



Piętno choroby psychicznej

Stigma of mental illness

PIOTR ŚWITAJ

Z I Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE

Cel. W pracy scharakteryzowano problem napiętnowania społecznego chorych psychicznie.

Poglądy. Przedstawiono podstawowe założenia teoretyczne koncepcji stygmatyzacji, wywodzące się z rozważań Ervinga Goffmana oraz ich współczesne rozwinięcie. Położono nacisk na najbardziej wszechstronne ujęcie, autorstwa Linka i wsp., w których stygmatyzacja ma miejsce wtedy, gdy współwystępują: etykietowanie, stereotypizacja, oddzielenie, reakcje emocjonalne, utrata statusu społecznego i dyskryminacja oraz władza jednej grupy społecznej nad inną. Omówiono podstawowe metody badania stygmatyzacji chorych psychicznie oraz jej skutki, a także rolę, jaką w tym procesie odgrywają media.

Wnioski. Choroba psychiczna należy do najsilniej społecznie wykluczających stygmatów. Napiętnowanie społeczne i dyskryminacja osób z zaburzeniami psychicznymi jest problemem uniwersalnym, a obecnie nabiera szczególnego znaczenia, gdyż utrudnia lub uniemożliwia realizację podstawowego postulatu współczesnej psychiatrii środowiskowej, jakim jest integracja społeczna chorych. Uwzględnienie tego społecznego kontekstu zaburzeń psychicznych jest niezbędne dla skutecznego ich leczenia.

SUMMARY

Objective. The problem of social stigmatization of the mentally ill is characterized in the paper.

Review. The basic theoretical assumptions of the stigmatization concept originating from the work by Erving Goffman, as well as their contemporary developments are presented in the paper. An emphasis was laid on the most comprehensive approach proposed by Link et al.. According to the authors, stigmatization can be recognized if there is a concurrence of labeling, stereotypy, exclusion, emotional reactions, loss of social status, and discrimination, as well as ruling of one social group by another. Major methods of investigating stigmatization in the mentally ill, its effects and the role of mass media in this process are discussed.

Conclusions. Mental illness can be regarded as one of the most powerful socially excluding stigmata. Social stigmatisation and discrimination of persons with mental disorders is a universal problem, of particular importance at present, since it hampers or even precludes implementation of the fundamental postulate of contemporary community psychiatry, i.e. social integration of the patients. This social context of mental disorders must be taken into account for their effective treatment.

Słowa kluczowe: piętno / choroba psychiczna

Key words: stigma / mental illness

Do nauk społecznych termin „piętno” został wprowadzony przez amerykańskiego socjologa Ervinga Goffmana, który w 1963 r. opublikował swą głośną książkę pod takim tytułem. Według Goffmana piętno, stygmat – to silnie dyskredytująca właściwość, która sprawia, że osoba, która ją posiada jest postrzegana jako odmienna, splamiona, umniejszona, a nawet jako „nie w pełni człowiek” [1]. Podobnie ujmują piętno Jones i wsp., którzy definiują je jako „właściwość, która naznacza jednostkę jako dewiacyjną, niedoskonałą, ograniczoną, zepsutą lub niepożądaną pod jakimkolwiek innym względem” [za: 2]. Taki negatywny atrybut w pewien sposób narzuca się spostrzegającemu, określa społeczną tożsamość osoby, spychając na dalszy plan wszystkie inne jej cechy, tak że jest ona postrzegana poprzez pryzmat owej skazy. Goffman był świadom, że termin „piętno” nieco nadmierne ogniskuje uwagę na właściwościach osób i podkreślał, że w zasadzie powinno się mówić nie o atrybutach, właściwościach, gdyż one w różnych kontekstach spo-

łecznych mogą mieć odmienne znaczenie. Potrzebny jest raczej „język relacji”. Ta relacja to pewna współzależność między „atrybutem a stereotypem” [1, 3]. Być może właśnie dzięki takiej trafnej intuicji w języku polskim znacznie częściej mówi się o stygmatyzacji niż o stygmacie, podkreślając w ten sposób, że chodzi tu o proces społeczny angażujący zarówno „napiętnowanych” jak i „normalnych” (terminologia Goffmana) – czyli wolnych od piętna. Określenia te odnoszą się nie tyle do konkretnych grup osób, ile raczej wyznaczają pewną perspektywę, gdyż w tym procesie ludzie często występują w obu rolach w zależności od okoliczności.

STYGMATYZACJA

Uwzględniając powyższe zastrzeżenia Link i Phelan w pracy *Conceptualizing stigma* zaproponowali szerokie ujęcie stygmatyzacji jako wieloetapowego procesu,

zakładającego współwystępowanie szeregu wzajemnie powiązanych elementów, takich jak: etykietowanie, stereotypizacja, oddzielenie, utrata statusu społecznego, dyskryminacja. Poza tym autorzy uważają, że napiętnowanie społeczne zakłada jakiś rodzaj władzy jednej grupy osób nad drugą [3].

Etykietowanie polega na wyróżnieniu i nazwaniu pewnych społecznie istotnych różnic. Etykietami mogą stać się tylko takie cechy, które są społecznie istotne, a więc na przykład kolor skóry, preferencje seksualne czy choroba psychiczna, choć społeczne znaczenie poszczególnych cech może różnić się w różnych miejscach i w różnym czasie. Poza tym etykieta nie jest po prostu właściwością osoby, ale jest jej przypisywana, a jej zasadność jest kwestią otwartą. Na przykład między białym a czarnym kolorem skóry istnieje cały wachlarz odcieni pośrednich. Tak samo nie ma ostrych granic między zdrowiem a chorobą psychiczną, dlatego etykieta „czarnego” czy „chorego psychicznie”, nie mówiąc już o takich historycznych etykietach jak np. „czarownica”, nie jest po prostu cechą, ale – do pewnego przynajmniej stopnia – produktem pewnego procesu społecznego [3]. Etykiety przypisywane tym samym grupom społecznym mogą różnić się ładunkiem emocjonalnym – niektóre są mniej lub bardziej politycznie poprawne, np. „użytkownik zakładów psychiatrycznych”, „klient”, „pacjent”, czy „chory psychicznie”, a inne obraźliwe, np. „wariat”. Swoistym rodzajem etykiety jest również diagnoza psychiatryczna i warto sobie zdawać sprawę z jej społecznego kontekstu.

