



## Przegląd badań nad postawami społeczeństwa wobec chorób psychicznych, osób psychicznie chorych i instytucji psychiatrycznych w Polsce (1963–1999)

*An overview of studies on society's attitudes toward mental illness, the mentally ill and psychiatric services in Poland (1963–1999)*

WŁODZIMIERZ ADAM BRODNIAK

Z Pracowni Psychiatrii Społecznej Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia  
Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

**STRESZCZENIE.** Przedstawiono przegląd badań nad postawami społeczeństwa wobec chorób psychicznych, osób chorych psychicznie i instytucji psychiatrycznych przeprowadzonych w latach 1963–1999 w Polsce. Na postawy społeczeństwa największy wpływ mają takie zmienne demograficzne i społeczne, jak: poziom edukacji, wiek, pozycja zawodowa, przynależność do określonej grupy społeczno-ekonomicznej i miejsce zamieszkania. W latach 1963–1999 nastąpiły w postawach społecznych z jednej strony pozytywne zmiany, zwłaszcza w zakresie zwiększenia wiedzy i poinformowania społeczeństwa o problemach psychiatrycznych, relatywnego zmniejszenia niechęci i negatywnego określania osób chorych psychicznie, wzrost społecznego poparcia dla tworzenia tradycyjnych i środowiskowych ośrodków i form terapii oraz powszechnej akceptacji stosowania przymusowego leczenia w uzasadnionych przypadkach. Z drugiej strony w dalszym ciągu można obserwować utrzymywanie się wielu obaw, lęków, niechęci i uprzedzeń w formie negatywnych stereotypów i relatywnie znacznego społecznego dystansu wobec osób psychicznie chorych.

**SUMMARY.** The author reviews the research on society's attitudes towards mental illness, the mentally ill and psychiatric institutions, carried out in Poland in 1963–1999. The following demographic and social variables had the greatest bearing on social attitudes: level of education, age, occupational status, socio-economic status and place of residence. In 1963–1999 many positive changes took place in society's attitudes, particularly in terms of increased knowledge and information about psychiatric problems, relative weakening of hostility and negativity towards the mentally ill, increased social support for the development of traditional and community centres and forms of therapy and widespread acceptance of involuntary treatment in justified cases. But on the other hand one can still observe many signs of apprehension, fear, hostility and prejudice in the form of negative stereotypes and relatively large social distance with respect to the mentally ill.

**Słowa kluczowe:** postawy społeczeństwa / choroba psychiczna / chory psychicznie

**Key words:** society's attitudes / mental illness / the mentally ill

Jednym z czynników często eksponowanych przy omawianiu współczesnego przesuwania się polityki w zakresie ochrony zdrowia psychicznego w kierunku środowiskowego modelu profilaktyki, terapii i rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi

jest idea, że postawy społeczności lokalnych wobec ludzi chorych psychicznie wypisywanych z zakładów leczenia psychiatrycznego powinny być dostatecznie tolerancyjne, aby umożliwić byłym pacjentom rozpoczęcie procesu reintegracji i stworzyć im szanse

dobrego funkcjonowania społecznego w warunkach naturalnych więzi w rodzinie i społeczności. Wyniki wielkiej liczby sondaży postaw i opinii publicznej w wielu krajach, w tym także w Polsce, badań przeprowadzonych w różnych grupach społeczno-zawodowych często diametralnie się różnią, obejmując zarówno dane wskazujące na pozytywne zmiany w społecznych stereotypach zachodzące w okresie ostatnich kilkudziesięciu lat lub utrzymywanie się negatywnych uprzedzeń i nietolerancji, jak i dane niejednoznacznie określające stan społecznej świadomości wobec problemów chorych psychicznie, chorób psychicznych i instytucji psychiatrycznych. Krajem, w którym zainicjowano badania tego problemu już w latach czterdziestych były Stany Zjednoczone.

Zanim przejdziemy do opisu wyników i przeglądu kolejnych badań w tym zakresie przeprowadzonych w Polsce w latach 1963–1999 konieczne wydaje się przedstawienie kilku istotnych uwag metodologicznych. *Po pierwsze*, termin postawa ma swoje szeroko opisane umocowanie definicyjne i teoretyczne. W naukach społecznych najczęściej uznawaną i praktycznie stosowaną jest strukturalna definicja postawy składająca się z trzech komponentów: emocjonalno-oceniającego (werbalne oceny i stwierdzenia dotyczące uczuć), poznawczego (wiedza i przekonania) i behawioralnego (werbalne stwierdzenia dotyczące zachowań). Definicja ta jest sformułowana w trzech znanych pracach: Nowaka [1973], Marody [1976] i Brzezińskiego [1978]. *Po drugie*, przy przyjęciu takiej definicji postawy zdecydowana większość badań w Polsce nie spełnia wymogu badania jej wszystkich trzech wymiarów, a jest tylko zbiorem różnych opinii i poglądów stanowiących fragmenty postaw, chociaż znany amerykański badacz tego problemu Thurstone nazywał opinię „werbalną ekspresją postawy”. I *po trzecie*, duża część badań w Polsce nie była realizowana w metodologicznie poprawnie dobranych próbach losowych, reprezentatywnych dla określonych grup społecznych,

społeczności lokalnych i zbiorowości terytorialnych (regiony, miasta).

W Polsce pierwsze sondaże ankietowe na temat opinii i postaw wobec chorych psychicznie, chorób psychicznych i ich leczenia w różnych grupach społecznych i społecznościach lokalnych przeprowadzono na początku lat sześćdziesiątych (1963). Pionierskie, a jednocześnie najbardziej znaczące i najczęściej cytowane były badania Bizonia i wsp. [1965, 1967], opublikowane także w języku angielskim [1968]. Sondaż ten zrealizowano na reprezentatywnej (płeć, wiek, zawód i wykształcenie), kwotowo-losowej (N = 800) próbie dorosłych mieszkańców Warszawy. Choroby psychiczne jako przedmiot własnych obaw i lęku oraz zagrożenie dla społeczeństwa zajęły czwartą lokatę, za chorobami nowotworowymi, wenerycznymi i gruźlicą. Najczęściej rozpoznawaną przez laików chorobą psychiczną okazała się schizofrenia paranooidalna, a różne zachowania odbiegające od normy znacznie częściej były etykietowane jako „nienormalne”, niż jako „choroba psychiczna”, co wiązało się z relatywnie niskim poziomem wiedzy na tematy psychiatryczne wśród mieszkańców Warszawy. Poziom wykształcenia respondentów był zmienną, która najbardziej determinowała postawy wobec choroby psychicznej. Osoby, które postrzegały chorobę psychiczną głównie w kategoriach zachowań agresywnych i niebezpiecznych znacząco częściej eksponowały postawy unikania chorych psychicznie, natomiast respondenci, którzy określali chorych psychicznie przede wszystkim w kategoriach doświadczenia przez nich cierpień wykazywały wobec tych osób bardziej pozytywne postawy i częściej wyrażały gotowość niesienia im pomocy. Jednak wg opinii znacznej większości badanych pobyt w szpitalu psychiatrycznym należy ukrywać, aby nie narazić się na wstyd, ośmieszenie, trudności w pracy, a nawet szykany. Także większość mieszkańców Warszawy wykazywała tendencję do unikania kontaktów z chorymi psychicznie i dominowały wobec nich postawy nieufności i obojętności. Oprócz wspomnianej pracy

Bizonia i wsp., do tej pierwszej grupy badań opinii i postaw różnych grup społecznych wobec choroby psychicznej i psychiatrii, które przeprowadzono w Polsce na początku lat sześćdziesiątych, należały także badania Koślaczka i wsp. [1965] oraz Masiaka i Marcinkowskiego [1965].

