



Początek zaburzeń schizofrenicznych: rozeznanie problemu i wybór pomocy. Sondaż opinii publicznej w Polsce¹

Onset of schizophrenic disorder: problem recognition and help preference. Survey of public opinion in Poland

JACEK WCIÓRKA¹, BOGNA WCIÓRKA², ZOFIA PELC³

- Z: 1. I Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
2. Centrum Badania Opinii Społecznej w Warszawie
3. Szpitala Bielańskiego w Warszawie

STRESZCZENIE. *Znajomość postaw społecznych wobec różnych postaci zaburzeń psychicznych może być ważną przesłanką w przygotowaniu programów edukacyjnych i kampanii publicznych modyfikujących stereotypowe wyobrażenia na ich temat. Cel.* Rozeznanie, jak w opinii publicznej ujmuje się i jakie działania preferuje wobec rozpoczynającej się schizofrenii. **Badani i metoda.** W ramach obszerniejszego sondażu prowadzonego przez CBOS na reprezentatywnej losowo-adresowej próbie dorosłej populacji społeczeństwa polskiego (1003 osoby) w grudniu 1999 r., respondentom przedstawiono opis typowych zachowań, które wg zgodnej opinii ekspertów stanowią przejawy rozpoczynającej się schizofrenii oraz zamknięte pytania o sposób ich zakwalifikowania oraz postępowania wobec nich. **Wyniki.** Respondenci preferowali takie interpretacje zachowań, które akcentowały ich chwilowy charakter i niechorobowe uwarunkowania. Na ich chorobliwość wskazywała co piąta osoba. Spośród sposobów udzielenia pomocy badani chętniej wybierali psychologiczną pomoc najbliższych lub osoby fachowo rozwiązującej trudne problemy, rzadziej sugerowano poradę psychiatryczną. Gdy jednak pytanie sugerowało początek choroby psychicznej w preferencjach, dominowała pomoc psychologiczna i psychiatryczna udzielana w trybie ambulatoryjnym. Leczenie szpitalne, zwłaszcza przymusowe, wybierane było rzadko. **Wniosek.** Proces definiowania rozpoczynającej się schizofrenii i jej leczenia w kategoriach psychiatrycznych jest w społecznym odbiorze mało oczywisty. Może to opóźnić udzielenie odpowiedniej pomocy.

SUMMARY. *Insight into public attitudes towards various forms of mental disturbance may be a big help in the development of educational programs and public campaigns aimed at modifying existing stereotypes. Objective.* The purpose of this study was to find out how the onset of schizophrenia is reflected in public opinion and what methods of intervention are preferred. **Subjects and method.** As part of a larger survey conducted by CBOS on a representative random-address adult sample of Polish society (N=1003) in December 1999 respondents were given descriptions of typical behaviours which experts conceive to be signs of the onset of schizophrenia and a list of forced-choice questions concerning their qualification and possible interventions. **Results.** Respondents preferred interpretations accentuating the transitory nature and non-morbid determination of the presented behaviours. Only one respondent in five qualified the behaviours as morbid. Psychological support by close relatives or professionals specialising in coping with difficult problems were the most frequently indicated methods of intervention. Psychiatric counselling was less popular. However, if the question was formulated so as to suggest the onset of mental disease, psychological and psychiatric counselling in an out-patient setting were the most frequently indicated methods of intervention. Respondents seldom chose hospital treatment, especially involuntary treatment. **Conclusion.** The process of defining the onset of schizophrenia and its treatment in psychiatric terms are not salient in social perception. This may lead to delay in seeking professional help.

¹ Badanie sfinansowane przez Instytut Psychiatrii i Neurologii z dotacji Ministerstwa Zdrowia.

Słowa kluczowe: schizofrenia / opinia publiczna
Key words: schizophrenia / public opinion

Schizofrenia jest szczególnym zaburzeniem psychicznym, wyróżniającym się spośród innych nie tylko swoistością obrazu i przebiegu klinicznego, lecz także rolą, jaką odgrywa w świadomości społecznej i w praktycznym życiu społeczeństw i lokalnych społeczności. Te społeczne konsekwencje zachorowania nakładają na chorych dodatkowe obciążenia w postaci tendencji do dystansowania się wobec nich, do marginalizacji ich społecznej pozycji oraz wielu subtelnych lub mało subtelnych praktyk dyskryminacyjnych.

Określenie „schizofrenia” funkcjonuje w życiu społecznym nie tylko jako nazwa choroby, lecz także jako rodzaj „metafory”, która poniża [Finzen 1994], „kłatwy”, która zamyka dialog [de Barbaro 2002], a przede wszystkim jako „piętno” (stygmat) oddzielające tych, którym jest nadawane i ostrzegające przed nimi [Byrne 1999, Finzen 2001]. Niestety, te różne użycia terminu cechuje zawsze negatywne zabarwienie emocjonalne, które przywarło silnie również do samej choroby powodując wspomniane już obciążenie chorych skutkami niezrozumienia, niechętnych postaw i krzywdzących praktyk instytucjonalnych. Problem ten jest szeroko analizowany i omawiany, lecz stosunkowo mało badany empirycznie nie tylko w Polsce, ale i gdzie indziej [por. Crisp 2000]

W sondażach opinii publicznej poświęconych problemowi społecznych wyobrażeń i postaw wobec zaburzeń psychicznych punktem odniesienia są zwykle ogólnikowo określone „choroby” czy „zaburzenia” psychiczne [Rabkin 1974, Bughra 1989, Brodriak 2001]. Trudno bowiem pytać o lepiej zdefiniowane, szczególne zaburzenia nie mając pewności, czy pytanie będzie dobrze zrozumiane. Społeczna wiedza na temat poszczególnych zaburzeń psychicznych jest skromna i mało powszechna, a ich nazwy dla wielu potencjalnych respondentów zapewne niewiele znaczą, poza złowrogą konotacją

„choroby psychicznej”. Dlatego próby badania bliższych właściwości konkretnych chorób wymagają albo jakiejś formy wstępnych wyjaśnień, co może być od strony metodycznej i praktycznej trudne oraz wątpliwe, albo skonkretyzowania opisu zaburzeń w postaci krótkiego opisu (ilustracji, *vignette*) przypadku. Ten drugi sposób jest w badaniach wykorzystywany częściej. W pionierskim badaniu opinii mieszkańców Warszawy przeprowadzonym w roku 1967, Bizoń wykorzystał 4 ilustracje: schizofrenii urojeniowej i prostej oraz zaburzeń nerwicowych i osobowości [Bizoń 2001]. Crisp i wsp [2000] uważając, iż opinia publiczna w Zjednoczonym Królestwie względnie dobrze różnicuje do 7 ilustracji zaburzeń psychicznych, analizowali różnice między: ciężką depresją, napadami paniki, schizofrenią, otępieniem, zaburzeniami odżywiania, alkoholizmem i lekomanią. W badaniach w Płd. Afryce [Hugo i wsp 2003] wykorzystano po dwie wersje (z objawami wyrazistymi i subtelnymi) czterech ilustracji – schizofrenii, depresji, paniki lękowej uzależnienia od substancji. W międzykulturowym porównaniu opinii mieszkańców Tokio i Bali porównywano ilustracje schizofrenii, depresji i zespołu natręctw. Interesujące porównanie znaczenia ilustracji schizofrenii z ogólnym określeniem choroby psychicznej przedstawili Gaebel i wsp [2002] na podstawie sondażu w 6 dużych miastach niemieckich. Najczęściej jednak – jak Angermayer i wsp [2003ab] w Niemczech, Lauber i wsp [2001, 2003] w Szwajcarii, a Jorm i wsp [1997abc, 1999] w Australii – badający analizowali znaczenie tylko dwóch, już wymienionych i niemal powszechnie stosowanych ilustracji, tzn. schizofrenii i depresji. Te bowiem zaburzenia – zwłaszcza schizofrenia – są najczęściej źródłem „wtórnej choroby”, jak Finzen [2001] nazywa oddziaływanie następstw stygmatyzacji. A wiedza ułatwiająca przygotowanie i prowadzenie działań anty-

stygmatyzacyjnych jest współcześnie najczęstszym motywem sondaży opinii publicznej dotyczącej zagadnień psychiatrycznych. Wyniki tych badań dowodzą między innymi, iż w społecznym odbiorze zachowania ilustrujące schizofrenię i depresję istotnie wpływają na sposób identyfikowania problemu przez respondentów (np. jako „choroby” lub jako „kryzysu”), na postawę wobec chorych (raczej negatywną lub raczej pozytywną), na umiejscowienie oczekiwanych źródeł pomocy (np. w obrębie systemu instytucjonalnego lub poza nim), a także na szczegółowe preferencje dotyczące przyczyn zaburzeń, kwalifikacji osób pomagających lub wykorzystania różnych metod leczenia (np. leków, psychoterapii, EW lub innych).

Przedstawione przez nas wcześniej badania opinii reprezentatywnej próby polskiego społeczeństwa [Wciórka i Wciórka 2000] świadomie koncentrowały uwagę właśnie na ogólnie ujętych „chorobach psychicznych”. Tak bowiem, jak można było przypuszczać, funkcjonują one w społecznej świadomości – raczej w postaci ogólnego stereotypu choroby psychicznej niż w postaci odrębnej wiedzy na temat poszczególnych chorób, stanów czy zespołów klinicznych. Jednak zainicjowany w międzyczasie także w Polsce program przeciwdziałania stygmatyzacji chorych na schizofrenię [Cechnicki i Bielańska 2002] potrzebuje bardziej adekwatnej do swych celów wiedzy na temat postaw społecznych wobec tej właśnie choroby. Uczą tego wcześniejsze doświadczenia takich programów w innych krajach [Jorm i wsp. 1997, Crisp i wsp. 2000, Arboleda-Florez 2001, Thompson i wsp 2002, Stuart i Gaebel 2002]

Z tego powodu, powtarzając badanie na temat postaw społeczeństwa polskiego wobec chorych psychicznie i chorób psychicznych, zdecydowaliśmy się na próbę wstępnego rozeznania szczególnych cech społecznego odbioru właśnie rozpoczynających się zaburzeń schizofrenicznych. Wiadomo bowiem, iż proces definiowania tych zaburzeń trwa w praktyce długo, przeciętnie wg różnych badań nad tzw. czasem trwania nieleczonej psy-

chozy (DUP, *duration od untreated psychosis*) nieco ponad dwa lata [Larsen i wsp 2001]. Opóźnienie właściwej interwencji, „toksyczny” w wielorakim sensie wpływ zaburzeń oraz szereg wtórnych, dysfunkcyjnych procesów społecznych wciągających zarówno chorą osobę, jak i jej bezpośrednie środowisko społeczne – to zapewne jedno ze źródeł późniejszych strat zdrowotych i życiowych.

CEL

Cel badania został zdefiniowany jako wstępne rozeznanie ogólnych preferencji społeczeństwa polskiego związanych z identyfikowaniem zachowań charakterystycznych dla zaburzeń schizofrenicznych i wyborem preferowanego postępowania wobec nich.

OSOBY BADANE

Badanie przeprowadzono (grudzień 1999) na reprezentatywnej, losowo-adresowej próbie dorosłej populacji społeczeństwa polskiego, liczącej 1003 osoby. Respondentów dobierano losując warstwowo wg danych Głównego Urzędu Statystycznego gospodarstwa domowe spełniające zakładane właściwości demograficzno-społeczne i geograficzne.

