenci na możliwość wypełniania przez osobę chorującą psychicznie roli ich szefowej/szefa – 71,4% (37% w populacji ogólnej), burmistrza/wójta w ich mieście/gminie czy posłanki/posła z ich okręgu – 72,5% (odpowiednio 23% i 26 % w populacji ogólnej). Największą przychylność wyrażają badani psychiatrzy poprzez zgodę na pełnienie przez osoby chorujące psychicznie roli ich własnego nauczyciela – 81,4% (35% w populacji ogólnej), współlokatorki/współlokatora na wczasach – 81,6% (53% w populacji ogólnej), proboszcza w ich parafii – 82,7% (34% w populacji ogólnej), niespodziewanego gościa na ich przyjęciu – 83,8% (66% w populacji ogólnej), bliskiego współpracownika – 84,7% (67% w populacji ogólnej), najbliższego sąsiada – 88,6% (81% w populacji ogólnej) , aż do 93,4% dla koleżanki/kolegi w klasie lub grupie studenckiej (73% w ogólnej populacji). Prezentowane porównania wielkości procentowych świadczą o tym, że psychiatrzy są wyraźnie mniej skłonni w stosunku do populacji ogólnej ograniczać osobom chorującym psychicznie dostęp do określonych ról społecznych – tylko w zakresie dwóch z czternastu z nich – rola opiekuna dziecka oraz synowej/zięcia badanej osoby – badani psychiatrzy, podobnie jak populacja ogólna, wyrażają zdecydowany sprzeciw. Wyniki badań populacji ogólnej [Wciórka i

Wciórka, 2008] ujawniają zdecydowaną postawę opozycyjną także wobec kolejnych siedmiu ról społecznych (nauczyciel dziecka respondenta, lekarz respondenta, burmistrz/wójt, poseł, proboszcz, nauczyciel respondenta, szef/szefowa respondenta) a tylko w przypadku pięciu pozostałych większość respondentów wyraża swą przychylność (współlokator na wczasach, najbliższy współpracownik, niespodziewany gość na przyjęciu, koleżanka/kolega w klasie/grupie studenckiej, najbliższy sąsiad). W badaniach populacji ogólnej [Wciórka i Wciórka, 2008] stwierdzono odwrotną zależność poziomu wykształcenia respondentów i ich skłonności do odczuwania społecznego dystansu. Tę samą tendencję wykazano w badaniu postaw personelu medycznego w stosunku do osób chorujących na schizofrenię [Dyduch, 2008], a dystans wyrażony sprzeciwem wobec pełnienia przez chorego roli synowej/zięcia badanego przewyższał nawet wynik uzyskany w populacji ogólnej. Ucoh i wsp. [2004] stwierdzili natomiast, że 55,2% psychiatrów tureckich byłoby przeciwnych spotkaniu osoby chorujących psychicznie na spotkaniu towarzyskim.

Dystans społeczny maleje wraz z poziomem wiedzy oraz częstości osobistego kontaktu [Grausgruber i wsp., 2007; Martin i wsp., 2000]. Jako, że badanie dotyczy psychiatrów – osób o szczególnych kompetencjach i znaczeniu w procesie zdrowienia a tym samym uspołeczniania osób chorujących psychicznie, mimo ogólnie bardziej przychylnego ich stosunku w porównaniu do populacji ogólnej, nastawienie psychiatrów do pełnienia przez osoby chorujące psychiczne określonych ról społecznych, można potraktować jako nacechowane istotnym dystansem. Znaczący jest bowiem sprzeciw badanych nie tylko wobec pełnienia roli opiekuna ich dziecka (75,9%) oraz synowej lub zięcia (50,7%), ale także zastanawiająco mały jest poziom akceptacji aby osoba chorująca psychicznie mogła występować w roli bliskiego współpracownika (15,3%), najbliższego sąsiada (11,4%), koleżanki/kolegi w grupie studenckiej (6,6%) badanych psychiatrów.

Tylko 10,1% ankietowanych uznała, że przebyta choroba psychiczna nie ogranicza zdolności do wykonywania pracy zarobkowej. Stosunkowo duża grupa psychiatrów (43,2%) oceniła, że przebycie choroby psychicznej znacznie ogranicza zdolność do wykonywania takiej pracy a 0,4%, że taką możliwość odbiera. Dość liczna grupa respondentów - 46,3% uważa że ograniczenie to nie jest znaczące. W grupie badanych, którzy uznali, że przebyta choroba psychiczna ogranicza zdolność do pracy zarobkowej, znacząca większość (72,5%) stwierdziła, że ograniczenie to nie jest trwałe. Zdecydowana większość badanych psychiatrów (86,5%) uważa, że osoby chorujące psychicznie są zdolne do pracy zespołowej ale tylko 26,5% wyraża co do tego pełne przekonanie. W badanej grupie jest 13,5% tych, którzy

uważają, że choroba psychiczna odbiera możliwości pracy zespołowej, a 3,1% nie ma co do tego żadnych wątpliwości. Zdaniem 66,8% badanych psychiatrów można powierzyć pracownikowi, który chorował psychicznie zadanie wymagające dużej samodzielności, według 29,6% raczej nie należy tego robić a 3,6% byłaby zdecydowanie przeciwna.

Reasumując, bardzo duża część respondentów, jako że są to psychiatrzy (43,6%) uważa, że przebyta choroba psychiczna znacznie ogranicza zdolność do wykonywania pracy zarobkowej a tylko 10,1% uznała, że takiej zdolności nie ogranicza. Aż 13,5% badanych psychiatrów uważa, że przebyta choroba psychiczna uniemożliwia pracę zespołową, natomiast 33,2% psychiatrów nie powierzyłoby takiej osobie pracy wymagającej dużej samodzielności. Można traktować wyniki odpowiedzi na pytania dotyczące zdolności osób chorujących psychicznie do wykonywania różnych rodzajów pracy a szczególnie pracy zarobkowej jako stojące w opozycji do wcześniejszych deklaracji badanych psychiatrów, gdzie z bardzo dużą życzliwością traktowali oni osoby chorujące psychicznie w poszczególnych rolach społecznych, w tym tych związanych z pracą zawodową – nauczyciela, lekarza, burmistrza albo wójta, posła, księdza czy bliskiego współpracownika.

Zdecydowana większość badanych psychiatrów (92,6%) uważa, że osoby chorujące psychicznie są traktowane gorzej niż inni, gdy chodzi o prawo do pracy i zatrudnienia oraz do poszanowania godności osobistej (77,4%), co stanowi wynik wyższy niż w populacji ogólnej (odpowiednio 80% i 68%) [Wciórka i Wciórka, 2008]. Poziom dyskryminacji mierzony dostępem do innych dóbr jest już zdaniem badanych psychiatrów mniej wyraźny i poza dostępem do leczenia – 46,5% vs 38%, niższy w stosunku do populacji ogólnej. W przekonaniu 45,5% badanych psychiatrów chorzy psychicznie mają mniejsze szanse zdobycia wykształcenia (65% dla populacji ogólnej), 41,3% twierdzi, że chorzy mają mniejsze prawa do ochrony majątku (58% dla populacji ogólnej), a 32% do sprawiedliwego sądu (47% dla populacji ogólnej). Najmniejsza część badanych psychiatrów (28,3%) uważa, że osoby chorujące psychicznie są traktowane gorzej niż inni jeśli chodzi o pomoc społeczną (41% dla populacji ogólnej). Wśród badanych, którzy twierdzili, że chorzy psychicznie mogą być dyskryminowani w pozytywnym znaczeniu najwięcej, bo 25,2% psychiatrów uznała, że osoby chorujące psychicznie są traktowane lepiej niż inni obywatele w ramach pomocy społecznej. W badaniu populacji ogólnej podzielone są opinie na temat respektowania prawa osób psychicznie chorych do opieki społecznej (42% uważa, że są traktowane jak inne, a 41% – że są dyskryminowane). Jedynie gdy chodzi o prawo do leczenia, przeważa przekonanie, że

chorzy ci są traktowani na równi z innymi (49% wobec 38% wskazujących na dyskryminację) [Wciórka i Wciórka, 2008].

Znacząca większość badanych psychiatrów (96,1%) wyraziłaby zgodę aby w sąsiedztwie jego miejsca zamieszkania powstała przychodnia psychiatryczna (86% w populacji ogólnej, 93,1% - ośrodek dziennego pobytu (81% w populacji ogólnej), 92,2% - dom pomocy społecznej (82% w populacji ogólnej), 90% - mieszkanie chronione dla osób chorujących psychicznie (78% w populacji ogólnej) a 84% - szpital psychiatryczny (78% w populacji ogólnej) [Wciórka i Wciórka, 2000]. Oznacza to, że część psychiatrów, z jakiegoś powodu jest skłonna wyrażać sprzeciw aby w pobliżu ich miejsca zamieszkania znalazły się placówki dla osób chorujących psychicznie – przychodnia (3,9%), ośrodek dziennego pobytu (6,9%), DPS (7,8%), mieszkanie chronione (10%), szpital psychiatryczny (16%).

Wyodrębnione metodą analizy czynnikowej, na podstawie wyników badania ankietowego wymiary:

1. Ograniczenie dostępu do ról społecznych
2. Nasilenie negatywnej oceny wobec chorych
3. Dostrzeganie stygmatyzacji chorych
4. Wizerunek psychiatrii w społeczeństwie w opinii psychiatrów
5. Poziom obciążenia pracą psychiatrów
6. Dyskryminacja strukturalna
7. Zadowolenie z wykonywanej pracy
8. Prestiż psychiatrii, rozumiany także jako skuteczność w leczeniu

opisują wspólnie proces stygmatyzacji osób chorujących psychicznie, psychiatrów jak i psychiatrii. Trzy pierwsze odnoszą się do ankiety badającej postawy psychiatrów wobec osób chorujących psychicznie, natomiast pięć kolejnych opisuje stosunek psychiatrów do psychiatrii i własnej roli zawodowej. Wyodrębnione wymiary, pokrywają się w znacznej mierze z obszarami stygmatyzacji wyznaczonymi przez Schulze i Angermeyera [2003]: (1) relacje interpersonalne, (2) strukturalna dyskryminacja, (3) obraz choroby psychicznej w społeczeństwie, (4) dostęp do ról społecznych oraz Wciórkę i Wciórkę [2008]: (1) wizerunek osoby chorej w społeczeństwie, (2) postawa wobec chorych psychicznie, w tym stosunek do przymusowego leczenia, (3) społeczny dystans wobec chorych, w tym dostęp do ról społecznych, (4) dyskryminacja strukturalna.

Wewnętrzna analiza korelacji między poszczególnymi wymiarami wyrażającymi stosunek badanych psychiatrów do osób chorujących psychicznie wykazała na poziomie

istotności statystycznej, że im bardziej negatywna jest postawa psychiatrów wobec osób chorujących psychicznie – częstsze przekonanie o nieuleczalności chorób psychicznych i bardziej negatywny stosunek wobec chorych - tym bardziej są oni skłonni ograniczać chorym dostęp do ról społecznych oraz tym częściej dostrzegają ich stygmatyzację. Można tym samym podejrzewać, że przekonanie o nieuleczalności chorób psychicznych połączona z mniejszą życzliwość w stosunku do osób chorujących psychicznie, obniża poziom zaufania do nich i sprzyja postawom izolacji – dystansowania się, przejawiającym się między innymi ograniczeniem dostępu do ról społecznych. Badani z populacji ogólnej, zdają się potwierdzać te zależności. Ci, którzy uważają choroby psychiczne są nieuleczalne, postrzegają postawy swojego otoczenia nieco bardziej krytycznie niż przekonani o tym, że chorzy psychicznie mają szanse na wyzdrowienie. Podobnie ci, którzy deklarują życzliwy stosunek do osób chorujących psychicznie znacznie rzadziej przejawiają dystans – mniej ograniczają chorym dostęp do ról społecznych. Co warto odnotować dystans, o którym mowa jest w populacji ogólnej tym większy im rzadszy był kontakt ankietowanego z osobą chorującą – najbardziej nacechowane dystansem są postawy badanych, którzy nie mieli dotychczas kontaktu z chorymi [Wciórka i Wciórka, 2008].

Nie jest też wykluczone, że znaczącą i pierwszorzędną rolę mają tutaj przekonania psychiatrów o wstydliwym charakterze chorób psychicznych. Potrzeba ukrywania tych chorób uruchamia być może cały proces stygmatyzacji osób chorujących psychicznie, napiętnowanie sprzyja z kolei postrzeganiu cierpień chorego przez pryzmat funkcjonujących w społeczeństwie negatywnych stereotypów opisujących chorobę i osoby chore psychicznie [Świtaj, 2008]. Procesowi temu mogą też towarzyszyć: społeczne naznaczanie, o czym świadczy opisany wyżej słownik, a także tendencja do dystansowania się wobec osób chorujących i nierównego ich traktowania w życiu społecznym. Korelacje te potwierdzają zależności uwidocznione w populacji ogólnej - ankietowani, którzy uznają choroby za wstydliwe, częściej niż pozostali dostrzegają w swoim środowisku niechęć do osób chorych (25% wobec 11%), rzadziej zaś – życzliwość (33% wobec 39%). Pogląd o wstydliwości chorób psychicznych panuje powszechnie we wszystkich podgrupach badanych. Podzielają go zarówno ci, którzy niepokoją się o swoje zdrowie psychiczne, jak i wolni od tego typu lęku, przekonani o nieuleczalności tych chorób oraz uznający je za uleczalne, zwolennicy stosowania przymusu leczenia i jego przeciwnicy. Opinie w tej sprawie nie zależą też od kontaktów respondentów z osobami chorymi psychicznie ani od ich poczucia poinformowania na tematy psychiatryczne. Również we wszystkich grupach społeczno-

demograficznych przeważa opinia o wstydliwości chorób psychicznych, a im wyższe wykształcenie i pozycję zawodową mają badani, tym na ogół częściej ją podzielają. Zwraca uwagę fakt, że respondenci, którzy uważają, że choroby psychiczne są wstydliwe, częściej niż inni przytaczają funkcjonujące w ich otoczeniu pejoratywne określenia osób chorych (65% wobec 51%) i nieco rzadziej odnotowują w swoim środowisku słownictwo neutralne lub pozytywne (23% wobec 29%) [Wciórka i Wciórka, 2008].