Stereotypizacja jest kolejnym, prawdopodobnie najlepiej opisanym i przebadanym elementem procesu społecznego piętnowania, polegającym na powiązaniu wyróżnionych kategorii społecznych z negatywnymi stereotypami. Nie wchodząc w bardzo liczne kontrowersje dotyczące pojmowania stereotypów – ich genezy, cech, funkcji [2, 4, 5] – można je określić jako szczególnego rodzaju reprezentacje poznawcze grup społecznych, rzadziej pojedynczych osób, które charakteryzują się: nadmiernym uproszczeniem (ubóstwem treści), silnym zabarwieniem afektywnym, nadmierną generalizacją („wszyscy są tacy sami”) oraz względną trwałością (niewielką podatnością na zmiany) [5]. Na przykład na stereotyp chorych psychicznie składają się zwykle przekonania o ich agresywności, nieprzewidywalności, mniejszej sprawności intelektualnej, niezdolności do świadomego pokierowania swoim postępowaniem itp. Warto zaznaczyć, że w ostatnich latach często odchodzi się od wartościowania procesu stereotypizacji i traktowania go jako przejawu pewnej sztywności myślenia czy wręcz moralnej ułomności. Wielu badaczy uważa, że automatyczny proces kategoryzacji jest wpisany w nasz sposób spostrzegania świata i odgrywa ważną rolę w przetwarzaniu informacji. Również kwestia nietrafności stereotypów, dawniej przez wielu uważana za oczywistą, nie jest bynajmniej przesądzona, a wyniki badań są niejednoznaczne i nakazują traktowanie tej sprawy z ostrożnością.

Niejasna jest również kluczowa dla zrozumienia procesów stygmatyzacji kwestia związku między stereotypami a zachowaniem.

Oddzielenie „nas” od „nich” – to następny etap procesu stygmatyzacji. Negatywny stereotyp powiązany z pewną kategorią osób jest przesłanką do uznania ich za istotnie odmienne, inne od „normalnej” reszty. Ta postrzegana odmienność nie jest powierzchowna, lecz stanowi o ich tożsamości społecznej (mają one „skażoną tożsamość” – *spoiled identity* wg Goffmana), co przejawia się w nazywaniu np. osób cierpiących na schizofrenię „schizofrenikami” (na chorobę się przecież cierpi, ale schizofrenikiem się jest). Jak wspomniano, Goffman twierdził, że w takim postrzeganiu jednostki jako fundamentalnie odmiennej zawarte jest *implicite* przekonanie, że nie jest ona w pełni człowiekiem.

Opisane dotychczas zjawiska przygotowują grunt pod społeczne odrzucenie, wykluczenie i *dyskryminację*. Większość definicji piętna nie uwzględnia tego – wydawałoby się oczywistego – elementu albo nie mówi o nim wprost. Dyskryminacja to niewłaściwe traktowanie poszczególnych jednostek z powodu ich przynależności grupowej – wybiórcze, nieuzasadnione, negatywne zachowanie wobec członków stereotypizowanej grupy [6]. W ostatnich latach pod wpływem szeroko propagowanej poprawności politycznej przejawy bezpośredniej dyskryminacji wobec członków różnych mniejszości są znacznie rzadsze, jednak należy zwrócić uwagę, że dyskryminacja może często mieć charakter strukturalny i niekoniecznie wyrażać się przez otwartą wrogość czy niechęć. Przez strukturalną dyskryminację rozumie się różne instytucjonalne formy utrwalania czy pogłębiania nierówności między grupami społecznymi, np. poprzez nierównomierną dystrybucję środków finansowych (np. relatywnie małe nakłady na leczenie zaburzeń psychicznych) lub poprzez pewne uregulowania prawne, np. ograniczające w niesprawiedliwy sposób prawa obywatelskie osób chorujących psychicznie [3, 7, 8].

Utrata statusu społecznego i marginalizacja osób napiętnowanych jest dopełnieniem procesu.

Niedawno Link i wsp. [9] uzupełnili koncepcję o jeszcze jeden element – *reakcje emocjonalne* – zarówno tych, którzy stygmatyzują (np. gniew, irytacja, lęk, litość), jak i stygmatyzowanych (np. zakłopotanie, wstyd, lęk, gniew), argumentując, że uwzględnienie tego czynnika jest niezbędne dla zrozumienia zachowań członków obu grup.

Jak wspomniano, autorzy podkreślają również, że jakaś kategoria osób może zostać skutecznie napiętnowana tylko wówczas, gdy inna grupa osób ma nad nią władzę – społeczną, ekonomiczną lub polityczną. Dla przykładu, pacjenci w szpitalu psychiatrycznym mogą w pewien sposób etykietować psychiatrów, postrzegać ich w stereotypowy sposób, unikać kontaktu z nimi, używać obraźliwych określeń, grozić, żartować z nich, jednak ponieważ nie mają oni nad nimi żadnej władzy, nie można mówić w tym kontekście o stygmatyzacji.