METODA

Przedstawione w tej pracy informacje stanowiły część badania „Polacy o chorobach i chorych psychicznie”, którego zasadnicze, pozostałe wyniki opublikowano wcześniej [Wciórka i Wciórka 2000]. Pytania, dotyczące przedmiotu tej pracy zadano respondentom w czasie tego samego wywiadu, lecz w części oddzielonej – po pytaniach dotyczących innych zagadnień. Ankieta stanowiła część cyklicznego badania „Omnibus” przeprowadzanego regularnie przez Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS), a poświęconego różnym, aktualnym zagadnieniom

społecznym. Sondaż przeprowadzali przeszkoleni ankieterzy CBOS w czasie bezpośredniej rozmowy, wywiadu z respondentem w miejscu zamieszkania.

Istotą przedstawianego tu fragmentu badania była krótka ilustracja przypadku, z którą ankieter zapoznawał respondenta, a następnie zadawał mu trzy pytania dotyczące opisanych w nim niecodziennych zachowań osoby (Marka). Pierwsze z nich dotyczyło sposobu identyfikacji tych zachowań, dwa pozostałe – preferowanych wobec tych trudności sposobów szukania pomocy.

Ilustrację tę wcześniej przedstawiono 15 psychiatrom z prośbą o ustalenie najbardziej prawdopodobnego rozpoznania. Psychiatrizy mieli do wyboru 10 możliwości diagnostycznych (brak zaburzeń, zaburzenia: adaptacyjne, reaktywne, osobowości, neurotyczne, uzależnienie od substancji psychoaktywnych, afektywne, psychotyczne – nieschizofreniczne, psychotyczne – schizofreniczne, inne, jakie?) oraz trzy stopnie pewności swej oceny (tak – bez wątpliwości, wątpliwości, nie – bez wątpliwości). Według ich w pełni zgodnej oceny opisane zachowania odpowiadały niewątpliwie zaburzeniom schizofrenicznym. Tak więc, przedstawiony poniżej opis przypadku stosownie do ich doświadczenia klinicznego może być uznany za nie budzący wątpliwości przypadek początkowego okresu rozwoju psychozy schizofrenicznej.

tryczne szukając podsłuchu. Matkę i ojca pytał, czy są jego prawdziwymi rodzicami. Siostrze skarżył się, że czuje się jak robot lub cyborg, a życie straciło dla niego sens. Wspominał też o samobójstwie. Pokłócił się z kolegą zarzucając mu, że próbuje go hipnotyzować. Łatwo wybuchła złością, czasem jest płaczący lub nienaturalnie ożywiony. Śpi w dzień, w nocy kręci się po mieszkaniu. Ojciec zarzuca mu, że marnotrawi czas i pieniądze. Matka chce zwolnić się z pracy, by zaopiekować się synem.

W ilustracji celowo unikano określeń fachowych i zachowań bulwersujących skrajnością. Celowo przytaczano też informacje służące pozwalające na wiele możliwych wyjaśnień. Zadane następnie pytania przedstawiono poniżej, w części poświęconej wynikom (tabl. 1–3). Pytania te miały charakter zamknięty – pierwsze dwa umożliwiały wybór do trzech odpowiedzi naraz, ostatnie wymagało wyboru tylko jednej z przedstawionych możliwości.

Uzyskane odpowiedzi przetworzono elektronicznie i poddano opisowi statystycznemu z wykorzystaniem pakietu SPSS for Windows, wersja 11.5 PL

WYNIKI

Odpowiedzi na pierwsze pytanie (tabl. 1) wskazują, iż mimo zdecydowanego w sensie klinicznym opisu budzących niepokój zachowań, odpowiedzi wskazujących na chorobę psychiczną udzielał tylko co ok. 4 z badanych. Znacznie częściej identyfikowano je jako chwilowe trudności (załamanie, kryzys, problemy) związane z okolicznościami (trudne przeżycia osobiste, spiętrzenie trudności życiowych, wchodzenie w dorosłe życie) lub ogólnym „znerwicowaniem”. Tylko nieco rzadziej wskazywano na niedojrzałość charakteru lub wyczerpanie egzaminami. Interesujące, że tylko nieliczni respondenci skłonni byli zachowanie Marka zbagatelizować (7%) lub zasłonić się niewiedzą (3%).

Marek ma 19 lat, rodziców i siostrę. Rozpoczął naukę w szkole pomaturalnej. Niedawno zmarła ukochana babcia, która wychowywała go w dzieciństwie. Od kilku miesięcy przestał się uczyć, bo nie może zebrać myśli. Niechętnie chodzi do szkoły, zamyka się w swoim pokoju, nie spotyka się z kolegami. W pokoju ma bałagan i stale zasłonięte okna. Porzucił wcześniejsze zainteresowania sportowe, nie czyta gazet, unika oglądania telewizji, bo – jak wyjaśnia – „promieniowanie jest szkodliwe”. Sprawdza podawane w domu posiłki, złości się, gdy jest do nich zmuszany. Czasem wypowiada się mało zrozumiale, nawet dla najbliższych. Rozebrał gniazdko elek-

Tablica 1. Preferowany sposób identyfikacji i wyjaśniania opisanych zachowań schizofrenicznych

Jak nazwał(a)by Pan(i) to, co dzieje się z Markiem? Proszę wybrać nie więcej niż trzy określenia najtrafniej charakteryzujące jego sytuację.	Częstość (%) odpowiedzi
1. załamanie związane z trudnymi przeżyciami osobistymi	64
2. chwilowy kryzys spowodowany spiętrzeniem trudności życiowych	51
3. ogólne znerwicowanie	38
4. problemy związane z wchodzeniem w dorosłe życie	31
5. choroba psychiczna	23
6. nieprzystosowanie wynikające z niedojrzałości cech charakteru	21
7. wyczerpanie nerwowe po zwiększonym wysiłku (matura, egzaminy)	16
8. nieumiejętność poradzenia sobie w nowej szkole	7
9. nic szczególnego, zwykle kłopoty życiowe	7
Trudno powiedzieć, nie wiem	3

wypowiedzi nie sumują się do 100, ponieważ respondent mógł wybrać do 3 odpowiedzi

Analiza uwarunkowań demograficzno-społecznych nie wskazuje na znaczniejsze zróżnicowania odpowiedzi na to pytanie. Spośród analizowanych zmiennych względnie silniej różnicowały sposób odpowiadania: wykształcenie, wiek i miejsce zamieszkania. Osoby ze średnim wykształceniem częściej preferowały wyjaśnienia typu „załamanie” czy „kryzys”, osoby z wyższym wykształceniem – względnie często wskazywały na „chorobę” lub skutki „niedojrzałości” charakteru. Osoby z podstawowym wykształceniem wyróżniały się preferowaniem „znerwicowania”. Zamieszkujący większe skupiska częściej wskazywali na załamania osobiste i skutki niedojrzałości, podczas gdy mieszkańcy wsi – na „znerwicowanie” i wyczerpanie. Ludzie młodzi większą wagę przykładali do spiętrzenia trudności życiowych i skutków niedojrzałości, ludzie w średnim wieku – do załamań w następstwie osobistych trudności.

Odpowiedzi na pytanie o najskuteczniejsze formy pomocy (tabl. 2) wyraźnie preferują pomoc ze strony najbliższych, a następnie – ze strony osób, u których z racji zawodu lub pełnionej misji można spodziewać się pewnego przygotowania i umiejętności niezbędnych do rozwiązywania trudnych sytuacji życiowych. Porada psychiatry zajmuje

trzecie miejsce, przy czym wybiera ją mniej więcej co drugi z respondentów. Do rzadziej preferowanych sposobów należą „zdroworozsądkowe” porady typu zmiany miejsca pobytu, trybu życia lub poznania nowych osób. Co dziesiąty respondent wskazywał na leki uspokajające. Najrzadziej widziano rozwiązanie w próbie usamodzielnienia się.

Ocena skuteczności różnych form pomocy w niewielkim stopniu zależy od charakterystyki demograficzno-społecznej. We względnie większym stopniu zależy od wykształcenia badanych niż pozostałych zmiennych – niższy poziom wykształcenia sprzyja preferencji dla łatwiej dostępnych metod interwencji – rozmowy w gronie bliskich, wzięcia leków uspokajających lub niepodejmowania żadnych działań, natomiast wraz z wykształceniem wyraźnie wzrasta uznanie dla pomocy osób kompetentnych w życiowym doradzaniu (psycholog, osoba duchowna). Wybór porady psychiatrycznej nie wykazywał w tym względzie zróżnicowań. Osoby z wykształceniem średnim podkreślały częściej skuteczność zmiany trybu życia. Młodych ludzi wyróżniała preferencja dla zmiany trybu życia i usamodzielnienia się.

Trzecie pytanie dotyczyło również preferowanego sposobu postępowania, lecz wobec

Tablica 2. Podstawowe zróżnicowania demograficzno-społeczne odpowiedzi na pytanie o preferowany sposób identyfikacji i wyjaśniania zachowań schizofrenicznych

Zmienne analizowane		Odpowiedzi (%)**									Razem
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Płeć	mężczyźni	61	51	36	29	25	22	15	6	8	472
	kobiety	66	51	39	32	21	21	17	7	6	527
Wiek*	18–24	67	61	39	33	16	24	13	7	8	143
	45–54	68	51	43	29	21	22	17	5	10	180
	>65	56	48	37	26	21	13	18	11	6	152
Miejsce zamieszkania*	wieś	61	50	43	27	24	17	17	7	9	372
	miasto od 20 do 100 tys.	68	54	35	37	20	22	18	8	5	212
	miasto powyżej 500 tys.	75	51	32	27	24	28	9	4	1	117
Wykształcenie*	podstawowe	59	45	40	24	25	18	16	8	7	313
	średnie	73	54	36	37	19	24	15	5	5	319
	wyższe	57	45	25	30	29	37	13	10	6	82
Razem		64	51	38	31	23	21	16	7	7	999

* wybrane kategorie, ** 1 załamanie osobiste, 2 spiętrzenie trudności, 3 znerwicowanie, 4 problemy dorosłości, 5 choroba psychiczna, 6 niedojrzałość charakteru, 7 wyczerpanie nerwowe, 8 nowa szkoła, 9 nic szczególnego

Tablica 3. Preferowany sposób postępowania wobec opisanych zachowań schizofrenicznych

Jak Pan(i) sądzi, jak można pomóc Markowi w jego kłopotach? Z podanej listy proszę wybrać nie więcej niż trzy sposoby działania, według Pana(i), najskuteczniejsze w opisanej sytuacji.	Częstość (%) odpowiedzi
1. szczerą rozmową w gronie najbliższych	69
2. spotkanie z fachowcem od trudnych problemów życiowych, np. psychologiem, księdzem	62
3. porada lekarza psychiatry	48
4. zmiana trybu życia, np. wyjazd na jakiś czas, zmiana szkoły	30
5. wzmocnienie organizmu – przez odpoczynek, sen, odpowiednie jedzenie	18
6. poznanie rozsądnej dziewczyny	15
7. wzięcie środków uspokajających	11
8. usamodzielniania się, np. poprzez samodzielne zamieszkanie, podjęcie pracy	5
9. nie robić nic szczególnego, zostawić go w spokoju	5
Trudno powiedzieć, nie wiem	2

wypowiedzi nie sumują się do 100, ponieważ respondent mógł wybrać do 3 odpowiedzi

problemu już zdefiniowanego jako choroba psychiczna. Wymagało też bardziej zdecydowanego wyboru – respondentowi pozostawiono tylko jedną możliwość. Nie spowodowało to wzrostu odpowiedzi niezdecydowa-

nych (nie wiem, trudno powiedzieć). Natomiast zdecydowanie wyróżniły się preferencje dwojakiego typu – ambulatoryjnego leczenia psychiatrycznego (37%) i pomocy psychoterapeutyczno-psychologicznej (32%).

Tablica 4. Podstawowe zróżnicowania demograficzno-społeczne w odpowiedzi na pytanie o preferowany sposób pomocy wobec opisanych trudności (szczegóły w tabl. 2)

Zmienne analizowane		Odpowiedzi (%)**									Razem
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Płeć	mężczyźni	65	57	49	32	17	17	11	6	6	472
	kobiety	72	66	47	27	19	13	11	4	4	526
Wiek*	18–24	71	63	43	32	19	14	10	12	6	143
	45–54	74	63	48	24	16	14	8	1	9	180
	>65	60	56	49	22	17	15	15	5	6	152
Miejsce zamieszkania*	wieś	70	59	47	27	17	14	12	4	6	372
	miasto od 20 do 100 tys.	69	59	48	31	20	14	10	6	5	211
	miasto powyżej 500 tys.	62	68	48	32	24	12	9	4	3	117
Wykształcenie*	podstawowe	70	55	51	22	13	13	13	7	7	313
	średnie	65	69	47	35	24	14	10	6	5	318
	wyższe	55	77	54	25	21	20	4	6	1	82
Razem		69	62	48	30	18	15	11	5	5	998

* wybrane kategorie, ** 1 rozmowa z najbliższymi, 2 fachowiec od trudności, 3 porada psychiatry, 4 zmiana trybu życia, 5 wzmocnienie organizmu, 6 rozsądna dziewczyna, 7 środki uspokajające, 8 usamodzielniania się, 9 zostawić w spokoju

Tablica 5. Preferowany sposób postępowania wobec opisanych zachowań schizofrenicznych przy świadomości, że są one chorobą

Gdyby okazało się jednak, że Marek zachorował psychicznie, to co przede wszystkim należałoby mu, Pana(i) zdaniem, zapewnić? Proszę wybrać jeden sposób działania, który uważa Pan(i) za najważniejszy w takiej sytuacji.	Częstość (%) odpowiedzi*
1. leczenie przez lekarza psychiatrę w poradni zdrowia psychicznego	37
2. pomoc poprzez systematyczne spotkania z psychologiem, psychoterapeutą	32
3. ograniczenie stresów, stworzenie warunków do wyciszenia się	10
4. zachętę do „wzięcia się w garść”	6
5. skierowanie do szpitala psychiatrycznego, choćby Marek nie wyrażał na to zgody	5
6. skierowanie do szpitala psychiatrycznego, jeśli Marek zgodzi się na to	4
7. skorzystanie z usług bioenergoterapeuty, uzdrowiciela	1
8. przymusowe umieszczenie i leczenie w zamkniętym oddziale psychiatrycznym	1
9. nie trzeba robić nic szczególnego, choroby psychicznej i tak nie można wyleczyć	1
Trudno powiedzieć, nie wiem	3

* respondent mógł wybrać tylko jedną odpowiedź

Pozostałe możliwości podpowiadające „wyciszenie stresów”, „wzięcie się w garść”, hospitalizację psychiatryczną (niezależnie od stopnia dobrowolności), jak też niekon-

wencjonalne działania uzdrowicieli/bioenergoterapeutów preferowano zdecydowanie rzadziej. Prawie nikt nie był skłonny bagatelizować sytuacji.

Tablica 6. Podstawowe zróżnicowania demograficzno-społeczne w odpowiedzi na pytanie o preferowany sposób pomocy wobec trudności określonych wprost jako choroba psychiczna

Zmienne analizowane		Odpowiedzi (%)**									Razem
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Płeć	mężczyźni	39	30	10	8	5	3	1	0	1	473
	kobiety	36	35	10	5	4	4	1	1	1	527
Wiek*	18–24	31	37	14	5	3	6	0	1	1	143
	45–54	34	34	12	6	6	0	1	4	1	180
	>65	42	26	6	6	6	3	1	0	2	152
Miejsce zamieszkania*	wieś	40	29	8	7	4	4	1	0	2	372
	miasto od 20 do 100 tys.	30	37	17	5	5	2	1	2	1	212
	miasto powyżej 500 tys.	41	43	5	5	2	2	0	0	0	117
Wykształcenie*	podstawowe	42	24	8	8	3	4	2	1	1	314
	średnie	35	38	10	5	4	4	1	2	0	319
	wyższe	51	30	8	5	6	1	1	2	0	82
Razem		37	32	10	6	5	4	1	1	1	1000

* wybrane kategorie, ** 1. leczenie w poradni psychiatrycznej, 2 pomoc psychoterapeuty, 3 ograniczenie stresów, 4 „wzięcie się w garść”, 5 szpital – bez zgody, 6 szpital – za zgodą, 7 bioenergoterapeuta / uzdrowiciel, 8 szpital – przymus, 9 nic, choroby nie można wyleczyć,

Podstawowe zróżnicowania dostrzegalne były głównie w odniesieniu do trzech najczęstszych odpowiedzi. Wraz z wiekiem zmniejszało się uznanie dla pomocy psychoterapeutycznej i ograniczania stresu, natomiast rosło uznanie dla poradnictwa psychiatrycznego. Mieszkańcy małych miast częściej preferowali ograniczanie stresu, a rzadziej od pozostałych byli gotowi do wyboru ambulatorium psychiatrycznego. Natomiast uznanie dla pomocy psychologiczno-psychoterapeutycznej rosło wraz z wielkością miejscowości, w której zamieszkują respondenci. Poradnię zdrowia psychicznego wskazywały częściej osoby o podstawowym lub wyższym wykształceniu, rzadziej osoby z wykształceniem średnim, które częściej preferowały pomoc psychoterapeutyczną.

W odpowiedziach na wszystkie zadane pytania zwraca uwagę praktyczny brak zróżnicowania preferencji zależnego od płci.

Nie stwierdzono też wyraźnych i istotnych związków między preferowanymi przez respondentów metodami identyfikacji i roz-

wiązywania problemów Marka a takimi cechami ich opinii na temat chorych psychicznie, jak: wcześniejszy kontakt z osobą chorą, przyzwolenie na stosowanie przymusu wobec chorych, poziom życzliwości wobec nich (odczuwany u siebie, jak i spostrzegany u innych), uznanie dla popularnych przekonań o ich cechach (np. że chorzy są częściej wyśmiewani i krzywdzeni lub częściej zagrażający i agresywni), czy tendencja do dystansu w relacjach społecznych wobec byłych pacjentów.

OMÓWIENIE

Identyfikacja problemu. Uzyskane wyniki wskazują na stosunkowo niski (23%) odsetek osób identyfikujących zilustrowane zachowania jako chorobę psychiczną. W badaniach amerykańskich [Link i wsp 1999], australijskich [Jorm wsp 1997bc] i szwajcarskich [Lauber i wsp 2003,] ten odsetek był znacznie większy (odp. 74, 84 i 88%). Ilu-

stracje w tych badaniach nie były jednak pozabawione akcentów zwracających uwagę na pewną skrajność zachowań. W badaniach Bizonia [2001] odsetek osób identyfikujących ilustrowane zachowania jako chorobę psychiczną różnił się w zależności od tego, czy opis przedstawiał bardziej jaskrawe objawy urojeniowe (62%) czy mało wyraźne objawy deficytowe (23%). Wynikający z naszych badań stosunkowo niski poziom identyfikacji ilustrowanych zachowań ze schizofrenią może więc w pewnym stopniu wynikać z przyjętego sposobu ilustracji. Ta niska gotowość do identyfikacji ilustracji z chorobą psychiczną może skłaniać do dwojakiemu rodzaju wniosków. Z jednej strony może wskazywać na relatywnie niski poziom wiedzy Polaków na temat zaburzeń psychicznych w porównaniu ze społeczeństwami o wyższej „kulturze zdrowia psychicznego” (*mental health literacy* wg Jorma [1997a, 2000]). Z drugiej jednak, może też wskazywać na społeczną niechęć w Polsce do szybkiego psychiatrycznego etykietowania zachowań. W cytowanych badaniach szwajcarskich – stwierdzona w Polsce relacja częstości identyfikacji ilustracji schizofrenii z chorobą psychiczną (choroba < kryzys, załamanie) charakteryzowała depresję (choroba 40%, kryzys 60%), a nie schizofrenię. Ta mniej medyczna identyfikacja wiązała się z bardziej pozytywną postawą wobec chorych. Niezależnie jednak od możliwych wyjaśnień, wyniki sugerują, że mimo dość jednoznacznego dla psychiatry rodzaju problemu zdrowotnego, jego identyfikacja w kategoriach psychiatrycznych nie jest w naszym społeczeństwie częsta i ustępuje pola identyfikacjom związanym z atrybutami pewnej chwilowości i odwracalności (załamanie, kryzys, wchodzenie w dorosłość). Mniejsze, zbliżone do choroby znaczenie ma identyfikacja związana z trwałszymi dyspozycjami psychicznymi (znerwicowanie, niedojrzałość), a najmniejsze – związana z doraźnymi okolicznościami (egzamin, nowa szkoła). Program przeciwdziałający stygmatyzacji powinien zaplanować, jakie tendencje identyfikacyjne będą

w procesie społecznej edukacji wzmacniane i w jaki sposób.

Preferowane sposoby pomocy. Uzyskane wyniki sugerują, że w sytuacji definiowania trudnego problemu w warunkach naturalnych (możliwość wyboru), opinia publiczna zaleca częściej interwencje nieinstytucjonalne, realizowane poza systemem opieki zdrowotnej (rozmowa w gronie rodzinnym, spotkania z doradcą życiowym) niż w obrębie tego systemu (porada psychiatry). Choć warto zauważyć, że częstość wskazywania na poradę psychiatry (48%) niemal dwukrotnie przekroczyła częstość definiowania problemu jako „choroby psychicznej” (23%). Mniej często, choć w sumie nierzadko, wskazywano „zdroworozsądkowe” działania polegające na wprowadzeniu jakichś zmian (trybu życia, wzmocnienia, poznania kogoś, usamodzielnienia się). Stosunkowo rzadko (11%) respondenci wymieniali leki uspokajające. Taki układ spontanicznych zaleceń terapeutycznych można uznać za odpowiadający tendencjom w zakresie sposobu identyfikowania problemu opisywanym przez innych autorów [Hugo i wsp 2003]. Jednak wyniki badań niektórych autorów sugerują, iż identyfikowanie trudnych problemów jako schizofrenicznych pociąga za sobą szereg specyficznych cech reakcji społecznej, która jest częściej nieprzyjazna, stereotypowa, instytucjonalna, dopuszczająca skorzystanie z mniej chętnie aprobowanych metod (np. „leków psychotropowych”). Angermayer i Matschinger [1999, 2001] stwierdzili, że ilustracja depresji pociąga za sobą częściej wybór niefachowego (*lay*) niż eksperckiego systemu pomocy, w przypadku schizofrenii wybory są odwrotne. W późniejszych badaniach ci sami autorzy [2003] wykazali, iż ilustracje zachowań depresyjnych, inaczej niż schizofrenicznych, pociągają za sobą przeważnie reakcje pozytywne, a mniej strachu związanego z zagrożeniem i nieprzewidywalnością. W badaniach Jorma i wsp. [1997] nielubiany przez respondentów system pomocy „medycznej” (leki, oddział, EW) był częściej aprobowany w stosunku do schizofrenii niż depresji, choć

preferowanym w schizofrenii był system „psychologiczny” (porady fachowców, psychoterapia), a w depresji – system „życiowy” (rodzina, przyjaciele, natura, wysiłek fizyczny). Mimo oczywistych zastrzeżeń wynikających z częściowej tylko porównywalności wyników cytowanych badań, stwierdzenie przewagi „niemedycznych” preferencji pozostaje w miarę stałym wnioskiem. Jego znaczenie może być punktem wyjścia dla różnych programów działania – przybliżania i ułatwiania kontaktu z pomocą medyczną, zwykle konieczną, ale – z drugiej strony – do doceniania wartości owych spontanicznych, pozamedycznych źródeł oparcia, których brak w tzw. cywilizowanych krajach, jak wynika ze znanych badań WHO [Jablensky i wsp. 1992], pogarsza odległe rokowanie zaburzeń schizofrenicznych.

W sytuacji zdefiniowanej jako problem psychiatryczny, preferencje Polaków faworyzują system instytucjonalnej opieki zdrowotnej. Szukanie pomocy w poradni psychiatrycznej lub szpitalu psychiatrycznym jest pierwszym wyborem blisko połowy badanych (łącznie 47%), przy wyraźnym (4:1) faworyzowaniu poradni przed szpitalem i aprobacie hospitalizacji niedobrowolnej (bez zgody 6% , za zgodą 4%). Jednak nadal jest to tylko niemal połowa badanych, a co najmniej tyle samo osób nie widzi konieczności skorzystania z oferty pomocy psychiatrycznej! Odpowiedzi wskazujące na preferowanie systematycznej pomocy psychologiczno-psychoterapeutycznej pojawiały się niewiele rzadziej, choć pomoc tego rodzaju w Polsce w odniesieniu do chorych na schizofrenię jest mało dostępna i traktowana raczej jako uzupełnienie niż zasadnicza część skutecznej interwencji. Wyraźne zróżnicowanie preferencji wobec systemu „medycznego” w stosunku do „psychologicznego” sygnalizowane przez wspomniane wyniki Jorma i wsp [1997] w naszej sytuacji nie znajduje potwierdzenia. Natomiast preferencja dla wyróżnionego przez nich systemu interwencji „życiowych”, któremu tu odpowiadają propozycje „wyciszenia stresu” i „wzięcia się w garść” (razem

16%), wyraźnie ustępuje obu preferencjom fachowym („eksperckim”). Innym wyjaśnieniem porównywalnej preferencji kwalifikacji „lekarskich” i „psychologiczno-psychoterapeutycznych” może być w Polsce niezbyt jeszcze jasne rozeznanie ich zróżnicowanych zadań i kompetencji oraz słaba dostępność tych drugich.

Uwarunkowania. Znaczenie uwarunkowań społeczno-demograficznych okazało się bardzo umiarkowane, a odnotowane zróżnicowania wynikające głównie z wieku, miejsca zamieszkania i wykształcenia nie wykazywały jakiejś konsekwentnej tendencji, poddającej się przejrzystej interpretacji. Autorzy innych badań rzadko zwracają na nie większą uwagę. Ich słaby wyraz w badaniach obejmujących większe grupy i obszary społeczne może wynikać z wielu lokalnych uwarunkowań, które zacierają ogólne tendencje. Brak wpływu płci na zróżnicowania omawianych preferencji wskazywały badania w Niemczech [Angermayer i wsp 1998].

Warta podkreślenia jest zdecydowana przewaga preferencji dla poradnianych niż dla szpitalnych form pomocy, która stanowić może jeden z argumentów przemawiających za rozwijaniem środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej.

Dość nieoczekiwanie natomiast nie udało się wskazać żadnych bardziej przekonujących związków między sposobem identyfikowania problemu i szukaniem pomocy a różnymi zmiennymi charakteryzującymi postawy respondentów wobec osób chorych psychicznie. Wnioski utrudniał jednak charakter zastosowanych pytań (wielokrotnego wyboru), które nie poddają się podstawowym metodom analizy statystycznej. Z drugiej strony mógł oddziaływać stosunkowo słaby w Polsce [por. Wciórka i Wciórka 2000] poziom „kultury zdrowia psychicznego” (*mental health literacy*) – tj. słaby stopień poinformowania na ten temat i umiejętności posługiwania się tego rodzaju wiedzą w praktyce. Przytaczane tu już wyniki badań reprezentatywnych pokazują jak różne i zróżnicowane są opinie w innych społeczeństwach, w których odpowiednie pro-

gramy edukacyjne oraz codzienna praktyka systemów opieki zdrowotnej i społecznej rozwijane były wcześniej.

Ten niezróżnicowany i jakby niepewny obraz opinii publicznej w Polsce stanowi – jak sądzimy – realne zadanie dla polskiej psychiatrii społecznej i wyzwanie dla całego społeczeństwa polskiego.

WNIOSKI

1. Ani w sposobie identyfikowania problemu zachowań typowych dla rozpoczynających się zaburzeń schizofrenicznych, ani w preferowanych sposobach udzielania w takich sytuacjach pomocy, psychiatryczna perspektywa nie jest pierwszoplanowa i ustępuje w opinii publicznej pola innym wyjaśnieniom i rozwiązaniom.
2. Jasne określenie problemu w kategoriach psychiatrycznych („choroba psychiczna”), wysuwa pomoc psychiatryczną na plan pierwszy, jednak z częstością daleką od oczekiwanej (tylko niecała połowa badanych) i tylko z niewielką przewagą nad systematyczną pomocą psychologiczno-psychoterapeutyczną.
3. Społeczeństwo polskie przedkłada poradzane formy pomocy psychiatrycznej nad szpitalnymi.
4. Społeczny dystans wobec pomocy psychiatrycznej może opóźniać i utrudniać jej celowe wykorzystanie

PIŚMIENNICTWO

1. Angermeyer MC, Matschinger H. Lay beliefs about mental disorders: a comparison between the western and the eastern parts of Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1999; 34(5): 275–81.
2. Angermeyer MC, Matschinger H. Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2003; 38(9): 526–34.
3. Angermeyer MC, Matschinger H. The stigma of mental illness: effects of labeling on public

- attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2003; 108(4): 304–9.
4. Angermeyer MC, Matschinger H, Holzinger A. Gender and attitudes towards people with schizophrenia. Results of a representative survey in the Federal Republic of Germany. *Int J Soc Psychiatry.* 1998;44(2): 107–16.
 5. Angermeyer MC, Matschinger H, Riedel-Heller SG. What to do about mental disorder-help-seeking recommendations of the lay public. *Acta Psychiatr Scand.* 2001; 103(3): 220–5.
 6. Barbaro B de. (wystąpienie na konferencji) Schizofrenia – różne konteksty, różne terapie. Kraków; 2002.
 7. Bhugra D. Attitudes towards mental illness: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand.* 1989; 80: 1–12.
 8. Bizoń Z. Ocena zaburzeń psychicznych i postawy wobec psychicznie chorych wśród ludności miasta Warszawy. W: Kokoszka A, Wojnar M (red) *Profesor Bizoń i jego idee.* Kraków; PTPiB: 2001, s. 133–194.
 9. Brodniak WA. *Choroba psychiczna w świadomości społecznej.* Warszawa: Oficyna Naukowa; 2000.
 10. Byrne P. Stigma of mental illness. Changing minds, changing behaviour. *Brit J Psychiatry.* 1999; 174: 1–2.
 11. Cechnicki A, Bielańska A: Schizofrenia – otwórzcie drzwi: program przeciw piętnu i dyskryminacji osób chorych na schizofrenię. W: Bomba J, de Barbaro B. *Schizofrenia – różne konteksty, różne terapie.* 2. Kraków: Komitet Red-Wyd PTP; 2002, s. 103–109.
 12. Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry.* 2000 Jul; 177: 4–7.
 13. Finzen A. Schizophrenie als eine Metaphor. *Psychiatr Prax.* 1994 Mar; 21(2): 47–9.
 14. Finzen A. Psychose und Stigma. Stigmabewältigung – zum Umgang mit Vorurteilen und Schuldzuweisungen. Bonn: Psychiatrie Verlag; 2001.
 15. Gaebel W, Baumann A, Witte AM, Zaeske H. Public attitudes towards people with mental illness in six German cities: results of a public survey under special consideration of schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2002; 252(6): 278–87.
 16. Hugo CJ, Boshoff DE, Traut A, Zungu-Dirwayi N, Stein DJ. Community attitudes toward and knowledge of mental illness in South Africa

- Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2003; 38(12): 715–9.
17. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE, Day R, Bertelsen A: Schizophrenia: manifestation, incidence and course in different cultures. New York: Cambridge Univ Press; 1992.
 18. Jorm AF. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental illness. *Brit J Psychiatry*. 2000; 177: 396–401.
 19. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Henderson S. Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. *Aust N Z J Psychiatry*. 1999; 33(1): 77–83.
 20. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med. J Aust*. 1997a; 166: 182–186
 21. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. Public beliefs about causes and risk factors for depression and schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1997b; 32(3): 143–8.
 22. Jorm AF, Korten AE, Rodgers B, Pollitt P, Jacomb PA, Christensen H, Jiao Z. Belief systems of the general public concerning the appropriate treatments for mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1997c; 32(8): 468–73.
 23. Larsen TK, McGlashan TH, Johannessen JO, Friis S, Guldborg C, Haahr U, Horneland M, Melle I, Moe LC, Opjordsmoen S, Simonsen E, Vaglum P. Shortened duration of untreated first episode of psychosis: changes in patient characteristics at treatment. *Am J Psychiatry*. 2001; 158(11): 1917–9.
 24. Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rossler W. Lay recommendations on how to treat mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001; 36(11): 553–6.
 25. Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rossler W. Do people recognise mental illness? Factors influencing mental health literacy. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2003; 253(5): 248–51.
 26. Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health*. 1999; 89(9): 1328–33.
 27. Rabkin J. Public attitudes toward mental illness: a review of the literature. *Schizophr Bull*. 1974; 10: 9–33.
 28. Stuart H, Arboleda-Florez J. Community attitudes toward people with schizophrenia. *Can J Psychiatry*. 2001; 46(3): 245–52.
 29. Thompson AH, Stuart H, Bland RC, Arboleda-Florez J, Warner R, Dickson RA, Sartorius N, Lopez-Ibor JJ, Stefanis CN, Wig NN. Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002 Oct; 37(10): 475–82.
 30. Wciórka B, Wciórka J. Stereotyp i dystans – choroby psychiczne i chorzy psychicznie w opinii społeczeństwa polskiego (1996 i 1999). *Post Psychiatr Neurol*. 2000; 9(3): 353–382.

*Adres: Jacek Wciórka, I Klinika Psychiatryczna IPiN,
Al. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa; wciorka@ipin.edu.pl*