Dalszy przegląd najważniejszych wyników badań będziemy przedstawiać wg rodzaju populacji, w której były realizowane. Kolejno przedstawimy badania w różnych społecznościach terytorialnych, następnie badania w różnych grupach społeczno-zawodowych, badania przeprowadzone w różnych środowiskach studenckich, sondaże opinii rodzin i opiekunów osób chorych psychicznie, badania związane z konstrukcją i testowaniem narzędzi do pomiaru postaw, jedno badanie na temat reakcji społeczeństwa na chorego psychicznie i *last but not least* – cztery największe i bardzo istotne dla oceny postaw całego polskiego społeczeństwa badania zrealizowane na reprezentatywnych próbach dorosłej ludności Polski.

## **BADANIA POPULACJI OKREŚLONYCH TERYTORIALNIE**

Opis najważniejszych wyników i wniosków z badań w populacjach terytorialnych rozpoczniemy od dwóch sondaży ankietowych w regionie białostockim, przeprowadzonych przez Falickiego i wsp. [1971] na próbie reprezentatywnej środowiska wiejskiego (N=400) i Borowskiego [1972] na podobnej próbie na wsi (N=354). Z obu tych badań wynika, że mieszkańcy wsi wykazują stosunkowo mały zasób wiadomości o chorobach psychicznych. Główną rolę w powstawaniu tych chorób ankietowani przypisywali różnym czynnikom reaktywnym i mniejszej odporności na urazy psychiczne oraz w dalszej kolejności czynnikom dziedzicznym. Znaczna większość społeczności wiejskiej uważa choroby psychiczne za gorsze od innych schorzeń, groźne dla człowieka i jest przekonana, że dotknięte nimi osoby nie powinny zakładać rodzin, posiadać

i wychowywać potomstwa. Dominuje jednak opinia, że choroby psychiczne są lub mogą być uleczalne i nie ma potrzeby długotrwałej izolacji chorego od otoczenia. Poglądy na temat chorób psychicznych są uzależnione m.in. od styczności z chorym. Osoby, które miały kontakty z chorymi częściej są przekonane o zbędności izolacji chorych, mniejsze jest ich poczucie zagrożenia i bardziej optymistycznie oceniają ich przydatność do pracy.

W badaniach Koślaczka i wsp. [1965] na Lubelszczyźnie wykazano wprawdzie większy zasób wiedzy o zagadnieniach psychiatrycznych i stosunkowo tolerancyjne postawy wobec chorych psychicznie i ich leczenia, ale próba badawcza (N=483) nie była reprezentatywna, gdyż składała się prawie w połowie z osób z wyższym wykształceniem lub studentów i w połowie z rodzin osób chorych psychicznie.

W sondażu ankietowym Grzybek [1980] na nie opisanej próbie (N=480) w Warszawie stwierdziła, że osoby z wyższym poziomem wykształcenia istotnie częściej podkreślają fakt wstydlivosti chorób psychicznych, a zdecydowana większość badanych uważała, że tylko niektóre choroby psychiczne są uleczalne. Zdaniem autorki badań różne poglądy na choroby psychiczne wynikają z różnego rozumienia tego pojęcia w społeczeństwie.

Interesujące badania zrealizował Ziarkowski [1980] w Wielkopolsce w trzech typach społeczności: wiejskiej, małomiasteczkowej i wielkomiejskiej. Wykazał, że przynależność do jednej z tych trzech zbiorowości w większym stopniu wpływa na postawy wobec psychicznie chorych niż takie zmienne jak płeć, wiek i poziom wykształcenia. W środowisku wiejskim istotnie częściej postrzega się chorych psychicznie jako niezróżnicowaną całość, których choroba ma charakter psychogeny i nieuleczalny, a chory stanowi zagrożenie dla najbliższego otoczenia. W środowisku wielkomiejskim przyczynami choroby psychicznej są w równym stopniu czynniki psychogenne i genetyczne, dominowało przekonanie o jej uleczalności, a potencjalne

zagrożenie otoczenia było najczęściej relatywizowane do rodzaju choroby i stopnia jej zaawansowania. Natomiast w porównaniu do środowiska wiejskiego, wśród mieszkańców wielkiego miasta zanotowano większą tendencję do oddalania się i braku poświęcenia na rzecz chorego psychicznie, czyli większy społeczny dystans.

W serii sondaży ankietowych wykonanych w regionie nowosądeckim (dwie próby – wiejska i miejska – razem  $N=904$ ) i w Warszawie ( $N=493$ ) Welbel i wsp. [1976, 1977, 1979] uzyskali ciekawe wyniki porównując opinie i postawy mieszkańców tych dwóch regionów: rolniczo-turystycznego i wielkomiejskiej dzielnicy Mokotów. Na podstawie analizy wyników badań w obu regionach stwierdzili, że poziom wiedzy o zaburzeniach psychicznych i ich leczeniu był wśród mieszkańców Mokotowa wyższy niż wśród ludności regionu nowosądeckiego. Mieszkańcy Warszawy wykazywali większą akceptację i tolerancję oraz mniejszy dystans społeczny wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Z kolei w porównaniu do ludności regionu nowosądeckiego warszawiacy mieli mniejsze zaufanie do lecznictwa psychiatrycznego i cechowali się silniejszym poczuciem osobistego zagrożenia chorobą psychiczną i bardziej negatywnie oceniali własne środowisko społeczne, które uważali za nietolerancyjne i odrzucające wobec osób leczonych psychiatrycznie. Choroby psychiczne jako zagrażające w skali społecznej zajmują w opinii obu badanych środowisk podobnie dalekie 6 lub 7 miejsce wśród innych wymienionych chorób. Ale w grupie chorób najbardziej wstydliwych zajmują w obu badanych społecznościach drugie miejsce zaraz po chorobach wenerycznych. Jednym z celów obu badań było także zebranie opinii na temat psychiatrycznej oświaty zdrowotnej i odnotowano nieco większą deklarowaną potrzebę działań oświatowych w dziedzinie psychiatrii w Warszawie, gdzie preferowanymi jej formami były różnego rodzaju publikacje popularyzacyjne i audycje telewizyjne, a wśród ludności Nowosądeczczyzny najwięcej było zwolenników bezpośredniego przekazu słownego.