„Zinternalizowane piętno” i efekt „oczekiwanego odrzucenia”

Krytycy koncepcji stygmatyzacji czasem podnoszą zarzut, że postawy społeczne wobec chorych psychicznie w ostatnim czasie uległy znacznej poprawie, a spora grupa pacjentów ma trudności z przytoczeniem konkretnych przykładów doświadczanej dyskryminacji. Niektórzy badacze zwracają jednak uwagę, że piętno społeczne może oddziaływać również poprzez szereg bardziej subtelnych mechanizmów niż tylko jawna dyskryminacja. Podkreśla się często znaczenie procesów działających poprzez napiętnowane jednostki, będących skutkiem internalizacji i odniesienia do siebie negatywnych stereotypów społecznych (określa się te procesy jako internalizację piętna lub samo-napiętnowanie – *self-stigma*, w odróżnieniu od napiętnowania publicznego – *public stigma*) [8, 10, 11, 12]. Bruce Link uwypuklił znaczenie tych zjawisk w sformułowanej przez siebie tzw. zmodyfikowanej teorii etykietowania, którą poddał empirycznej weryfikacji [3, 13, 14]. Według tej teorii ludzie w trakcie procesu socjalizacji internalizują społeczne koncepcje choroby psychicznej i uczą się postaw społecznych wobec chorych psychicznie. W ten sposób już na wczesnym etapie rozwoju kształtuje się wyobrażenie, co to znaczy być chorym psychicznie, a niebagatelną rolę odgrywają tu funkcjonujące w języku określenia chorych psychicznie, żarty, kreskówki, sposób przedstawiania ich w mediach itp. Na ogół stopniowo powstaje przekonanie, że postawy społeczne wobec chorych psychicznie są generalnie negatywne, tzn. że na przykład większość ludzi odrzuciłaby taką osobę jako przyjaciela, pracownika, sąsiada czy partnera życiowego i uważałaby ją za mniej wiarygodną, inteligentną, kompetentną itp. Gdy ktoś zaczyna leczyć się psychiatrycznie, tzn. otrzymuje „oficjalną etykietę” pacjenta, owe zinternalizowane przekonania nabierają dla niego nowego znaczenia – zaczynają odnosić się do niego i przekształcają się w „oczekiwane odrzucenie”, które wywiera niekorzystny wpływ na sposób przeżywania siebie i na relacje społeczne. Link wyróżnia trzy sposoby, za pomocą których pacjenci próbują radzić sobie z naznaczeniem społecznym:

- zachowywanie swojej choroby w tajemnicy (*secrecy*),
- wycofanie społeczne (*withdrawal*), tzn. ograniczenie kontaktów społecznych np. do wąskiego kręgu rodzinnego lub do osób naznaczonych tym samym piętnem oraz
- edukowanie innych (*education*), czyli aktywna próba zmiany nieprzychylnych postaw społecznych.

Te strategie wprawdzie mogą chronić przed niektórymi negatywnymi aspektami etykietowania, jednak niosą ze sobą nowe zagrożenia, np. edukowanie innych wiąże się z ujawnieniem swojego statusu i może narażać na ryzyko odrzucenia i dyskryminacji, a wycofanie się z kontaktów społecznych przyczynia się do społecznej izolacji i zmniejszenia szans życiowych, nawet pod nieobecność jawnej dyskryminacji.

Warto jednak podkreślić, że sama świadomość stereotypów społecznych dotyczących własnej grupy nie

jest tożsama z ich internalizacją. Samo-napiętnowanie nie dotyczy wszystkich chorujących psychicznie – niektórzy są obojętni na istniejące negatywne stereotypy i dyskryminację, jeszcze inni reagują na nie „ślusznym gniewem”. Rodzaj reakcji ma zależeć zwłaszcza od stopnia akceptacji stereotypów i siły identyfikacji grupowej [15]. Niektórzy autorzy rozpatrują samo-napiętnowanie jako biegunowe przeciwieństwo umacniania (*empowerment*), rozumianego jako zyskiwanie lub odzyskiwanie poczucia kontroli nad własnym życiem i leżeniem, wiążące się z wysoką samoocena i poczuciem samo-skuteczności [16, 17, 18, 19]. W takim ujęciu reakcje pacjentów na piętno społeczne stanowią pewne kontinuum.

Rodzaje piętna

Goffman wyróżnił trzy rodzaje piętna:

- ułomność ciała, np. otyłość, kalectwo fizyczne, deformacje twarzy itp.,
- indywidualne skazy postrzegane jako przejawy słabości woli czy wady charakteru, np. choroby psychiczne, uzależnienia, homoseksualizm, bezrobocie, pobyt w więzieniu, prostytutka oraz
- plemienne piętno rasy, narodowości i religii.

W zasadzie można powiedzieć, że wszelkie formy nieprzystosowania społecznego czy odmienności mogą w pewnych okolicznościach stać się piętnem i wzbudzać podobne reakcje społeczne. Warto zwrócić jeszcze uwagę na dość szczególny rodzaj piętna, mianowicie dotyczący rodzin i przyjaciół osób napiętnowanych („piętno przeniesione” – w różnych kontekstach: *courtesy stigma*, *associative stigma*, *stigma by association*, czasem *family stigma*). Goffman twierdził, że przynajmniej w części dzielą oni brzemień ciężące na ich bliskich. Badania przeprowadzone wśród rodzin osób leczących się psychiatrycznie zdają się potwierdzać, że jest to istotny problem [20, 21, 22, 23, 24]. Niektórzy dowodzą, że podobne piętno społeczne w pewnym stopniu dotyczy także pracowników psychiatrycznej opieki zdrowotnej, jednak dotychczas niewiele jest badań empirycznych na poparcie tej tezy [8, 25, 26].