W przypadku najstarszej grupy badanych psychiatrów mamy do czynienia z jednej strony z istotnie częstszą deklaracją ich zdecydowanie życzliwego stosunku do osób chorujących psychicznie z drugiej jednak największego sprzeciwu wobec pełnienia przez osoby chorujące roli ich synowej lub zięcia. Biorąc pod uwagę, że nasilenie negatywnej oceny badanych psychiatrów wobec chorych dodatnio koreluje zarówno z ograniczaniem im dostępu do ról społecznych jak i dostrzeganiem przez badanych stygmatyzacji chorych, obciążająco dla psychiatrów w wieku 50 lat i starszych należy interpretować wynik istotnie częstszego w stosunku do najmłodszej grupy wiekowej społecznego traktowania choroby psychicznej jako problem wstydliwy, który ukrywa się przed innymi oraz rzadszego oceniania jako życzliwy społecznego stosunku do osób chorujących psychicznie. W badaniu przeprowadzonym w Japonii [Tanaka i wsp., 2004] wśród 2632 osób zaangażowanych w opiekę zdrowotną i pomoc społeczną nad osobami chorującymi psychicznie, wśród czynników demograficznych mogących mieć wpływ na stosunek do chorego, najistotniejsze znaczenie miał wiek respondentów – im byli starsi tym częściej ich odpowiedzi wskazywały na istnienie uprzedzeń wobec osób chorujących psychicznie i tendencję do stygmatyzacji chorobą psychiczną.

Psychiatrzy w wieku 35 – 49 lat, częściej zauważają problem choroby psychicznej jako wstydliwy i ukrywany oraz rzadziej dają szansę osobom chorującym psychicznie na wyzdrowienie. Badani z najmłodszej grupy wiekowej przeciwnie niż w grupie najstarszej rzadziej deklarują zdecydowanie życzliwy, częściej raczej niechętny, ale też częściej raczej życzliwy stosunek do osób chorujących psychicznie. Uważają przy tym rzadziej, że ich otoczenie społeczne życzliwie traktuje osoby chorujące psychicznie. Te niejednoznaczne deklaracje dotyczące życzliwości osobom chorującym psychicznie nie przeszkadzają psychiatrom z najmłodszej grupy wiekowej być najbardziej przychylnymi aby osoba chora występowała w roli ich synowej czy zięcia. Dają oni także osobom chorującym psychicznie największe szanse na wyzdrowienie.

Psychiatrzy płci męskiej istotnie rzadziej przyznawali się w pytaniu ankietowym do życzliwego stosunku wobec osób chorujących psychicznie co znalazło potwierdzenie w wykazanej zależności wymiaru większego nasilenia negatywnej oceny wobec chorych od płci męskiej. Prawidłowość ta znajduje potwierdzenie w badaniu populacji polskiej, gdzie kobiety istotnie częściej deklarują życzliwy stosunek do osób chorujących psychicznie [Wciórka i Wciórka, 2008] oraz w pracach autorów niemieckich i tureckich [Angeremeyer i Matschinger, 2003; Savrun i wsp., 2007], w których wykazano, że kobiety biorące udział w badaniach istotnie rzadziej niż mężczyźni posługiwały się uprzedzeniami wobec osób chorujących psychicznie.

Jedyną różnicą istotną statystycznie odnotowaną w badaniu zależności stosunku badanych psychiatrów do osób chorujących psychicznie od podstawowego miejsca zatrudnienia, jest to, że lekarze z placówek całodobowych uważają częściej od pracujących ambulatoryjnie, że właściwie zorganizowany system opieki środowiskowej jest w stanie zmniejszyć liczbę przymusowych hospitalizacji. Jest to o tyle zastanawiające co potwierdza być może, że szczególnie psychiatrzy pracujący w oddziałach stacjonarnych są świadomi, jak często w dalszym ciągu przyjmuje się osoby chorujące psychicznie do szpitali psychiatrycznych ze względu na brak właściwego zabezpieczenia w opiekę ambulatoryjną czy po prostu ze względów społecznych. Być może nie uczestniczyli oni dotąd w leczeniu psychiatrycznym w ramach zespołów leczenia środowiskowego i tzw. hospitalizacji domowej, ale są przeświadczenie o braku wystarczających wskazań do hospitalizacji całodobowej w przypadku wielu leczonych w ten sposób. Nie oznacza to oczywiście, że hospitalizacja wbrew woli należy do procedur zbędnych. W krajach zachodnioeuropejskich odsetek hospitalizacji wbrew woli wśród wszystkich hospitalizacji jest znacząco większy niż w Polsce a to dlatego, że do szpitala kieruje się osoby chorujące psychicznie tylko w wyjątkowo ciężkich przypadkach.

Psychiatrzy posiadający certyfikat psychoterapeuty, bądź będący w trakcie szkolenia w psychoterapii wyrażają mniejszą gotowość do ograniczania osobom chorującym psychicznie dostępu do ról społecznych w stosunku do swoich kolegów bez kompetencji psychoterapeutycznych. Deklarują oni rzadziej zdecydowanie życzliwy stosunek do osób chorujących psychicznie, ale częściej stosunek raczej życzliwy. Uważają częściej niż psychiatrzy bez kompetencji psychoterapeutycznych, że przymus w polskiej psychiatrii stosowany jest zbyt często.

Psychiatrzy posiadający tytuł specjalisty terapii środowiskowej prezentowali istotnie bardziej pozytywną postawę wobec osób chorujących psychicznie oraz rzadziej dostrzegali ich stygmatyzację. Uważają podobnie jak psychiatrzy z kompetencjami psychoterapeutycznymi, że przymus w polskiej psychiatrii stosowany jest za często. Dostrzegają także istotnie częściej życzliwy stosunek do osób chorujących psychicznie swojego otoczenia społecznego.

6.2. Omówienie stosunku psychiatrów do psychiatrii i swojej roli zawodowej.

W opinii większości badanych psychiatrów (62,9%) przeważająca część społeczeństwa ma świadomość, że psychiatria jest dziedziną medycyny, a 84,1% z nich jest przekonanych, że tylko niewielka część społeczeństwa (do 40%) uważa psychiatrię za dziedzinę oddziaływań magicznych. Inne badania pokazują natomiast, że duża część społeczeństwa nie zdaje sobie sprawy, że psychiatra jest lekarzem, często też nie docenia się wkładu jego pracy w uzyskanie wykształcenia [Cuenca, 2001; Williams i wsp., 2001]. W odniesieniu do roli zawodowej psychiatry, funkcjonują w opinii społecznej dwa przeciwstawne sobie stereotypy. Jeden głosi, że psychiatrzy to „przedstawiciele aparatu ucisku", którzy mają na celu zagwarantowanie konformistycznego zachowania [Fink i Tasman, 1983], którzy potrafią także „czytać ludziom w myślach" [Thornicroft i wsp., 2010]. Sugeruje się także na podstawie części prac, że psychiatrzy są do swoich pacjentów wrogo nastawieni i tak naprawdę nie chcą ich zrozumieć [Von Sydow, 2007]. Drugi ze stereotypów przedstawia psychiatrów jako wyrocznie, wróżbitów i pełnych miłości zbawców, mając jednocześnie przesadne oczekiwania co do ich oddziaływań i efektów uzdrawiania [Fink i Tasman, 1983].

Większość badanych (56,9%) uważa, że prestiż psychiatrii w opinii lekarzy innych specjalności jest niski. Większość badań z udziałem studentów medycyny potwierdza niski status psychiatrii, z zastrzeżeniem, że w części z nich dochodzi do pozytywnej zmiany postaw wraz z ukończeniem kursu z psychiatrii podczas studiów [Creed i Goldberg, 2009], chociaż taka poprawa postaw wydaje się przejściowa [Baxter i wsp., 2001], lub w ogóle nie występuje [Fischel i wsp., 2008]. Wśród głównych powodów, dla których przyszli lekarze nie wybierają psychiatrii wymieniany jest niski prestiż psychiatrii i mały szacunek wśród przedstawicieli innych dyscyplin medycznych [Abramowitz i Bentov-Gofrit, 2005; Balon i wsp., 1999]. Studenci medycyny często nie uważają psychiatrii za dziedzinę stawiającą wysokie wymagania intelektualne [Feifel i wsp., 1999; Malhi i wsp., 2003] i spostrzegają ją jako

specjalność dającą niewielką satysfakcję zawodową i możliwość spełnienia się [Wigney i Parker, 2008]. Studenci medycy zauważają dalej, że psychiatrii brakuje solidnych podstaw naukowych, co wpływa ich zdaniem na niepewność nozologii i diagnozy zaburzeń psychicznych [Abramowitz i Bentov-Gofrit, 2005; Malhi i wsp., 2003]. Inne powody zniechęcające ich do podjęcia tej specjalizacji to niskie płace i brak wystarczającego finansowania psychiatrii [Balon i wsp., 1999; Wigney i Parker, 2008]. Rodziny studentów medycyny wypowiadają się w sposób mało pochlebny o psychiatrii twierdząc, że podjęcie takiej specjalizacji jest „stratą czasu" [Cutler i wsp., 2009], ponieważ psychiatria nie jest „prawdziwą medycyną" [Wigney i Parker, 2008]. Na podstawie badań prowadzonych wśród lekarzy rodzinnych, zidentyfikowano dwie przyczyny, dla których nie kierują oni pacjentów do psychiatry: były to wątpliwości co do skuteczności leczenia psychiatrycznego oraz obawy o ich stygmatyzację [Meise i Gunter, 1995].

Wielkość środków na finansowanie psychiatrii jest jedną z miar dbałości władz o zdrowie psychiczne społeczeństwa, a jej niedofinansowanie jednym z przejawów strukturalnej dyskryminacji osób chorujących psychicznie. Zdecydowana większość ankietowanych (86,6%) uważa, że nakłady na finansowanie psychiatrii są zaniżone w stosunku do innych dziedzin medycyny, ale 13,4% badanych psychiatrów myśli odmiennie, co jest zastanawiające biorąc pod uwagę, że nakłady na psychiatrię w Polsce od lat utrzymują się na zatrważająco niskim poziomie przekraczającym nieznacznie 3% ogółu wydatków na opiekę zdrowotną, podczas gdy średnia w bogatszej przecież Unii Europejskiej wynosi blisko 6% [Wciórka i Wciórka, 2008]. W badaniu niemieckim [Schomerus i wsp., 2006], respondenci proszeni o wybranie z podanej listy 9 schorzeń psychicznych i somatycznych trzech, dla których można by zredukować dostępne środki finansowe najczęściej wymieniali alkoholizm, depresję i schizofrenię. Część autorów [Arboleda-Florez, 2008; Byrne, 2010] traktuje niskie nakłady na psychiatrię lub nawet brak jej finansowania z budżetu państwa jako jedną z negatywnych form kształtowania opinii o psychiatrii. Trzeba dużej uwagi i zmiany świadomości społecznej aby w związku z rosnącymi kosztami opieki zdrowotnej a kurczącymi się zasobami przeznaczonymi na zaspokajanie różnorodnych potrzeb w sferze publicznej nie doszło do dalszego uszczuplania budżetu przeznaczonego na leczenie chorób psychicznych.

Jedną z dotkliwych konsekwencji stygmatyzacji osób chorujących psychicznie jest dyskryminujący sposób traktowania ich problemów zdrowotnych przez personel medyczny a szczególnie lekarzy różnych specjalności. Pacjenci i ich rodziny często odczuwają pobłażliwy

czy wręcz lekceważący sposób traktowania ich skarg, odnoszenia każdej dolegliwości do choroby psychicznej. Psychiatrzy odnotowują natomiast, że konsultacje osób chorujących psychicznie wynikające z obserwowanych objawów somatycznych przeprowadzane są powierzchownie, tłumaczone w większości stosowanym leczeniem psychotropowym, co skutkuje brakiem konkretnej diagnozy i adekwatnej propozycji terapeutycznej. Ten rodzaj podejścia znajduje odzwierciedlenie w wynikach badania polskich psychiatrów - większość ankietowanych (87,5%) uważa za częstą lub bardzo częstą praktykę dyskryminującego traktowania osób leczonych psychiatrycznie przez lekarzy innych specjalności.

Co prawda większość badanych (51,3%) uważa, że ogół społeczeństwa traktuje leczenie psychiatryczne jako przeciętnie skuteczne, ale prawie tak samo liczna grupa ocenia, że przeciętny obywatel uważa je za bardzo mało skuteczne bądź nieskuteczne (47%). Badani szacują w 62,5%, że skuteczność leczenia psychiatrycznego w opinii lekarzy innych specjalności jest przeciętnie skuteczne, a w 34,5% mało albo bardzo mało skuteczne. Pośrednim dowodem na niewielką skuteczność i zaufanie do leczenia psychiatrycznego jest gotowość z jaką osoby zgłaszałyby się do psychiatry w sytuacji zachorowania na schizofrenię najbliższej osoby. Badani w populacji ogólnej tylko w 40% przypadków wybraliby taki sposób postępowania [Wciórka i Wciórka, 2002], natomiast profesjonaliści zatrudnieni w psychiatrii i medycynie rodzinnej w 80% [Dyduch, 2008]. Podobny poziom zaufania do psychiatrii zarówno w populacji ogólnej jak i wśród pracowników medycznych potwierdzają badania australijskie [Jorm i wsp., 1997]. Trwający od kilku dziesięcioleci rozwój środowiskowych form opieki psychiatrycznej w Stanach Zjednoczonych i Europie Zachodniej nie zdołał diametralnie zmienić obrazu psychiatrii i poglądów na skuteczność leczenia psychiatrycznego. Mimo, że 81% Amerykanów neguje szpital psychiatryczny jako optymalną formę leczenia osób chorujących psychicznie, tylko 31% z nich wyraża gotowość aby w sąsiedztwie ich miejsca zamieszkania zlokalizowano placówkę psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej [Borinstein, 1992]. W świadomości Niemców nadal dominuje model leczenia oparty o izolację w dużym szpitalu psychiatrycznym, gdzie na szeroką skalę stosuje się środki represyjne [Angermeyer, 2000]. Mimo, że psychofarmakologia jest wg najnowszej wiedzy medycznej niezbędnym sposobem postępowania terapeutycznego w chorobach psychicznych, duży procent profesjonalistów w medycynie zaprzecza takiej potrzebie, przeciwstawiając się wprost stosowaniu leków bądź przeceniając znaczenie psychoterapii i socjoterapii [Dyduch, 2008; Griffiths i wsp., 2009; Jorm, 2000]. Tylko 35% profesjonalistów w ochronie zdrowia nie będących lekarzami byłoby gotowych przyjmować leki psychotropowe w przypadku

zachorowania na schizofrenię a 85% zalecałoby takie leki rodzinie [Rettenbacher i wsp., 2004].

Największa grupa badanych (46,1%) uważa, że nie więcej niż 40% ogółu społeczeństwa kojarzy leczenie psychiatryczne z przemocą. Jedną z podkreślanych form represyjnego postępowania w psychiatrii jest stosowanie iniekcji depot, które nawet przez personel medyczny jest traktowane jako zagrażające autonomii pacjenta [Patel i wsp., 2005]. Innym rodzajem przymusowego postępowania w psychiatrii jest leczenie szpitalne wbrew woli. Mimo sprzeciwu jaki wzbudza ten rodzaj podejścia do leczenia osób chorujących psychicznie, większość osób poddana takiemu leczeniu uznała, że było to potrzebne [Kaltiala-Heino, 1996; Lauber i Rossler, 2007].

Większość badanych psychiatrów (71%) wyraża przekonanie, że niewielka część społeczeństwa (do 40%) uważa, że psychiatria jest wykorzystywana do ochrony osób, które naruszyły prawo. W badaniach amerykańskiej opinii publicznej ujawniono jednak [Slater i Hans, 1984], że psychiatrzy swoimi opiniami sprzyjają kryminalistom. Inne prace [Farrell i Tisza, 2005] zwracają natomiast uwagę na wątpliwości przedstawicieli prawa dotyczące kompetencji psychiatrów, a tym samym wiarygodności ich orzeczeń w sprawie poczytalności, inne natomiast takie kompetencje potwierdzają [Hiday, 1983].

Funkcjonujący w społeczeństwie stereotyp o tym, że psychiatrzy to osoby, które same mają problem ze zdrowiem psychicznym [Cuenca, 2001; Gabbard i Gabbard, 1999; Thornicroft i wsp., 2010], potwierdzają m.in. studenci medycyny, którzy podają, że słyszeli w czasie zajęć, od nauczycieli akademickich dyskredytujące uwagi o psychiatrach [Holmes i wsp., 2008], którzy mówili m.in.: „pracując z wariatami sam zwariujesz” [Cutler i wsp., 2009]. Sami studenci także skłonni są postrzegać psychiatrów jako osoby bardziej niezrównoważone psychicznie, neurotyczne, dziwne, rozkojarzone niż inni profesjonaliści w ochronie zdrowia [Buchanan, Bhugra, 1992; Guttmann i wsp., 1996]. Status psychiatrów w środowisku lekarskim opisuje się jako niski [Cutler i wsp., 2009] i postrzega ich jako osoby niepewne siebie, nieskuteczne, niezrozumiałe [Fink i Tasman, 1983]. Stereotyp ten został tylko w niewielkim stopniu potwierdzony przez polskich psychiatrów. W opinii znaczącej liczby badanych (46,6%) stosunkowo niewielka część społeczeństwa (do 40%) jest przekonana, że psychiatrzy upodabniają się do swoich pacjentów, jednocześnie 31,4% z nich szacuje, że może to być znaczący procent społeczeństwa (powyżej 60%). Wyniki te są potwierdzeniem innych badań [Laux, 1977], gdzie dla większości respondentów psychiatrzy byli osobami pomocnymi i godnymi zaufania a tylko niewielka część postrzegała ich jako

dziwnych. Także lekarze innych specjalności cenili sobie porady psychiatrów i byli przekonani o ich wysokich kompetencjach zawodowych [Dewan i wsp., 1988]. Sami psychiatrzy zdają sobie sprawę z własnego negatywnego wizerunku, z drugiej strony oceniają siebie jako lekarzy bardziej kulturalnych, dojrzałych, mniej autorytarnych a przy tym bardziej introspekcyjnych [Bhugra, 2008; Dewan i wsp., 1988].

Jak można sądzić, badani psychiatrzy dostrzegają negatywny społeczny wizerunek psychiatrii i własnej pracy na podstawie ich przekonania o:

- niskim prestiżu psychiatrii w oczach lekarzy innych specjalności,
- gorszego finansowania psychiatrii w stosunku do innych dziedzin medycyny,
- dyskryminującym traktowaniu osób chorujących psychicznie w stosunku do osób chorych somatycznie przez lekarzy innych specjalności,
- małej skuteczności leczenia psychiatrycznego zarówno w oczach lekarzy innych specjalności jak i ogółu społeczeństwa.

Zdaniem zdecydowanej większości badanych (79,8%) poziom emocjonalnego obciążenia związanego z pracą psychiatry jest wysoki albo bardzo wysoki. Podobnie większość respondentów (64,3%) oceniła, że poziom odpowiedzialności prawnej związanej z pracą psychiatry jest ponad przeciętny. Mimo to, zdecydowana większość ankietowanych (96,1%) wyraziła zadowolenie z wyboru psychiatrii jako swojej specjalności lekarskiej, a 67,2% z nich oszacowała, że większość ich kolegów (ponad 60%) jest także zadowolona z takiego wyboru. Podobnie wysoki poziom satysfakcji psychiatrów porównywalny do odczuć pediatrów względem swojej specjalności stwierdzono w innym badaniu [Blumberg i Flaherty, 1982].

Związki wyników odpowiedzi na poszczególne pytania ankiety „Psychiatrzy o psychiatrii" i danych socjodemograficznych badanych lekarzy znajdują potwierdzenie w zależnościach owych danych i wymiarów wyodrębnionych na podstawie ankiety:

1. Wizerunek psychiatrii w społeczeństwie w opinii psychiatrów.
2. Poziom obciążenia pracą psychiatrów
3. Dyskryminacja strukturalna
4. Zadowolenie z wykonywanej pracy
5. Prestiż psychiatrii, rozumiany także jako skuteczność w leczeniu.

Najmłodsza grupa psychiatrów uważa częściej, że psychiatria nie jest postrzegana przez społeczeństwo jako dziedzina medycyny, wyraźnie częściej wyraża przy tym zadowolenie z

wyboru swej specjalności medycznej i uważa tak o innych psychiatrach. Badani w wieku 35 – 49 lat częściej twierdzą, że społeczeństwo uważa psychiatrię za dziedzinę medycyny wykorzystywaną do ochrony osób, które naruszyły prawo oraz że duża część społeczeństwa jest przekonana, że psychiatrzy upodabniają się do swoich pacjentów; rzadziej wyrażają przekonanie, że ich koledzy są zadowoleni z wyboru psychiatrii jako swej specjalności medycznej. Psychiatrzy w wieku 50 lat i starsi uznają najczęściej, że społeczeństwo nie uważa psychiatrii za dziedzinę medycyny wykorzystywaną do ochrony osób, które naruszyły prawo; najczęściej nie zgadzali się też z twierdzeniem, że psychiatrzy upodabniają się do swoich pacjentów. Można zatem podsumować, że najmłodsi z badanych mimo wyrażanego zadowolenia z wyboru tej specjalności lekarskiej są przekonani o społecznej stygmatyzacji psychiatrii. Ich mieszany stosunek do chorych (rzadziej zdecydowanie życzliwy, częściej raczej życzliwy i częściej raczej niechętny) nie przeszkadza im także dawać największe szanse na wyzdrowienie i pokonywać społeczny dystans dając największy dostęp chorym do roli własnej synowej bądź zięcia. Badani w wieku 35 – 49 lat, są szczególnie przekonani o negatywnym społecznym wizerunku psychiatrii. Nasila to być może w jakimś sensie ich skłonność do stygmatyzacji osób chorujących psychicznie kiedy podkreślają wstydliwość chorób psychicznych i rzadziej dają szansę chorym na wyzdrowienie. Najstarsi psychiatrzy jak się wydaje, unikają tematu stygmatyzacji psychiatrii jakby chcieli chronić swój wizerunek. Deklaratywnie starają się mieć życzliwy stosunek do osób chorujących psychicznie. Niestety uznają też częściej, że ich otoczenie społeczne ma negatywny stosunek do chorych, problem choroby jako wstydliwy, sprzeciwiając się najbardziej aby osoba chorująca psychicznie była ich synową lub zięciem.

Badani mężczyźni częściej uznają jako niski poziom odpowiedzialności prawnej związanej z pracą psychiatry, częściej też twierdzą, że w opinii społecznej leczenie psychiatryczne kojarzone jest z przemocą. Wykazano na poziomie istotności statystycznej, że psychiatrzy płci męskiej istotnie częściej odbierali negatywny społeczny wizerunek psychiatrii, mając przy tym mniejsze w stosunku do kobiet poczucie obciążenia pracą. Co należy zauważyć badani płci męskiej czują się w niewielkim stopniu obciążeni pracą psychiatry a odczuwają w stopniu znaczącym negatywny społeczny wizerunek psychiatrii. Przekłada się to być może na ich negatywny wizerunek osoby chorującej psychicznie i mniej życzliwy stosunek do niej.

Psychiatrzy zatrudnieni w lecznictwie stacjonarnym w stosunku do pracujących ambulatoryjnie częściej dostrzegali dyskryminujące praktyki stosowane wobec osób

chorujących psychicznie przez lekarzy innych specjalności, rzadziej uważali, że społeczeństwo i lekarze innych specjalności uznają leczenie psychiatryczne jako bardzo skuteczne. Badani psychiatrzy zatrudnieni w lecznictwie stacjonarnym istotnie gorzej postrzegają prestiż psychiatrii oraz częściej doświadczają jej strukturalnej dyskryminacji niż ich koledzy pracujący ambulatoryjnie. W przypadku badanych psychiatrów, którzy pracują stacjonarnie widać odczuwany z dużą siłą negatywny społeczny wizerunek psychiatrii. Być może tym kierowani, upatrują szansy w rozwoju środowiskowych form leczenia, które nie tylko mogłyby zmniejszyć liczbę przymusowych hospitalizacji ale także zmienić stosunek do leczenia psychiatrycznego i osób dotkniętych chorobą psychiczną.

Przeważająca część badanych psychiatrów posiadających kompetencje psychoterapeutyczne uznała, że niewielka część społeczeństwa kojarzy leczenie psychiatryczne z przemocą, co może oznaczać, że nie są skłonni dostrzegać negatywnego społecznego wizerunku psychiatrii. Sami uważają natomiast, że przymus w polskiej psychiatrii jest zbyt często stosowany.

Specjaliści terapii środowiskowej w porównaniu do psychiatrów bez takiej specjalizacji częściej twierdzili, że lekarze innych specjalności oceniają jako niski prestiż psychiatrii, uznawali za wysoki poziom odpowiedzialności prawnej związanej z pracą psychiatry, uważali częściej, że społeczeństwo kojarzy leczenie psychiatryczne z przemocą. Psychiatrzy posiadający tytuł specjalisty terapii środowiskowej istotnie częściej odczuwali negatywny społeczny wizerunek psychiatrii oraz jej strukturalną dyskryminację. Psychiatrzy ci mieli jednocześnie większe zadowolenie z wykonywanej pracy. Można zatem powiedzieć, że w przypadku psychiatrów będących jednocześnie specjalistami terapii środowiskowej, silne przeświadczenie o stygmatyzacji psychiatrii i poczucie obciążenia pracą sprzyja pozytywnej postawie wobec osób chorujących psychicznie jak i gotowości ochrony ich praw.

Wewnętrzne korelacje między wymiarami wyodrębnionymi na podstawie ankiety „psychiatrzy o psychiatrii" ujawniły, że odbierany przez psychiatrów jako wyższy, poziom strukturalnej dyskryminacji psychiatrii, wiąże się u nich z tym bardziej negatywnym wizerunkiem psychiatrii, poczuciem większego obciążenia pracą i niższego prestiżu psychiatrii. W przypadku badanych psychiatrów ze specjalizacją z terapii środowiskowej przekłada się to jednak na tym bardziej pozytywny stosunek wobec osób chorujących psychicznie.

6.3. Rozważania na temat związku pomiędzy postawami psychiatrów wobec osób chorych psychicznie a ich stosunkiem do psychiatrii i własnej roli zawodowej.

Wraz z wyższym poziomem dostrzeganej przez badanych psychiatrów dyskryminacji strukturalnej psychiatrii, wykazano tym łagodniejsza u nich negatywna postawa wobec chorych i tym mniejsza gotowość do ograniczania im dostępu do ról społecznych. Im niższe zadowolenie u psychiatrów z wykonywanej pracy tym większa u nich potrzeba ograniczania osobom chorującym psychicznie dostępu do ról społecznych. Im bardziej badani odczuwają obciążenie pracą psychiatry tym mniejsza u nich gotowość ograniczania chorym dostępu do ról społecznych, prezentują oni bardziej pozytywną postawę wobec chorych oraz rzadziej dostrzegają ich stygmatyzację. Im niższy jest zdaniem respondentów społeczny prestiż psychiatrii tym częściej dostrzegają oni stygmatyzację osób chorujących psychicznie. Najlepiej potwierdzono ten rodzaj zależności w przypadku badanych psychiatrów posiadających jednocześnie tytuł specjalisty terapii środowiskowej. Poza dyskryminacją strukturalną dostrzegali oni inne aspekty negatywnego wizerunku psychiatrii w społeczeństwie i środowisku lekarskim. Psychiatrzy ci mieli poczucie dużego obciążenia pracą, czerpiąc z niej jednocześnie największe zadowolenie. Badani posiadający kompetencje terapeutów środowiskowych sami wykazywali pozytywną postawę wobec osób chorujących psychicznie a także częściej dostrzegali życzliwość ich otoczenia społecznego. Co nie mniej istotne, mimo podkreślanej przez nich dyskryminacji strukturalnej psychiatrii, rzadziej niż psychiatrzy bez tytułu specjalisty terapii środowiskowej dostrzegali stygmatyzację samych chorych rozumianą jako wstydliwość i skłonność do ukrywania choroby psychicznej jak i brak życzliwości w stosunku do chorych otoczenia społecznego badanych.

Analiza regresji stosunku psychiatrów do chorych wyrażonego wymiarami:

1. Ograniczenie dostępu do ról społecznych
2. Nasilenie negatywnej oceny wobec chorych
3. Dostrzeganie stygmatyzacji chorych

w zależności od predyktorów w postaci wymiarów wyrażających stosunek psychiatrów do psychiatrii i własnej roli zawodowej:

1. Wizerunek psychiatrii w społeczeństwie w opinii psychiatrów.
2. Poziom obciążenia pracą psychiatrów
3. Dyskryminacja strukturalna
4. Zadowolenie z wykonywanej pracy

5. Prestiż psychiatrii, rozumiany także jako skuteczność w leczeniu.

oraz danych socjodemograficznych badanych wykazała, iż:

a. potrzeba ograniczania osobom chorującym psychicznie dostępu do ról społecznych przez psychiatrów jest w 4% wyjaśniana przez posiadanie przez respondentów kompetencji psychoterapeuty oraz brak przekonania o dyskryminacji strukturalnej psychiatrii.
b. negatywna postawa wobec osób chorujących psychicznie w 21% jest wyjaśniana przez młodszy wiek respondentów, brak przekonania o dyskryminacji strukturalnej psychiatrii oraz przekonanie, że psychiatrzy są mniej obciążeni pracą.
c. gotowość psychiatrów do dostrzegania stygmatyzacji osób chorujących psychicznie jest w 10% wyjaśniana przez młodszy wiek respondentów, ich poczucie mniejszego obciążenia pracą psychiatry oraz niskiego prestiżu psychiatrii w opinii społecznej.

Dzięki wykonanej analizie regresji potwierdzono silny związek nasilenia negatywnej postawy badanych psychiatrów wobec osób chorujących psychicznie i ich mniejszej gotowości do zauważania dyskryminacji strukturalnej psychiatrii oraz poczucia mniejszego obciążenia pracą psychiatry wykazanych wcześniejszą analizą korelacji. Wskazała jednocześnie na wpływ młodszego wieku badanych na skłonność do ujawniania negatywnej postawy wobec chorych, co nie było tak jednoznaczne w analizie korelacji. Wyraźnie mniej znaczący jest wykazany analizą regresji związek innego aspektu stygmatyzacji osób chorujących psychicznie – gotowości badanych psychiatrów do dostrzegania stygmatyzacji chorych. Potwierdza on znaczenie młodszego wieku badanych oraz ich poczucia mniejszego obciążenia pracą jako predyktorów nasilenia stygmatyzacji chorych przez psychiatrów. Jako kolejny czynnik odgrywający rolę w procesie stygmatyzacji występuje tutaj tym większe wśród psychiatrów poczucie niskiego prestiżu psychiatrii w opinii społecznej. Najmniejszą siłę przewidywanego wpływu na nasilenie stygmatyzacji osób chorujących psychicznie przez badanych psychiatrów, mają posiadane kompetencje psychoterapeuty. Jednak z uwagi na obecność tutaj innego silnego predyktora – gotowości dostrzegania stygmatyzacji strukturalnej psychiatrii oraz ważności obszaru dyskryminacji - dostępu do ról społecznych nie należy tego związku pomijać.

Aplikacyjne znaczenie uzyskanych wyników. Skoro stygmatyzacja osób chorujących psychicznie odbywa się również z udziałem psychiatrów można sądzić, że aktualny tryb kształcenia, przekazywana wiedza jak i praktyka nie jest warunkiem wystarczającym do

właściwego postrzegania i rozumienia ich potrzeb i możliwości. Stygmatyzacja w psychiatrii wynika z niedorozwóju środowiskowych form leczenia i aktywizacji chorych psychicznie, w których w o wiele szerszym zakresie powinno odbywać się szkolenie przyszłych kadr zarówno psychiatrycznych jak i medycznych. Deficyt takiego szkolenia obniża poziom świadomości profesjonalistów i ogółu społeczeństwa na temat prawdziwego oblicza i potencjału osób chorujących psychicznie. Jak należy sądzić, zmianę świadomości i postaw wobec osób chorujących psychicznie wśród personelu medycznego może przynieść środowiskowo prowadzona dydaktyka i szkolenie specjalistyczne, co potwierdzają wyniki tego badania w zakresie bardzo korzystnego wizerunku osoby chorującej psychicznie w ocenie psychiatrów posiadających jednocześnie tytuł specjalisty terapii środowiskowej.

Prawdziwa i pełna zmiana wizerunku osób chorych psychicznie w społeczeństwie może się dokonać tylko poprzez ich pełne uczestnictwo w życiu lokalnej społeczności: leczenie, naukę, pracę, spędzanie czasu wolnego czy rozwiązywanie codziennych problemów. Aby stało się to możliwe, środowisko polskich psychiatrów musi inicjować i wspierać ten proces.

Kierunki dalszych badań. Rekomendacje do dalszych badań związane są w pierwszym rzędzie z rozszerzeniem kręgu badanych psychiatrów. Celowym wydaje się kontynuowanie badań porównawczych nad szerszą grupą pracowników psychiatrii i ich stosunkiem do osób chorujących psychicznie. Ważne rozwinięcie badań może stanowić opracowanie narzędzia do pomiaru poziomu stygmatyzacji osób chorujących psychicznie wśród różnych grup respondentów, oparte o wymiary wyznaczone metodą analizy czynnikowej na potrzeby tej pracy.

Ograniczenia zastosowanej procedury badawczej. Ograniczeniem niniejszej pracy są nierówne pod względem liczebności grupy badanych psychiatrów w odniesieniu podstawowego miejsca pracy, posiadania kompetencji psychoterapeutycznych oraz specjalizacji w terapii środowiskowej.

6.4. Wnioski.

1. Badani psychiatrzy pomimo wykształcenia i misji zawodowej prezentują podobnie stygmatyzujące postawy wobec osób chorujących psychicznie co populacja ogólna.
2. Wyższy poziom stygmatyzacji osób chorujących psychicznie przez psychiatrów jest związany z młodszym wiekiem, płcią męską, posiadaniem certyfikatu psychoterapeuty i brakiem specjalizacji w terapii środowiskowej.

3. Większość psychiatrów dostrzega stygmatyzację psychiatrii i swojej pracy przez lekarzy innych specjalności oraz przez ogół społeczeństwa.
4. Im wyższy poziom postrzegania dyskryminacji psychiatrii i piętna zawodowego u psychiatrów tym mniejsza skłonność do postaw piętnujących w stosunku do osób chorujących psychicznie.

STRESZCZENIE

Wprowadzenie. Liczne badania postaw społecznych wskazują, że piętnujące przekonania, emocje i zachowania w stosunku do osób chorujących psychicznie kształtują społeczny dystans i pogarszają przebieg choroby. Problem stosunku samych psychiatrów do osób chorujących odnosi się do ważnej, ale w małym stopniu zbadanej relacji. Wiadomo również, że proces społecznego naznaczenia dotyczy samych psychiatrów jako reprezentantów niedocenianej i dyskryminowanej dziedziny medycyny. Jednak badania dotyczące potencjalnego wpływu takiego traktowania psychiatrii i psychiatrów na ich postawy wobec osób chorujących są nieliczne.

Cel badań i hipotezy. Celami pracy było poszukiwanie odpowiedzi na pytania (1) czy stygmatyzacja osób chorujących psychicznie odbywa się z udziałem psychiatrów, (2) czy sami psychiatrzy czują się poddani stygmatyzacji oraz (3) jaki jest związek pomiędzy tymi zjawiskami. W poszukiwaniu związku pomiędzy poziomem stygmatyzacji osób chorujących psychicznie a postrzeganiem psychiatrii i swojej pracy przez psychiatrów uwzględniono ich dane socjodemograficzne i posiadane kompetencje zawodowe. Postawiono następujące hipotezy badawcze: (1) psychiatrzy prezentują zachowania stygmatyzujące w podobnym zakresie co populacja ogólna, (2) poziom stygmatyzowania osób chorujących psychicznie przez psychiatrów związany jest z miejscem ich pracy i posiadaniem określonych kompetencji zawodowych takich jak szkolenie w psychoterapii i specjalizacja w terapii środowiskowej, (3) Postrzeganie psychiatrii i swojej pracy przez psychiatrów związana jest poziomem ich postaw piętnujących w stosunku do osób chorujących psychicznie.

Badana grupa i metoda. Badaną grupą byli polscy psychiatrzy**.** Zastosowano sondaż diagnostyczny wykorzystując dwa kwestionariusze ankiety do samodzielnego wypełnienia. Pierwszy z nich, 15 pytań, służył do badania stosunku psychiatrów do osób chorujących psychicznie. Pierwsze pytanie miało na celu określenie jakie kategorie diagnostyczne ICD – 10 badani traktują jako chorobę psychiczną. Drugi kwestionariusz liczący 14 pytań posłużył do zbadania jak psychiatrzy odbierają społeczny sposób postrzegania psychiatrii i ich roli zawodowej. Zbadano 259 respondentów, ale analizie poddano 232 komplety ankiet.

Wyniki badań. Blisko jedna trzecia psychiatrów (31,3%) mylnie wskazuje na kategorie diagnostyczne ICD-10, które należy traktować jako chorobę psychiczną. Większość badanych (61,5%), pomimo wykształcenia i pełnionej misji zawodowej, w stopniu porównywalnym do

populacji ogólnej ocenia szanse na wyzdrowienie osoby, która zachorowała psychicznie oraz uważa, że przymus w polskiej psychiatrii stosowany jest odpowiednio często (79,4%). Zdecydowana większość respondentów (94,8%) zaliczyła choroby psychiczne do problemów zdrowotnych które ukrywa się przed innymi co istotnie przekracza wynik uzyskany dla populacji ogólnej. Znacząca część respondentów (43,2%) uważa, że przebyta choroba psychiczna ogranicza istotnie zdolność do wykonywania pracy zarobkowej, zespołowej (13,5%) oraz wymagającej dużej samodzielności (33,2%), jak również wyraża sprzeciw, aby w pobliżu ich miejsca zamieszkania znalazły się jakiekolwiek placówki dla osób chorujących psychicznie (16%). Zdecydowana większość badanych psychiatrów uważa, że osoby chorujące psychicznie są traktowane gorzej niż inni, gdy chodzi o prawo do pracy i zatrudnienia (92,6%) oraz do poszanowania godności osobistej (77,4%), co stanowi wynik wyższy niż w populacji ogólnej. Za to psychiatrzy częściej przyznawali się do bliskiej znajomości z osobami chorującymi psychicznie (87,5%), uzyskali też wyższy wynik w deklaracji życzliwego stosunku do osób chorujących psychicznie (85,6%). Jeśli chodzi o uczestnictwo osób chorujących psychicznie w życiu społecznym, tylko w przypadku dwóch z czternastu ról, w stosunku do dziewięciu w populacji ogólnej, respondenci wykazali zdecydowanie negatywną postawę.

Wykazano, że im bardziej negatywna jest postawa psychiatrów wobec osób chorujących psychicznie tym bardziej są oni skłonni ograniczać chorym dostęp do ról społecznych ($p=0,01$) oraz tym częściej dostrzegają ich stygmatyzację ($p=0,05$).

Większość badanych (56,9%) uważa, że prestiż psychiatrii w ocenie lekarzy innych specjalności jest niski, nakłady na finansowanie psychiatrii są zaniżone (86,6%) a traktowanie osób leczonych psychiatrycznie przez lekarzy innych specjalności jest dyskryminujące (87,5%). Zdaniem zdecydowanej większości badanych (79,8%) poziom emocjonalnego obciążenia związanego z pracą psychiatry jest wysoki albo bardzo wysoki a poziom odpowiedzialności prawnej związanej z ich pracą jest ponad przeciętny (64,3%). Mimo to, zdecydowana większość ankietowanych (96,1%) wyraziła zadowolenie z wyboru psychiatrii jako swojej specjalności lekarskiej oraz oceniła, że większość ich kolegów jest także zadowolona z takiego wyboru (67,2%). Wyższy poziom strukturalnej dyskryminacji psychiatrii u badanych wiązał się z bardziej negatywnym wizerunkiem psychiatrii ($p=0,01$), poczuciem większego obciążenia pracą ($p=0,01$) i niższego prestiżu psychiatrii ($p=0,05$).

Bardziej złożone związki postaw psychiatrów do osób chorujących psychicznie z ich stosunkiem do psychiatrii oraz własnej roli zawodowej wskazują, że poziom dostrzeganej

przez respondentów dyskryminacji psychiatrii ujemnie koreluje zarówno z ich negatywną postawą wobec chorych (p=0,01) jak i gotowością do ograniczania im dostępu do ról społecznych (p=0,01). Niskie zadowolenie u psychiatrów z wykonywanej pracy koreluje dodatnio z ich potrzebą ograniczania osobom chorującym psychicznie dostępu do ról społecznych (p=0,05). Im niższy jest zdaniem respondentów społeczny prestiż psychiatrii tym częściej dostrzegają oni stygmatyzację osób chorujących psychicznie (p=0,05). Negatywna postawa wobec osób chorujących psychicznie w 21% jest wyjaśniana przez młodszy wiek respondentów, brak przekonania o dyskryminacji strukturalnej psychiatrii oraz przekonanie, że psychiatrzy są mniej obciążeni pracą. Gotowość psychiatrów do dostrzegania stygmatyzacji osób chorujących psychicznie jest w 10% wyjaśniana przez młodszy wiek respondentów, ich poczucie mniejszego obciążenia pracą psychiatry oraz niskiego prestiżu psychiatrii w opinii społecznej. Potrzeba ograniczania osobom chorującym psychicznie dostępu do ról społecznych przez psychiatrów jest w 4% wyjaśniana przez posiadanie przez respondentów kompetencji psychoterapeuty oraz brak przekonania o dyskryminacji strukturalnej psychiatrii.

Wnioski. (1) badani psychiatrzy pomimo wykształcenia i misji zawodowej prezentują podobnie stygmatyzujące postawy wobec osób chorujących psychicznie co populacja ogólna, (2) wyższy poziom stygmatyzacji osób chorujących psychicznie przez psychiatrów jest związany z młodszym wiekiem, płcią męską, posiadaniem certyfikatu psychoterapeuty i brakiem specjalizacji w terapii środowiskowej, (3) większość psychiatrów dostrzega stygmatyzację psychiatrii i swojej pracy przez lekarzy innych specjalności i przez ogół społeczeństwa, (4) im wyższy poziom postrzegania dyskryminacji psychiatrii i piętna zawodowego u psychiatrów tym mniejsza skłonność do postaw piętnujących w stosunku do osób chorujących psychicznie.

ABSTRACT

Introduction. Numerous studies indicate, that stigmatizing opinions, emotions and behaviour towards people with mental illness form the social distance and deteriorate a course of the disease. The problem of relations of psychiatrists towards mentally ill persons treats important but rarely investigated issue. It is well known that the process of social stigma refers also to psychiatrist as representatives of underestimated and discriminated branch of medicine. However the studies related to the potential influence of such treatment of psychiatry and psychiatrists on their attitude towards people with mental illness are unique.

Aim. The aim of the study was to find the answer to following questions: (1) do psychiatrists take part in stigmatization process of people with mental illness, (2) do psychiatrists themselves feel stigmatized, (3) is there a relationship between those two phenomenon. There were included in the research socio-demographic data of surveyed psychiatrists to explore relationship between the level of stigmatization of mentally ill people and the way they treat the social perception of psychiatrists and their professional role. The following thesis were put: (1) psychiatrists present the same level of stigmatizing opinions like the general population does, (2) the level of stigmatization of mentally ill people depends on the psychiatrist age, sex, place of work and some professional competences like certificate in psychotherapy and specialization in community psychiatry, (3) the perception of psychiatry and their professional role among psychiatrists corresponds with level of their stigmatizing attitude towards mentally ill persons.

Method. 259 Polish psychiatrists were surveyed, but only 232 sets of questionnaires were analyzed. Two types of self-completion questionnaires were used. The first, counting 15 questions, was used to enquire the relation of psychiatrists to mentally ill people but the first question had the aim to define which categories of ICD-10 do psychiatrists perceive as a mental illness. The second questionnaire with 14 items was used to find out how psychiatrists treat the social perception of psychiatry and their professional role.

Results. Near one third of psychiatrists (31,3%) gave false indication on diagnostic categories of ICD-10, which should be treated as mental illness. Majority of surveyed (61,5%), despite their professional education and mission gives mentally ill people the same chance for recovery as general population and considers that compulsory treatment of psychiatric patients is at the adequate level (79,4%). Great majority of psychiatrists (94,8%) included

mental illnesses to health problems which are hidden from others which is the result significantly higher comparing to the general population. Significant percentage of all surveyed (43,2%) judged that experienced mental illness limits in high degree ability to gainful employment, teamwork (13,5%) and occupation which requires self-reliance (33,2%); they would also objected to localize near their homes any kind of psychiatric institutions (16%). They claim in a great majority (92,6%) that mentally ill people are treated worse that others regarding to their right to work and employment and respect for the personal dignity (77,4%). But surveyed psychiatrists admitted much more often than general population to close relationship with mentally ill person (87,5%), and they obtain higher results in declared kind attitude towards people with mental illness (85,6%). Regarding to participation of mentally ill people in social live, psychiatrists demonstrated definitely negative attitude only in two out of fourteen social roles, comparing to nine out of fourteen in general population. It was shown that more negative attitude toward mentally ill people psychiatrists have, they are more willing to limit them access to social roles (p=0,01) and more often they observe stigmatization of mentally ill people (p=0,05).

The majority of surveyed (56,9%) thinks that the prestige of psychiatry in opinion of doctors in other fields of medicine is low, financial means for psychiatry are too small (86,6%) and attitude of doctors in somatic medicine towards mentally ill patients is discriminating (87,5%). In opinion of vast majority of psychiatrists (79,8%) the level of emotional burden associated with their work is high or very high and the level of legal responsibility more than average (64,3%). Nevertheless, the great majority of surveyed psychiatrists (96,1%) expressed satisfaction with their choice of this medical specialty, and conviction that their colleagues in psychiatry think in the same way (67,2%). Higher level of structural discrimination of psychiatry in their opinion was associated with more negative social portrait of psychiatry (p=0,01), sense of greater burden of work (p=0,01) and lower prestige of psychiatry (p=0,05).

More complex relationships between psychiatrists' attitudes toward mentally ill people and their relation to psychiatry and their professional role indicate that a level of observed discrimination of mentally ill people correlates in negative way with negative posture psychiatrists towards mentally ill people (p=0,01) and readiness to restrict them access to social roles ((p=0,01). Low level of their satisfaction with work is associated with higher need for limiting mentally ill patients access to social roles (p=0,05). The lower is in opinion of surveyed social prestige of psychiatry, the more often they observe stigmatization of mentally ill people (p=0,05). Negative attitude towards people with mental illness in 21% is

explained by younger age of respondents, less conviction about structural discrimination of psychiatry and the belief about smaller burden of work. The readiness for perception of stigmatizing people with mental illness is in 10% explained by younger age of psychiatrists, their feeling of smaller burden of work and lower prestige of psychiatry in public opinion. The tendency among psychiatrists to limit people with mental illness access to social roles is in 4% explained by their psychotherapeutic competences and weaker belief about structural discrimination of psychiatry.

Conclusions. (1) surveyed psychiatrists despite their special education and professional mission present similar level of stigmatizing attitudes comparing to the general population, (2) higher level of stigmatization of mentally ill people among psychiatrists is associated with younger age, male sex, having competence in psychotherapy and lack of specialty in community psychiatry, (3) the majority of respondents perceive stigmatization of psychiatry and their own work by other doctors and general public, (4) the higher is level of perceived stigmatization of psychiatry, surveyed doctors are less prone to stigmatize mentally ill people.

PIŚMIENNICTWO

- Abramowitz MZ, Bentov-Gofrit D, *The attitudes of Israeli medical students toward residency in psychiatry,* Acad Psychiatry, 2005, 29, 92-5.
- Adorno T, Frenkel-Brunswick E, Levinson D, Sanford RN, *The authoritarian personality,* Harper, New York, 1950.
- Allen M, Birse E J, *Stigma and blindness,* Ophthalmic Nurs Technol, 1991, 10, 4, 147-152.
- Allport G, *The nature of prejudice,* Addison-Wesley Reading, 1980, 13.
- Amering M, Schmolke M, *Recovery in Mental Health*, Wiley-Blackwell, 2009.
- Anczewska M, Wciórka J (red.), *Umacnianie, nadzieja czy uprzedzenia*, Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2007.
- Andreasen NC, *The Broken Brain. The Biological Revolution in Psychiatry*, Harper and Row, New York, 1984.
- Angermeyer MC, *Public image of psychiatry. Results of a representative poll in the new federal states of Germany,* Psychiatrische Praxis, 2000, 27, 327-9.
- Angermeyer MC, *The stigma of mental illness: Patients' anticipation and experiences*, Int J Soc Psychiatry, 2004, 50, 153-62.
- Angermeyer MC, Matschinger H, *Public beliefs about schizophrenia and depression: similatities and differencies,* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2003, 38, 9, 526-534.
- Angermeyer MC, Matschinger H, *Social distance towards the mentally ill: results of representative surveys in the Federal Republic of Germany,* Psychol Med, 1997, 27, 131-141.
- Angermeyer MC, Matschinger H, *The stereotype of schizophrenia and its impact on discrimination against people with schizophrenia: results from a representative survey in Germany,* Schizophr. Bull., 2004, 30, 4, 1049-1060.
- Angermeyer MC, Schulze B, Dietrich S, *Courtesy stigma. A focus group study of relatives of schizophrenic patients,* Soc Psychitr Epidemiol, 2003, 38(10), 176-81.
- Arboleda-Florez J, *Mental illness and human rights,* Curr Opin Psychiatry, 2008, 21, 479-84.
- Arboleda-Florez J, Sartorius N, *Understanding the Stigma of Mental Illness*, Wiley-Blackwell 2008.

- Archer D, *Social deviance,* W: Lindzey G, Aronson E (red.), *Handbook of social psychology*, Random House, New York, 1985, wyd. 3, t. 2, 743-804.
- Aronson E, *Człowiek istota społeczna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2012.
- Ashmore RD, *Prejudice: Causes and cures*, W: Collins BE (red.), *Social psychology: Social influence, attitude change, group processes, and prejudice*, Adison-Wesley, Reading, 1970, 245-339.
- Babbie E, *Badania społeczne w praktyce*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2005.
- Baron RA, *The reduction of human aggression. A field study of the influence of incompatible reations*, Journal of Applied Social Psychology, 1976, 6, 260-274.
- Baxter H, Singh SP, Standen P, *The attitudes of tommorow's doctors' towards mental illness and psychiatry: changes during the final undergraduate year,* Med Educ, 2001, 35, 381-3.
- Bąk O, *Propozycja modyfikacji metody badawczej typu dyferencjał semantyczny w badaniu chorego psychicznie,* Psychiatr Pol, 2000, 5, 795-809.
- Benkert O, Graf-Morgenstern M, Hillert A, *Public opinion on psychotropic drugs: an analysis of the factors influencing acceptance or rejection*, J Nerv Ment Dis, 1997,185, 151-8.
- Berge M, Ranney M, *Self-esteem and stigma among persons with schizophrenia. Implications for mental health*, Care Management J, 2005, 6(3), 139-144.
- Bhugra D, *Professionalism and psychiatry: the profession speaks,* Acta Psychiatr Scand, 2008, 118, 327-9.
- Blumberg P, Flaherty JA, *Faculty perceptions of their own speciality,* J Med Educ, 1982, 57, 338-9.
- Borinstein AB, *Public attitudes toward persons with mental illness*, Health Affairs, 1992, 11, 186-196.
- Brewer MB, Brown RJ, *Intergroup relations,* W: Gilbert D, Fiske ST, Lindzey G (red.), *Handbook of social psychology*, Mc Graw-Hill, Boston, 1998, wyd. 4, t. 2, s. 554-594.
- Bryant SG, Guernsey BG, Pearce EL, *Pharmacists' perception of mental health care, psychiatrists and mentally ill patients,* Am J Hosp Pharm, 1988, 42, 1366-9.
- Buchanan A, Bhugra D, *Attitude of the medical profession to psychiatry,* Acta Psychiatr Scand, 1992, 85, 1-5.

- Buizza Ch, Sleijpen C, Bertocchi E, Pioli R, Rossi G, *The subjective experience of stigma: A pilot study,* Abstracts, 8th World Psychiatric Association Congress, New York, 2003.
- Byrne P, *Challenging healthcare discrimination,* Advances in Psychiatric Treatment, 2010, 16, 60-62.
- Camp DL, Finlay WM, Lyons E, *Is low self-esteem an inevitable consequence of stigma? An example from women with chronic mental health problems,* Soc Sci Med, 2002, 55(5), 823-34.
- Carr VJ, Lewin TJ, Barnard RE, *Attitudes and roles of general practitioners in the treatment of schizophrenia compared with community mental health staff and patients*, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2004, 39 (1), 78-84.
- Cechnicki A, *Pozytywna kampania edukacyjna. Bilans czterech lat programu Schizofrenia – Otwórzcie Drzwi*, Za: Cechnicki A, Bomba J (red.) *Schizofrenia różne konteksty, różne terapie*, Kraków, Biblioteka Psychiatrii Polskiej, 2004, 157-169.
- Cechnicki A, Angermeyer MC, Bielańska A, *Anticipated and experienced sigma among people with schizophrenia: its nature and correlates*, Soc Psychiat Epidemiol, 2010.
- Cechnicki A, Bielańska A, *Czynniki demograficzno-społeczne i kliniczne a antycypacja i doświadczanie piętna choroby psychicznej*, Post Psych i Neurol, 2009, 18, 31-41.
- Cechnicki A, Bielańska A, *Przeciwdziałanie wykluczeniu i marginalizacji osób chorujących psychicznie*, W: Duda M, Gulla B (red.), Przeciw wykluczeniu społecznemu, Kraków, Wydawnictwo Naukowe PAT, 2008, 99-123.
- Cechnicki A, Bielańska A, Franczyk J, *Piętno choroby psychicznej: antycypacja i doświadczenie*, Post Psychiatr i Neurol, 2007, 16 (2), 113-121.
- Cechnicki A, Hanuszkiewicz I, Polczyk R, Bielańska A, *Prospektywna ocena wpływu czasu nie leczonej psychozy na przebieg schizofrenii*, Psychiatria Polska, 2010, 44, 3, 381-94.
- Cohen P, Cohen J, *The clinician's illusion*, Arch Gen Psychiatry, 1984, 41, 1178-1182.
- Corrigan PW, Markowitz FE, Watson AC, *An attribution model of public discriminaton towards persons with mental illness,* J Health Soc Behav, 2003, 44, 2, 162-179.
- Corrigan PW, Markowitz FE, Watson AC, *Structural levels of mental illness sigma and discrimination,* Schizophr. Bull., 2004, 30 (3), 481-491.
- Corrigan PW, Watson AC, Barr L, *The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy*, J Soc Clin Psychol, 2006, 25 (9), 875-884.

- Crandall CS, Eshleman A, *A justification-suppression model of the expression and experience of prejudice,* Psychological Bulletin, 2003, 129, 414-446.
- Creed F, Goldberg D, *Students' attitudes towards psychiatry,* Med Educ, 2009, 21, 227-34.
- Crocker J, *Social stigma and self-esteem: Situational construction of self-worth*, Journal of Experimental Social Psychology, 1999, 35, 89-107.
- Crocker J, Major B, Steele C, *Social Stigma,* W: Gilbert DT, Fiske ST, Lindzey G (red.), *Handbook of social psychology*, McGraw-Hill, Boston, 1998, wyd. 4, t. 2, s. 504-553.
- Croghan TW, Tomlin M, Pescosolido BA, *American attitudes toward and willingness to use psychiatric medications,* J Nerv Ment Dis, 2003, 191, 166-74.
- Cuenca O, *Mass media and psychiatry,* Curr Opin Psychiatry, 2001, 14, 527-8.
- Cutler JL, Harding KJ, Mozian SA, *Discrediting the notion "working with crazies will make you crazy": addressing stigma and enhancing empathy in medical students education,* Adv Health Sci Educ Theory Pract, 2009, 14, 487-502.
- Czykwin E, *Stygmat społeczny*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2007.
- De Las Cuevas C, Sanz EJ, *Attitudes toward psychiatric drug treatment: the experience of being treated,* Eur J Clin Pharmacol, 2007, 63, 1063-7.
- Demoulin S, Rodigues R, Rodrigues A, Vaes J, Paladino M, Gaunt R, Cortes B, Leyens JP, *Emotional prejudice can lead to infra-humanisation,* European Review of Social Psychology, 2004, 15, 134-145.
- Deutsch M, *An experimental study of the effects of cooperation and competition upon group process*, Human Relations, 1949, 2, 199-232.
- Dewan MJ, Levy BF, Donnelly MP, *A positive view of psychiatrists and psychiatry,* Compr Psychiatry, 1988, 29, 523-31.
- Dickerson FB, Sommervile J, Origoni AE, Ringel NB, Parente F, *Experience of stigma among outpatients with schizophrenia,* Schizophr Bull, 2002, 28, 143-155.
- Diovidio JF, Gaertner SL, *On the nature of contemporary prejudice: The causes, consequences, and challenges of aversive racism,* W: Eberhardt J, Fiske ST (red.), *Confronting racism: The problem and the response,* Thousand Oaks, CA: Sage, 1998, 3-32.
- Dovidio JF, Major B, Crocker J, *Piętno: wprowadzenie i zarys ogólny,* W: Heatherton TF, Kleck RE, Hebl MR, Hull JG (red.), *Społeczna psychologia piętna,* Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2008, s. 23-45.

- Dyduch A, *Postawy pracowników opieki zdrowotnej wobec osób chorych na schizofrenię. Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych,* Akademia Medyczna w Lublinie, 2008.
- Farrel JL, Tisza SM, *Forensic ethics – Suspension and other sanctions imposed on an Arizona state prosecutor, who showed disrespect for and prejudice against mental health experts during trial*, J Am Acad Psychiatry Law, 2005, 33, 405-6.
- Feifel D, Moutier CY, Swerdlow NR, *Attitudes toward psychiatry as a prospective career among students entering medical school*, Am J Psychiatry, 1999, 156, 1397-402.
- Fein S, Spencer S, *Prejudice as self-image maintenance: affirming the self through derogating others*, Journal of Personality and Social Psychology, 1997, 73, 31-44.
- Fernandes PT, Salgado PC, Noronha AL i wsp., *Prejudice towards chronic diseases: comparison among epilepsy, AIDS and diabetes*, Seizure, 2007, 16, 4, 320-323.
- Feshbach S, *Dynamics and morality of violence and aggression. Some psychological considerations*, American Psychologist, 1971, 26, 281-292.
- Festinger L, *A theory of social comparison processes*, Human Relations, 1954, 7, 117-140.
- Festinger L, *A theory of cognitive dissonance*, Stanford University Press, Stanford, CA, 1957.
- Fields BJ, *Slavery, race and ideology in the United States of America*, New Left Review, 1990, 181, 95-118.
- Fink JP, Tasman A. *Stigma and Mental Illness*, Am Psychiatric Press Inc. Washington 1992.
- Fink JP, Tasman A, *Stigma and mental illness. The enigma of stigma and its relation to psychiatric education*, Psychiatr Ann, 1983, 13, 669-90.
- Fischel T, Manna H, Krivoy A, *Does a clerkship in psychiatry contribute to changing medical students' attitudes towards psychiatry?,* Acad Psychiatry, 2008, 32, 147-50.
- Fiske ST, Neuberg SL, *A continuum model of impression formation: From category based to individuating processes as a function of information, motivation and attention*, W: Zanna MP (red.), *Advances inexperimental social psychology*, Academic Press, San Diego, 1990, 23, 1-74.
- Fiske ST, Taylor SE, *Social cognition*, New York, McGraw-Hill, 1991, s. 122, W: Heatherton TF, Kleck RE, Hebl MR, Hull JG (red.), *Społeczna psychologia piętna,* Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2008, s. 23-45.

- Frable DE, *Dimention of marginality: Distinctions among those who who are different*, Personality and social Psychology Bulletin, 1993, 19, 370-380.
- Frieske KW, Poławski P, *Opieka i kontrola,* Wydawnictwo Śląsk, Katowice, 1999.
- Gabbard GO, Gabbard K, *Psychiatry and the cinema,* 2nd ed, Washington, American Psychiatric Press, 1999.
- Gaebel W, Bauman AE, Phil AE, *Interventions to reduce the stigma associated with severe mental illness: Experiences from the Open the Doors Program in Germany,* Can J Psychiatry, 2003, 48, 657—662.
- Glick P, Fiske S, *Ambivalent responses,* American Psychologist, 2002, 57, 444-446.
- Goffman E, *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2005.
- Gould S, *Ever since Darwin: reflections on natural history*, Norton, New York, 1977, s. 243.
- Grausgruber A, Meise U, Katschnig H i wsp., *Patterns of social distance towards people suffering from schizophrenia in Austria: a comparison between the general public, relatives and mental health staff,* Acta Psychiatr Scand, 2007, 115 (4), 310-319.
- Greeley A, Sheatsley P, *The acceptance of desegregation continues to advance,* Scientific American, 1971, 225(6), 13-19.
- Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF, *Mental health literacy as a function of remoteness of residence: an Australian national study,* BMC Public Health, 2009, 9, 1-20.
- Grzymała-Kozłowska A, *Trzy wymiary tolerancji w Polsce i Europie,* W: Jasińska-Kania A, Marody M (red.), *Polacy wśród Europejczyków*, 2002, Scholar, Warszawa, 187-211
- Guttmann F, Rosca-Rebaudengo P, Davis H, *Changes in attitudes of medical students towards psychiatry: an evaluation of a clerkship in psychiatry,* Isr J Psychiatry Relat Sci, 1996, 33, 158-66.
- Haghighat R, *A unitary theory of stigmatisation,* Br J Psychiatry, 2001, 178, 207-215.
- Heatherton TF, Kleck RE, Hebl MR, Hull JG (red.), *Społeczna psychologia piętna*, Warszawa, PWN, 2007.
- Hetu R, *The stigma attached to heating impairment,*. Scand Audiol Suppl, 1996, 43, 12-24.
- Hiday VA, *Are lawyers enemies of psychiatrists? A survey of civil commitment counsel and judges,* Am J Psychiatry, 1983, 140, 323-6.

- Holmes D, Tmuuliel-Berhalter LM, Zayas LE, *"Bashing" of medical specialities: student's experiences and recomendation*, Fam Med, 2008, 40, 400-6.
- Hugo CJ, Boshoff DEL, Traut A, *Community attitudes toward and knowledge of mental illness in South Africa,* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2003, 38, 715-19.
- Jackowska E, *Zespół wypalenia sił u członków rodzin osób chorujących psychicznie,* W: Żółkowska T, Wlazło M (red.), *Socjopedagogiczne aspekty rehabilitacji osób niepełnosprawnych,* Szczecin, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, 2008, 697-706.
- Jackowska E, *Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy psychologiczne*, Psychiatria Polska, 2009, 43, 6, 655-670.
- Jones JM, *Racism: A cultural analysis of the problem,* W: Dovidio JF, Gaertner SL (red.), *Prejudice, discrimination and racism,* Academic Press, Orlando, 1986, 279-314.
- Jones EE, Farina A, Hastorf AH, Markus H, Miller DT, Scott RA, *Social stigma: The Psychology or marked relationships*, Freeman, New York, 1984.
- Jorm AF, *Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders,* Br J Psychiatry, 2000, 1777, 396-401.
- Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA i wsp, *Helpfulness of interventions for mental disorders: beliefs of health professionals compared with the general public*, Br J Psychiatry, 1997, 171 (3), 233-237.
- Jost JT, Banaji MR, *The role of stereotyping in system-justification and the production of false consciousness*, British Journal of Social Psychology, 1994, 33, 1-27.
- Kaltiala-Heino R, *Involuntary psychiatric treatment: a rangr of patients' attitudes,* Nordic J Psych, 1996, 50, 27-34.
- Kapusta A, Szaleństwo i metoda. *Granice rozumienia w filozofii i psychiatrii*, Wydawnictwo UMCS, Lublin, 2010.
- Kapusta A, *Racjonalność szaleństwa. Filozoficzne dyskusje wokół współczesnych koncepcji urojeń*, W: Drozdowicz Z (red.) *O racjonalności w nauce i życiu społecznym*, Poznań, Wydawnictwo Naukowe UAM, 2010a, 36-44.
- Katschnig H, *Czy psychiatrzy są gatunkiem zagrożonym? Obserwacje dotyczące wewnętrznych i zewnętrznych wyzwań stojących przed naszym zawodem,* Post Psychiatr i Neurol, 2010, 19(2), 89-114.
- Katz I, *Stigma: A social-psychological perspective*, Hillsdale, Elbrum, 1981.

- Keenan P, Carnevale P, *Positive effects of within-group competition on between- group negotiation,* Journal of Applied Social Psychology, 1989, 19, 977-992.
- Kendler K, *An historical framework for psychiatric nosology,* Psychol Med, 2009, 39, 1935-1943
- Kępiński A, *Poznanie chorego,* Warszawa, PZWL, 1989.
- Kirkland SL, Greenberg J, Pyszczynski T, *Further evidence of the deleterious effects of overheard derogatory ethnic labels. Derogation beyond the target*, Personality and Social Psychology Bulletin, 1987, 13, 216-227.
- Knight M, Wykes T, Hayward P, *Group treatment of perceived stigma and self-esteem in schizophrenia: a waiting list trial of efficacy*, Behav and Cogn Psychotherapy J, 2006, 34(3), 3005-318.
- Koeske GF, Koeske RD, Mallinger J, *Perceptions of professional competence: cross disciplinary ratings of psychologists, social workers and psychiatrists*, Am J Orthopsychiatry, 1993, 63, 45-54.
- Korzeniowski L, Pużyński S, *Encyklopedyczny Słownik Psychiatrii,* PZWL, Warszawa, wyd. 3, 1986, s. 452.
- Kowalik S, *Psychologia rehabilitacji,* Warszawa, Wyd. Akademickie i Profesjonalne, 2007.
- Kudlińska I, *Stygmatyzacja społeczna jako perspektywa teoretyczno-badawcza (na przykładzie badań nad stygmatyzacją ludzi biednych)*, Acta Universitstis Lodziensis, Folia Sociologica, 2011, 38, 51-72.
- Lauber C, Nordt C, Braunschweig C, *Do mental health professionals stigmatize their patients?* Acta Psychiatr Scand, 2006, 113(429), 51-59.
- Lauber C, Nordt C, Rössler W, *Lay beliefs about treatments for people with mental illness and their implications for antistigma strategies*, Can J Psychiatry, 2005, 50(12), 745-752.
- Lauber C, Rossler W, *Involuntary admission and the attitude oft he general population and mental health professionals,* Psychiatr Prax, 2007, 34, 181-5.
- Laux G, *Common attitudes toward the psychiatrist and psychotherapist,* Nervenarzt, 1977, 48, 331-4.
- Leidinger F, Cechnicki A, *Losy polskiej psychiatrii pod okupacją niemiecką w czasie II wojny światowej,* Dialog, Kraków-Munster, 2012, 20, 143-157.
- Lerner M, *Current societal concerns about justice*, Plenum Press, New York, 1996.

- Lichtenstein B, Hook EW, Sharma AK, *Public tolerance, private pain: stigma and sexually transmitted infections in the American Deep South*, Cult Health Sex, 2005, 7(1), 43-57.
- Link BG, *Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection,* Am Sociol Rev, 1987, 52, 96- 112.
- Link BG, Cullen FT, Frank J, Wozniak JF, *The social rejection of former mental patients: understanding why labels matter,* Am J Sociol, 1987, 92, 1461-1500.
- Link BG, Phelan JC, *Conceptualizing stigma,* Annu Rev Sociol, 2001, 27, 1, 363-385.
- Link BG, Yang LH, Phelan JC, Collins PY, *Measuring mental illness stigma,* Schizophr Bull, 2004, 30(3), 511-541.
- Lloyd C, Sullivan D, Williams PL, *Perceptions of social stigma and its effect on interpersonal relationships of young males who experience a psychotic disorder*, Australian Occup Therapy J, 2005, 52(3), 243-250.
- MacCrone I, *Race attitudes in South Africa,* Oxford University Press, London, 1937.
- Mackie DM, Hamilton DL, Susskind J, Rosselii F, *Social psychological foundations of stereotype formation, 1996,* W: Macrae N, Stangor C, Hewstone M (red.), *Stereotypy i uprzedzenia,* Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 1999.
- Macq J, Solis A, Martinez G, *Assessing the stigma of tuberculosis*, Psychol Health Med, 2006, 11, 3, 346-352.
- Major B, Gramzow RH, *Abortion as stigma: Cognitive and emotional implication of concealment,* Journal of Personality and Social Psychology, 1999, 77, 735-745.
- Major B, O'Brien LT, *The social psychology of stigma,* "Annual Review of Psychology", 2005, 56.
- Major B, Quinton W, McCoy S, Schmader T, *Reducing prejudice: What can targets do?,*W: Oskamp S (red.), *Reducing prejudice*, The Claremont Symposium, 2000.
- Malhi GS, Parker GB, Parker K, *Attitudes toward psychiatry among students entering medical school,* Acta Psychiatr Scand, 2003, 107, 424-9.
- Markus H, *Self-schemata and processing information about the self,* Journal of Personality and Social Psychology, 1977, 35, 63-78.
- Marody M, Sens teoretyczny a sens empiryczny pojęcia postawy, PWN, Warszawa, 976.
- Martin JK, Pescosolido BA, Tuch SA, *Of fear and loathing: the role of „disturbing behaviour", labels and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness,* J Health Soc Behav, 2000, 41, 208-223.

- Meise U, Gunter V, *Einstellungen von Arzten zur Psychiatrie,* Neuropsychiatrie, 1995, 9, 157-62.
- Minard RD, *Race relations in the Pocahontas coal field*, Journal of Social Issues, 1952, 8, 29-44.
- Mooij A, *Towards an Anthropological Psychiatry,* Theoretical Medicine, 1995, 16, 1, 73-91.
- Mullen B, *Atrocity as a function of lynch mob composition. A self-attention perspective,* Personality and Social Psychology Bulletin, 1986, 12, 187-197.
- Nasierowski T, *Zarys dziejów psychiatrii. Kierunki psychiatrii,* W: Bilikiewicz T, *Psychiatria,* PZWL, Warszawa, 2000, 23-32.
- Nasierowski T, *Psychiatria a ideologia,* W: Bilikiewicz i wsp. (red.), *Psychiatria*, t. 3, Urban & Partner, Wrocław, 2003, 570-581.
- NIK, Delegatura we Wrocławiu: *Informacja o wynikach kontroli funkcjonowania opieki psychiatrycznej, ze szczególnym uwzględnieniem opieki stacjonarnej,* Wrocław, marzec 2008 (nr ewid.8/2008/PO7165/LWR); *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (projekt 2006)* Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 2006, (www.ipin.edu.pl).
- Nordt C, Rössler W, Lauber C, *Attitudes of Mental Health Professionals Toward People With Schizophrenia and Major Depression*, Schizophr Bull, 2006, 32 (4): 709–714.
- O'Leary J, *A New look at Japan's honorable elders,* Journal of Aging Studies, 1993, 7, 1-24.
- Ono Y, Satsumi Y, Kim Y i wsp, *Schizophrenia: i sit time to replace the term?* Psychiatry Clin Neurosci, 1999, 53, 335-341.
- Ozmen E, Ogel K, Aker T, *Public opinions and beliefs about the treatment of depression in urban Turkey*, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2005, 40, 869-76.
- Pager D, *The mark of criminal record,* American Journal of Sociology, 2003, 108, 937-995.
- Patel MX, De Zoysa N, Baker D et al, *Antipsychotic depot medication and attitudes of community psychiatric nurses*, J Psychiatr Ment Health Nurs, 2005, 12, 237-44.
- Pettigrew T, *Generalized intergroup contact effects on prejudice*, Personality and Social Psychology Bulletin, 1997, 23, 173-185.
- Pettigrew T, *Social psychology and desegregation research,* American Psychologist, 1961, 16, 105-112.

- Pettigrew TF, *Personality and sociocultural factors and intergroup attitudes: A cross-national comparison*, Journal of Conflict Resolution, 1958, 2, 29-42.
- Phillips J, *Managed Care's Reconstruction of Human Existence. The Triumph of Technical Reason*, Theoretical Medicine, 23, 339-58.
- Pinfold V, Byrne P, Toulmin H. *Challenging stigma and discrimination in communities: a focus group study identifying UK mental health service users' main campaign priorities*, Int J Soc Psychiatry, 2005, 51(2), 128-38.
- Rettenbacher MA, Burns T, Kemmler G, *Schizophrenia: attitudes of patients and professional carers towards the illness and antipsychotic medication*, Pharmacopsychiatry, 2004, 37, 103-9.
- Rusch N, Angermeyer MC, Corrigan PW, *Mental illness sigma: concepts, consequences and initiatives to reduce stigma*, Eur. Psychiatry, 2005, 20, 8, 529-539.
- Rusch N, Lieb K, Bohus M, Corrigan PW, *Brief reports: self-stigma, empowerment*
- *and perceived legitimacy of discrimination among women with mental illness*, Psychiatr Serv, 2006, 57, 399-402.
- Russell K, Wilson M, Hall R, *The color complex: The politics of skin color among African Americans,* Harcourt Brace Jovanovich, New York, 1992, W: Heatherton TF, Kleck RE, Hebl MR, Hull JG (red.), *Społeczna psychologia piętna,* Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2008, s. 23-45.
- Rutz W, *Mental health in Europe: problems, advances and challenges*, Acta Psychiatr Scand, 2001, 104 (Suppl. 410), 15-20.
- Scambler G, Heijnders M, van Brakel WH i wsp., *Understanding and tackling health-related stigma*, Psychol Health Med, 2006, 11, 269-270.
- Sartorius N, *Iatrogenic stigma of mental illness*, Br Med J, 2002, 324 (7352), 1470-71.
- Sartorius N, Goebel W, Cleveland HR, Stuart H, Akiyama T, Arboleda-Florez J, Baumann AE, Gureje O, Jorge MR, Kastrup M, Suzuki Y, Tasman A, *WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists,* World Psychiatry, 2010, 9, 131-144.
- Savrun BM, Arikan K, Uysal O i wsp, *Gender effect on attitudes towards the mentalny ill: a survey of Turkish university students,* Isr J Psychiatry Relat Sci, 2007, 44, 1, 57-61.
- Schimmelmann BG, Huber ChG, Lambert M, Cotton S, McGorry PD, Conus P, *Impact of duration of untreated psychosis on pre-treatment, baseline, and outcome characteristics in an epidemiological first-episode psychosis cohort*, J Psychiatr Res, 2008, 42: 982–990.

- Schulze B, Angermeyer M, *Subjective experience of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals*, Soc Sci Med, 2003, 56 (2), 299-312.
- Semple D, Smyth R, Darjee R, McIntosh A, *Oxfordzki podręcznik psychiatrii*, Red nauk wyd polskiego: A. Grzywa, Lublin, Czelej, 2007.
- Schomerus G, Matschinger H, Angermeyer MC, *Preferences of the public regarding cutbacks in expenditure for patient care,* Soc Psychiatr Epidemiol, 2006, 41, 369-377.
- Shorter E, *A History of Psychiatry,* John Wiley & Sons, 1997.
- Shorter E, Tyrer P, *Separation of ankiety and depression disorders: Blind alley in psychopharmacology and classification of disease*, Brit Med J, 2003, 327, 158-60.
- Skarżyńska K, *Nieakceptowana odmienność a relacje społeczne. Konstruowanie piętna,* W: Heatherton TF, Kleck RE, Hebl MR, Hull JG (red.), *Społeczna psychologia piętna,* Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2008, s. 9-17.
- Slater D, Hans VP, *Public opinion of forensic psychiatry following the Hincley verdict,* Am J Psychiatry, 1984, 141, 675-9.
- Słownik Języka Polskiego, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2012.
- Steele CM, Aronson J, *Stereotype threat and the intellectual test performance of African-Americans,* Journal o Personality and Social Psychology, 1995, 69(5), 797-811.
- Steele CM, Aronson J, *Stereotype vulnerability and the intellectual test performance African-Americans,* Journal of Personality and Social Psychology, 1995, 69, 797-811.
- Straub E, *Cultural-societal roots of violence: the examples of genocidal violence and of contemporary youth violence in the United States,* American Psychologist, 1996, 51, 17-132.
- Szarfenberg R, *Wykluczenie społeczne a bezpieczeństwo socjalne*, W: Frąckiewicz L, (red.) *Bezpieczeństwo socjalne*, Akademia Ekonomiczna w Katowicach, 2003.
- Szaulińska K, *Rozmowa z Normanem Sartoriusem,* Psychiatra, 2014, 5, 8-9.
- Świtaj P, *Piętno choroby psychicznej,* Post. Psychitr. i Neurol, 2005, 14 (2), 137-144.
- Świtaj P, *Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii*, Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2008.
- Świtaj P, *Rola diagnozy psychiatrycznej w procesie stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi*, Post Psychiatr Neurol, 2009, 18, 4, 377–386.
- Tajfel H, *Human groups and social categories,* Cabridge University Press, Cambridge, 1981.

- Tajfel H, Turner JC, *An integrative theory of intergroup conflict*, W: Austin WG, Worchel S (red.), *The social psychology of intergroup relations*, Brooks/Cole, Monterey, 1979, 33-48.
- Tajfel H, Turner JC, *The social identity theory of intergroup behaviour,* W: Worchel S, Austin W (red.), *Psychology of intergroup relations,* Chicago, Nelson-Hall, 1986, 7-24.
- Tanaka G, Inadomi H, Kikuchi Y i wsp, *Evaluating sigma against mental disorder and related factors,* Psychiatry Clin Neurosci, 2004, 58, 5, 558-566.
- Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M and the INDIGO Study Group, *Global pattern of anticipated and experienced discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey*, The Lancet, 2008, 373, 408-415.
- Thornicroft G, Rose D, Mekta N, *Discrimination against people with mentall illness: what can psychiatrists do?* Advances in Psychiatric Treatment, 2010, 16, 53-9.
- Torrey EF, *Surviving schizophrenia: a family manual*, New York, Harper and Row, 1983.
- Trehub A, *Sparce coding of faces in a neuronal model: Interpreting cell population resonse in object*, W: Donahoe J, Dorsel V (red.), *Neural-network models of cognition: Biobehavioral foundations*, Elsevier, Amstrerdam, 1997, 189-202.
- Turner JC, Hogg MA, Oakes PJ, Reicher SD, Wetherell MS, *Rediscovering the social group: A self-categorisation theory,* Basil Blackwell, Oxford, 1987.
- Turner M, Pratkanis A, *Effects of preferential and meritorious selection on performance. An examination of intuitive and self-handicapping perspectives*, Personality and Social Psychology Bulletin, 1993, 19, 47-58.
- Tyszkowska M, Podogrodzka M, *Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki bezpośrednio związane z leczeniem psychiatrycznym,* Psychiatr Pol, 2013, 47, 6, 1011-22.
- Ucok A, Aslihan P, Sartorius N, Erkoc S, Atakli C, *Attitudes of psychiatrists toward patients with schizophrenia,* Psychiatr Clin Neurosci, 2004, 58, 89-91.
- Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, Dz. U., 1994, Nr 111, poz. 535.
- Van Weeghel J, Boon S, Heesbeen, W Bahler W, *Public attitudes towards mental illness in different community settings; results of two studies in The Netherlands*, Abstract Book, Challenges for the future, 7th Conference Mental Health Services Research, 2006, June 9-11, Lund, Sweden.

- Verhaeghe M, Bracke P. *Associative stigma among mental health professionals: implications for professional and service user well-being*, J Health Soc Behav. 2012, 53(1), 17-32.
- Von Sydow K, *Das Image von Psychologen, Psychotherapeuten und Psychiatern in der Offentlichkeit*, Psychotherapeut, 2007, 52, 322-33.
- Wahl OF, *Mental health consumers' experience of stigma*, Schizophr Bull, 1999, 25, 467-478.
- Watson J, *Some social and psychological situations related to change in attitude*, Human Relations, 1950, 3, 15-56.
- Wciórka B, Wciórka J, *Stereotyp i dystans – choroby psychiczne i chorzy psychicznie w opinii społeczeństwa polskiego (1996 i 1999)*, Post Psychiatr i Neurol, 2000, 9, 3, 353-382.
- Wciórka B, Wciórka J, *Polacy o schizofrenii i chorych na schizofrenię. Opinie i diagnozy*, CBOS, Warszawa, 2002.
- Wciórka B, Wciórka J, *Osoby chorujące psychicznie w społeczeństwie,* Komunikat z badań, Warszawa, CBOS, 2008.
- Wicker AW, *Attitudes versus actions. The relationship of verbal and overt behavioral responses to attitude objects*, Journal of Social Issues, 1969, 25(4), 41-78.
- Wigney T, Parker G, *Factors encouraging medical students to a career in psychiatry: qualitative analysis*, Aust N Zeal J Psychiatry, 2008, 42, 520-5.
- Williams A, Cheyne A, Macdonalds S, *The public's knowledge of psychiatrists: questionnaire survey*, Psychiatr Bull, 2001, 25, 429-32.
- Williams CC, *Insight, stigma, and post-diagnosis identities in schizophrenia*, Psychiatry, 2008, 71, 3, 246-256.
- Wills TA, *Downward comparison principles in social psychology*, Psychological Bulletin, 1981, 90, 245-271.
- Wilson EO, *Socjobiologia*, Poznań, Zysk i S-ka, 2000.
- Zimbardo F, *The human choice: Individuation, reason, and order versus deindividuation, impulse, and chaos*, W: Nebraska Symposium on Motivation, 1969, 17, red. Arnold W, Levine D, 237-307.

ANEKS

Ankieta 1. Psychiatrzy o chorych psychicznie

1. **Które z poniższych sekcji klasyfikacji ICD – 10 obejmują Pani/Pana zdaniem problem zdrowotny, który można określić jako choroba psychiczna:**	Tak	Nie
Organiczne zaburzenia psychiczne (F.00 – F.09)		
Zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (F.10 – F.19)		
Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii i urojeniowe (F.20 – F.29)		
Zaburzenia nastroju (F.30 – F.39)		
Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (F.40 – F.48)		
Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi (F.50 – F.59)		
Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (F.60 – F.69)		
Upośledzenie umysłowe (F.70 – F.79)		
Zaburzenia rozwoju psychicznego (F.80 – F.89)		
Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym (F.90 – F.98).		

2. **Kto spośród znanych Pani/Panu osobiście osób był lub jest chory psychicznie:**	Tak	Nie
znajomy/sąsiad		
przyjaciel		
członek dalszej rodziny		
członek najbliższej rodziny		
ja sam		
nikt		

3. **Czy mogłaby Pani/mógłby Pan powiedzieć, jak (jakimi słowami) określa się w Pani/Pana środowisku pozazawodowym osoby chore psychicznie?** Proszę zaznaczyć czy są to określenia o zabarwieniu: pozytywnym, neutralnym czy negatywnym	Poz.	Neutr.	Neg.
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			

4. **Jak Pani/Pan sądzi, czy człowiek, który zachorował psychicznie, ma szansę na wyzdrowienie czy też raczej pozostanie chory do końca życia?**
   a. zdecydowanie ma szansę na wyzdrowienie
   b. raczej ma szansę na wyzdrowienie
   c. raczej pozostanie chory do końca życia
   d. zdecydowanie pozostanie chory do końca życia

5. **Czy Pani/Pana zdaniem przymus w polskiej psychiatrii stosowany jest:**
   a. zbyt często
   b. odpowiednio często
   c. za rzadko

6. **Czy Pani/Pana zdaniem właściwie zorganizowany system psychiatrycznej opieki środowiskowej może zmniejszyć liczbę przymusowych hospitalizacji:**
   a. tak
   b. nie

7. **Czy zaliczyłaby Pani/zaliczyłby Pan choroby psychiczne do chorób, które zazwyczaj ukrywa się przed innymi ludźmi jako wstydliwe, czy raczej nie?**
   a. zdecydowanie tak
   b. raczej tak
   c. raczej nie
   d. zdecydowanie nie

8. **Ludzie bardzo różnie odnoszą się do osób chorych psychicznie. Czy mogłaby Pani/mógłby Pan powiedzieć, jaki jest Pani/Pana stosunek do osób chorych psychicznie?**
   a. zdecydowanie życzliwy
   b. raczej życzliwy
   c. obojętny
   d. raczej niechętny
   e. zdecydowanie niechętny

9. **Ludzie bardzo różnie odnoszą się do osób chorych psychicznie. Czy mogłaby Pani/mógłby Pan powiedzieć, jaki jest stosunek Pańskiego otoczenia do osób chorych psychicznie?**
   a. zdecydowanie życzliwy
   b. raczej życzliwy
   c. obojętny
   d. raczej niechętny
   e. zdecydowanie niechętny

10. **Jak zareagowałby Pani/zareagowałby Pan, gdyby okazało się, że osoba, która kiedyś chorowała psychicznie i leczyła się w szpitalu psychiatrycznym, ma zostać:**	zdecydowanie nie miałabym/nie miałbym zastrzeżeń	raczej nie miałabym/ nie miałbym zastrzeżeń	byłabym/byłbym raczej przeciwko temu	byłabym/ byłbym zdecydowanie przeciwko temu
a. opiekunem/opiekunką Pani/Pana dziecka				
b. nauczycielem/nauczycielką Pani/Pana **c.** dziecka				
d. Pani/Pana lekarką/lekarzem				
e. burmistrzem/wójtem w Pani/Pana f. mieście/gminie				
g. posłem/posłanką w Pani/Pana okręgu				
h. Pani/Pana synową lub zięciem				
i. proboszczem w Pani/Pana parafii				
j. Pani/Pana nauczycielką/nauczycielem				
k. Pani/Pana szefową/szefem w pracy				
l. Pani/Pana współlokatorką/współlokatorem na wczasach				
m. Pani/Pana bliskim współpracowniczką/współpracownikiem				
n. niespodziewanym gościem na Pani/Pana przyjęciu				
o. Pani(a) kolegą/koleżanką w klasie, w grupie studenckiej				
p. Pani/Pana najbliższym sąsiadem/sąsiadką				

11. **Jak Pan(i) sądzi, czy osoby chore psychicznie są w Polsce traktowane gorzej czy tak samo jak inni, gdy chodzi o prawo do:**	są traktowane gorzej niż inni	jak inni są traktowane tak samo jak inni	są traktowane lepiej niż inni
a. pracy, zatrudnienia			
b. poszanowania godności osobistej			
c. wykształcenia, edukacji			
d. ochrony majątku			
e. sprawiedliwego sądu			
f. opieki społecznej			
g. opieki zdrowotnej			

12. **Gdyby okazało się że w Pani/Pana sąsiedztwie planuje się uruchomienie/budowę placówki dla osób psychicznie chorych, czy wyraziłaby Pani/wyraziłby Pan na to zgodę:**	tak	nie
a. przychodnia		
b. dom pomocy społecznej		
c. ośrodek dziennego pobytu		
d. mieszkanie chronione		
e. szpital		

13. W jakim stopniu Pani(a) zdaniem przebyta choroba psychiczna ogranicza zdolność do wykonywania pracy zarobkowej?

a. nie ogranicza
b. mało ogranicza
c. znacznie ogranicza
d. uniemożliwia

Czy ograniczenie to jest Pani/Pana zdaniem trwałe:
a. tak
b. nie

14. Czy osoby, które chorowały psychicznie są zdolne do pracy zespołowej?
a. zdecydowanie nie
b. raczej nie
c. raczej tak
d. zdecydowanie tak

15. Czy powierzył(a)by Pan(i) pracownikowi, który chorował psychicznie zadanie wymagające dużej samodzielności?
a. zdecydowanie nie
b. raczej nie
c. raczej tak
d. zdecydowanie tak

Metryczka

1. **Płeć**:
   a. K
   b. M

2. **Wiek** (w latach):

3. **Miejsce zamieszkania**:
   a. miasto powyżej 100 tys. mieszkańców
   b. miasto 25 – 100 tys. mieszańców
   c. miasto do 25 tys. mieszkańców
   d. wieś

4. **Podstawowe miejsce pracy**:
   a. lecznictwo stacjonarne
   b. lecznictwo ambulatoryjne (w tym formy pośrednie)

5. **Posiadanie certyfikatu psychoterapeuty lub w trakcie szkolenia w psychoterapii**:
   a. tak
   b. nie

6. **Posiadanie tytułu specjalisty terapii środowiskowej**:
   a. tak
   b. nie

Ankieta 2. Psychiatrzy o psychiatrii

1. **Jaki odsetek ogółu społeczeństwa uważa, Pani/Pana zdaniem, że psychiatria nie jest dziedziną medycyny?**
   a. 0 – 20 %
   b. 21 – 40 %
   c. 41 – 60 %
   d. 61 – 80 %
   e. 81 – 100 %

2. **Jaki jest Pani/Pana zdaniem prestiż psychiatrii w opinii lekarzy innych specjalności:**
   a. bardzo niski
   b. niski
   c. przeciętny
   d. wysoki
   e. bardzo wysoki

3. **Jaki odsetek psychiatrów jest zadowolony Pani/Pana zdaniem z wyboru tej specjalności:**
   a. 0 – 20 %
   b. 21 – 40 %
   c. 41 – 60 %
   d. 61 – 80 %
   e. 81 – 100 %

4. **Czy Pani/Pan jest zadowolona(y) z wyboru psychiatrii jako swojej specjalności lekarskiej:**
   a. nie
   b. raczej nie
   c. raczej tak
   d. tak

5. **Jaki jest Pani/Pana zdaniem poziom emocjonalnego obciążenia związanego z pracą psychiatry:**
   a. bardzo niski
   b. niski
   c. przeciętny w medycynie
   d. wysoki
   e. bardzo wysoki

6. **Jaki jest Pani/Pana zdaniem poziom odpowiedzialności prawnej związanej z pracą psychiatry:**
   a. bardzo niski
   b. niski
   c. przeciętny w medycynie
   d. wysoki
   e. bardzo wysoki

7. **Nakłady na finansowanie psychiatrii w stosunku do innych dziedzin medycyny są Pani/Pana zdaniem na poziomie:**
   a. dużo niższym
   b. niższym
   c. przeciętnym
   d. wyższym
   e. dużo wyższym

8. **Na ile powszechna jest Pani/Pana zdaniem praktyka dyskryminującego traktowania osób leczonych psychiatrycznie w stosunku do chorych somatycznie przez lekarzy innych specjalności:**
   a. bardzo częsta
   b. częsta
   c. rzadka
   d. bardzo rzadka
   e. nie występuje

9. **Jak wedle Pani/Pana wiedzy ogół społeczeństwa ocenia skuteczność leczenia psychiatrycznego:**
   a. jest nieskuteczne
   b. bardzo mało skuteczne
   c. przeciętnie skuteczne
   d. bardzo skuteczne

10. **Jak wedle Pani/Pana wiedzy lekarze innych specjalności oceniają skuteczność leczenia psychiatrycznego:**
    a. jest nieskuteczne
    b. bardzo mało skuteczne
    c. przeciętnie skuteczne
    d. bardzo skuteczne

11. **Jaka część ogółu społeczeństwa kojarzy Pani/Pana zdaniem leczenie psychiatryczne z przemocą:**
    a. 0 – 20 %
    b. 21 – 40 %
    c. 41 – 60 %
    d. 61 – 80 %
    e. 81 – 100 %

12. **Jaka część ogółu społeczeństwa uważa Pani/Pana zdaniem, że psychiatria jest dziedziną oddziaływań magicznych:**
    a. 0 – 20 %
    b. 21 – 40 %
    c. 41 – 60 %
    d. 61 – 80 %
    e. 81 – 100 %

13. Jaka część ogółu społeczeństwa jest przekonana Pani/Pana zdaniem, ze psychiatria jest wykorzystywana do ochrony osób, które naruszyły prawo:

a. 0 – 20 %
b. 21 – 40 %
c. 41 – 60 %
d. 61 – 80 %
e. 81 – 100 %

14. Jaka część ogółu społeczeństwa jest przekonana Pani/Pana zdaniem, że psychiatrzy upodabniają się do swoich pacjentów:

a. 0 – 20 %
b. 21 – 40 %
c. 41 – 60 %
d. 61 – 80 %
e. 81 – 100 %

Metryczka

1. **Płeć**:
   a. K
   b. M

2. **Wiek** (w latach):

3. **Miejsce zamieszkania**:
   a. miasto powyżej 100 tys. mieszkańców
   b. miasto 25 – 100 tys. mieszańców
   c. miasto do 25 tys. mieszkańców
   d. wieś

4. **Podstawowe miejsce pracy**:
   a. lecznictwo stacjonarne
   b. lecznictwo ambulatoryjne (w tym formy pośrednie).

5. **Posiadanie certyfikatu psychoterapeuty lub w trakcie szkolenia w psychoterapii**:
   a. tak
   b. nie

6. **Posiadanie tytułu specjalisty terapii środowiskowej**:
   a. tak
   b. nie

Tabela 1. Analiza rzetelności *(ang. reliability)* analizy czynnikowej, która posłużyła do wyodrębnienia wymiarów postawy jaką psychiatrzy prezentują wobec siebie w roli zawodowej i psychiatrii.

I.Wizerunek psychiatrii w społeczeństwie wg psychiatrów. N=231, Test rzetelności Alfa Cronbacha: ,715	Średnia, Odch. Std.
11. Jaka część ogółu społeczeństwa kojarzy Pani/Pana zdaniem leczenie psychiatryczne z przemocą?	2,66 ± 1,10
12. Jaka część ogółu społeczeństwa uważa Pani/Pana zdaniem, że psychiatria jest dziedziną oddziaływań magicznych?	1,66 ± ,93
13. Jaka część ogółu społeczeństwa jest przekonana Pani/Pana zdaniem, ze psychiatria jest wykorzystywana do ochrony osób, które naruszyły prawo?	2,05 ± ,99
14. Jaka część ogółu społeczeństwa jest przekonana Pani/Pana zdaniem, że psychiatrzy upodabniają się do swoich pacjentów?	2,76 ± 1,23
II. Poziom obciążenia psychiatrów. N=232, Test rzetelności Alfa Cronbacha: ,609	
5. Jaki jest Pani/Pana zdaniem poziom emocjonalnego obciążenia związanego z pracą psychiatry?	4,03 ± ,73
6. Jaki jest Pani/Pana zdaniem poziom odpowiedzialności prawnej związanej z pracą psychiatry?	3,79 ± ,83
III. Prestiż psychiatrii (skuteczność psychiatrii). N=232, Test rzetelności Alfa Cronbacha: ,648	
9. Jak wedle Pani/Pana wiedzy ogół społeczeństwa ocenia skuteczność leczenia psychiatrycznego?	3,52 ± ,64
10. Jak wedle Pani/Pana wiedzy lekarze innych specjalności oceniają skuteczność leczenia psychiatrycznego?	3,37 ± ,64
IV. Dyskryminacja strukturalna. N=232, Test rzetelności Alfa Cronbacha: ,568	
Nakłady na finansowanie psychiatrii w stosunku do innych dziedzin medycyny są Pani/Pana zdaniem na poziomie?	4,41 ± ,77
Na ile powszechna jest Pani/Pana zdaniem praktyka dyskryminującego traktowania osób leczonych psychiatrycznie w stosunku do chorych somatycznie przez lekarzy innych specjalności?	4,23 ± ,69
V.Zadowolenie z wykonywanej pracy. N=232, Test rzetelności Alfa Cronbacha: ,430	
Jaki odsetek psychiatrów jest zadowolony Pani/Pana zdaniem z wyboru tej specjalności?	2,23 ± ,84
Czy Pani/Pan jest zadowolona(y) z wyboru psychiatrii jako swojej specjalności lekarskiej?	2,31 ± ,56

Tabela 2. Analiza rzetelności *(ang. reliebility)* analizy czynnikowej, która posłużyła do wyodrębnienia wymiarów postawy jaką psychiatrzy prezentują w stosunku do osób chorujących psychicznie.

I. Dostęp do ról społecznych, N=225, Test rzetelności Alfa Cronbacha: ,611	Średnia, Odch. Std.
13. W jakim stopniu Pani(a) zdaniem przebyta choroba psychiczna ogranicza zdolność do wykonywania pracy zarobkowej?	2,34 ± ,66
14. Czy osoby, które chorowały psychicznie są zdolne do pracy zespołowej?	2,92 ± ,68
15. Czy powierzył(a)by Pan(i) pracownikowi, który chorował psychicznie zadanie wymagające dużej samodzielności?	3,23 ± ,72
II. Postawa wobec chorych, N=225, Test rzetelności Alfa Cronbacha: ,371	
Jak Pani/Pan sądzi, czy człowiek, który zachorował psychicznie, ma szansę na wyzdrowienie czy też raczej pozostanie chory do końca życia?	2,16 ± ,84
Ludzie bardzo różnie odnoszą się do osób chorych psychicznie. Czy mogłaby Pani/mógłby Pan powiedzieć, jaki jest Pani/Pana stosunek do osób chorych psychicznie?	1,64 ± ,87
III. Dostrzeganie stygmatyzacji chorych, N=229, Test rzetelności Alfa Cronbacha: ,255	
Ludzie bardzo różnie odnoszą się do osób chorych psychicznie. Czy mogłaby Pani/mógłby Pan powiedzieć, jaki jest stosunek Pańskiego otoczenia do osób chorych psychicznie?	2,9 ± 1,038
Czy zaliczyłaby Pani/zaliczyłby Pan choroby psychiczne do chorób, które zazwyczaj ukrywa się przed innymi ludźmi jako wstydliwe, czy raczej nie?	4,5 ± 0,653

Tabela 3. Analiza regresji (związek wymiaru wyrażającego skłonność psychiatrów do ograniczania osobom chorującym psychicznie dostępu do ról społecznych z konstelacją predyktorów).

R	R-kwadrat	Skorygowane R-kwadrat	Błąd standardowy oszacowania	Statystyki zmiany				
				Zmiana R-kwadrat	F zmiany	df1	df2	Istotność F zmiany
,24[c]	,059	,041	,511	,037	8,273	1	208	,004

Ograniczenie dostępu do ról społecznych	Współczynniki niestandaryzowane		Współczynniki standaryzowane	t	Istotność
	B	Błąd standardowy	Beta		
(Stała)	3,355	,422		7,944	,000
4. Podstawowe miejsce pracy:	-,055	,082	-,047	-,665	,507
5. Posiadanie certyfikatu psychoterapeuty lub w trakcie szkolenia w psychoterapii:	,170	,083	,140	2,040	,043
6. Posiadanie tytułu specjalisty terapii środowiskowej:	,000	,108	,000	-,004	,997
Dyskryminacja strukturalna	-,172	,060	-,201	-2,876	,004

Tabela 4. Analiza regresji (związek wymiaru wyrażającego negatywną postawę psychiatrów wobec chorych z konstelacją predyktorów).

R	R-kwadrat	Skorygowane R-kwadrat	Błąd standardowy oszacowania	Statystyki zmiany				
				Zmiana R-kwadrat	F zmiany	df1	df2	Istotność F zmiany
,484[f]	,234	,208	,589	,016	4,276	1	206	**,040**

Postawa (negatywna) wobec chorych	Współczynniki niestandaryzowane		Współczynniki standaryzowane	t	Istotność
	B	Błąd standardowy	Beta		
(Stała)	3,734	,572		6,531	,000
1. Płeć	,153	,087	,110	1,767	,079
2. Wiek (w latach):	-,009	,004	-,144	-2,244	,026
4. Podstawowe miejsce pracy:	,089	,097	,061	,918	,360
5. Posiadanie certyfikatu psychoterapeuty lub w trakcie szkolenia w psychoterapii:	,032	,095	,021	,338	,736
6. Posiadanie tytułu specjalisty terapii środowiskowej:	,153	,127	,078	1,208	,228
Dyskryminacja strukturalna	-,377	,071	-,350	-5,287	,000
Wysoki poziom obciążenia	-,132	,064	-,133	-2,068	,040

Tabela 5. Związek wymiaru wyrażającego skłonność psychiatrów do dostrzegania stygmatyzacji chorych z konstelacją predyktorów.

R	R-kwadrat	Skorygowane R-kwadrat	Błąd standardowy oszacowania	Statystyki zmiany				
				Zmiana R-kwadrat	F zmiany	df1	df2	Istotność F zmiany
,347[e]	,121	,095	,61764	,017	3,976	1	207	**,047**

Dostrzeganie stygmatyzacji chorych	Współczynniki niestandaryzowane		Współczynniki standaryzowane	t	Istotność
	B	Błąd standardowy	Beta		
(Stała)	3,922	,564		6,949	,000
2. Wiek (w latach):	-,015	,004	-,259	-3,770	**,000**
4. Podstawowe miejsce pracy:	,030	,101	,021	,294	,769
5. Posiadanie certyfikatu psychoterapeuty lub w trakcie szkolenia w psychoterapii:	,003	,100	,002	,034	,973
6. Posiadanie tytułu specjalisty terapii środowiskowej:	,181	,131	,094	1,385	,168
Wysoki poziom obciążenia	-,131	,064	-,135	-2,055	**,041**
Niski prestiż psychiatrii	,157	,079	,133	1,994	**,047**