Na zakończenie opisu sondaży ankietowych zrealizowanych w różnych społecznościach terytorialnych pozostało małe badanie na nie reprezentatywnej 100 osobowej próbie mieszkańców Gorlic [Załęski i wsp. 1983], którego wyniki były zbliżone do uzyskanych w regionie nowosądeckim, tak w wymiarze wiedzy o zaburzeniach psychicznych zagrożenia indywidualnego i społecznego ze strony chorób psychicznych, oceny efektów ich leczenia, jak i perspektyw życiowych chorych psychicznie.

W podsumowaniu wszystkich powyżej prezentowanych badań należy zaznaczyć, że większość ankietowanych osób uznaje potrzebę leczenia chorych psychicznie i zgadza się na stosowanie przymusu leczenia w cięższych przypadkach.

## BADANIA W GRUPACH SPOŁECZNO-ZAWODOWYCH

Przechodzimy do opisu najważniejszych wyników i wniosków badań przeprowadzonych w różnych grupach społeczno-zawodowych. Do tej kategorii badań należy praca Welbla [1990], która obejmuje wylosowaną próbę ( $N=508$ ) pracowników naukowo-dydaktycznych siedmiu warszawskich wyższych uczelni. Wyniki sondażu opinii tej grupy zawodowej o problemach psychiatrycznych i ich postaw wobec studentów z zaburzeniami psychicznymi zostały podsumowane następująco: rodzaj orientacji w stosunku do przyczyn i leczenia zaburzeń psychicznych oceniony jako bardziej biologiczny najczęściej występuje wśród pracowników naukowo-dydaktycznych Akademii Medycznej i w trochę mniejszym zakresie wśród pracowników Politechniki, SGPiS (obecnie SGH) i AWF. Orientacja psychospołeczna dominuje w uczelniach artystycznych (Akademia Muzyczna, ASP) i na Uniwersytecie Warszawskim. Każda z tych dwóch orientacji wiąże się z odmiennymi postawami wobec studentów z zaburzeniami psychicznymi. Orientacja biologiczna wpływa na niską oce-

nę ich szans zawodowych i życiowych oraz na silną tendencję do odrzucania i traktowania bardziej rygorystycznego. Przeciwnie, orientacja psychospołeczna warunkuje bardziej optymistyczną ocenę szans życiowych i zawodowych studentów z zaburzeniami psychicznymi i mniejszym wobec nich rygoryzmem, a także ogólnie większą tolerancją.

W badaniach wśród lekarzy [Dąbkowski i wsp. 1980, 1982] ich postawy wobec chorych psychicznie zdaniem autorów w znacznej mierze były uzależnione od ich uwrażliwienia na problemy etyczno-emocjonalne. Większy stopień uwrażliwienia etyczno-emocjonalnego miał wpływ na bardziej podmiotowy stosunek do pacjenta, wczuwania się w jego cierpienie, większe zrozumienie i życzliwość, co jest szczególnie ważne w przypadku chorych psychicznie.

W serii badań Brodniaka [1979, 1983] na reprezentatywnych losowo dobranych próbach nauczycieli (N=1341), prawników (N=898) i lekarzy (N=495), oceniano kilka wymiarów postaw wobec choroby psychicznej i osoby chorej psychicznie. Na wymiar emocjonalny składały się – wysoki poziom wstydlivosti, duży poziom lęku przed zachowaniem oraz znaczne poczucie zagrożenia w formie potencjalnej agresji i autoagresji, na wymiar moralny – duży stopień wstydlivosti, negatywna ocena moralna osoby potencjalnie agresywnej i z tendencjami samobójczymi oraz znaczny zakres społecznej zgody na stosowanie przymusowego leczenia. Większość wymienionych ocen i form zachowań ma jednocześnie wymiar emocjonalny i moralny, nie są to kategorie rozłączne. Kolejny wymiar postaw ujawniony w omawianych badaniach trzech grup społeczno-zawodowych – społeczno-prawny – dotyczył w pewnym stopniu przymusowego leczenia psychiatrycznego, ale przede wszystkim znacznego stopnia punitowności w stosunku do czynu zabójstwa dokonanego przez osobę chorą psychicznie oraz traktowania leczenia psychiatrycznego jako jednej z form karan. W wymiarze tym mieściły się także takie miary dystansu społecznego, jak dys-

kryminujące chorych psychicznie, powiązane na zasadzie sprzężenia zwrotnego ograniczenia możliwości rozwoju zawodowego i szans matrymonialnych. Wymiary medyczny, psychologiczny i społeczno-kulturowy różnią się sposobem postrzegania przyczyn i skuteczności leczenia choroby psychicznej. W porównaniu z innymi badaniami przeprowadzonymi w Polsce rezultaty uzyskane w sondażach wśród nauczycieli, prawników i lekarzy potwierdzały występujące gdzie indziej tendencje, ale w odniesieniu do grup o wyższym poziomie wykształcenia oraz w zależności od subiektywnego lub obiektywnego sposobu zadawania pytań, które dotyczyły ocen społecznych charakteryzujących albo bardziej deklaratywny, albo bardziej wyobrażeniowy rodzaj odpowiedzi i odpowiadających im postaw różnych grup społecznych i całego społeczeństwa.

W sondażu opinii i ocen na temat choroby psychicznej i chorego psychicznie przeprowadzonym wśród przedstawicieli polskiej elity intelektualnej, artystycznej, politycznej i religijnej [Brodniak 1998] skategoryzowano i sklasyfikowano znaczną liczbę określeń, znaczeń, nazw, cech, opisów, definicji i ocen dotyczących różnych wymiarów postaw i opinii o chorobie psychicznej i chorym psychicznie. Ta jakościowa analiza treści 80 wypowiedzi wraz z wynikami wcześniej omówionych badań w trzech grupach zawodowych (nauczycieli, prawników i lekarzy) stały się podstawą konstrukcji dwóch modeli choroby psychicznej: modelu normatywno-przyczynowego oraz modelu reakcji społecznej. Model normatywno-przyczynowy składał się z trzech wymiarów: medycznego, psychologicznego i społeczno-kulturowego opisujących normy odnoszące się do diagnozy, leczenia i przyczyn choroby psychicznej, które tworzą postrzegany jej obraz w świadomości społecznej. Model reakcji społecznej obejmuje inne trzy wymiary (emocjonalny, moralny i społeczno-prawny) związane z normatywnymi i behawioralnymi aspektami postaw wobec chorych psychicznie ujmowanymi w kategoriach werbalnej ekspresji emocji,

ocen moralnych i prawnych oraz sposobów traktowania chorych psychicznie, które łącznie tworzą usytuowany w świadomości społecznej obraz potencjalnych reakcji społecznych wobec psychicznie chorej osoby. Ze względu na swe walory poznawcze, na praktyczne znaczenie dla środowiskowych form leczenia, rehabilitacji i opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi oraz na znaczenie dla polityki zdrowotnej w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, wyróżnione modele mogą stanowić użyteczny schemat badawczy przydatny w dalszych badaniach.