Wymiary piętna

Łatwo zauważyć, że wiele stygmatów nie daje się jednoznacznie przyporządkować do wyróżnionych przez Goffmana kategorii, np. otyłość może być postrzegana zarówno jako ułomność ciała, jak i defekt charakteru [27], dlatego bardziej płodnym podejściem wydaje się podejmowana przez niektórych autorów (Jones i wsp., Crocker i Major) próba określenia tzw. wymiarów piętna, jak np.:

- widoczność (możliwość ukrycia),
- pochodzenie i związana z tym możliwość kontrolowania (stopień „zawinięcia”, osobistej odpowiedzialności),
- zagrożenie dla innych,
- stopień zakłócenia relacji społecznych,
- właściwości estetyczne,

- stopień „centralności” (znaczenie dla poczucia własnej tożsamości),
- odwracalność (w przypadku choroby – uleczalność),
- czas, jaki upłynął od pojawienia się piętna [za: 9, 27].

Wymienione cechy piętna decydują zarówno o subiektywnych aspektach doświadczania go, sposobach radzenia sobie z nim, jak i o reakcjach społecznych, jakie wzbudza.

CHOROBA PSYCHICZNA JAKO PIĘTNO SPOŁECZNE

Wprawdzie Goffman uważał, że piętno jest pewną relacją między atrybutem a stereotypem, jednak zaznaczał, że niektóre atrybuty niemal zawsze stają się stygmatami. Wydaje się, że tak jest właśnie z chorobami psychicznymi, które w każdej epoce historycznej i we wszystkich kulturach miały i mają charakter piętnujący, choć oczywiście w różnym stopniu. Przegląd obecnie prowadzonych badań dowodzi, że problem jest powszechny [28, 29], a choroba psychiczna należy do najsilniej społecznie wykluczających stygmatów. Spośród zaburzeń psychicznych z kolei do najbardziej stygmatyzujących wydaje się należeć schizofrenia, którą Torrey nazwał wręcz współczesnym odpowiednikiem trądu [30]. Schizofrenia w świadomości społecznej jest niemal synonimem choroby psychicznej, szaleństwa, a sama nazwa obrosła licznymi mitami („rozdwojenie osobowości”) i funkcjonuje w języku w bardzo różnych kontekstach, często odległych od pierwotnego.

Metody badania stygmatyzacji chorych psychicznie

Stygmatyzacja jest bardzo złożonym, wieloetapowym procesem, dlatego nie ma uniwersalnej miary piętna społecznego, a poszczególne badania siłą rzeczy muszą skupiać się raczej na wybranych jego elementach [9, 31]. W badaniach stygmatyzacji chorych psychicznie wykorzystuje się metody zaczerpnięte z różnych dziedzin, np. psychologii społecznej, socjologii, psychiatrii.

Do najliczniejszych należą badania opinii i postaw społecznych wobec chorób psychicznych i osób chorych psychicznie [32, 33, 34, 35]. Przeprowadza się je na reprezentatywnych grupach społeczeństwa lub na pewnych węższych grupach, np. określonych terytorialnie, bądź też takich, których postawy mają albo szczególne znaczenie dla zrozumienia procesu stereotypizacji (np. dzieci), albo duże znaczenie praktyczne dla funkcjonowania osób chorych psychicznie (np. pracodawcy, personel zakładów psychiatrycznych). W badaniach tego rodzaju stosuje się takie metody, jak np. skale dystansu społecznego, dyferencjał semantyczny, różne miary atrybucji, skale pomiaru reakcji emocjonalnych itp. [9].

Czasem wykorzystuje się również krótkie opisy osób i ich zachowań w różnych sytuacjach (tzw. ilustracje, *vignettes*), które spełniają rolę bodźca, na który badani mają w jakiś sposób zareagować. Metodę tą łączy się zwykle z innymi metodami, np. z pomiarem dystansu

społecznego. Manipulując eksperymentalnie takimi zmiennymi jak np. wiek, płeć, nasilenie objawów czy rozpoznanie psychiatryczne opisywanych osób, można wyizolować i zmierzyć ich wpływ modyfikujący reakcje społeczne. Identyczne opisy zachowań powodują na ogół bardziej nieprzychylnę ocenę, wiążą się z wyższym poziomem lęku i z większym społecznym dystansem, jeśli towarzyszy im informacja, że opisywana osoba leczy się psychiatrycznie [za: 36].

Eksperymentalne badania behawioralne z kolei mają na celu uchwycenie i pomiar niedostępnych w sondażowych badaniach opinii publicznej elementów postaw wobec chorych psychicznie i wpływu etykiet na przebieg interakcji społecznej. Istnieje wiele odmian takich eksperymentów [9, 28, 31, 37, 38, 39]. Mogą one polegać np. na ocenie zachowań ludzi, których doprowadza się do błędnego przekonania, że mają do czynienia z osobą chorą psychicznie, np. w sytuacji poszukiwania przez nią mieszkania, pracy itp. Czasem stwarza się w tym celu niejako laboratoryjne warunki, sztuczne sytuacje, w których dokonuje się oceny zachowania i reakcji uczestników badania. Badania tego typu wskazują, że sama informacja o przebytych leczeniu psychiatrycznym, przy braku jakichkolwiek objawów zaburzeń psychicznych u danej osoby, pod wpływem uaktywnionego stereotypu prowadzi często do fałszywej interpretacji jej zachowania, zaniżonej oceny jej możliwości oraz może znacznie utrudniać np. znalezienie zatrudnienia, zakwaterowania czy przyjęcie do szkoły. Można również oceniać wpływ etykiety na zachowanie osoby nią naznaczonej. Wykazano, że fałszywe przekonanie uczestnika eksperymentu, że inni postrzegają go jako napiętnowanego, wpływa negatywnie na jego zachowanie w relacjach społecznych i w konsekwencji prowadzi do nieprzychylnych ocen.

Prowadzi się również badania wśród osób leczących się psychiatrycznie, a także ich rodzin i opiekunów – jakościowe, np. przy pomocy metody grupowego wywiadu tematycznego – *focus group interview* [40], lub ilościowe – używając samoopisowych kwestionariuszy zawierających pytania dotyczące doświadczeń z napiętnowaniem i dyskryminacją lub też przewidywania negatywnych reakcji społecznych i odrzucenia. Mierzone w ten sposób subiektywne doświadczenie piętna społecznego (poczucie napiętnowania) może do pewnego stopnia zależeć od charakterystyki klinicznej pacjentów i ich symptomatologii psychiatrycznej, jednak rodzaj tych związków różnił się w poszczególnych badaniach, w zależności od przyjętej metody [13, 41, 42, 43].

Osobną grupę stanowią badania sposobu przedstawiania chorób psychicznych i osób chorych psychicznie w środkach masowego przekazu. Oprócz analizy jakościowej, podejmuje się często próby bardziej wymiernej oceny częstości występowania stygmatyzujących treści w mediach. W celu określenia społecznych skutków zniekształconego obrazu medialnego chorych psychicznie, niekiedy wykorzystuje się także różne odmiany metod eksperymentalnych lub quasi-ekspery-

mentalnych, np. przedstawiając uczestnikom badania stygmatyzujący film lub artykuł prasowy, a następnie mierząc jego wpływ na postawy społeczne [44, 45].

Rola mediów

Media odgrywają bardzo istotną rolę w kształtowaniu postaw społecznych i mogą przyczyniać się do społecznego napiętnowania chorych psychicznie poprzez powielanie i wzmacnianie obiegowych negatywnych stereotypów na ich temat. Szczegółowe analizy wykazują, że obraz chorych psychicznie w mediach jest pod wieloma względami zniekształcony. Są oni często portretowani jako bardzo odmienni od większości ludzi, niesympatyczni, nieprzewidywalni, niebezpieczni, czasem śmieszni, a niekiedy – w przypadku filmów – nawet wyglądają inaczej [28, 44, 45]. Szczególnie drastycznym przykładem może być polski film „Tato”, w którym kobieta chorująca na „cyklofrenię” jest przedstawiona jako skrajnie agresywna, nieprzewidywalna, zagrażająca własnej rodzinie, a w końcu usiłująca dokonać krwawego mordu. Skalę zafałszowania obrazu chorych psychicznie w mediach unaoczniają badania względnej częstości występowania negatywnych, stereotypowych treści – z niektórych z nich wynikało np., że chorzy psychicznie przedstawiani w programach telewizyjnych w porze szczytowej oglądalności byli agresywni aż w ponad 70% przypadków [za: 44, 46], czasem niemal dziesięciokrotnie częściej niż osoby bez zaburzeń psychicznych [47], co oczywiście znacznie przekracza rzeczywiste wskaźniki. Trzeba przyznać jednak, że część badań, zwłaszcza późniejszych oraz dotyczących innych niż telewizja mediów, daje nie tak jednoznaczny obraz, choć również pozostawiający wiele do życzenia. Wahl [48] przeanalizował w jakim kontekście i jak często podejmowano tematy związane ze schizofrenią w trzech wpływowych dziennikach w Stanach Zjednoczonych w latach 1989–1994. Schizofrenia pojawiała się w kontekście przemocy i agresji „tylko” w 10% artykułów. Autor nie stwierdził również istotnych nadużyć terminu „schizofrenia”. Schizofrenia generalnie nie była chętnie podejmowanym tematem, jeśli wziąć pod uwagę częstość jej występowania i skalę problemów społecznych, z którymi się wiąże (101 artykułów w trzech dużych dziennikach przez 5 lat – dla porównania, o raku traktowało ponad 5000 artykułów). Poza tym zwykle pojawiała się w kontekście różnego rodzaju kontrowersji, np. związanych ze stosowaniem klozapiny, etyczną stroną niektórych badań czy ze wspomnianą już przemocą.

Niejednolity obraz daje również analiza odniesień do schizofrenii w polskiej prasie opiniotwórczej [49]. Liczba artykułów w jakikolwiek sposób nawiązujących do schizofrenii, opublikowanych w 2002 r. w 2 wysokonakładowych dziennikach i w 3 tygodnikach była dość duża – 408, z czego aż 358 w „Gazecie Wyborczej”. Znaczna część publikacji w sposób rzetelny przedstawiała problemy osób chorych, częste były informacje o akcji „Schizofrenia – Otwórzcie Drzwi” czy nawiązania do filmu „Piękny umysł”. Z drugiej jednak strony,

wielokrotnie określenia „schizofrenia” i „schizofreniczny” pojawiały się w pozamedycznym kontekście, np. jako synonimy czegoś nielogicznego, sprzecznego ze zdrowym rozsądkiem, niekiedy jako obelga. Niepokojące jest, że takie nadużycia językowe popełniały często osoby odgrywające znaczną rolę w życiu publicznym. Poza tym, aż kilkadziesiąt razy przedstawiano chorych jako sprawców zakłócenia porządku publicznego, niekiedy odrażających zbrodni.

Mimo, że tego typu zdarzenia są względnie rzadkie, to jednak fakt choroby psychicznej sprawcy przestępstwa, a zwłaszcza zabójstwa, jest bardzo chętnie podchwytywany i uwypuklany przez media. W ten sposób informacje zasadniczo prawdziwe, jeśli są podawane w sposób selektywny, wywołują u odbiorców skojarzenie „chory psychicznie – agresywny”, które okazuje się dość trwałe. Interesującą egzemplifikacją tego zjawiska są badania postaw społecznych wobec chorych psychicznie przeprowadzone w byłej Republice Federalnej Niemiec przed i po dwóch brutalnych atakach na znanych niemieckich polityków mających miejsce w odstępie półrocznym w 1990 r., dokonanych przez osoby cierpiące na schizofrenię – jedna z nich była dodatkowo uzależniona od narkotyków [50]. Sprawa nie schodziła z czołówek gazet przez dość długi czas, wielokrotnie podkreślano fakt choroby psychicznej napastników. Badania przeprowadzone krótko po atakach na polityków wykazały istotny wzrost dystansu społecznego wobec osób cierpiących na schizofrenię. W przeciągu 2 lat wskaźnik ten obniżył się, jednak nie powrócił do poziomu wyjściowego. Podobne tendencje zaobserwowano odnośnie skłonności do postrzegania osób chorych na schizofrenię jako nieprzewidywalnych i niebezpiecznych. Równocześnie nie wystąpiły w tym samym czasie istotne zmiany w postawach wobec osób cierpiących na depresję. Wyniki tego badania, jak również wyniki badań eksperymentalnych [51] mocno przemawiają za wpływem selektywnego informowania na postawy społeczne wobec chorych psychicznie.

Ponieważ stereotypy społeczne wykształcają się już na bardzo wczesnym etapie rozwoju [4, 5], szczególne znaczenie ma zawartość programów dla dzieci. Z przeglądu badań dotyczących tego zagadnienia wynika, że programy skierowane do dzieci zawierają dość częste nawiązania do choroby psychicznej i powielają bardzo podobne stereotypy jak programy dla dorosłych – chorzy psychicznie są w nich przedstawiani na ogół jako agresywni, wzbudzający lęk, nieatrakcyjni fizycznie, nie radzący sobie w życiu, a słownictwo odnoszące się do choroby psychicznej służy w nich zwykle ośmieszaniu [52]. Analizując zawartość filmów dla dzieci, Wahl i wsp. [53] stwierdzili, że 67% z nich przedstawiało postaci chorych psychicznie jako agresywne. Wilson i wsp. [54] przeanalizowali wszystkie programy dla dzieci poniżej 10 lat nadawane przez tydzień na dwóch kanałach telewizyjnych w Nowej Zelandii. Okazało się, że 46% programów przynajmniej raz nawiązywało do choroby psychicznej, z czego aż 80% stanowiły kreskówki.

Używane w kontekście choroby psychicznej żargonowe słownictwo było na ogół negatywne, nawiązujące do utraty kontroli, niepanowania nad sobą. Postacie opisywane jako mające zaburzenia psychiczne były przedstawiane w bardzo stereotypowy sposób – budziły lęk lub były obiektem żartów, szyderstwa, trudno było dopatrzeć się w nich jakichkolwiek pozytywnych cech.

Warto jeszcze wspomnieć o odczuciach samych pacjentów związanych ze sposobem przedstawiania osób chorych psychicznie w mediach. W badaniu Wahla [36] obejmującym dużą grupę pacjentów (1301 osób) aż 77% badanych stwierdziło, że przynajmniej czasem napotykali w mediach treści dotyczące osób chorych psychicznie, które uważali za raniące lub obraźliwe, z czego 47% – często lub bardzo często.

Konsekwencje stygmatyzacji chorych psychicznie

Skutki społecznego napiętnowania osób chorych psychicznie są trudne do oceny, gdyż nakładają się na trudności wynikające z samej choroby i jej symptomów. Można jednak wyróżnić szereg obszarów, w których negatywny wpływ stygmatyzacji nie budzi wątpliwości. Przede wszystkim piętno choroby psychicznej przyczynia się do społecznego wykluczenia i izolacji naznaczonych nim osób, a tym samym do zmniejszenia szans życiowych i możliwości samorealizacji oraz do utraty statusu społecznego. To społeczne wykluczenie może dotyczyć bardzo wielu dziedzin, takich jak relacje z sąsiadami, ze znajomymi, z rodziną, szanse znalezienia partnera życiowego, uczestnictwo w życiu publicznym, możliwości kształcenia się, znalezienia mieszkania czy pracy adekwatnej do zdobytych kwalifikacji [1, 8, 28, 36, 55]. Dobrą ilustracją tych trudności w polskich warunkach mogą być np. wyniki badania przeprowadzonego przez PFRON w 1998 r., dotyczącego postaw pracodawców z otwartego rynku pracy wobec zatrudniania osób niepełnosprawnych. Spośród ankietowanych tylko 5,3% odpowiedziało, że osoby cierpiące na schizofrenię mogłyby znaleźć zatrudnienie w ich firmie na jakimkolwiek stanowisku. Osoby chore na schizofrenię znalazły się w tym badaniu na przedostatnim miejscu, jedynie przed niewidomymi – 1,6% pozytywnych wskazań. Dla porównania 22,4% pracodawców byłoby skłonnych zatrudnić osobę na wózku inwalidzkim, a 15,6% osobę niesłyszącą [za: 56].

Inna grupa konsekwencji dotyczy wpływu napiętnowania na poczucie tożsamości, samoocenę, poczucie samo-skuteczności i różne wskaźniki dobrostanu psychicznego, jak depresja, demoralizacja, subiektywna jakość życia [8, 27, 57]. Te negatywne skutki zależą w dużej mierze od stopnia internalizacji piętna społecznego. Na osoby świadome negatywnych stereotypów dotyczących własnej grupy, ale nie zgadzające się z nimi i wykazujące silną identyfikację grupową, np. aktywnie działające w organizacjach zrzeszających osoby leczone psychiatrycznie, piętno społeczne może wręcz działać mobilizująco [8, 18]. Z badań empirycznych wiadomo, że niektórzy członkowie napiętnowanych grup mają

samoocenę nie niższą, a czasem nawet wyższą od osób nienapiętnowanych, w zależności od zdolności do posługiwania się strategiami ochrony własnego Ja [27, 58, 59]. Istnieją tu duże różnice zarówno międzygrupowe, jak i wewnątrzgrupowe. W przypadku osób leczących się psychiatrycznie sytuację dodatkowo komplikuje fakt, że wahania samooceny mogą wynikać wprost z zaburzeń psychicznych i niekoniecznie mieć związek ze stygmatyzacją.

Teoria naznaczania społecznego w jej pierwotnej, mocniejszej formie, proponowanej np. przez Thomasa Scheffa, upatrywała w procesie etykietowania przyczyny choroby psychicznej. W świetle dzisiejszej wiedzy to założenie nie wytrzymuje próby krytyki i zostało odrzucone przez Linka w jego zmodyfikowanej teorii etykietowania [14]. Nadal jednak otwarta jest kwestia wpływu piętna społecznego na utrwalenie bądź pogłębienie istniejących zaburzeń, oczywiście przy zaakceptowaniu wszelkich – dziś oczywistych – biologicznych uwarunkowań zaburzeń psychicznych. Istnieje szereg przesłanek, że piętno społeczne może pośrednio przyczyniać się do chronicyzacji zaburzeń i pogorszenia rokowania np. poprzez zwiększenie poziomu stresu bądź przerywanie lub niepodejmowanie leczenia z obawy przed naznaczeniem społecznym [8, 57, 60, 61].

PIŚMIENNICTWO

1. Goffman E. Stigma: notes on the management of spoiled identity. Engelwood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1963.
2. Nelson TD. Psychologia uprzedzeń. Gdańsk: GWP; 2003.
3. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol* 2001; 27: 363–85.
4. Macrae CN, Stangor Ch, Hewstone M, red. Stereotypy i uprzedzenia. Najnowsze ujęcie. Gdańsk: GWP; 1999.
5. Weigl B. Stereotypy i uprzedzenia. W: Strelau J, red. Psychologia. T. 3. Gdańsk: GWP; 2000: 205–24.
6. Dovidio JF, Brigham JC, Johnson BT, Gaertner SL. Stereotypizacja, uprzedzenia i dyskryminacja: spojrzenie z innej perspektywy. W: Macrae CN, Stangor Ch, Hewstone M, red. Stereotypy i uprzedzenia. Najnowsze ujęcie. Gdańsk: GWP; 1999: 225–60.
7. Corrigan PW, Markowitz FE, Watson AC. Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophr Bull* 2004; 30 (3): 481–91.
8. Corrigan PW, Kleinlein P. The impact of mental illness stigma. W: Corrigan PW, red. On the stigma of mental illness. Washington, DC: American Psychological Association; 2005: 11–44.
9. Link BG, Yang LH, Phelan JC, Collins PY. Measuring mental illness stigma. *Schizophr Bull* 2004; 30 (3): 511–41.
10. Gallo KM. First person account: self-stigmatization. *Schizophr Bull* 1994; 20 (2): 407–10.
11. Caltaux D. Internalized stigma: a barrier to employment for people with mental illness. *Int J Ther Rehabil* 2003; 10 (12): 539–43.
12. Ritsher JB, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Res* 2004; 129: 257–65.

13. Link BG. Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. *Am Sociol Rev* 1987; 52: 96–112.
14. Link BG, Cullen FT, Struening E, Shrout PE, Dohrenwend BP. A modified labeling theory approach to mental disorders: an empirical assessment. *Am Sociol Rev* 1989; 54: 400–23.
15. Watson AC, River LP. A social-cognitive model of personal responses to stigma. W: Corrigan PW, red. *On the stigma of mental illness*. Washington, DC: American Psychological Association; 2005: 145–64.
16. Fitzsimons S, Fuller R. Empowerment and its implications for clinical practice in mental health: a review. *J Ment Health* 2002; 11 (5): 481–99.
17. Corrigan PW. Empowerment and serious mental illness: treatment partnerships and community opportunities. *Psychiatr Q* 2002; 73 (3): 217–28.
18. Shih M. Positive stigma: examining resilience and empowerment in overcoming stigma. *Ann Am Acad* 2004; 591: 175–85.
19. Corrigan PW, Calabrese JD. Strategies for assessing and diminishing self-stigma. W: Corrigan PW, red. *On the stigma of mental illness*. Washington, DC: American Psychological Association; 2005: 239–56.
20. Wahl OF, Harman CR. Family views of stigma. *Schizophr Bull* 1989; 15 (1): 131–9.
21. Phelan JC, Bromet EJ, Link BG. Psychiatric illness and family stigma. *Schizophr Bull* 1998; 24 (1): 115–26.
22. Struening EL, Perlick DA, Link BG, Hellman F, Herman D, Sirey JA. The extent to which caregivers believe most people devalue consumers and their families. *Psychiatr Serv* 2001; 52 (12): 1633–8.
23. Angermayer MC, Schulze B, Dietrich S. Courtesy stigma. A focus group study of relatives of schizophrenia patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38: 593–602.
24. Stengler-Wenzke K, Trosbach J, Dietrich S, Angermayer MC. Experience of stigmatization by relatives of patients with obsessive compulsive disorder. *Arch Psychiatr Nurs* 2004; 18 (3): 88–96.
25. Lai YM, Hong CPH, Chee CYI. Stigma of mental illness. *Singapore Med J* 2000; 42 (3): 111–4.
26. Persaud R. Psychiatrists suffer from stigma too. *Psychiatr Bull* 2000; 24: 284–5.
27. Crocker J. Piętno/stygmat. W: Manstead ASR, Hewstone M, red. *Encyklopedia Blackwella. Psychologia społeczna*. Warszawa: Wyd Jacek Santorski & Co; 2001: 348–50.
28. Farina A. Stigma, W: Mueser KT, Tarrrier N, red. *Handbook of social functioning in schizophrenia*. Needham Heights: Allyn & Bacon; 1998: 247–79.
29. Lee S. The stigma of schizophrenia: a transcultural problem. *Curr Opin Psychiatry* 2002; 15: 37–41.
30. Torrey EF. *Surviving schizophrenia: a family manual*. New York: Harper and Row; 1983.
31. Rasinski KA, Viechnicki P, O’Muircheartaigh C. Methods for studying stigma and mental illness. W: Corrigan PW, red. *On the stigma of mental illness*. Washington, DC: American Psychological Association; 2005: 45–65.
32. Rabkin JG. Determinants of public attitudes about mental illness: summary of the research literature. W: Rabkin JG, Gelb L, Lazar JB, red. *Attitudes toward the mentally ill: research perspectives*. Report of an NIMH Workshop, January 24–25, 1980. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 1980: 15–26.
33. Bhugra D. Attitudes towards mental illness: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 80: 1–12.
34. Brodniak WA. Przegląd badań nad postawami społeczeństwa wobec chorób psychicznych, osób psychicznie chorych i instytucji psychiatrycznych w Polsce (1963–1999). *Post Psychiatr Neurol* 2000; 9 (3): 339–51.
35. 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): 353–82.
36. Wahl OF. Mental health consumers’ experience of stigma. *Schizophr Bull* 1999; 25 (3): 467–78.
37. Farina A, Allen JG, Saul BBB. The role of the stigmatized person in affecting social relationships. *J Pers* 1968; 36: 169–82.
38. Farina A, Gliha D, Boudreau LA, Allen JG, Sherman M. Mental illness and the impact of believing others know about it. *J Abnorm Psychol* 1971; 77 (1): 1–5.
39. Farina A, Felner RD, Boudreau LA. Reactions of workers to male and female mental patient job applicants. *J Consult Clin Psychol* 1973; 41 (3): 363–72.
40. Schulze B, Angermayer MC. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Soc Sci Med* 2003; 56: 299–312.
41. Link BG, Struening EL, Rahav M, Phelan JC, Nuttbrock L. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study on men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *J Health Soc Behav* 1997; 38 (2): 177–90.
42. Markowitz FE. The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *J Health Soc Behav* 1998; 39 (4): 335–47.
43. Dickerson FB, Sommerville J, Origoni AE, Ringel NB, Parente F. Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2002; 28 (1): 143–55.
44. Wahl OF. Mass media images of mental illness: a review of the literature. *J Community Psychol* 1992; 20: 343–52.
45. Stout PA, Villegas J, Jennings NA. Images of mental illness in the media: identifying gaps in the research. *Schizophr Bull* 2004; 30 (3): 543–61.
46. Gerbner G. Stigma: social functions of the portrayal of mental illness in the mass media. W: Rabkin JG, Gelb L, Lazar JB, red. *Attitudes toward the mentally ill: research perspectives*. Report of an NIMH Workshop, January 24–25, 1980. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 1980: 45–7.
47. Diefenbach DL. The portrayal of mental illness on prime-time television. *J Community Psychol* 1997; 25 (3): 289–302.
48. Wahl OF. Schizophrenia in the news. *Psychiatr Rehabil J* 1996; 20 (1): 51–4.
49. Borysewicz K. Między tolerancją a dyskryminacją – stereotyp schizofrenii w polskich czasopismach opiniotwórczych. *Post Psychiatr Neurol* 2003; 12 (4): 403–11.
50. Angermayer MC, Matschinger H. The effect of violent attacks by schizophrenic persons on the attitude of the public towards the mentally ill. *Soc Sci Med* 1996; 43 (12): 1721–8.
51. Thornton JA, Wahl OF. Impact of a newspaper article on attitudes toward mental illness. *J Community Psychol* 1996; 24(1): 17–25.
52. Wahl OF. Depictions of mental illnesses in children’s media. *J Ment Health* 2003; 12 (3): 249–58.
53. Wahl OF, Wood A, Zaveri P, Drapalski A, Mann B. Mental illness depiction in children’s films. *J Community Psychol* 2003; 31 (6): 553–60.
54. Wilson C, Nairn R, Coverdale J, Panapa A. How mental illness is portrayed in children’s television. *BMJ* 2000; 321: 440–3.

55. Angell B, Cooke A, Kovac K. First-person accounts of stigma. W: Corrigan PW, red. On the stigma of mental illness. Washington, DC: American Psychological Association; 2005: 69–98.
56. Wójtowicz-Pomierna A. Sytuacja osób chorych psychicznie na rynku pracy w Polsce – wybrane aspekty. W: Cechnicki A, Kaszyński H, red. Przyszłość pracy dla osób chorych psychicznie. Kraków: Stowarzyszenie Na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej; 2003: 63–73.
57. Markowitz FE. Sociological models of mental illness stigma. W: Corrigan PW, red. On the stigma of mental illness. Washington, DC: American Psychological Association; 2005: 129–44.
58. Crocker J. Social stigma and self-esteem: situational construction of self-worth. *J Exp Soc Psychol* 1999; 35: 89–107.
59. Crocker J, Major B. The self-protective properties of stigma: evolution of a modern classic. *Psychological Inquiry* 2003; 14 (3,4): 232–7.
60. Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Friedman SJ, Meyers BS. Stigma as a barrier to recovery: perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatr Serv* 2001; 52 (12): 1615–20.
61. Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Raue P, Friedman SJ, Meyers BS. Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158 (3): 479–81.

*Adres: Dr Piotr Świtaj, I Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii,
ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa*