



Czynniki demograficzno-społeczne i kliniczne a antycypacja i doświadczanie piętna choroby psychicznej¹

Sociodemographic and clinical factors in relation to the anticipated and experienced stigma of mental illness

ANDRZEJ CECHNICKI¹, ANNA BIELAŃSKA²

Z: 1. Pracowni Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii CMUJ w Krakowie
2. Oddziału Dziennego Kliniki Psychiatrii Dorosłych SU w Krakowie

STRESZCZENIE

Cel. W ostatnich latach przeprowadzono liczne międzyośrodkowe badania dotyczące subiektywnego doświadczania piętna przez osoby chorujące psychicznie. W tej pracy badano związki między czynnikami demograficzno-społecznymi i klinicznymi oraz antycypowanym i doświadczanym piętnem.

Metoda. Zbadano 202 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii i zespołów podobnych do schizofrenii (wg ICD-10). Pacjenci pochodzili z regionu Małopolski, średnia ich wieku wynosiła 40 lat, a przeciętna liczba hospitalizacji – 6. Wykorzystano kwestionariusz M. Angermeyera. Badani wyrażali opinie (piętno antycypowane) oraz wskazywali swoje doświadczenia (piętno doświadczane). W analizie różnic międzygrupowych wykorzystano test Manna-Whitneya, a w ocenie bardziej złożonych zależności – regresją wielokrotną krokową.

Wyniki. (1) Starszy wiek i miejsce zamieszkania w dużym mieście w ograniczonym, ale istotnym zakresie wyjaśniają antycypowane piętno, a nasilone doświadczanie piętna wyjaśniane jest również w ograniczonym, ale istotnym zakresie przez lepsze wykształcenie, brak zatrudnienia i przez większą liczbę wcześniejszych hospitalizacji. (2) Istotny zakres doświadczania piętna może być wyjaśniany przez jego antycypację, szczególnie przez przekonania, że kontakty z osobami chorującymi psychicznie naznaczone są negatywnymi stereotypami i przez to utrudnione, że chorzy psychicznie mają utrudniony dostęp do pracy, przez przekonanie o niemożności partnerstwa z osobą chorującą psychicznie, czy też przekonanie o utrudnionym dostępie do dóbr zarządzanych przez instytucje. (3) Płeć okazała się w naszym badaniu czynnikiem nieistotnym w wyjaśnianiu wskaźników piętna.

Wnioski. (1) Ograniczony, ale istotny zakres antycypacji i doświadczania piętna może być wyjaśniany przez czynniki demograficzno-społeczne i kliniczne. (2) Ograniczony, ale istotny zakres doświadczania piętna może być wyjaśniany przez jego antycypację. (3) Programy terapeutyczne powinny koncentrować się na poprawie samooceny i przeciwdziałaniu samonapiętnowaniu.

SUMMARY

Objectives. A number of multi-center studies concerning the subjective experience of stigma among persons suffering from mental illness have been conducted in recent years. The presented study explored relationships between sociodemographic and clinical characteristics on the one hand, and anticipated and experienced stigma on the other.

Method. Participants in the study were 202 patients (mean age 40 years) diagnosed with schizophrenia or schizophreniform syndromes (according to the ICD-10 criteria). They came from the Małopolska region, and on the average had 6 previous hospital stays. Using the questionnaire by M. Angermayer the patients expressed their opinions (anticipating stigma) and reported their experiences (experiencing stigma). In the analysis of intergroup differences the Mann-Whitney test was used, while more complex relationships were analyzed by means of stepwise multiple regression.

Results. (1) Older age and large city as the place of residence explain the anticipated stigma to a limited, but significant extent, while intense experiencing of stigma is explained also to a limited, but significant extent by better education, joblessness, and larger number of previous hospitalizations. (2) A significant portion of the experienced stigma may be explained by stigma anticipation, and especially by a number of beliefs: that contacts with the mentally ill are stigmatized by negative stereotypes and therefore made more difficult, that access to employment is more difficult to the mentally ill, that partnership with a person suffering from mental disorders is impossible, or that such persons have a more difficult access to goods distributed by institutions. (3) In our study gender turned out to be a factor insignificant in explaining stigma indicators.

Conclusions. (1) A limited, but significant extent of anticipating and experiencing stigma may be explained by sociodemographic and clinical factors. (2) The experience of stigma may be explained to a limited, but significant extent by stigma anticipation. (3) Therapeutic programs should be focused on an improvement of the patients' self-esteem and counteracting their self-stigmatization.

Słowa kluczowe: schizofrenia / antycypowane i doświadczane piętno / czynniki demograficzno-społeczne i kliniczne

Key words: schizophrenia / anticipated and experienced stigma / sociodemographic factors / clinical characteristics

W ostatnich latach, w krajach zaangażowanych w program Światowego Stowarzyszenia Psychiatrycznego (WPA) poświęcony walce z piętnem i dyskryminacją z powodu

schizofrenii pod nazwą „Schizofrenia – Otwórzcie Drzwi” przeprowadzono międzyośrodkowe badania dotyczące subiektywnego doświadczania piętna (INDIGO) przez osoby

¹ Praca powstała w krakowskiej „Grupie badawczej nad przebiegiem schizofrenii”

chorujące psychicznie w Europie (w tym Polsce), Ameryce Północnej i Południowej [1]. Badaniem objęto grupę 736 osób. Poszukiwano odpowiedzi na pytania o poziom dyskryminacji w różnych krajach, o obszary najbardziej dotknięte piętnem i o związki między poszczególnymi czynnikami demograficznymi, klinicznymi a antycypowanym i doświadczanym piętnem. Niezależnie od różnic kulturowych, wyniki wskazują na stosunkowo wysoki poziom doświadczanego piętna i dyskryminacji. Stwierdzono, że w dwóch kluczowych obszarach dyskryminacji, jakimi są praca i stosunki intymne, antycypowane piętno jest znacznie częstsze niż wcześniej doświadczane. Stwierdzono związek pomiędzy nasiloną antycypacją piętna i większą liczbą kontaktów psychiatrycznych a natężeniem doświadczanej dyskryminacji [1]. Jednym z wniosków tego badania jest potrzeba wzmocnienia samooceny osób chorujących na schizofrenię, co winno im pomóc w pokonywaniu samonapiętnowania a dzięki temu w nawiązywaniu bliskich relacji oraz w poszukiwaniu i podejmowaniu pracy.

Problem samooceny, piętna uwewnętrznionego (*self-stigma*) jest istotnym przedmiotem dyskusji ostatnich lat [2, 3, 4, 5, 6, 7, 8]. Pytaniem, na które wciąż szuka się odpowiedzi brzmi: dlaczego jedni pacjenci reagują na społeczne stereotypy bardziej „wrażliwie” i je łatwo uwewnętrzniają, a inni nie? Jakie są ukryte, indywidualne czynniki decydujące o identyfikacji ze społecznym piętnem lub o jego odrzuceniu? Uwewnętrznienie piętna osłabia poczucie własnej wartości, odbiera możliwość podejmowania działań w życiu codziennym. Poszukiwania źródeł siły, która pomogłaby nie ulegać społecznym, negatywnym stereotypom są ciągle przedmiotem aktywności i refleksji pacjentów, ich rodzin, zespołów terapeutycznych i badaczy.

Świtaj i Wciórka [9] przeprowadzili badania dotyczące doświadczeń piętna i dyskryminacji u osób z rozpoznaniem schizofrenii, innych zaburzeń psychicznych i chorób somatycznych. Badaniem objęto 153 osoby cierpiące na schizofrenię, 100 osób cierpiących na inne zaburzenia psychiczne, 31 osób z chorobami nowotworowymi oraz 33 osoby z chorobami sercowo-naczyniowymi. Doświadczenia piętna były zgłaszane istotnie częściej przez pacjentów z zaburzeniami psychicznymi niż przez chorych somatycznie.

CEL BADAŃ

W poprzednim doniesieniu opisaliśmy antycypację i doświadczanie zachowań piętnujących przez osoby chorujące psychicznie [10]. W kolejnym etapie badań, analizie poddano zależności pomiędzy czynnikami społeczno-demograficznymi i klinicznymi a antycypacją i doświadczaniem piętna oraz wzajemne związki pomiędzy antycypacją i doświadczaniem zachowań piętnujących. Postawiono następujące cele badawcze:

1. porównanie międzygrupowe antycypowanego i doświadczanego piętna w zależności od czynników demograficzno-społecznych i klinicznych,
2. analiza zależności pomiędzy czynnikami demograficzno-społeczными i klinicznymi a antycypowanym i doświadczanym piętnem,
3. analiza zależności pomiędzy antycypowanym a doświadczanym piętnem.

BADANA GRUPA

Badaną grupę stanowiło 202 pacjentów z regionu Małopolski z rozpoznaniem schizofrenii i zespołów podobnych do schizofrenii (wg ICD-10). Średnia wieku badanych wyniosła 40 lat (od 18 do 68). Przeciętna liczba hospitalizacji w badanej grupie wyniosła 6 (0–30). Wśród badanych było 105 mężczyzn (51%) i 97 kobiet (49%). Kobiety okazały się lepiej wykształcone i częściej niż mężczyźni pozostawały w związku małżeńskim. (tabl. 1).

Tabela 1. Różnice w zakresie cech demograficznych w grupie kobiet i mężczyzn

Table 1. Gender differences in demographic characteristics

Zmienne Variables	Płeć Gender	N	Średnia rang Mean rank	p*
Wykształcenie Education	mężczyźni men	103	90	0,024
	kobiety women	95	109	
Stan cywilny Marital status	mężczyźni men	103	89	0,003
	kobiety women	94	110	

** Test Manna Whitneya; Mann-Whitney test

METODA

Jako narzędzie zastosowano kwestionariusz Angermeyera pozwalający opisać piętno antycypowane (część A kwestionariusza, pytania 1–20) i doświadczane (część B kwestionariusza, pytania 21–40). Szczegółowy opis grupy i zastosowanych narzędzi przedstawiono w poprzedniej publikacji [10]. Odpowiedzi na pytania części A (piętno antycypowane) są wyrażane na skali typu Likerta a na pytania części B (piętno doświadczane) dychotomicznie: tak lub nie. Zbiorcze wskaźniki zarówno z części A (np. przekonania o „kontaktach innych osób z chorującymi psychicznie”), jak i B (np. doświadczenie „odrzućenia”) wyliczono w postaci średnich z odpowiednich pytań. W obu wypadkach uwzględniono zasadę: im wyższe wyniki tym niższe piętno.

W analizie różnic międzygrupowych wykorzystano test Manna-Whitneya, a w ocenie bardziej złożonych zależności – analizę regresji liniowej metodą krokową postępującą.

WYNIKI BADAŃ

Antycypowane i doświadczane piętno w zależności od czynników demograficzno-społecznych i klinicznych – porównanie między grupami

Porównano nasilenie antycypowanego (A) i doświadczanego (B) piętna ze względu na czynniki demograficzno-kliniczne takie jak: wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania, zatrudnienie, stan cywilny i ilość dotychczasowych hospitalizacji. W tabelach przedstawiono tylko wyniki istotne statystycznie.

Płeć. Kobiety częściej niż mężczyźni uważają, że większość ludzi negatywnie odnosi się do osób chorujących psychicznie i nie chce wybierać ich na partnerów życiowych (tabl. 2). Nie stwierdzono natomiast istotnych różnic między płciami w żadnym z badanych obszarów „doświadczanego” piętna.

Tablica 2. Różnice w antycypacji piętna w grupie kobiet i mężczyzn.
Table 2. Gender differences in stigma anticipation.

Pytania kwestionariusza Questionnaire items	Płeć Gender	N	Średnia rang* Mean rank	p**
Myślę, że większość ludzi odnosi się negatywnie do chorujących psychicznie (A – pyt. 1) <i>I think that most people have a negative attitude towards the mentally ill (item A – 1)</i>	mężczyźni <i>men</i>	103	109	0,009
	kobiety <i>women</i>	95	89	
Myślę, że większość ludzi nie chce mieć za partnerów osoby chorujące psychicznie (A – pyt. 10) <i>I believe most people do not wish to have a mentally ill person as a partner (item A – 10)</i>	mężczyźni <i>men</i>	103	106	0,048
	kobiety <i>women</i>	95	92	

* wyższe rangi oznaczają większą zgodność respondenta z treścią pytania;
higher mean rank denotes a higher degree of the respondents' agreement with the item content

** Test Manna Whitneyja; *Mann-Whitney test*

Tablica 3. Antycypowanie i doświadczanie dyskryminacji a wykształcenie.
Table 3. Anticipating and experiencing discrimination by education level.

Pytania kwestionariusza Questionnaire items	Wykształcenie Education	N	Średnia rang* Mean rank	p**
Czy informować o chorobie innych ludzi? (A – pyt. 4) <i>Should other people be informed about my illness?</i>	podstawowe/zawodowe <i>elementary/vocation</i>	75	86	0,005
	średnie/wyższe <i>secondary/university</i>	124	109	
Czy osoby zdrowe unikają kontaktu z osobami chorującymi psychicznie? (A – pyt. 5) <i>Do healthy people avoid contacts with the mentally ill?</i>	podstawowe/zawodowe <i>elementary/vocation</i>	75	87	0,008
	średnie/wyższe <i>secondary/university</i>	124	108	
Czy osoby chorujące psychicznie powinny starać się o pracę? (A – pyt. 8) <i>Should the mentally ill try to get a job?</i>	podstawowe/zawodowe <i>elementary/vocation</i>	74	89	0,058
	średnie/wyższe <i>secondary/university</i>	122	104	
Czy osoby chorujące psychicznie powinny informować o swojej chorobie pracodawcę (A – pyt. 9) <i>Should the mentally ill inform their employer about their illness?</i>	podstawowe/zawodowe <i>elementary/vocation</i>	75	88	0,021
	średnie/wyższe <i>secondary/university</i>	123	107	
Czy spotkał(a) się ze zrozumieniem w pracy (B – pyt. 24) <i>Have you met with understanding at your workplace?</i>	podstawowe/zawodowe <i>elementary/vocation</i>	65	90	0,026
	średnie/wyższe <i>secondary/university</i>	97	76	
Czy oglądał(a) pozytywnie przedstawianą w filmie osobę chorującą psychicznie? (B – pyt. 35) <i>Have you seen a mentally ill person positively portrayed in a film?</i>	podstawowe/zawodowe <i>elementary/vocation</i>	67	100	0,046
	średnie/wyższe <i>secondary/university</i>	114	86	

* wyższe rangi oznaczają większą zgodność respondenta z treścią pytania;
higher mean rank denotes a higher degree of the respondents' agreement with the item content

** Test Manna Whitneyja; *Mann-Whitney test*

Wykształcenie. Porównano odpowiedzi między grupami osób z niższym (podstawowym lub ponadpodstawowym) i wyższym (średnim lub wyższym) poziomem wykształcenia (tabl. 3). Osoby z wyższym poziomem wykształcenia: (1) rzadziej uważają, że powinno się otwarcie mówić o swojej chorobie, ryzykując odrzucenie, aby u innych ludzi wzbudzić więcej zrozumienia, (2) rzadziej sądzą, że zdrowi unikają kontaktu z chorymi, (3) rzadziej uważają, że nie powinno się podejmować starań o pracę w związku z trudnościami osób chorych na rynku pracy, (4) częściej uważają, że należy zatajać fakt choroby przed pracodawcą, (5) częściej spotkały się ze zrozumieniem ze strony pracodawców, przełożonych i kolegów z pracy, (6) częściej oglądały filmy z pozytywnie przedstawianą osobą chorującą psychicznie.

Miejsce zamieszkania. Porównano wyniki kwestionariusza między grupą osób mieszkających w miastach i grupą zamieszkujących mniejsze miejscowości (tabl. 4). Osoby mieszkające w dużych miastach: (1) rzadziej uważają, że

powinno się, nawet ryzykując odrzucenie, otwarcie mówić o swojej chorobie, aby u innych ludzi wzbudzić więcej zrozumienia, (2) częściej uważają, że chorzy nie są zatrudniani pomimo posiadania identycznych kwalifikacji jak zdrowi, (3) częściej uważają, że należy zatajać fakt choroby przed pracodawcą, (4) częściej zdarzało im się, że w ich obecności ktoś wyrażał się pogardliwie o osobach chorych psychicznie, (5) częściej oglądały film, w którym osoba chora psychicznie była pozytywnie przedstawiona.

Stan cywilny. Dokonano porównania w różnych obszarach dyskryminacji osób pozostających w związku małżeńskim w stosunku do samotnych i będących w separacji (tabl. 5). Osoby pozostające w związku małżeńskim istotnie rzadziej uważają, że społeczeństwo przypisuje winę za chorobę samym chorym. Również rzadziej spotkali się z sytuacją odrzucenia ich wniosku o zawarcie ubezpieczenia.

Liczba wcześniejszych hospitalizacji. Porównano odpowiedzi na pytania kwestionariusza między grupami osób

Tablica 4. Antycypowana i doświadczana dyskryminacja a miejsce zamieszkania.
 Table 4. Anticipating and experiencing discrimination by the place of residence.

Pytania kwestionariusza Questionnaire items	Miejsce zamieszkania Place of residence	N	Średnia rang* Mean rank	p**
Informowanie o swojej chorobie innych ludzi (A – pyt. 4) <i>Others should be informed about my illness</i>	Małe miasto <i>Small town</i>	74	88	0,022
	Duże miasto <i>City</i>	124	106	
Zatrudnianie osób chorych psychicznie (A – pyt. 6) <i>The mentally ill should get employment</i>	Małe miasto <i>Small town</i>	73	109	0,021
	Duże miasto <i>City</i>	124	92	
Informowanie pracodawcy o swojej chorobie (A – pyt. 7) <i>Employers should be informed about the illness</i>	Małe miasto <i>Small town</i>	73	111	0,012
	Duże miasto <i>City</i>	124	92	
Sytuacja w której ktoś pogardliwie wyrażał się o osobach chorych psychicznie (B – pyt. 31) <i>Situation where somebody spoke derogatively about mentally ill persons</i>	Małe miasto <i>Small town</i>	70	101	0,039
	Duże miasto <i>City</i>	114	87	
Pozytywne przedstawienie w filmie osoby chorej psychicznie (B – pyt. 35) <i>A mentally ill person positively portrayed in a film</i>	Małe miasto <i>Small town</i>	65	99	0,044
	Duże miasto <i>City</i>	115	85	

* wyższe rangi oznaczają większą zgodność respondenta z treścią pytania;
higher mean rank denotes a higher degree of the respondents' agreement with the item content

** Test Manna Whitney; *Mann-Whitney test*

Tablica 5. Subiektywne doświadczenie piętna a stan cywilny.
 Table 5. Subjective experience of stigma by marital status.

Pytania kwestionariusza Questionnaire items	Stan cywilny Marital status	N	Średnia rang* Mean rank	p**
Przypisywanie winy za chorobę psychiczną chorym (A – pyt. 14d) <i>Blaming the mentally ill for their illness</i>	w związku <i>in relationship</i>	53	112	0,02
	samotni <i>single</i>	143	93	
Doświadczenie odrzucenia wniosku o zawarcie ubezpieczenia (B – pyt. 37) <i>Experiencing insurance application rejection</i>	w związku <i>in relationship</i>	27	62	,05
	samotni <i>single</i>	85	54	

* wyższe rangi oznaczają większą zgodność respondenta z treścią pytania;
higher mean rank denotes a higher degree of the respondents' agreement with the item content

** Test Manna Whitney; *Mann-Whitney test*

z mniejszą (do 4) i większą (>4) liczbą przebytych hospitalizacji (tabl. 6). Osoby z większą liczbą hospitalizacji: (1) rzadziej uważają, iż inni obarczają winą chorych psychicznie za ich chorobę, (2) częściej czują się odrzucane przez różne osoby: przez członków rodziny, psychiatrów, pracowników kas chorych, (3) częściej były zatrudniane po ujawnieniu informacji o swojej chorobie, (4) częściej oglądały film, w którym ukazano nieprzychylny wizerunek chorych, (5) częściej miały doświadczenia nieprzychylnego rozpatrzenia ich wniosku o rehabilitację.

Ostatecznie, w pierwszym etapie analizy, tzn. w ocenie porównań między grupami o różnej charakterystyce stwierdzono, iż odpowiedzi wskazujące na większe subiektywne poczucie stygmatyzacji związane jest z płcią żeńską, niższym poziomem wykształcenia, zamieszkiwaniem w dużym mieście oraz z większą liczbą hospitalizacji, która może być uznawana za wskaźnik ciężkości przebiegu choroby.

Antycypowane i doświadczane piętno w zależności od czynników demograficzno-społecznych i klinicznych – analiza regresji

W tym etapie analizy badano, czy ujawnione związki nie wynikały z wpływu innych zmiennych. Do oceny zależności pomiędzy czynnikami społeczno-demograficznymi i klinicznymi a antycypowanym i doświadczanym piętnem, przy równoczesnej kontroli wpływu pozostałych

zmiennych wykorzystano analizę regresji metodą krokową z postępującą selekcją wprowadzanych czynników. Sprawdzano, czy czynniki te wyjaśniają istotną statystycznie część antycypowanego i doświadczanego piętna czyli wariancji zmiennej zależnej, innymi słowy, czy są powiązane ze zmienną zależną. Badano kolejno wpływ czynników takich jak: płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny, aktualna sytuacja zawodowa i mieszkaniowa, miejsce zamieszkania, rodzaj leczenia psychiatrycznego, liczbę hospitalizacji na wskaźniki antycypacji piętna (pytania części A), a następnie na doświadczania piętna (pytania części B). Zakres objaśnianej wariancji zmiennych zależnych (wskaźników piętna) obliczano jako kwadrat korelacji semicząstkowej. W ocenie wpływu na piętno antycypowane istotne okazały się wyniki analiz, w których zmienną zależną (wskaźnikiem piętna) były kolejno: średnia przekonań negatywnych dotyczących pracy, średnia przekonań negatywnych dotyczących instytucji, zaś w obszarze doświadczanego piętna: odrzucenie, troska, doświadczenie związane z zatrudnieniem i doświadczenie pozytywne i negatywne wizerunku osoby chorującej psychicznie w mediach.

Antycypacja piętna w zależności od czynników społeczno-demograficznych i klinicznych. Miejsce zamieszkania okazało się istotnym predyktorem „przekonań negatywnych dotyczących pracy” ($F_{(1,178)} = 4,97; p < 0,027$), które objaśniało 2,72% wariancji tej zmiennej (tabl. 7). Osoby mieszkające w dużym mieście częściej twierdziły, że cho-

Tablica 6. Liczba hospitalizacji a antycypowana i doświadczana dyskryminacja.

Table 6. Anticipated and experienced discrimination by the number of hospital stays.

Pytania kwestionariusza Questionnaire items	Liczba hospitalizacji Hospital stays	N	Średnia rang* Mean rank	p**
Przypisywanie winy za chorobę psychiczną chorym (A – pyt. 14d) Blaming the mentally ill for their illness	do 4 up to 4 powyżej 4 over 4	94 88	83 101	0,016
Doświadczenie odrzucenia „ogólnie” (B – pyt. 21) Experiencing rejection “generally”	do 4 up to 4 powyżej 4 over 4	95 87	102 80	0,001
Doświadczenie odrzucenia przez członka rodziny (B – pyt. 22a) Experiencing rejection by a family member	do 4 up to 4 powyżej 4 over 4	81 77	88 71	0,007
Doświadczenie odrzucenia przez psychiatrów (B – pyt. 22e) Experiencing rejection by psychiatrists	do 4 up to 4 powyżej 4 over 4	79 72	80 71	0,021
Doświadczenie odrzucenia przez pracowników Kas Chorych (B – pyt. 22h) Experiencing rejection by Sick Fund officers	do 4 up to 4 powyżej 4 over 4	71 68	75 65	0,016
Doświadczenie zatrudnienia po ujawnieniu informacji o chorobie (B – pyt. 29) Experience of getting employment after disclosing your own mental illness	do 4 up to 4 powyżej 4 over 4	58 73	73 61	0,004
Nieprzychylny wizerunek chorych psychicznie w filmie fabularnym (B – pyt. 33) Unfavorable portrayal of the mentally ill in a feature film	do 4 up to 4 powyżej 4 over 4	77 79	86 72	0,024
Doświadczenie odrzucenia wniosku o rehabilitację (B – pyt. 39) Experiencing rejection of rehabilitation application	do 4 up to 4 powyżej 4 over 4	68 70	72 67	0,025

* wyższe rangi oznaczają większą zgodność respondenta z treścią pytania;
higher mean rank denotes a higher degree of the respondents' agreement with the item content

** Test Manna Whitney; Mann-Whitney test

rzy psychicznie mają trudniejszą sytuację zawodową i są wykluczani z rynku pracy.

Wiek badanych był istotnym predyktorem ($F_{(1,177)} = 12,60$; $p < 0,001$) przekonań o trudnym dostępie do instytucji publicznych (wskaźnik dyskryminacji strukturalnej), który objaśniał 6,65% jej wariancji (tabl. 8). Osoby starsze częściej twierdziły, że chorzy psychicznie mają utrudniony dostęp do instytucji.

Doświadczenie piętna w zależności od czynników społeczno-demograficznych i klinicznych. Liczba wcześniejszych hospitalizacji okazała się istotnym predyktorem ($F_{(1,166)} = 5,08$; $p < 0,025$) „doświadczenia odrzucenia w re-

lacjach z innymi”, który objaśniał 2,95% wariancji tej zmiennej zależnej (tabl. 9). Osoby, które miały większą liczbę hospitalizacji częściej doświadczyły odrzucenia.

Liczba wcześniejszych hospitalizacji była istotnym predyktorem ($F_{(1,168)} = 4,59$; $p < 0,034$) „doświadczenia troski”, który objaśnia 2,66% wariancji tej zmiennej zależnej (tabl. 10). Podobnie jak w wypadku odrzucenia. Badani, którzy częściej byli w szpitalu, doznali równocześnie więcej troski od innych.

Liczba wcześniejszych hospitalizacji była istotnym predyktorem ($F_{(1,127)} = 7,02$; $p < 0,009$) „doświadczania piętna przy zatrudnieniu”, który objaśniał 5,24% wariancji tej

Tablica 7. Związek pomiędzy czynnikami społeczno-demograficzno i klinicznymi a antycypacją piętna w pracy.

Table 7. Relationship of sociodemographic and clinical factors to anticipation of stigma at workplace.

Predyktor: miejsce zamieszkania Predictor: place of residence	B	beta	R^2_{Semicz} x 100%	t	p
Staća Constant	2,96			20,09	<0,001

Tablica 8. Związek pomiędzy czynnikami społeczno-demograficzno i klinicznymi a antycypacją piętna w instytucjach publicznych (średnia przekonań negatywnych dotyczących instytucji).

Table 8. Relationship of sociodemographic and clinical factors to anticipation of stigma in public institutions (mean scores on negative beliefs concerning institutions).

Predyktor: wiek Predictor: age	B	beta	R^2_{Semicz} x 100%	t	p
Staća Constant	3,83			11,59	<0,001

Tablica 9. Związek pomiędzy czynnikami społeczno-demograficzno i klinicznymi a doświadczaniem „odrzucenia w relacjach” (średnia doświadczeń negatywnych).

Table 9. Relationship of sociodemographic and clinical factors to experiencing “rejection in relationships” (mean number of negative experiences).

Predyktor: liczba poprzedzających hospitalizacji Predictor: number of previous hospital stays	B	beta	R^2_{Semicz} x 100%	t	p
Staća Constant	0,23			6,84	<0,001

Tablica 10. Związek pomiędzy czynnikami społeczno-demograficzno i klinicznymi a doświadczaniem troski w relacjach”.

Table 10. Relationship of sociodemographic and clinical factors to “experiencing care in relationships”

Predyktor: liczba poprzedzających hospitalizacji Predictor: number of previous hospital stays	B	beta	R^2_{Semicz} x 100%	t	p
Staća Constant	0,40			10,13	<0,001

zmiennej zależnej (tabl. 11). Osoby, które przebyły więcej hospitalizacji częściej twierdziły, że nie zostały zatrudnione z powodu swojej choroby psychicznej.

Dla „doświadczenia negatywnego wizerunku osoby chorującej psychicznie w mediach” istotnym predyktorem ($F_{(1,163)} = 7,28; p < 0,008$), który objaśniał 4,28% wariacji, była aktualna sytuacja zawodowa (tabl. 12). Osoby bezrobotne lub utrzymujące się z renty, częściej obserwowwały w mediach negatywny wizerunek osoby chorującej psychicznie.

Dwa predyktory: wykształcenie ($F_{(2,172)} = 4,82; p < 0,009$) oraz liczba wcześniejszych hospitalizacji ($F_{(2,172)} = 4,82; p < 0,009$), objaśniały 5,68% wariacji „doświadczenia pozytywnego wizerunku osoby chorującej psychicznie w mediach” (tabl. 13). Osoby lepiej wykształcone i z mniejszą liczbą hospitalizacji, częściej spostrzegały wizerunek osób chorujących psychicznie w mediach jako pozytywny.

Tablica 11. Związek pomiędzy czynnikami społeczno-demograficznymi i klinicznymi a „doświadczeniem piętna w pracy”.

Table 11. Relationship of sociodemographic and clinical factors to “experiencing stigma at workplace”.

Predyktor: liczba poprzedzających hospitalizacji Predictor: number of previous hospital stays	B	beta	$R^2_{\text{Semicz}} \times 100\%$	t	p
	0,02	0,23	5,24	2,65	0,009
Stała Constant	0,29			4,71	<0,001

Tablica 12. Związek pomiędzy czynnikami społeczno-demograficznymi i klinicznymi a doświadczeniem „negatywnego obrazu osoby chorującej” w mediach

Table 12. Relationship of sociodemographic and clinical factors to experiencing “negative portrayal of a mentally ill person” in mass media.

Predyktor: aktywność zawodowa* Predictor: professional activeness*	B	beta	$R^2_{\text{Semicz}} \times 100\%$	t	p
	-0,19	-0,21	4,28	-2,70	0,008
Stała Constant	0,75			7,53	0,001

* Aktywność zawodowa – osoby, które pracują w pełnym wymiarze godzin, na pół etatu lub uczą się (kursy zawodowe).

* Professionally active persons – those employed on a full- or part-time basis, or attending vocational training courses.

Tablica 13. Związek pomiędzy czynnikami społeczno-demograficznymi i klinicznymi a „pozytywnym obrazem osoby chorującej” w mediach.

Table 13. Relationship of sociodemographic and clinical factors to experiencing “positive portrayal of a mentally ill person” in mass media.

Predyktor: Predictor:	B	beta	$R^2_{\text{Semicz}} \times 100\%$	t	p
wykształcenie education	0,04	0,18	3,06	2,36	0,019
liczba wcześniejszych hospitalizacji number of previous hospital stays	-0,01	-0,16	2,62	-2,18	0,031
Stała Constant	0,37			3,45	0,001

Analiza regresji dla innych wskaźników:

- antycypowania piętna (kontakty z innymi, partnerstwo, negatywne przekonania o osobach chorujących) oraz
- doświadczania piętna (doświadczenie zrozumienia, zerwania kontaktów z powodu choroby psychicznej, dyskryminacji poprzez instytucje)

nie ujawniła związków statystycznie istotnych.

Z podsumowania wyników drugiego etapu analizy wynika, że spośród objętych nią czynników demograficzno-społecznych i klinicznych tylko starszy wiek i miejsce zamieszkania w dużym mieście w istotnym, choć ograniczonym zakresie wyjaśniają antycypowane przez respondentów piętno. Natomiast doświadczanie piętna z powodu choroby psychicznej wyjaśniane jest również w istotnym, choć tylko ograniczonym zakresie przez lepsze wykształcenie, brak zatrudnienia i większą liczbę wcześniejszych hospitalizacji. Tak więc ostatecznie każdy z badanych obszarów piętna powiązany jest z inną konstelacją czynników a bardziej złożone analizy nie ujawniają w naszym badaniu związku pomiędzy „piętna” a badanymi wskaźnikami antycypowanego i doświadczanego piętna.

Piętno antycypowane a doświadczane – porównanie

W kolejnym etapie analizy poszukiwano odpowiedzi na temat wpływu antycypowanego piętna na doświadczanie piętna. Jako predyktorów użyto wskaźników antycypowanego piętna (część A kwestionariusza, pyt. 1–20). Sprawdzono, czy te czynniki rokownicze (predyktory) wyjaśniają istotną statystycznie część wariacji zmiennej zależnej (tj. wskaźników doświadczanego piętna z części B kwestionariusza pyt. 21–40). Poniżej przedstawiono istotne wyniki analizy regresji krokowej dla takich wskaźników doświadczanego piętna, jak: doświadczenie odrzucenia w kontakcie, zerwania kontaktu, doświadczenie troski, nieprzyjemne doświadczenie w kontaktach, doświadczenie z negatywnym i pozytywnym wizerunkiem osób chorujących psychicznie w mediach oraz doświadczenie w kontaktach z instytucjami. Jako predyktorów użyto wskaźników antycypowanego piętna w obszarach: kontaktów z innymi, pracy, partnerstwa, opinii o osobach chorych psychicznie i kontaktów z instytucjami.

Predyktorem wyjaśniającym 5% wariacji „doświadczenia odrzucenia” było „przekonanie o niemożności partnerstwa” ($F_{(1,177)} = 10,1; p = 0,002$). Osoby, które były bardziej przekonane, że partnerstwo chorych psychicznie z innymi osobami nie jest możliwe, rzadziej doświadczyły sytuacji odrzucenia przez inne osoby (tabl. 14).

Tablica 14. Zależności pomiędzy antycypacją piętna a „doświadczeniem odrzucenia”.

Table 14. Relationships between stigma anticipation and “experienced rejection”.

Predyktor: przekonanie o niemożności partnerstwa z osobami chorującymi psychicznie Predictor: belief that the mentally ill have difficulties in contacts with others	B	beta	$R^2_{\text{Semicz}} \times 100\%$	t	p
	-0,08	-0,23	5,0	-3,18	0,002
Stała Constant	0,55			6,55	<0,001

Antycypacja utrudnienia kontaktów okazała się istotnym, objaśniającym 7% wariacji zmiennej zależnej, predyktorem ($F_{(1,172)} = 5,28$; $p = 0,023$), „doświadczenia zerwania kontaktu z powodu choroby psychicznej” (tabl. 15). Osoby, które częściej uważały, że chorzy psychicznie mają utrudnione kontakty z innymi, częściej doświadczyły sytuacji zerwania kontaktów.

Przekonanie o utrudnieniu kontaktów doświadczanym przez osoby chorujące psychicznie w związkach z innymi osobami było istotnym predyktorem ($F_{(1,179)} = 13,56$; $p < 0,001$) „doświadczania troski”, objaśniającym 7% wariacji tej zmiennej (tabl. 16). Osoby, które częściej wyrażały opinię, że chorzy mają utrudnione kontakty z innymi, częściej doświadczały troski w relacjach.

Istotnym, objaśniającym 7% wariacji zmiennej zależnej, predyktorem ($F_{(1,184)} = 13,18$; $p < 0,001$) wskaźnika „nieprzyjemne doświadczenie w kontaktach z innymi” było przekonanie o utrudnionym dostępie do pracy, które (tabl. 17). Osoby, które częściej uważały iż chorzy psychicznie mają

Tablica 15. Zależności pomiędzy antycypowanym piętnem a „doświadczeniem zerwania kontaktu z powodu choroby”.

Table 15. Relationships between stigma anticipation and “experienced cutting off contact due to mental illness”.

Predyktor: przekonanie iż chorzy psychicznie mają utrudnione kontakty z innymi Predictor: belief that the mentally ill have difficulties in contacts with others	B	beta	$R^2_{\text{Semicz}} \times 100\%$	t	p
	0,11	0,26	7,0	3,68	0,023
Stała Constant	0,18			2,35	<0,001

Tablica 16. Zależności pomiędzy antycypacją piętna a „doświadczaniem troski w relacji”.

Table 16. Relationships between stigma anticipation and “experiencing care in relationship”.

Predyktor: przekonanie iż chorzy psychicznie mają utrudnione kontakty z innymi Predictor: belief that the mentally ill have difficulties in contacts with others	B	beta	$R^2_{\text{Semicz}} \times 100\%$	t	p
	0,11	0,26	7,0	3,68	<0,001
Stała Constant	0,18			2,35	0,020

Tablica 17. Zależności pomiędzy antycypacją piętna a „nieprzyjemnym doświadczeniem w relacjach z innymi”.

Table 17. Relationships between stigma anticipation and “unpleasant experiences in interpersonal relationships”.

Predyktor: przekonanie iż chorzy psychicznie mają utrudniony dostęp do pracy Predictor: belief that the mentally ill have difficulties access to employment	B	beta	$R^2_{\text{Semicz}} \times 100\%$	t	p
	-0,12	-0,26	7,0	-3,63	<0,001
Stała Constant	0,95			10,27	<0,001

utrudnione możliwości dostępu do pracy, częściej relacjonowały nieprzyjemne sytuacje w kontaktach z innymi.

Konstelacja predyktorów: przekonanie o utrudnionym dostępie do instytucji, do pracy i o niemożności partnerstwa ($F_{(3,171)} = 8,81$; $p < 0,001$) objaśniała 13,6% wariacji „doświadczenia negatywnego wizerunku osoby chorującej psychicznie w mediach” (tabl. 18). Osoby, które częściej twierdziły, że chorzy psychicznie mają utrudniony dostęp do dóbr zarządzanych przez instytucje, że chorzy ci mają trudniejszą sytuację na rynku pracy oraz, że chorzy psychicznie nie mogą się wiązać z osobami zdrowymi psychicznie, częściej relacjonowały, że w mediach przedstawia się negatywny wizerunek osób chorujących.

Z kolei istotnym predyktorem ($F_{(1,182)} = 7,75$; $p = 0,006$) „pozytywnego wizerunku osób chorujących w mediach” (4,1% objaśnionej wariacji) było przekonanie o negatywnym stereotypie w kontaktach z osobami chorującymi psychicznie (tabl. 19). Im rzadziej osoby badane twierdziły, że kontakty osób chorych z osobami zdrowymi są naznaczone

Tablica 18. Zależności pomiędzy antycypowanym piętnem a „doświadczeniem negatywnego wizerunku osób chorujących” w mediach.

Table 18. Relationships between anticipated stigma and experiencing “negative portrayal of mentally ill persons” in mass media.

Predyktor: Przekonanie, że chorzy psychicznie mają utrudniony dostęp do dóbr zarządzanych przez instytucje Belief that the mentally ill have difficult access to goods distributed by institutions	B	beta	$R^2_{\text{Semicz}} \times 100\%$	t	p
	-0,10	-0,27	5,8	-3,39	0,001
Przekonanie o utrudnionym dostępie do pracy Belief about difficult access to employment	-0,12	-0,23	4,6	-3,63	0,003
Przekonanie o niemożności partnerstwa Belief about impossibility of partnership	0,10	0,20	3,2	0,01	0,013
Stała Constant	0,78			5,88	<0,001

Tablica 19. Zależności pomiędzy antycypowanym piętnem a „doświadczeniem pozytywnego wizerunku osób chorujących” w mediach.

Table 19. Relationships between anticipated stigma and experiencing “positive portrayal of mentally ill persons” in mass media.

Predyktor: przekonanie iż kontakty osób chorych ze zdrowymi naznaczone są negatywnymi stereotypami Predictor: belief that contacts between mentally ill and healthy persons are stigmatized with negative stereotypes	B	beta	$R^2_{\text{Semicz}} \times 100\%$	t	p
	0,10	0,20	4,1	2,78	0,006
Stała Constant	0,41			4,49	<0,001

Tablica 20. Zależności pomiędzy antycypowanym piętnem a „doświadczanymi trudnościami w kontaktach z instytucjami” przez osoby chorujące psychicznie.

Table 20. Relationships between anticipated stigma and “difficulties in contacts with institutions” experienced by persons with mental disorders.

Predyktor: przekonanie iż osoby chorujące psychicznie mają utrudniony dostęp do instytucji Predictor: belief that the mentally ill have more difficult access to institutions	B	beta	R ² _{Semicz} × 100%	t	p
	-0,05	-0,27	7,3	-3,68	<0,001
Stała Constant	0,23			5,60	<0,001

negatywnymi stereotypami, tym częściej relacjonowały, że zaobserwowały w mediach pozytywny wizerunek osób chorujących.

Istotnym predyktorem ($F_{(1,169)} = 13,55; p < 0,001$) „utrudnień w kontaktach z instytucjami” (objaśnia 7,3% wariacji zmiennej zależnej) było przekonanie o utrudnionym dostępie do dóbr zarządzanych przez te instytucje (tabl. 20). Osoby, które twierdziły, że chorzy psychicznie mają utrudniony dostęp do dóbr zarządzanych przez instytucje, częściej relacjonowały trudności w kontaktach z instytucjami.

Z tego etapu analizy wynika, że ograniczony, ale istotny zakres doświadczania piętna może być wyjaśniony przez jego antycypację, szczególnie przez przekonania, że kontakty z osobami chorującymi psychicznie naznaczone są negatywnymi stereotypami i przez to utrudnione, że chorzy psychicznie mają utrudniony dostęp do pracy, przekonanie o niemożności partnerstwa z osobą chorującą psychicznie, czy też przekonanie o utrudnionym dostępie do dóbr zarządzanych przez instytucje.

OMÓWIENIE

Przedmiotem badania była ocena doświadczanego i antycypowanego piętna przez osoby chorujące na schizofrenię leczone w różnych instytucjach w regionie Małopolski, analiza wewnętrznych zależności a następnie analiza wpływu czynników demograficzno-klinicznych na uzyskiwane wyniki. Badaniem objęto w większości starszą populację pacjentów, o wieloletnim przebiegu choroby i wszechstronnym doświadczeniu kontaktu z instytucjami psychiatrycznymi. W porównaniach międzygrupowych stwierdzono, iż większe subiektywne poczucie stygmatyzacji związane jest z płcią żeńską, niższym wykształceniem i zamieszkaniem na terenie dużego miasta oraz z większą liczbą hospitalizacji będącą wskaźnikiem ciężkości przebiegu choroby.

Kobiety w porównaniu do mężczyzn są lepiej wyedukowane, mają więcej doświadczeń zawodowych, częściej pozostają w związkach małżeńskich tak więc opisywane różnice między płciami wskazujące na lepszy poziom socjalizacji związany z późniejszym wiekiem zachorowania [11, 12] utrzymują się przez lata choroby. Porównania międzygrupowe wskazują na silniejsze odczuwanie piętna przez kobiety. Wydaje się, iż wynik ten wiąże się z wartością, jaką kobiety przypisują związkowi w ich życiu, posia-

daniu partnera i dzieci. W naszych badaniach, kobiety częściej niż mężczyźni uważają, iż osoby zdrowe nie chcą się wiązać z osobami, które chorują lub chorowały psychicznie. Badania Thara i wsp. [13] w Indiach wskazują na fakt, że dla kobiet związek małżeński i jego utrzymanie, jest centralną wartością w życiu. Badali oni 76 kobiet z rozpoznaniem schizofrenii, zadając pytanie na ile rozpad małżeństwa, będący dla nich obciążeniem dodatkowym, obok diagnozy schizofrenii, dyskryminuje je w lokalnej społeczności. Ich hipoteza potwierdziła się. Dla kobiet separacja była równie hańbiąca jak diagnoza schizofrenii. Większość z tych kobiet ciągle żyła nadzieją, iż ich mężowie, partnerzy do nich wrócą. Wydaje się, iż na różnice w badaniach ma wpływ czynnik kulturowy, jakim jest znaczenie instytucji małżeńskiej. Inne wyniki, w innym kontekście kulturowym, uzyskali Camp, Finley, Lyons [5] badając związek niskiej samooceny jako konsekwencji piętna u 10 przewlekłe chorych kobiet. Ważnym czynnikiem kształtującym samoocenę okazało się indywidualne rozumienie społecznej roli kobiety i jej wpływu na koncepcję samej siebie. Badane kobiety akceptując swoje problemy ze zdrowiem psychicznym odrzucały negatywny stereotyp choroby psychicznej funkcjonujący społecznie i starały się mu przeciwstawić. Jak widać, różnice kulturowe odgrywają ważną rolę w badaniach nad piętnem. Jednak płeć, jako czynnik wpływający na subiektywne odczuwanie piętna nie znalazł potwierdzenia w następnym etapie analizy, w którym posłużyliśmy się regresją krokową.

Wykształcenie jest tym czynnikiem rokowniczym, który przez lata chorowania na schizofrenię posiada bardzo istotny wpływ również na odległe korzystne wyniki przebiegu choroby. Wnioski z porównań między grupami prowadzą do stwierdzenia, iż w strategiach radzenia sobie z chorobą osoby z wyższym wykształceniem dysponują większą umiejętnością gry społecznej, roztropnego kamuflażu, maskowania się, są skłonne ukrywać fakt choroby psychicznej, gotowe są także zatajać go w celu ochrony własnej osoby przed pracodawcą na otwartym rynku pracy. Mniej są przekonane do otwartego mówienia o chorobie, publicznej stygmatyzacji, a bardziej do chronienia się przed potencjalnym odrzuceniem. Równocześnie te same osoby częściej uważają, że zdrowi nie unikają z nimi kontaktów, że powinno się być aktywnym zawodowo, pomimo choroby psychicznej i częściej spotykają się z pozytywnym stosunkiem w pracy. Częściej też widzą pozytywny obraz osoby chorej psychicznie w mediach. Wykształcenie jako istotny czynnik pojawia się zarówno w prostych porównaniach międzygrupowych, jak w analizie wyników przeprowadzonych przez użyciu regresji krokowej.

Osoby mieszkające w dużych aglomeracjach częściej są przekonane o krytycznym i odrzucającym stosunku społeczeństwa. Wynika to zarówno z porównań między grupowych jak i z analizy regresji krokowej dotyczącej czynników wpływających na antycypację piętna w obszarze zatrudniania. Przekonanie o wykluczeniu z rynku pracy w wyniku choroby psychicznej, powoduje, że osoby mieszkające w dużych miastach chętniej zatają fakt chorowania. Problem zatrudnienia jest dla osób chorujących kluczowym wskaźnikiem w ich powrocie do środowiska [12, 15] a trudności z tym związane są oczywiste. Równocześnie te same osoby przyznają, że częściej oglądają pozytyw-

ny wizerunek osoby chorej psychicznie w mediach. Możliwym wyjaśnieniem tej sytuacji jest przypuszczenie, że małe środowisko (miasteczko lub wieś) może być bardziej akceptujące dla osoby chorującej, pod warunkiem, że istnieje jeszcze taki wzorzec kulturowy aby w małej, zintegrowanej społeczności bardziej się troszczyć o „słabszego”, „innego”, ale „swojego” członka tej społeczności. W dużych miastach ze względu na większą anonimowość, brak lokalnych więzi, „słabszy”, „inny” jest częściej odbierany jako „obcy” i odrzucany. Czy taka sytuacja w Polsce rzeczywiście ma miejsce? Odpowiedź na to pytanie wymagałoby pogłębionych badań socjologicznych. Inaczej sytuacja przedstawia się np. w Niemczech, gdzie odwrotne wyniki uzyskał Angermeyer [16]. Badani żyjący w małych miastach częściej antycypowali zachowania dyskryminujące niż osoby z dużych miast chociaż poziom doświadczanej dyskryminacji ich nie różnił. Znaczenie małej lokalnej społeczności i jej przewagę nad anonimowością dużej aglomeracji przekonywująco przedstawił Klaus Doerner. Doerner wyliczając przewagi „wiejskiej psychiatrii” uważa, że przodująca w ubiegłym wieku kultura terapeutyczna dużego miasta musi dzisiaj dokonać swoistej „terapii miasta” czerpiąc z zagubionej przez miasto tradycji i wartości lokalnej wspólnoty [17].

Wyniki naszych badań wskazują iż cięższy przebieg choroby, którego wskaźnikiem jest *większa liczba hospitalizacji*, jest powiązany z większym doświadczeniem piętna. Wyniki porównań międzygrupowych i analizy z użyciem regresji krokowej są tutaj zbieżne. Przede wszystkim osoby ciężiej chorujące częściej doświadczają poczucia odrzucenia i to zarówno od bliskich, ale też psychiatrów i pracowników kas chorych. W tym kontekście szczególnie bolesnym stwierdzeniem jest „odrzucenie przez psychiatrów”, wynik, który znajdujemy również w badaniach międzynarodowych [18]. Badania Ertugrul i Ulug [19] wskazują na związek między postrzeganą przez osoby chorujące na schizofrenię stygmatyzacją, a nasileniem objawów psychopatologicznych i cięższym przebiegiem choroby. Szczególnie nasilenie stanów depresyjnych, urojenia, podejrzliwość oraz emocjonalne i społeczne wycofanie są predyktorami spostrzeganej nasilonej stygmatyzacji. Również Thornicroft [18] stwierdził związek pomiędzy doświadczanym piętnem a częstością kontaktów z instytucjami psychiatrycznymi jako wskaźnikiem ciężkości chorowania.

Badacze amerykańscy Dickerson i wsp. [20] badając grupę 75 osób z diagnozą schizofrenii, stwierdzili korelację pomiędzy warunkami społeczno-ekonomicznymi a zakresem i nasileniem piętna. Warunki socjoekonomiczne oceniali na podstawie statusu zawodowego rodziców (informacji udzielali respondenci); zawodowy status rodziców był w sposób statystycznie istotny związany z ogólną skalą dyskryminacji. Im wyższy był status zawodowy rodziców tym większe doświadczenie dyskryminacji. W interpretacji tego zjawiska autorzy cytują opinię Angermayera, który twierdzi, że „wyższy status socjoekonomiczny daje pacjentom większą świadomość tego co mają do stracenia lub co własnie stracili z powodu choroby psychicznej” [20, s. 152].

W badaniu małopolskim osoby z większą liczbą hospitalizacji podkreślały trudności na rynku pracy, uważały też, że chorzy psychicznie są gorzej traktowani w instytucjach. Podobne wyniki otrzymano w analizie wpływu czynników demograficzno-klinicznych na doświadczanie

piętna. Badani, którzy byli częściej rehospitalizowani, częściej doświadczali odrzucenia przez innych oraz nie byli zatrudniani z powodu choroby psychicznej. Tak więc przewlekły, nawracający przebieg choroby nasila doświadczanie odrzucenia oraz niemożność zatrudnienia. Wydaje się, że powtarzające się nawroty i rehospitalizacje odbierają osobom chorującym na schizofrenię nadzieję, powodują nasilenie samonapiętnowania. Oni sami widzą swoje miejsce na marginesie społecznym. Przewyciężenie tego stereotypu jest najtrudniejszym wyzwaniem dla samych pacjentów, ich rodzin i terapeutów.

Thornicroft i wsp. w przekrojowym badaniu wieloosrodkowym znajdują związek pomiędzy antycypowaną dyskryminacją a doświadczanym piętnem. Nie opisują jednak zakresu wpływu [18], stwierdzając jedynie obecność znaczących korelacji. Najważniejszą sferą naznaczoną negatywnym doświadczeniem badanych, są stosunki z innymi ludźmi [10, 18]. W naszym badaniu osoby, które antycypowały utrudnione kontakty z innymi oraz trudności zatrudnienia, częściej doświadczły sytuacji zerwania kontaktów i nieprzyjemnych sytuacji w kontaktach z innymi. Przekonania badanych wykazały się jednakowoż pewną niespójnością. Badani, którzy twierdzili, że partnerstwo chorych psychicznie z innymi osobami nie jest możliwe, rzadziej doświadczły sytuacji odrzucenia przez inne osoby. Inni zaś, którzy uważali, że chorzy mają utrudnione kontakty z innymi, częściej doświadczali troski od innych. Samonapiętnowanie może być, między innymi, przyczyną albo konsekwencją tych przekonań. Wydaje się, że należy pogłębić badania i refleksją ten fragment analiz i szukać szerszego tła wyjaśnień opisywanych zjawisk.

Wartościowym poznawczo wynikiem jest olbrzymia rola mediów w kształtowaniu przekonań badanych i antycypowaniu piętna. Zarówno w porównaniach międzygrupowych, jak i w analizie z użyciem regresji krokowej, media i ich związki z antycypowanym i doświadczanym piętnem są znaczące. Badani korzystając z prasy, radia, telewizji spotykali się z negatywnym lub pozytywnym wizerunkiem osoby chorującej psychicznie i to wpływało na ich przekonania. Badania dotyczące zależności pomiędzy antycypacją a doświadczanym piętnem wskazują na fakt iż: (1) osoby, które twierdziły, że chorzy psychicznie mają utrudniony dostęp do dóbr którymi zarządzają instytucje częściej widziały w mediach negatywny wizerunek osób chorujących, (2) osoby, które antycypowały trudniejszą sytuację na rynku pracy, częściej obserwowały w mediach negatywny wizerunek osób chorujących, (3) osoby, które twierdziły, że chorzy psychicznie mogą się wiązać z osobami zdrowymi psychicznie częściej relacjonowały, że w mediach przedstawia się negatywny wizerunek osób chorujących, (4) im rzadziej badani twierdzili, że kontakty osób chorych ze zdrowymi są naznaczone negatywnymi stereotypami, tym częściej relacjonowały, że zaobserwowały w mediach pozytywny wizerunek osób chorujących.

Poczucie własnej wartości osoby chorującej gwałtownie zmniejsza się w sytuacji wybuchu psychozy, a potem przewlekłego przebiegu choroby. Od początku leczenia osoby z diagnozą schizofrenii jednym z głównych tematów psychoterapii już na oddziale całodobowym powinna być samoocena. Wydaje się, że obniżona samoocena, utrwalone opinie łączą się z oglądanym, czytanim, słuchanym, wizerunkiem

osoby chorującej psychicznie w mediach. To samonapiętnowanie wpływa na relacjonowanie w badaniu doświadczanie dyskryminacji. Samonapiętnowanie lub raczej uwewnętrznione piętno (*internalized stigma, self-stigma*) – jest przedmiotem szerszej refleksji polskiej publikacji „Umacnianie, nadzieja czy uprzedzenia”. Autorzy podkreślają zmianę percepcji samego siebie poprzez przyjęcie negatywnego społecznego stereotypu, która w sposób zasadniczy wpływa na funkcjonowanie osoby chorującej psychicznie. Ten wpływ to utrata nadziei, brak motywacji do podejmowania aktywności, większy lęk w kontaktach z innymi, który powoduje wycofanie ze środowiska [21]. W badaniach nad społecznym piętnem problem samooceny, samonapiętnowania osób piętnowanych wysuwa się jako jedno z kluczowych zagadnień [3, 7]. Niska samoocena jest nieodłącznym zjawiskiem doświadczania dyskryminacji przez osoby chorujące psychicznie. Badania nad poczuciem własnej wartości u różnych grup dyskryminowanych, ujawniły duże różnice indywidualne. Crocker i Quinn uważają, iż te różnice mają swoje źródło w trzech zjawiskach: (1) „piętnowani nie uwewnętrzniają, *en masse*, negatywnego wizerunku samych siebie” [22, str. 153], (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 [22]. Autorzy uważają, że samoocena nie jest stabilną cechą osoby, lecz jest konstruowana w sytuacji, w zależności od nadawanego jej przez ją znaczenia. Nawet jeśli trwa przewlekłe (długi przebieg choroby) to przyjęcie pozytywnego założenia daje impuls do bardziej optymistycznego, pozytywistycznego myślenia i działania na rzecz pokonywania piętna i samonapiętnowania. W tym duchu inni brytyjscy badacze oceniali wpływ terapii grupowej na przeżywanie piętna i samoocenę osób z diagnozą schizofrenii. Terapia prowadzona w była podejściu poznawczo-behawioralnym i przyniosła oczekiwane efekty: podniesienie samooceny a także zmniejszenie objawów pozytywnych i negatywnych [23]. Doświadczenie kliniczne stosowania od 30 lat psychoterapii wobec osób chorujących psychicznie w krakowskim środowisku psychologów i psychiatrów potwierdza powyższe badania i umacnia nasze działania na rzecz włączania psychoterapii jako wymaganego standardu do programu leczenia osób chorujących na schizofrenię.

Umacnianie (*empowerment*), wzbudzenie nadziei, możliwości uleczenia (*recovery*), są nieustannie poszukiwane w terapii i rehabilitacji osób chorujących psychicznie. Coraz więcej także z tych dyskusji przebija się do życia społecznego [2]. W Polsce działania na rzecz modyfikowania piętna są realizowane przez program społeczny „Schizofrenia – otwórzcie drzwi”, a najbardziej widoczne są w „Dniu solidarności z osobami chorującymi psychicznie”. W ramach tego programu realizowane są projekty edukacyjne kierowane do różnych grup społecznych. Większe zrozumienie osób z problemami zdrowia psychicznego, zmniejszenie lęku i przekształcanie negatywnych stereotypów jest celem tego programu. Wydaje się ważne, aby program obejmował takie działania, które nie będą tłumić reakcji piętnujących. Tłumienie ma zawsze negatywne konsekwencje emocjonalne, poznawcze i behawioralne, takie jak ambiwalencja, niepokój, unikanie osób z problemami. Tłumienie może prowadzić do odwrotnych efektów od

oczekiwanych, a jednym z takich negatywnych zjawisk jest znany efekt tzw. „bumerangu” [22].

Istnieją różne strategie modyfikacji piętna społecznego takie jak: „protest”, „edukacja” i „kontakt” [21, s. 63]. Z badań nad modyfikacją piętna wynika, iż najbardziej skuteczną metodą jest „kontakt”, który zawiera po prostu zrozumienie chorych poprzez bezpośredni z nimi kontakt. Edukacja jest także bardzo potrzebna, ale nie powinna być stosowana samodzielnie; najlepsze efekty osiągnano poprzez połączenie edukacji z bezpośrednim kontaktem, tak jak to realizuje krakowskie stowarzyszenie pacjentów „Otwórzcie Drzwi” [24] w ramach ogólnopolskiego programu ZG PTP „Schizofrenia – otwórzcie drzwi” [25]. Jesteśmy głęboko przekonani, że program przeciw dyskryminacji osób chorujących psychicznie powinien być realizowany nie intruzyjnie, powinien włączać osoby chorujące w edukację i opowiadać o ludziach, którzy żyją wśród nas, razem z nami przewyżając chorobę i negatywne stereotypy.

WNIOSKI

1. Ograniczony, ale istotny zakres nasilonej antycypacji i doświadczania piętna może być wyjaśniany przez czynniki demograficzno-społeczne i kliniczne takie jak starszy wiek, miejsce zamieszkania w dużym mieście, lepsze wykształcenie, brak zatrudnienia i większą liczbę wcześniejszych hospitalizacji.
2. Ograniczony, ale istotny zakres doświadczania piętna może być wyjaśniany przez jego antycypację.
3. Programy terapeutyczne powinny koncentrować się na poprawie samooceny i przeciwdziałaniu samonapiętnowaniu.

PIŚMIENICTWO

1. 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. *The Lancet* (in press); 2008.
2. Anczewska M, Wciórka J (red.). *Umacnianie, nadzieja czy uprzedzenia*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2007.
3. Rüsch 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.
4. Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *J of Soc Clin Psychol*. 2006; 25 (8): 875–884.
5. 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.
6. Berge M, Ranney M. Self-Esteem and Stigma Among Persons With Schizophrenia. Implications for Mental Health. *Care Management J*. 2005; 6 (3): 139–144.
7. Lloyd Ch, 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.
8. Link BG, Struening EL, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan JC. Stigma as a Barrier to Recovery: The Consequences for Self-Esteem of People With Mental Illness. *Psychiatr Serv*. 2001; 52: 1621–1626.

9. Świtaj P, Wciórka J. Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. *Psychiatria Polska. Streszczenia prac. Zjazd Psychiatrów Polskich*. 2007; 3: 170.
10. Cechnicki A, Bielańska A, Franczyk J. Piętno choroby psychicznej: antycypacja i doświadczanie. *Post Psychiatr Neurol*. 2007; 16 (2): 113–121.
11. Haefner H. (Red.) Risk and Protective Factors in Schizophrenia. Darmstadt: Steinkopff Verlag; 2002.
12. Kalisz A, Cechnicki A. Gender-related prognostic factors in first admission DSM-III schizophrenic patients. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 2002; 4, (3): 25–36.
13. Thara R, Kamath, S, Kumar S. Women with schizophrenia and broken marriages – double disadvantage? Part I: Patient perspective. *Int J Soc Psychiatry*. 2003; 49 (3): 225–32.
14. Pankiewicz P, Hrywniak J, Ostrach D. Ocena możliwości znalezienia i utrzymania pracy przez osoby dotknięte chorobą psychiczną. *Annales Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej*. 2006; 60 (suppl. 16/5): 361–365.
15. Pankiewicz P, Hrywniak J, Ostrach D. Postrzeganie osób dotkniętych chorobą psychiczną przez ich środowisko zawodowe. *Annales Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej*. 2006; 60 (suppl.16/5): 366–370.
16. Angermeyer M. The stigma of mental illness: Patients' anticipation and experiences. *Int J Soc Psychiatry*. 2004; 50 (2): 153–62.
17. Dörner K. Terapia chronicznie chorych na schizofrenię na wsi. *Dialog*. 1996; 3/4: 205–209.
18. Thornicroft G, Rose D, Sartorius N, Brohan E, Law A and the INDIGO Study Group. Indigo study International Study of Stigma and Discrimination Outcomes. ???
19. Ertugrul A, Ulug B. Perception of stigma among patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004; 39 (1): 73–7.
20. Dickerson FB, Sommerville J, Origoni AE, Ringel NB, Parente F. Experience of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2002; 28 (1):143–55.
21. Anczewska M, Roszczyńska-Michta J. O umacnianiu pacjentów w procesie zdrowienia. W: Anczewska M, Wciórka J. red. Umocnienie nadzieja czy uprzedzenia. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2007. s. 45–82.
22. Cocker J, Quinn DM. Piętno społeczne i Ja: znaczenia, sytuacje i samoocena. W: Heatheron TF, Kleck R, Hebl MR, Hull JG. red. Społeczna psychologia piętna. Warszawa: PWN; 2008. s. 149–174.
23. 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): 305–318.
24. Liberadzka A. Sprawozdanie z Projektu zatytułowanego „Przez edukację do akceptacji”. Niepublikowany raport z działań edukacyjnych prowadzonych przez organizację pacjentów. Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”.
25. 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. s. 99–123.

Adres: Dr Andrzej Cechnicki, Pracownia Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii CMUJ w Krakowie, Pl. Sikorskiego 2/8, 31-115 Kraków, tel. 0-12-4215117