## **BADANIA W ŚRODOWISKU STUDENCKIM**

Sporo badań zrealizowano w środowisku studenckim, ale na ogół na małych próbach, dobranych dość przypadkowo. Postawy studentów medycyny wobec chorych psychicznie badał Dąbkowski [1979] z zastosowaniem opracowanej przez siebie skali wg Thurstone'a. Sondaż był poświęcony ocenie wpływu zajęć dydaktycznych z psychiatrii i kontaktów studentów z chorymi psychicznie na kształtowanie się ich postaw. Wykazano, że po zajęciach obserwuje się większą krystalizację poglądów i konsekwencję w wyrażaniu najczęściej pozytywnych ocen i bardziej życzliwego stosunku do osób psychicznie chorych.

W pracach Maksimowskiej i wsp. [1970, 1971] badano opinie studentów medycyny na temat opieki psychiatrycznej i innych zagadnień psychiatrycznych. Stwierdzono, że bardziej postępowe poglądy (leczenie w małych oddziałach, z większą swobodą i podtrzymywaniem kontaktów ze środowiskiem) częściej wypowiadały osoby, które miały kontakty z chorymi psychicznie i wyrażały wobec nich mniej obaw, lęku i uprzedzeń. Z drugiej jednak strony znaczna część studentów medycyny uważała za słuszne stosowanie środków zabezpieczających (zamknięte oddziały, kraty w oknach, unieruchamianie pacjentów) i była przeciwna organizowaniu oddziałów psychia-

trycznych w szpitalach ogólnych. Autorzy tych badań twierdzą, że poglądy studentów medycyny są odbiciem poglądów środowiska, w którym wyrosli, gdyż tylko niewielka część ma własne doświadczenia w zakresie kontaktów z chorymi psychicznie lub ze szpitalem psychiatrycznym.

Podobne wyniki uzyskała Witorzenc [1977] badając poglądy studentów stomatologii na temat psychiatrii i chorób psychicznych.

Ewolucja postaw emocjonalnych studentów medycyny wobec pacjentów psychiatrycznych była przedmiotem badań Wandzela [1983]. Badaniami objęto studentów I i VI roku studiów. Autor doszedł do wniosku, że w okresie studiów medycznych stosunek do chorych psychicznie staje się bardziej przedmiotowy – maleje liczba postaw wyrażających współczucie, zrozumienie i lęk, a jednocześnie dochodzi do utraty empatii, czyli zdolności do wczuwania się w cierpienia pacjenta i wrażliwości.

W różnych (poza uczelniami medycznymi) środowiskach studenckich realizowali sondaże opinii na temat zaburzeń psychicznych i psychiatrii Gerard [1976] i Welbel [1975]. Wyniki tych badań można podsumować następująco. Choroby psychiczne i nerwice jako zagrożenie społeczne zajmują w opinii studentów dalekie miejsce, ale poczucie osobistego zagrożenia tą chorobą jest u nich większe niż w innych grupach społecznych, szczególnie o niższym wykształceniu. Zdaniem większości studentów pobyt w szpitalu psychiatrycznym wywołuje negatywne skutki społeczne i zawodowe. Pomimo to, ocena perspektyw życiowych chorego psychicznie jest w środowisku studenckim stosunkowo optymistyczna. Efekty leczenia psychiatrycznego studenci oceniają dość sceptycznie, chociaż ich stosunek do chorego jest, przynajmniej w deklaracjach, akceptujący. Postawy wobec psychiatrii są w większości pozytywne, co wyraża się w opiniach o konieczności leczenia w każdym przypadku zaburzeń psychicznych i uważaniu za słuszne stosowania przymusowego leczenia w uzasadnionych przypadkach.

## BADANIA W RODZINACH I WŚRÓD OPIEKUNÓW

Do ważnych grup, których postawy odgrywają ogromną rolę w leczeniu i rehabilitacji pacjentów psychiatrycznych należą ich rodziny i opiekunowie. Badania Masiaka i Marcinkowskiego [1965] wykazały, że na stosunek rodzin do chorych psychicznie przebywających w szpitalu największy wpływ mają takie czynniki, jak: długość pobytu pacjenta w szpitalu psychiatrycznym, wiek pacjenta, długość trwania choroby, liczba nawrotów i rodzaj choroby psychicznej. Większość rodzin szczególnie pacjentów cięższej i dłużej chorujących eksponuje postawy odrzucające i lękowe. Chory jest dla nich ciężarem i najlepiej żeby na stałe pozostał w szpitalu, gdyż na ogół rodziny podkreślają, że nie mają warunków do jego utrzymania w domu.

Na podstawie wyników badań porównujących postawy rodzin pacjentów psychiatrycznych z szerszą populacją Susułowska i wsp. [1970] stwierdzają, że osobiste związki z człowiekiem chorym psychicznie i związane z nimi silne więzy uczuciowe, wpływają modyfikująco na postawy wobec zaburzeń psychicznych. Członkowie rodzin chorych w porównaniu z szerszą populacją mają większy zasób wiedzy na temat zagadnień psychiatrycznych i bardziej realistyczne spojrzenie na chorobę psychiczną. Zdają sobie oni sprawę zarówno z wagi samego faktu wystąpienia zmian psychicznych, jak i z często trwałych skutków, jakie fakt ten może mieć dla samego chorego i jego najbliższego otoczenia. Stosunek ich do chorych członków rodziny jest na ogół życzliwy, pełen zrozumienia i tolerancji. Ze względu jednak na brak zrozumienia opinii społecznej dla choroby psychicznej, wolą fakt wystąpienia jej w rodzinie ukryć.

Siemieniuk i Siemieniuk [1969] porównali postawy wobec chorych psychicznie dwu grup społeczności wiejskiej. Jedną grupę stanowiły osoby sprawujące opiekę nad chorymi w ramach tzw. pozaszpitalnej opie-

ki rodzinnej, a w skład drugiej wchodziła wylosowana próba ludności wsi z tego samego rejonu w charakterze grupy kontrolnej. W grupie opiekunów przeważała obawa przed zachorowaniem na chorobę psychiczną i niżej oceniano przydatność społeczną i zawodową chorych, co wynikało z faktu opiekowania się chorymi przewlekłe i o znacznym stopniu inwalidztwa psychicznego. Obie grupy uważały choroby psychiczne za bardzo wstydliwe, ale ocena ta była silniej zaznaczona w grupie opiekunów.

## BADANIA NARZĘDZI OCENY POSTAW

Badania ukierunkowane na skonstruowanie nowego narzędzia do badania postaw wobec choroby psychicznej lub jego sprawdzenie przeprowadzili Kalisz [1981] i Jucha i wsp. [1976]. W pierwszym badaniu autor opracował i przetestował na grupie 192 studentów skalę składającą się z 20 dobranych twierdzeń wg techniki Thurstone'a, które tworzyły zestaw wskaźników postaw tradycyjnych i zestaw wskaźników postaw radykalnych. Postawę tradycyjną charakteryzowały: autorytaryzm, nieufny, bezosobowy stosunek do chorego, przekonanie o wyłącznie biologicznej etiologii chorób psychicznych i preferowanie biologicznych metod terapii, długotrwałej izolacji w szpitalu i przekonanie o skuteczności tych metod leczenia. Postawę radykalną cechowały: akceptujący i podmiotowy stosunek do chorego, przekonanie o psychospołecznym uwarunkowaniu chorób psychicznych, preferowanie metod socjoterapeutycznych i psychoterapeutycznych oraz krytyczny stosunek do tradycyjnego, szpitalnego modelu leczenia. Stwierdził, że większemu nasileniu postaw radykalnych wśród osób kończących studia medyczne towarzyszy większe zainteresowanie pracą w psychiatrii.

W pracy Juchy i wsp. [1976] zastosowano ciekawą technikę dyferencjału semantycznego wg Osgooda do badania przede wszystkim postaw emocjonalnych wobec chorego

psychicznie. Badano z jednej strony grupy profesjonalne w psychiatrii – psychiatrów, psychologów klinicznych i pielęgniarki, a z drugiej – nauczycieli akademickich, dziennikarzy, literatów, pracowników umysłowych bez wyższego wykształcenia i małą grupę pracowników fizycznych wykwalifikowanych tworzących tzw. grupy laików. Najistotniejszym rezultatem z tych badań było stwierdzenie, że wzorzec człowieka zdrowego i chorego psychicznie grup profesjonalnych różni się od ujęcia w grupach laików w większym stopniu krytycyzmu, który jest przypisywany przez grupy profesjonalne człowiekowi zdrowemu psychicznie, a bez krytycyzmu człowiekowi choremu psychicznie.

Rodzaje reakcji społeczeństwa na kontakt z psychicznie chorym były przedmiotem badania Koślaczka i wsp. [1966]. Próba badawcza liczyła 366 osób, w tym 203 respondentów nie miało chorego w rodzinie, a 163 miało w rodzinie osobę chorą psychicznie. Analiza wyników wykazała następujące rodzaje reakcji ludzi zdrowych psychicznie na kontakt z chorym psychicznie: lęk żywiołowy, lęk wynikający z poczucia zagrożenia lub obawy o własne zdrowie i życie, uczucie bezradności, współczucie oraz zainteresowanie poznawcze i reakcję jak na każdą inną chorobę. Na częstość występowanie niektórych rodzajów reakcji istotny wpływ ma wykształcenie, płeć, a w szczególności obecność psychicznie chorego w rodzinie. Mniej negatywnych emocjonalnie reakcji występowało w grupie osób, w których rodzinie były osoby chore psychicznie.

## REPREZENTATYWNE BADANIA SPOŁECZEŃSTWA POLSKIEGO

Na zakończenie przeglądu badań nad postawami wobec chorób psychicznych, chorych psychicznie i psychiatrii przedstawimy cztery badania na reprezentatywnych próbach ogólnopolskich.

W 1974 r. Wyka [OBOP 1975] przeprowadziła sondaż na próbie reprezentatywnej

dorosłej ludności Polski (N=997) na temat stosunku społeczeństwa polskiego do chorób psychicznych. Rozpowszechnienie chorób psychicznych jako bardzo częste oceniło tylko 7% respondentów, ale istotnie częściej taką ocenę wyrażały osoby z wyższym wykształceniem, a mieszkańcy miast prawie czterokrotnie częściej wybierali odpowiedź, że choroby psychiczne zdarzają się bardzo często, niż mieszkańcy wsi (15% miasto i 4% wieś). Przyczyny chorób psychicznych były postrzegane przede wszystkim w wymiarze psychologicznym (ciężkie przeżycia) i biologicznym (uszkodzenie mózgu i skłonności dziedziczne), chociaż wysoka pozycja alkoholizmu i przeciążenia pracą wskazywałyby także na postrzeganie ich społecznych uwarunkowań. Izolacyjne tendencje wobec osób chorych psychicznie były największe wśród osób z niższym poziomem edukacji, a najmniejsze w grupie osób z wyższym wykształceniem. Także osoby z wyższym wykształceniem znamienne częściej uważały choroby psychiczne za uleczalne. Ciekawym rezultatem, nie potwierdzonym w wielu innych badaniach, była stosunkowo niska ocena wstydlivości tych chorób, gdyż aż 47% respondentów sądziło, że nie ma powodu ukrywać choroby psychicznej, a tylko 17% uważało, że lepiej ją ukryć, aby uchronić osobę chorą przed przykrościami.

W interesujących badaniach Ostrowskiej [OBOP 1981] nad postawami społeczeństwa polskiego wobec niepełnej sprawności – próba losowa reprezentatywna dorosłej ludności Polski (N=922) – choroba psychiczna została oceniona na trzeciej pozycji jako najcięższe kalectwo, za ślepotą i paraliżem nóg. W badaniu porównywano postawy wobec czterech typów niepełnej sprawności: ślepoty, paraliżu nóg, zniekształcenia ciała i choroby psychicznej (niesprawności psychicznej). Ale osoby z wyższym wykształceniem trzykrotnie częściej niż osoby z wykształceniem podstawowym wybrały chorobę psychiczną jako najcięższe kalectwo, a osoby z wykształceniem średnim blisko dwukrotnie częściej. Choroba psychiczna w największym



stopniu (78%) w porównaniu do innych niesprawności powoduje izolację społeczną i niechęć ludzi oraz ogranicza możliwości zarobkowania. Małżeństwa z osobą, która przebyła chorobę psychiczną wolałyby uniknąć 86% respondentów, a kontaktów koleżeńskich i przyjacielskich odpowiednio 38% i 42% badanych, co jest miarą znacznego dystansu społecznego.

Wyniki uzyskane w kolejnym sondażu opinii o chorobie psychicznej w kategoriach społecznego stereotypu i dystansu przeprowadzonym przez Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) we wrześniu 1996 r. na reprezentatywnej próbie losowej dorosłej ludności Polski (N = 1088) [Wciórka i Wciórka 1996], można przedstawić w formie następujących konkluzji. Negatywny stereotyp choroby psychicznej tworzą zwłaszcza jej określenia o pogardliwym zabarwieniu, podkreślające odmiennosc i niższość intelektualną chorych. W związku z tym osoby chore psychicznie są najczęściej zgodnie uważane za krzywdzone, wyśmiewane, bardziej bezradne i skłonne do samobójstwa oraz bardziej uciążliwe i trudne we współżyciu. Mniej więcej co czwarty Polak boi się choroby psychicznej. Obawa ta jest mniejsza niż obawa w stosunku do chorób groźnych dla życia, jak: nowotwory, choroby serca i AIDS, lecz silniejsza niż obawa przed chorobami naruszającymi różne normy społeczne i moralne, jak: narkomania, alkoholizm i choroby weneryczne. Pod względem społecznego dystansu – mierzono go proporcją życzliwości i niechęci – chorzy psychicznie lokują się między chorobami, które można uznać za niezawinione nieszczęście (kalectwo, upośledzenie umysłowe), a bardziej niechętnie ocenianymi osobami, których problemy zdrowotne są uważane za zawinione oraz społecznie i moralnie potępiane lub piętnowane (AIDS, narkomania i alkoholizm). Występuje interesująca różnica między relatywnie mniejszym dystansem społecznym wobec chorych psychicznie, odczuwanym przez samych respondentów, a większym dystansem, jaki przypisują oni innym ludziom. Można to interpretować tak, że dystans odczuwany jest

zbyt deklaracyjny, a przypisywany innym – zbyt oskarżycielski.

Większość badanych wyrażała zgodę na stosowanie w uzasadnionych przypadkach przymusowego (bez zgody pacjenta) leczenia w zakładach psychiatrycznych, a także na powstawanie w społecznościach lokalnych zarówno tradycyjnych szpitali i poradni psychiatrycznych, jak i nowoczesnych, środowiskowych placówek opieki psychiatrycznej, np. mieszkań chronionych (hosteli), ośrodków rehabilitacji i pomocy społecznej czy środowiskowych domów samopomocy.

Także w tych badaniach istotną rolę w rozkładach opinii odgrywała zmienna wykształcenia, gdyż grupa osób z wykształceniem wyższym istotnie częściej obawiała się chorób psychicznych niż osoby o niższym poziomie edukacji, rzadziej uważała chorych psychicznie za agresywnych i niebezpiecznych dla otoczenia oraz wyrażała większą aprobatę na uruchomienie lub budowę w ich miejscu zamieszkania różnych placówek lecznictwa i środowiskowej opieki psychiatrycznej.

Ten sam zespół autorów [Wciórka i Wciórka 2000] po ponad trzech latach (lipiec 1996 r. – grudzień 1999 r.) powtórzył badania na reprezentatywnej próbie losowej dorosłej ludności Polski (N = 1003), z zastosowaniem tych samych pytań, w celu sprawdzenia, czy zaszły w tym okresie jakieś zmiany w postawach Polaków wobec osób chorych psychicznie i instytucji lecznictwa psychiatrycznego. Porównanie opinii społeczeństwa polskiego wobec chorych psychicznie w kategoriach stereotypu i dystansu w latach 1996 i 1999 wskazuje na jedynie niewielkie zmiany i zasadniczą stabilność negatywnych stereotypów i miar dystansu społecznego oraz niewielkie przesunięcia opinii w grupach o różnej charakterystyce społeczno-ekonomicznej i demograficznej. W porównaniu z 1996 r. odnotowano zmniejszenie odsetka (o 5 punktów procentowych) pejoratywnych określeń osób chorych psychicznie, a także dalsze obniżenie wartości miary dystansu społecznego wobec osób chorych wśród bezrobotnych,

rolników i robotników niewykwalifikowanych, a w wymiarze terytorialnym – na wsi. Natomiast zwiększyły się miary dystansu społecznego wśród kadry kierowniczej, inteligencji, pracujących na własny rachunek i robotników wykwalifikowanych, a w wymiarze terytorialnym – w mniejszych miastach do 20 tys. mieszkańców i w dużych powyżej 500 tys. mieszkańców.

Warto zaznaczyć, że w porównaniu do badań z lipca 1996 r. zmalała o 7 punktów procentowych (z 39% do 32%) liczba respondentów deklarujących znajomość osób psychicznie chorych, zwłaszcza w kręgu swych znajomych i sąsiadów. Od 1996 r. nie zmienił się poziom lęku przed chorobami psychicznymi ani stopień poczucia zagrożenia związanego z przypisywanymi osobom chorym cechami zachowania (np. agresywności), czy osobowości (np. wrażliwości).

Niezależnie od sposobu określenia dystansu społecznego – jako odczuwanego, spostrzeganego lub wyznaczonego przez pełnioną rolę – jego siła i charakter nie uległy zmianie od 1996 r. W dalszym ciągu deklarowana życzliwość dla osób psychicznie chorych jest mniejsza w porównaniu z osobami kalekimi i upośledzonymi umysłowo oraz relatywnie większa niż wobec osób chorych na AIDS, narkomanów i alkoholików. Podobnie jak w badaniach z 1996 r., respondenci deklarują znacznie więcej własnej życzliwości niż skłonni są przypisywać innym osobom w swoim otoczeniu. Nie zmienił się dystans wynikający z aprobaty lub sprzeciwu z pełnienia przez chorych psychicznie różnych ról społecznych. Ma miejsce prosta zależność – im bardziej odpowiedzialna rola społeczna, tym mniej aprobaty do jej pełnienia przez osobę chorą psychicznie. Trwałą tendencją wydaje się obserwowany w obu sondażach stosunkowo duży dystans wobec osób chorych psychicznie w młodszych grupach wieku, w tym wśród uczniów i studentów.

Wyniki badań z lat 1996 i 1999 potwierdzają tezę, że społeczeństwo polskie charakteryzuje się dość wysokim poziomem zaufania do instytucji psychiatrycznych, co wyra-

ża się znaczną społeczną akceptacją stosowania w uzasadnionych przypadkach przymusowego leczenia i organizowania lub budowania w lokalnych społecznościach zarówno tradycyjnych – szpital, poradnia, jak i nowoczesnych – środowiskowych ośrodków terapii, rehabilitacji i opieki psychiatrycznej. Z ogólnego porównania postaw wobec osób psychicznie chorych w latach 1996 i 1999 wynika jednak, że w dalszym ciągu w świadomości Polaków dominuje negatywny stereotyp choroby psychicznej i znaczny dystans społeczny wobec chorych psychicznie, chociaż mają miejsce niewielkie zmiany i zróżnicowania w obrębie różnych grup społeczno-ekonomicznych i społeczności terytorialnych.

## PODSUMOWANIE

Przegląd wyników ponad trzydziestu badań i sondaży opinii przeprowadzonych w latach 1963–1999 uprawnia do przedstawienia następujących konkluzji.

Postawy społeczeństwa wobec chorych psychicznie i psychiatrii są uwarunkowane przede wszystkim przez takie zmienne społeczne i demograficzne, jak: poziom wykształcenia, wiek, przynależność do grupy społeczno-ekonomicznej, pozycja zawodowa oraz miejsce zamieszkania.

Im wyższy poziom wykształcenia tym większa wiedza na tematy psychiatryczne i deklarowane bardziej tolerancyjne i otwarte postawy wobec chorych, większa aprobaty dla środowiskowych form terapii i rehabilitacji, ale także większe poczucie zagrożenia chorobą psychiczną i więcej nieufności w stosunku do pełnienia przez osoby, które przebyły chorobę psychiczną, bardziej odpowiedzialnych ról społeczno-zawodowych.

W młodszych grupach wieku, w tym wśród uczniów i studentów, występuje, począwszy od lat dziewięćdziesiątych, większy dystans społeczny wobec chorych psychicznie. Wynik ten można interpretować jako efekt transformacji ustrojowej w Polsce

w kierunku gospodarki rynkowej, która skutecznie i w masowym rozmiarze promuje wartości sukcesu materialnego, indywidualnej zaradności, komercyjnych kompetencji i konsumpcyjnego stylu życia poprzez świat mediów zwielokrotnionych przez telewizję satelitarne, kablowe, gry komputerowe i gwałtowny rozwój internetu. Te media i rynkowe realia ekonomiczne szczególnie mocno wpływają na świadomość i zachowania młodego pokolenia przez wzrost bardziej egoistycznych, a nawet aspołecznych postaw niesprzyjających grupom społecznie słabszym, w tym szczególnie niepełnosprawnym psychicznie.

Obserwuje się bardzo interesujące zjawisko swoistej solidarności „w nieszczęściu” grup o niskiej pozycji społecznej i słabszych ekonomicznie, często żyjących w biedzie, do których w znacznym stopniu należy także społeczność chorych psychicznie. Znajduje to wyraz w coraz bardziej zmniejszającym się dystansie społecznym do chorych psychicznie w takich grupach, jak: bezrobotni, rolnicy i robotnicy niewykwalifikowani, a z kolei zwiększających się miarach tego dystansu w takich grupach, jak: kadra kierownicza, inteligencja, pracujący na własny rachunek i robotnicy wykwalifikowani.

W warunkach polskich istotną zmienną różnicującą postawy jest również miejsce zamieszkania, szczególnie w podziale na wieś i miasto. Wynika to szczególnie z niższego na wsi niż w mieście przeciętnego poziomu edukacji. Środowisko wiejskie cechuje się mniejszym dystansem społecznym wobec osób chorych psychicznie, szczególnie w porównaniu do społeczności wielkich miast. Nie jest jednak pozbawione uprzedzeń i negatywnych stereotypów wynikających z mniejszej wiedzy i gorszego poinformowania o problemach psychiatrycznych, a także z relatywnie niższego standardu życia, możliwości edukacyjnych i perspektyw rozwojowych w porównaniu do ośrodków miejskich.

W prawie wszystkich badaniach występuje tendencja do deklarowania przez respondentów znacznie większej własnej życzliwości

ci wobec osób chorych psychicznie w porównaniu z życzliwością przypisywaną innym członkom ich lokalnej społeczności i całego społeczeństwa.

Odpowiedź na pytanie, jak zmieniały się i czy w okresie 36 lat zmieniły się postawy społeczeństwa polskiego wobec choroby psychicznej, chorych i leczenia psychiatrycznego, nie jest prosta i jednoznaczna. Z jednej strony niewątpliwie zwiększył się zakres wiedzy i stopień poinformowania społeczeństwa o zagadnieniach psychiatrycznych, zmniejszała się też nieco częstość wykorzystania pejoratywnych określeń w stosunku do osób chorych psychicznie oraz wzrosło społeczne poparcie organizowania i tworzenia w społecznościach lokalnych różnorodnych, tradycyjnych i nowoczesnych, środowiskowych ośrodków i form leczenia, rehabilitacji i opieki dla osób psychicznie chorych. Z drugiej strony można dostrzec utrzymywanie się wielu obaw, niechęci i uprzedzeń przejawianych w postaci negatywnych stereotypów i znacznego społecznego dystansu wobec osób naznaczonych etykietą diagnozy psychiatrycznej.

Na skali życzliwości i niechęci, w latach dziewięćdziesiątych choroba psychiczna lokuje się w społecznej wyobraźni między bardziej życzliwie postrzeganymi kalectwem i upośledzeniem umysłowym, a bardziej niechętnie ocenianymi narkomanią, alkoholizmem i AIDS.

Przedstawiony szeroki zbiór danych empirycznych wskazuje na potrzebę dalszego rozwoju zróżnicowanych w zależności od adresata form edukacji zdrowotnej i programów promocji zdrowia psychicznego, w tym także działań w zakresie polityki zdrowotnej i społecznej.

## PIŚMIENNICTWO

1. Bizoń Z, Godorowski K, Henisz J, Raźniewski A: Postawy ludności m. Warszawy wobec psychicznie chorych i psychiatrii. Pam. XXVIII Zjazdu Nauk. Psychiatrów Polskich w Lublinie w 1963 r. PZWL, Warszawa 1965, 71–76.

2. Bizoń Z: Ocena zaburzeń psychicznych i postaw wobec psychicznie chorych wśród ludności miasta Warszawa. Nie opublikowana praca doktorska. GBL, nr inw. 12374, Warszawa 1967.
3. Bizoń Z, Godorowski K, Henisz J, Raźniewski A: The attitudes of Warsaw inhabitants toward mental illness. *Br. J. Soc. Psychiatry* 1968, 2, 2, 107–112.
4. Borowski T, Piłasiewicz B, Tołwiński T, Falicki Z: Badania opinii dotyczących chorób i chorych psychicznie w oparciu o próbę reprezentatywną populacji wiejskiej województwa białostockiego. *Zdrowie Psychiczne* 1972, 3, 32–40.
5. Brodniak W: Sondaż opinii na temat ochrony zdrowia psychicznego w aspekcie psychiatrycznej oświaty zdrowotnej w środowisku dziennikarskim. *Biul. Inst. Psychoneurolog.* 1977, 3, 26, 64–79.
6. Brodniak W: Wybrane problemy zdrowia psychicznego w aspekcie profilaktycznym i oświatowym na podstawie opinii nauczycieli. *Biul. Inst. Psychoneurolog.* 1979, 4, 36, 27–41.
7. Brodniak W: Społeczne aspekty zdrowia psychicznego w opinii prawników. *Biul. Inst. Psychoneurolog.* 1983, 2, 50, 1–17.
8. Brodniak W: Problemy zdrowia psychicznego w opinii lekarzy. *Biul. Inst. Psychoneurolog.* 1983, 4, 52, 30–51.
9. Brodniak WA: Choroba psychiczna w świadomości społecznej. Nie opublikowana praca doktorska. Biblioteka IFiS PAN i Biblioteka Naukowa IPIŃ. Warszawa 1998.
10. Brzeziński J: Elementy metodologii badań psychologicznych. PWN, Warszawa 1978.
11. Dąbkowski M: Postawy studentów VI roku medycyny wobec ludzi chorych psychicznie. *Psychiatr. Pol.* 1979, 1, 39–45.
12. Dąbkowski M, Laskowska-Przybylska H: Postawy lekarzy różnych specjalności wobec chorych psychicznie. *Psychiatr. Pol.* 1980, 4, 377–382.
13. Dąbkowski M, Rogiewicz M: Trening uwrażliwienia na problemy etyczno-emocjonalne zawodu lekarza a postawy wobec chorych psychicznie. *Psychiatr. Pol.* 1982, 1/2, 85–89.
14. Falicki Z, Borowski T, Kalinowski A, Piłasiewicz B: Poglądy społeczeństwa wiejskiego na choroby psychiczne. *Psychiatr. Pol.* 1971, 3, 301–309.
15. Gerard K, Łabudzka I, Pałyska M, Welbel S: Opinie o zaburzeniach psychicznych w różnych środowiskach studenckich. *Psychiatr. Pol.* 1976, 4, 389–396.
16. Gerard K, Łabudzka I, Pałyska M, Welbel S: Opinie o zaburzeniach psychicznych i ich leczeniu a zgłaszalność psychiatryczna w środowisku studenckim. *Psychiatr. Pol.* 1976, 5, 525–534.
17. Gerard K, Pałyska M: Opinie o chorych psychicznie i psychiatrii a zgłaszalność psychiatryczna. *Biul. Inst. Psychoneurolog.* 1983, 2, 50, 58–70.
18. Grzybek H: Postawy społeczeństwa wobec osób chorych psychicznie. *Zdrowie Psychiczne* 1980, 4, 65–70.
19. Jucha Z, Poseł Z, Rendecka A, Bazylewicz B, Żuraw J: Postawy profesjonalne i laickie wobec zdrowia psychicznego w oparciu o badania techniką dyferencjału semantycznego. *Zdrowie Psychiczne* 1976, 4, 40–60.
20. Kalisz J: Postawy wobec chorych psychicznie i problemów związanych z ich leczeniem. Konstrukcja narzędzia i wyniki sondażu. *Przegł. Psychol.* 1981, 3, 589–606.
21. Koślacz A, Knyba E, Wrębiakowski H: Badania ankietowe nad stosunkiem ludności Lubelszczyzny do zagadnień psychiatrycznych. *Pam. XXVIII Zjazdu Nauk. Psychiatrów Polskich w Lublinie w 1963 r.* PZWL, Warszawa 1965, 64–71.
22. Koślacz A, Knyba E, Wrębiakowski H: Zagadnienie reakcji społeczeństwa na kontakt z psychicznie chorym. *Neurol. Neurochir. Psychiatr. Pol.* 1966, 4, 449–453.
23. Maksimowska M, Pawłowicz A, Romankiewicz S: Postawy studentów VI roku medycyny wobec zagadnień opieki psychiatrycznej. *Psychiatr. Pol.* 1970, 5, 579–583.
24. Maksimowska M, Pawłowicz A, Romankiewicz S: Zagadnienia psychiatryczne w oczach studentów medycyny. *Psychiatr. Pol.* 1971, 4, 449–452.
25. Marody M: Sens teoretyczny a sens empiryczny pojęcia postawy. PWN, Warszawa 1976.
26. Masiak M, Marcinkowski K: Badania nad stosunkiem rodzin do chorych psychicznie przebywających w szpitalu. *Pam. XXVIII Zjazdu Nauk. Psychiatrów Polskich w Lublinie w 1963 r.* PZWL, Warszawa 1965, 84–87.
27. Nowak S (red.): *Teorie postaw.* PWN, Warszawa 1973.
28. Ostrowska A: Postawy społeczeństwa polskiego wobec niepełnej sprawności. *OBOPiSP, Aktualności Radiowo-Telewizyjne*, Warszawa 1981.
29. Siemieniuk T, Siemieniuk R: Opinie o chorych i chorobach psychicznych w środowisku wiejskim. *Psychiatr. Pol.* 1969, 6, 609–615.
30. Susułowska M, Kubacka-Sztompka D: Postawy wobec choroby psychicznej w szerszej grupie

- społecznej a wśród członków rodziny chorego. *Psychiatr. Pol.* 1970, 3, 321–328.
31. Wandzel L: Wybrane postawy emocjonalne studentów medycyny wobec chorych psychicznie. *Psychiatr. Pol.* 1983, 3, 255–261.
  32. Wciórka B, Wciórka J: Choroby psychiczne – społeczny stereotyp i dystans. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1996, 5, 3, 323–343.
  33. Wciórka B, Wciórka J: Choroby psychiczne – społeczny stereotyp i dystans (raport z badań z grudnia 1999 r.) Serwis informacyjny CBOS, styczeń 2000, s. 111–142.
  34. Welbel S: Cele i wartość badań nad postawami ludności wobec chorych psychicznie. *Biul. Inst. Psychoneurolog.* 1971, 1, 76–91.
  35. Welbel S, Gerard K, Łabudzka I, Pałyska M: Sondaż opinii studentów wybranych wyższych uczelni warszawskich na temat zaburzeń psychicznych i psychiatrii. *Psychiatr. Pol.* 1975, 6, 597–604.
  36. Welbel S, Fleituch T, Kolińska E: Postawy ludności miast Ziemi Sądeckiej wobec zaburzeń psychicznych i ich leczenia. *Biul. Inst. Psychoneurolog.* 1976, 1, 2, 1–16.
  37. Welbel S, Kolińska F: Opinie ludności dzielnicy wielkomiejskiej (Warszawa-Mokotów) o zaburzeniach psychicznych i ich leczeniu. *Biul. Inst. Psychoneurolog.* 1977, 3, 26, 47–63.
  38. Welbel S, Fleituch T, Gerard K i wsp.: Opinie ludności regionu rolniczo-turystycznego (Ziemia Sądecka) o zaburzeniach psychicznych i ich leczeniu. *Biul. Inst. Psychoneurolog.* 1979, 4, 36, 1–6.
  39. Welbel S, Kolińska F: Zróżnicowanie opinii ludności o zaburzeniach psychicznych i ich leczeniu w zależności od charakteru regionu (dzielnica wielkomiejska i region rolniczo-turystyczny). *Biul. Inst. Psychoneurolog.* 1979, 4, 36, 7–16.
  40. Welbel S: Opinie pracowników naukowo-dydaktycznych warszawskich wyższych uczelni o problemach psychiatrycznych i ich postawy wobec studentów z zaburzeniami psychicznymi. Nie opublikowana praca doktorska. Biblioteka Naukowa IPiN, Warszawa 1990.
  41. Witorzenc M: Próba oceny niektórych przekonań studentów stomatologii na temat psychiatrii i chorób psychicznych. *Zdrowie Psychiczne* 1977, 2, 148–152.
  42. Wyka A: Stosunek do chorych i chorób psychicznych w polskim społeczeństwie. Raport OBOPiSP z 1974 r. Aktualności Radiowo-Telewizyjne 1975, 1, 5–18.
  43. Załęski J, Rychlicka-Schirmer G: Informacja o postawach ludności miasta Gorlice wobec zaburzeń psychicznych i ich leczenia. *Biul. Inst. Psychoneurolog.* 1983, 2, 50, 71–83.
  44. Ziarkowski E: Postawy społeczne wobec chorych psychicznie. Analiza porównawcza zbiorowisk: wiejskiego, małomiasteczkowego i wielkomiejskiego. *Psychiatr. Pol.* 1980, 2, 153–160.

*Adres: Dr Włodzimierz Adam Brodniak, Pracownia Psychiatrii Społecznej  
Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii,  
Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa*