

Psychiatric, psychological and ethical determinants of the phenomenon of self-stigmatization of mental illness – literature review

Psychiatryczne, psychologiczne i etyczne uwarunkowania zjawiska autostygmatyzacji chorobą psychiczną – przegląd piśmiennictwa

Ewelina Soroka¹ ABDEF, <https://orcid.org/0000-0001-6909-2749>,

Marian Zdzisław Stepulak² ABDEF, <https://orcid.org/0000-0002-5144-9217>

¹II Department of Psychiatry and Psychiatric Rehabilitation, Medical University of Lublin

²Mazovian Public College in Płock

Abstract

Introduction: In psychiatry and psychology stigmatization consists in labelling a person suffering from a disorder with the stigma of mental illness, associated with numerous negative stereotypes that are established in both individual and social mentality.

Objective: The aim of the present article is to present the phenomenon of *self-stigma* from the perspective of psychiatric patients, including patients suffering from schizophrenia, to scientific consideration.

The state of knowledge: The available data on this subject suggests that schizophrenia is particularly stigmatized, and the degree of stigmatization of patients with this diagnosis is worsening. Self-stigma plays a significant role in various areas of patients' lives, sometimes discouraging them to continue therapy. Psychiatric patients have to face not only the symptoms of their disorders, but also stigmatization. In the event patient's self-stigmatization of mental illness occurs, a responsible psychiatrist and psychologist conducting the therapy has the moral obligation to supervise the process of psychiatric and psychological assistance in the context of the aforementioned issues.

Conclusions: The problem of self-stigmatization of a psychiatric patients is a topical issue that is well worth further exploration in order to better understand and help patients more effectively.

Keywords: stigmatization, self-stigma, mental illness, schizophrenia

Streszczenie

Wprowadzenie: Stygmatyzacja opisywana przez psychiatrię i psychologię polega na naznaczeniu człowieka chorego piętnem choroby psychicznej, z którą związane są liczne negatywne stereotypy utrwalane w mentalności indywidualnej i społecznej.

Cel: Celem artykułu jest poddanie naukowej refleksji zjawiska *self-stygy* z perspektywy pacjentów psychiatrycznych, a w tym pacjentów cierpiących na schizofrenię.

Stan wiedzy: Jak pokazują dostępne dane w sposób szczególny piętnuje schizofrenia, a stopień stygmatyzacji pacjentów z tym rozpoznaniem pogarsza się. Autostygmatyzacja odgrywa istotną rolę w wielu dziedzinach życia człowieka chorego i niekiedy zniechęca do kontynuowania terapii. Pacjenci psychiatryczni muszą zmagać się nie tylko z symptomami choroby ale także ze stygmatyzacją. W przypadku wystąpienia zjawiska autostygmatyzacji pacjenta chorobą psychiczną odpowiedzialny psychiatra i psycholog prowadzący terapię mają moralny obowiązek czuwać nad procesem pomocy psychiatrycznej i psychologicznej w kontekście powyższej kwestii.

Konkluzje: Problem autostygmatyzacji pacjentów psychiatrycznych jest kwestią stale aktualną i wartą ciągłego pogłębiania celem lepszego zrozumienia i skuteczniejszej pomocy chorym.

Słowa kluczowe: stygmatyzacja, autostygmatyzacja, choroba psychiczna, schizofrenia

"Only after overcoming my own resistance, and the resistance of the environment, do I feel the taste of life"

A. Kępiński

Introduction

In psychiatry and psychology stigmatization consists in labelling a person suffering from a disorder with the stigma of mental illness, associated with numerous negative stereotypes that are established in both individual and social mentality. Even living in the 21st century, in an era of the cult of tolerance and equality, people with a diagnosis of mental illness are often labelled with peculiar stigma, and their caregivers and therapists with the so-called courtesy stigma [1].

The present paper concerns the issue of self-stigmatization, which, as a significant phenomenon, occurs when a person, in this case a person with a psychiatric diagnosis, while being aware of the existing and current stigmatization, internalizes the received pejorative stereotypes, which leads to lowering of his/her self-esteem, self-efficacy, identity and dignity, while also deteriorating his/her broadly understood mental well-being and affecting the process of recovery.

There is relatively abundant literature on the subject of stigmatization, yet self-stigmatization proves an exception here. The aim of the present article is to subject the phenomenon of *self-stigma* from the perspective of psychiatric patients, including patients suffering from schizophrenia, to scientific consideration.

The ultimate part of the present article is devoted to psychological and ethical determinants of self-stigmatization of mental conditions.

In the introduction, it is worth looking at the terminological issue: when we are talking about a mental disorder and when about a mental illness. The current ICD-10 and DSM-5 classifications use the term mental disorder instead of mental illness. According to the DSM-5, a mental disorder is a symptom complex characterized by a clinically significant disruption of individual cognition, emotional regulation or behavior that reflects the psychological, biological or developmental dysfunction underlying mental functioning [2].

According to the Great Universal Encyclopedia, the concept of mental illness is reflected in both the term mental disorders used in the current classification and the regulations of the Mental Health Protection Act (1994) [3] in force in Poland [3]: "mental illness – a term covering all mental disorders that they are of interest to psychiatry because of the need for their treatment; the separation of mental illness is usually dictated by practical reasons related to the introduction of medical,

social or legal principles (rights or limitations, exceptions, privileges), differentiated in relation to persons meeting the established criteria of mental illness (...)"[4].

Self-stigmatization of mental disorder

Self-stigmatization, or *self-stigma*, is a process in which patients suffering from mental disorders agree with *public stigma*. This, in turn, takes place in four basic stages: labelling, stereotyping, separating "us" from "them", and loss of social status [5].

Hayward and Bright report that, in relation to people suffering from mental disorders, the stereotype is based on several statements, and in particular such as: mentally ill are dangerous, they bear partial responsibility for their condition, their condition is chronic and difficult to cure, they are unpredictable and unable to properly fulfil social roles [5].

Mental patients coming from a stigmatizing society often share the opinion of the general public, and thus undergo self-stigmatization [7]. Self-stigmatization becomes an obstacle in the process of strengthening, when, in the face of their condition, the patients develop a feeling of stigma, instead of becoming a support for themselves [8]. This renders it necessary for further exploration of the relationship between public knowledge, social attitudes as well as behaviour, and the internalization of stigma among people with mental health disorders [9].

What is important in discussing the phenomena of stigmatization and self-stigmatization, is to distinguish between the two basic concepts of "public stigma" and "self-stigma". Michaels et al. in their work entitled "Constructs and concepts comprising the stigma of mental illness" listed the various components of both *public stigma* and *self-stigma*. *Public stigma* includes negative beliefs concerning the discussed group of people and portraying it as incompetent, characterized by weakness of character and dangerous, prejudices associated with negative emotional reactions, such as anger and fear, as well as discriminatory behavior that is a response to these prejudices, i.e. refusal of access to work and housing. Whereas *self-stigma* consists of the following components: negative beliefs about one's own incompetence and weakness, prejudices associated with reduced self-esteem and a low sense of self-efficacy, as well as worse job and housing opportunities, and giving up seeking help [10].

The available data on this subject suggests that schizophrenia is particularly stigmatized, and the degree of stigmatization of patients with this diagnosis is worsening [11,12]. Chotkowska in her work entitled "Piętno doświadczane i postrzegane u osób chorujących na schizofrenię" evaluated how patients diagnosed with schizophrenia subjectively experienced stigma. To this end, 64 patients were examined using the Angemayer

Survey Questionnaire. The result of this study indicates that the respondents definitely expect a negative attitude of society towards those suffering from this condition. The experience level of stigma anticipated by the respondents is high in the following areas: contacts with people, work, relationships, the image of patients in society, structural discrimination. The sense of this stigma is the highest in the sphere of interpersonal contacts. Results of this study demonstrated that some of the respondents experienced both rejection due to their condition, but also acceptance from their environment. Respondents thought that it is better to keep the fact of their mental diagnosis to themselves, so as not to risk rejection (72%) and that people have a negative attitude towards patients suffering from mental disorders (70%) [13].

The sense of belonging among people who are affected by *self-stigma* connected with a serious mental disorder is very significant in this respect. Treichler et al., assuming that the phenomenon of self-stigmatization significantly affects the lives of these patients, examined 267 adults for demographic factors, self-stigmatization, exposure to discrimination, and their sense of belonging. The results demonstrate that an adequate sense of belonging is a factor that buffers self-stigmatization, and the results differed, depending on race and gender. Sense of belonging can protect against self-stigmatization, and interventions that prevent and reduce the phenomenon of *self-stigma* should integrate an improvement in the sense of belonging to a group, including community integration [14].

Self-stigma plays a significant role in various areas of patients' lives, sometimes discouraging them to continue therapy. Kamaradova et al. examined the links between self-stigmatization and adherence to therapy, including discontinuance of treatment by patients from various diagnostic groups. High levels of self-stigmatization were positively correlated with arbitrary discontinuation of treatment, without consulting a psychiatrist first. This study also confirmed the significant correlation between self-stigmatization and patients' adherence to psychiatric treatment [15].

We should also look at the consequences of stigmatization and self-stigmatization. The effects of social stigmatization of patients diagnosed with mental conditions are difficult to assess due to the fact that they overlap with the difficulties associated with the disease itself and its symptoms. Stigmatization leads to a reduction in life opportunities, and the possibilities of self-realization, as well as achievement of important life goals. Stigma and fear of rejection contribute to adopting mentally defensive attitudes by the patients, and their withdrawing from social life, which results in limiting their social networks and worsening of their prognosis

[2]. An additional consequence of *self-stigma* is lowered self-esteem, dignity and self-efficacy, which translates into a general worse social functioning at the level of professional life, family and self-care. Stigmatization may increase the level of stress in mentally ill people, reduce the quality and satisfaction with life, often contribute to the deterioration of the clinical condition and increase the risk of exacerbation of symptoms or disease recurrence [8]. In this context, it pays to note the importance of anti-discrimination education, which offers the chance to reduce reluctant social attitudes. There should be more anti-discrimination activities directed to pupils, students, and the society in general. It is worth including people affected by mental disorders in these initiatives, not only to activate them, but also to fight against stereotypical images and self-stigmatization [16].

In the light of the issues discussed, we can formulate a thesis saying that a person suffering from a mental disorder possesses knowledge acquired through personal experience, which has the potential to become a resource used to strengthen oneself and to help others. That is why it is so important to support mutual aid groups of those suffering from mental disorders [17].

What is the *courtesy stigma*? In his works Erving Goffman uses the term "stigma" as a severely disparaging attribute. According to Goffman's theory, people working with stigmatized social groups bear "courtesy stigma", being a kind of public disapproval triggered by their contact with the stigmatized person or group of people. The phenomenon of this "stigma by association" affects the whole group of relatives, carers and therapists, who remain with the patient suffering from a mental illness, and thus often become victims of stigmatization themselves [1,7]. Therefore, deep stigmatization due to a serious mental illness also undoubtedly concerns relatives of the patients [15], who are, after all, a huge source of "unprofessional" support next to professional psychiatric and psychological help.

Tucker et al. in their work "Disentangling Self-Stigma: Are Mental Illness and Help-Seeking Self-Stigmas Different?" address the issue of the stigma of seeking psychological aid. This study provided empirical evidence that the very stigma of mental illness is conceptually different from the stigma of seeking help. The authors also found that seeking help and self-stigmatization of mental illness explain the unique variance in the stigma constructs and self-concept component, suggesting that the stigmatization process and stigmatizing attributes of this construct may differ. *Self-stigma* associated with seeking help may be closer to the attitudes and intentions of seeking help and support, than the self-stigmatization due to mental illness [19].

It is also worth mentioning that concealment of

one's health condition was empirically linked with self-stigmatization, and proven to form a significant stressor [10].

Despite the overt negative impact of stigma, relatively few studies were devoted to the meaning of stigma from the perspective of a psychiatric patient. Mak and colleagues developed a *self-stigma* study among patients diagnosed with schizophrenia, and other psychotic disorders in Hong Kong. Among the numerous clinical aspects studied, only the intensity and severity of symptoms were found to have a high and significant positive correlation with a higher level of self-stigmatization [20].

Karidi and colleagues compared the experience of stigmatization in patients with bipolar disorder and schizophrenia. Their study notices that psychiatric patients have to face not only the symptoms of their disorders, but also stigmatization. So far the studies on self-stigmatization focused on schizophrenia, there are only a few reports on *self-stigma* in relation to patients with bipolar disorder. What follows from Karidi's study is that patients suffering from bipolar disorder tend to have a more positive image of themselves, and are experiencing lower levels of self-stigmatization, when compared to schizophrenia patients. Rosenberg Self Esteem Scale [21] was used to measure self-stigmatization.

Psychological and ethical determinants of self-stigmatization

Psychiatrists and psychologists, in addition to their professional competences, also require moral qualifications. The above dispositions may protect the patient against self-stigmatization of mental illness. The sense of responsibility and greater ability of making moral choices stem from the knowledge possessed by the psychiatrist and psychologist concerning the context of self-stigmatization of their patients.

A morally responsible psychiatrists/psychologists demonstrate the following characteristics: a) moral autonomy (awareness of their obligations and how to implement them); b) taking the effects of decisions and actions taken into account; c) consistent striving to implement their own activity; d) readiness to submit one's own arguments and ideas to judgment of others [24, 25, 26].

The professional's responsibility in preventing patient's self-stigmatization is based on a proper hierarchy of values and means: a) activity (instead of passivity in achieving moral objectives); b) awareness, concentration and skills in formulating these objectives; c) bearing consequences for every choice, decision and moral action, without blaming others or seeking justification; d) fulfilling promises and commitments; e) the ability to differentiate between what is and what is not within the

scope of personal abilities; f) focusing on tasks; g) focusing on final results; h) pursuing a goal (instead of considering failure) [27, 28]. Professionals conducting therapy have a great moral responsibility regarding the prophylaxis of patient's self-stigmatization of their mental illness. This mainly concerns the following issues: a) psychiatric and psychological pressure in individual and group therapy; b) ethical dilemmas related to conducting family therapy; c) depth of therapeutic intervention, and respect for the individual choices the patient/client makes; d) influencing the subconsciousness – setting limits of intervention; e) therapeutic manipulation; f) adverse effect of psychotherapy [25,27].

In the event patient's self-stigmatization of mental illness occurs, a responsible psychiatrist and psychologist conducting the therapy has the moral obligation to supervise the process of psychiatric and psychological assistance in the context of the aforelisted issues. Moral responsibility arises from the following six ethical principles: a) respect for patient/client dignity; b) fair treatment, concerning predominantly impartiality and equal rights; c) the requirement of prudence, which consists in the obligation to consider potential benefits and losses, arising from the 'first do not harm' postulate; d) obligation of honesty, directed more so towards the person, than at his/her actions, this obligation is closely related to the concept of identity, its possession in this case means an attitude of integrity, stretching beyond individual interests, as well as straightforwardness and truthfulness; e) the requirement of openness and sincerity, which requires that issues should be presented in accordance with facts; f) the postulate of good will, with the proposed essence in form of altruism, which means that the professionals will strive for the good of others, rather than for their own [24,25,26].

Treating patients from a higher, and more thorough perspective of a human being, both an individual, and a social one, therefore forms an important task in the context of helping patients experiencing auto-stigmatization with their mental illness. The term "being" refers to the objective attributes of man, which are: the world of his/her self, self-reliance in oneself, for oneself and within oneself, full subjectivity, completeness of existence, relative absoluteness of the being, exceptional otherness in relation to the material world, uniqueness, freedom, moral dimension, transcendence towards internal conditions and towards creation, creativity and inventiveness, openness to higher modes of existence and values, to spiritual improvement, to the perspectives of infinity [29, 30, 34].

In psychiatry and humanistic psychology, there is talk of a learned process of self-actualization. If this process is consistent, then the person, unconditionally accepted and

also accepting oneself, develops all its potential abilities, becoming a fully functioning person. In this context, all of his/her experience relates to full development and useful social action. The person becomes open to experience, accepting oneself, spontaneous and capable of free choices and balanced expression of emotions, and above all creative. This type of patient can adequately cope with the phenomenon of self-stigmatization. Specialist assistance is required if the patient fails to acquire these skills on his/her own. In this case, the psychiatrist and psychologist must be constantly aware that their self-stigmatizing patient is a person. The patient's person must be treated as a certain pre-category, which forms a condition for effective help [31,32].

Man as a patient is a person, as it initiates and enters interpersonal relations. It is conditioned by another person, without whom he/she would not be a full person. When undertaking a professional relationship with a patient, the psychiatrist and psychologist must always be aware that this "I-you" relationship is necessarily a "person-person" relationship. A person, however, is not born of this fundamental, simple relationship, but only actualizes in it. Therefore, a person is not mere existence, nor a mere phenomenon, nor a function of an object. It is something ontic, it is a "being - of a being" [28, 29].

The human person constantly stimulates the person, organizing a higher level of defense than a personality can possibly achieve. This regularity indicates that some resources can be identified in every person, allowing him/her to avoid self-stigmatization of mental illness. This, however, requires professional aid. In modern psychology, the term 'personality' is more often used than the term 'person'. Personality, however, cannot exist without an ontic reference in form of the human person. This is a consequence of the fact that the personality "grows out" of the human person, a thing that tends to be, unfortunately, forgotten by some of the psychologists and psychiatrists. Admittedly, these professionals do not have the competence to speak about a psychiatric patient in the terms "person", as this concept remains in the domain of philosophy. However, when creating psychiatric or psychological concepts of man, these professionals touch upon the issues of man as a person. In this context, they must be aware that "personality" is a scientific construct and their patient is a specific, real person [28, 33].

It happens so that some specialists do not speak boldly about a person as a person, being convinced that a person is a secret in itself. There is a certain rationale behind this, as a psychiatric patient is never fully comprehensible and cannot be unambiguously diagnosed. The term 'secret' has a rather negative meaning in this aspect. Man is a secret because he cannot be fully understood. Meanwhile, the problem of a person in psychiatry and in psychology

should become a fundamental issue, and thus the starting point for creating any variations of human concept. In the daily work of a psychiatrist and psychologist, one cannot lose the image of a patient who is a specific person, who is struggling with the difficulties associated with self-stigmatization of mental illness [33].

Psychiatry and psychology should therefore use the basic assumptions of personalism, such as: a) affirmation of each person as a basic value; b) primacy of spiritual life of a person over other areas of life; c) irreducibility of a person (to its body, senses, to physiology, to a producer, robot, computer processor), negation of its objectification (use as an object) and instrumental treatment (as a tool and a means); d) the human person is the subject of inalienable rights written in human nature; e) affirmation of a person and its rights also means awareness of the person's obligations towards others, as based on the principles of justice; f) rejection of liberalism, which states that freedom is the basic value, and not the person or the common good [34].

Summary

The stigma of mental illness is constantly present and significantly impairs the social functioning of patients. Often, in everyday life, we come across attitudes of stigmatization and lack of understanding, and also insufficient tolerance towards people with a psychiatric diagnosis, including primarily the diagnosis of paranoid schizophrenia. The aforementioned stereotyping contributes to the exclusion of the discussed group, as well as to internalization of negative stereotypes by patients, further deepening their social maladaptation.

The problem of self-stigmatization of psychiatric patients is a topical issue that is well worth further exploration in order to better understand and help patients more effectively.

Social awareness of mental disorders is still unsatisfactory, so undoubtedly psychoeducation and providing continuing support to the patients still seem so important, which could then translate into their better insight in their condition, better understanding of themselves and the nature of their disorder, and the more efficient coping not only with the very symptoms of the mental disorder, but also with self-stigmatization, which, in such a case, is often referred to as a secondary disease. In recent years, research into strategies for change of self-stigmatization has not been very extensive, and trends suggest different perspectives. Psychoeducation programs proved the most popular among the anti-stigmatization methods. Within such programs their participants learn the facts that contradict the stereotypes linked with their disorders. These educational strategies utilize the personal experiences of

bias of their participants to discuss the consequences of its internalization. The cognitive-behavioural therapy, in which self-stigmatization intervention was formulated as maladaptive statements about oneself, is also not devoid of significance [10,22]. What is important for the patients in the process of recovery, is to be individually involved

in regaining control over their own life, and resisting the stigma of mental illness [23]. It is also important that also the professionals (psychiatrists and psychologists) take note of the self-stigmatization phenomena in the aspect of psychological and ethical determinants.

"Po przezwyciężeniu własnego oporu i oporu otoczenia czuje się smak życia"

A. Kępiński

Wstęp

Stygmatazacja opisywana przez psychiatrię i psychologię polega na naznaczeniu człowieka chorego piętnem choroby psychicznej, z którą związane są liczne negatywne stereotypy utrwalane w mentalności indywidualnej i społecznej. Pomimo tego, iż mamy XXI wiek oraz epokę kultu tolerancji i równości osoby z diagnozą choroby psychicznej są często naznaczone swoistym piętnem, zaś ich opiekunowie i terapeuci tak zwanym *courtesy stigma*, co w dosłownym tłumaczeniu oznacza „piętno dzięki uprzejmości” [1].

Niniejsza praca koncentruje się wokół zagadnienia autostygmatazacji, które jako znaczące zjawisko ma miejsce wówczas, gdy dana osoba, w tym przypadku osoba z diagnozą psychiatryczną, ma świadomość istniejącej i dokonującej się stygmatazacji oraz internalizuje przyjęte pejoratywne stereotypowe twierdzenia, co doprowadza do obniżenia jej wartości, samoskuteczności, tożsamości i godności a także osłabia szeroko pojęty dobrostan psychiczny i proces zdrowienia, ang. *recovery*.

Literatura na temat stygmatazacji jest dość bogata, czego nie można powiedzieć w odniesieniu do autostygmatazacji. Celem artykułu jest poddanie naukowej refleksji się zjawiska *self-stigmy* z perspektywy pacjentów psychiatrycznych, a w tym pacjentów cierpiących na schizofrenię.

Ostatnia część niniejszego artykułu będzie poświęcona psychologicznym i etycznym uwarunkowaniom zjawiska autostygmatazacji chorobą psychiczną.

We wstępie warto przyjrzeć się jeszcze kwestii terminologicznej: kiedy mówimy o zaburzeniu psychicznym, a kiedy o chorobie psychicznej. Aktualne klasyfikacje ICD-10 i DSM-5 posługują się terminem zaburzenia psychicznego zamiast określenia choroby psychicznej. W myśl DSM-5 zaburzenie psychiczne jest zespołem objawów, który charakteryzuje się znaczącym klinicznie zakłóceniem indywidualnego poznawania, regulacji emocji lub zachowania, które odzwierciedlają psychologiczną, biologiczną albo rozwojową dysfunkcję, leżącą u podstaw funkcjonowania psychicznego [2].

Wg Wielkiej encyklopedii powszechnej w pojęciu choroby psychicznej znajduje odbicie zarówno używane w aktualnej klasyfikacji określenie zaburzenia psychiczne, jak i unormowania obowiązującej w Polsce Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (1994 r.) [3]: „psychiczne choroby – określenie obejmujące wszelkie zaburzenia psychiczne, które są przedmiotem zainteresowania psychiatrii ze względu na potrzebę ich leczenia; wyodrębnienie choroby psychicznej jest zwykle podyktowane względami praktycznymi, związanymi z wprowadzeniem zasad postępowania medycznego, społecznego lub prawnego (uprawnień lub ograniczeń, wyjątków, przywilejów), różnicowanymi w odniesieniu do osób spełniających ustalone kryteria choroby psychicznej (...)” [4].

Autostygmatazacja chorobą psychiczną

Autostygmatazacja, inaczej samonapiętnowanie czy *self-stigma* to proces, podczas którego pacjenci z chorobą psychiczną potwierdzają publiczną stygmę. Ta zaś przebiega w czterech zasadniczych etapach: etykietowanie, stereotypizacja, oddzielenie „nas” od „nich” i utrata statusu społecznego [5].

Hayward i Bright podają, że w odniesieniu do osób chorych psychicznie stereotyp opiera się na kilku stwierdzeniach szczególnie takich czy: chory psychicznie jest niebezpieczny, ponosi częściową odpowiedzialność za swój stan zdrowia, cierpi na chorobę, która jest chroniczna i trudna do wyleczenia, jest nieprzewidywalny i niezdolny do należytego wypełniania ról społecznych [6].

Chorzy psychicznie jako wywodzący się ze stygmatazującego społeczeństwa nierzadko podzielają opinię ogółu i tym samym ulegają autostygmatazacji [7]. Samonapiętnowanie staje się przeszkodą w procesie umacniania, kiedy w obliczu choroby pacjent zamiast stać się dla siebie oparciem, rozwija poczucie stygmy [8]. Dlatego konieczne jest lepsze rozumienie związku wiedzy publicznej, postaw i zachowań społecznych z internalizacją stygmy wśród ludzi z problemami zdrowia psychicznego [9].

Przy omawianiu zjawisk stygmatazacji i autostygmatazacji ważne jest rozróżnienie dwóch zasadniczych pojęć takich jak „public stigma” i „self stigma”. Michaels i współpracownicy w pracy pt. „Constructs and concepts comprising the stigma of mental illness” wyróżnili komponenty, składające się na *public*

stigma i *self stigma*. Public stigma obejmuje negatywne wierzenia o omawianej grupie osób jako niekompetentnej, cechującej się słabością charakteru oraz niebezpieczną, uprzedzenia kojarzone z negatywnymi reakcjami emocjonalnymi jak złość i strach a także dyskryminujące zachowania będące odpowiedzią na uprzedzenia tj. odmowa pracy i dostępu do mieszkalnictwa. Natomiast na *self stigmę* składają następujące komponenty: negatywne wierzenia o własnej niekompetencji i słabości, uprzedzenia związane z obniżonymi samooceną i zaniżonym poczuciem samoskuteczności a także gorsze możliwości pracy, mieszkania i zaniechanie szukania pomocy [10].

Jak pokazują dostępne dane w sposób szczególny piętnuje schizofrenia, a stopień stygmatyzacji pacjentów z tym rozpoznaniem pogarsza się [11,12]. Chotkowska w pracy pt. „Piętno doświadczane i postrzegane u osób chorujących na schizofrenię” dokonała oceny subiektywnie doświadczanego piętna przez pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. W tym celu przebadano 64 pacjentów z wykorzystaniem Kwestionariusza Angemayera. Wynik niniejszego badania wskazuje na to, że osoby badane zdecydowanie oczekują negatywnego nastawienia społeczeństwa do osób chorujących. Poczucie piętna przewidywanego wśród respondentów jest wysokie w następujących obszarach: kontakty z ludźmi, praca, związki, obraz osób chorujących w społeczeństwie, dyskryminacja strukturalna. Poczucie owego piętna jest najwyższe w sferze kontaktów interpersonalnych. Wyniki badania pokazały, że część respondentów doświadczyła zarówno odrzucenia z powodu choroby ale i akceptacji ze strony otoczenia. Respondenci uważali, że lepiej jest zachować dla siebie fakt choroby psychicznej, by nie narazić się na odrzucenie (72%) oraz, że ludzie odnoszą się negatywnie do osób chorujących psychicznie (70%) [13].

Bardzo ważną kwestią jest poczucie przynależności wśród osób, których dotyczy autostygmatyzacja poważną chorobą psychiczną. Treichler i współpracownicy zakładając, że zjawisko autostygmatyzacji znacząco wpływa na życie tych pacjentów, przebadali 267 dorosłych osób pod kątem czynników demograficznych, samonapiętnowania, wystawienia na dyskryminację i poczucia przynależności. Uzyskano rezultaty, w myśl których adekwatne poczucie przynależności jest czynnikiem buforującym autostygmatyzację, a te wyniki różnią się w zależności od rasy i płci. Poczucie przynależności może uchronić przed samonapiętnowaniem, a interwencje zapobiegające i redukujące fenomen autostygmatyzacji powinny integrować poprawę poczucia przynależności do grupy włączając integrację społeczności [14].

Autostygmatyzacja odgrywa istotną rolę w wielu

dziedzinach życia człowieka chorego i niekiedy zniechęca do kontynuowania terapii. Kamaradova i współpracownicy badali zależności pomiędzy samonapiętnowaniem a przywiązaniem do terapii oraz przerywaniem leczenia przez pacjentów z różnych grup diagnostycznych. Wysoki poziom samonapiętnowania był dodatnio skorelowany z samowolnym przerywaniem leczenia bez konsultacji z psychiatrą. Badanie to potwierdziło znaczącą korelację pomiędzy autostygmatyzacją a przestrzeganiem leczenia przez pacjenta psychiatrycznego [15].

Warto przyjrzeć się konsekwencjom stygmatyzacji i autostygmatyzacji. Skutki społecznego napiętnowania osób chorujących psychicznie są trudne do oceny z uwagi na fakt, że nakładają się na trudności związane z samą chorobą oraz jej symptomami. Stygmatyzacja prowadzi do zmniejszenia szans życiowych oraz możliwości samorealizacji i osiągnięcia ważnych życiowych celów. Napiętnowanie i lęk przed odrzuceniem przyczyniają się do przyjmowania przez chorych psychicznie defensywnej postawy życiowej oraz wycofywania się z życia społecznego, co często oznacza ograniczenie sieci społecznej i pogorszenie rokowania [5]. Skutki społecznego napiętnowania osób chorujących psychicznie są dosyć trudne do oceny, ponieważ nakładają się one na trudności wynikające z samej choroby i psychopatologii. Dodatkową konsekwencją autostygmatyzacji jest obniżone poczucie własnej wartości, godności i samoskuteczności, co przekłada się na ogólne gorsze funkcjonowanie społeczne na płaszczyźnie zawodowej, rodzinnej i dbałości o siebie. Stygmatyzacja może zwiększać u osób chorujących psychicznie poziom stresu, obniżać jakość i satysfakcję z życia, przyczynia się niejednokrotnie do pogorszenia stanu klinicznego i zwiększenia ryzyka zaostrzenia objawów bądź nawrotu choroby [5]. W tym kontekście dostrzec warto rangę edukacji antydyskryminacyjnej, która ma szansę zredukować niechętnie postawy społeczne. Należy wprowadzić więcej działań antydyskryminacyjnych skierowanych do uczniów, studentów i całego społeczeństwa. Do tych inicjatyw warto angażować osoby dotknięte zaburzeniami psychicznymi, celem ich aktywizacji i walki ze stereotypowymi wyobrażeniami a także samonapiętnowaniem [16].

W świetle omawianych zagadnień można sformułować tezę, że osoba doświadczająca choroby psychicznej, posiada wiedzę zdobytą na drodze osobistych doświadczeń, które mogłyby stać się zasobem używanym do umocnienia własnej osoby a także do pomocy innym. Dlatego tak istotne jest wspieranie grup samopomocowych osób chorujących psychicznie [17].

Czym jest *courtesy stigma*? Erving Goffman używa w swoich pracach pojęcia „piętno” jako atrybutu dotkliwie dyskredytującego. Według teorii Goffmana ludzie

pracujący ze stygmatyzowanymi grupami społecznymi otrzymują tzw. „courtesy stigma”, będące swego rodzaju dezaprobatą publiczną wywołaną na skutek obcowania z napiętnowaną osobą lub grupą osób. Zjawisko „piętna udzielonego” obejmuje całą grupę bliskich, opiekunów i terapeutów, którzy pozostają przy chorym po zachorowaniu na chorobę psychiczną i przez to same niejednokrotnie stają się ofiarą stygmy [1,7]. Zatem głębokie napiętnowanie z powodu poważnej choroby psychicznej niewątpliwie dotyczy także krewnych osób chorujących psychicznie [18], którzy są przeciw ogromnym źródłem wsparcia „nieprofesjonalnego” obok profesjonalnej pomocy psychiatrycznej i psychologicznej.

Tucker i współ. w pracy pt. „Disentangling Self-Stigma: Are Mental Illness and Help-Seeking Self-Stigmas Different?” podejmują zagadnienie piętna szukania pomocy psychologicznej. Badanie to dostarczyło empirycznych dowodów na to, że samo piętno choroby psychicznej różni się koncepcyjnie od piętna szukania pomocy. Ponadto stwierdza się, że szukanie pomocy i autostygmatyzacja chorobą psychiczną wyjaśnia unikalną wariację w konstrukcie piętna i komponencie koncepcji jaźni, sugerując, że proces stygmatyzacji i atrybuty stygmatyzujące tego konstruktów mogą się różnić. Samonapiętnowanie związane z szukaniem pomocy może być bardziej zbliżone do postaw i zamiarów szukania pomocy, wsparcia niż samonapiętnowanie z powodu choroby psychicznej [19].

Warto nadmienić, że ukrywanie stanu zdrowia zostało empirycznie powiązane z autostygmatyzacją i wykazano, że jest ono znaczącym stresorem [10].

Pomimo jawnego negatywnego wpływu stygmatyzacji, stosunkowo niewiele badań zostało poświęconych rozumieniu stygmy z perspektywy pacjenta psychiatrycznego. Mak i współpracownicy opracowali badanie *self-stygmy* wśród pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii i innych zaburzeń psychotycznych w Hong Kongu. Wśród licznych badanych aspektów klinicznych jedynie nasilenie, ciężkość symptomów była znacząco skorelowana pozytywnie z wyższym poziomem autostygmatyzacji [20].

Karidi i współpracownicy porównali doświadczenie stygmatyzacji przez pacjentów z rozpoznaniem choroby afektywnej dwubiegunowej i schizofrenii. W badaniu nadmieniono, że pacjenci psychiatryczni muszą zmagać się nie tylko z symptomami choroby ale także ze stygmatyzacją. Badania nad samonapiętnowaniem jak dotąd ogniskują się na schizofrenii, mało jest doniesień na temat *self-stygmy* w odniesieniu do pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową. Rezultat badania Karidi – pacjenci z chorobą afektywną dwubiegunową mają bardziej pozytywny obraz samych siebie i doświadczają mniejszej autostygmatyzacji w porównaniu z pacjentami

ze schizofrenią. Do pomiaru autostygmatyzacji została użyta Rosenberg Self Esteem Scale [21].

Psychologiczne i etyczne uwarunkowania autostygmatyzacji

Od psychiatry i psychologa obok kompetencji zawodowych wymagane są kwalifikacje moralne. Powyższe dyspozycje mogą uchronić pacjenta przed autostygmatyzacją chorobą psychiczną. Poczucie odpowiedzialności i większa możliwość dokonywania wyborów moralnych wynika z posiadanej przez psychiatrę i psychologa wiedzy w kontekście autostygmatyzacji ich pacjenta.

Odpowiedzialny moralnie psychiatra/psycholog posiada następujące właściwości: a) cechuje się autonomią moralną (świadomością własnych obowiązków i sposobów ich realizacji); b) liczy się ze skutkami podejmowanych decyzji oraz działania; c) konsekwentnie dąży do realizacji własnej aktywności; d) jest gotów poddać pod osąd innych ludzi, własne racje i pomysły [24, 25, 26].

Odpowiedzialność specjalisty w kwestii zapobiegania autostygmatyzacji pacjenta kształtuje się na bazie właściwej hierarchii wartości i oznacza: a) aktywność (zamiast bierności w realizacji celów o charakterze moralnym); b) świadomość, koncentrację i umiejętności w formułowaniu celów; c) ponoszenie konsekwencji za każdy wybór, decyzję i działanie moralne, bez zrzucania winy na innych czy poszukiwania usprawiedliwienia; d) wywiązywanie się ze składanych obietnic i zobowiązań; e) umiejętność różnicowania tego, co jest i tego, co nie jest w zakresie osobistych możliwości; f) koncentrację na zadaniach; g) koncentracja na rezultatach końcowych; h) dążenie do celu (zamiast rozważania niepowodzeń) [27, 28]. Na specjalistach prowadzących terapię spoczywa wielka odpowiedzialność moralna dotycząca profilaktyki autostygmatyzacji pacjenta przed swoją chorobą psychiczną. Dotyczy to przede wszystkim następujących kwestii: a) nacisku psychiatrycznego i psychologicznego w terapii indywidualnej i grupowej; b) dylematy etyczne związane z prowadzeniem terapii rodzinnej; c) głębokość ingerencji terapeutycznej a szacunek wobec indywidualnych wyborów pacjenta/klienta; d) oddziaływanie na podświadomość – granice ingerencji; e) manipulacja terapeutyczna; f) niekorzystny wpływ psychoterapii [25,27].

W przypadku wystąpienia zjawiska autostygmatyzacji pacjenta chorobą psychiczną odpowiedzialny psychiatra i psycholog prowadzący terapię mają moralny obowiązek czuwać nad procesem pomocy psychiatrycznej i psychologicznej w kontekście powyższej kwestii. Odpowiedzialność moralna wyrasta z sześciu następujących zasad etycznych: a) szacunek dla

godności pacjenta/klienta; b) sprawiedliwe traktowanie, chodzi przede wszystkim o bezstronność i równość praw; c) wymóg roztropności, który polega na obowiązku potencjalnych korzyści i strat wywodzący się z postulatu „przede wszystkim nie szkodzić”; d) nakaz uczciwości nakierowany bardziej na człowieka niż na jego działanie, nakaz ten ściśle wiąże się z pojęciem tożsamości, jej posiadanie oznacza w tym przypadku postawę uczciwości, która wykracza poza partykularne interesy, a także prostolinijność i prawdomówność; e) wymóg otwartości i szczerości, który polega na tym, aby problemy były prezentowane zgodnie ze stanem faktycznym; f) postulat dobrej woli, której istotą miałyby być altruizm sprawiający, że specjaliści będą się starać bardziej o dobro drugich niż o własne [24, 25, 26].

Istotnym zadaniem w kontekście pomocy pacjentowi, który doświadcza autostygmatyzacji własną chorobą psychiczną jest traktowanie chorego jako osoby z wyższej i pełniejszej perspektywy bytu ludzkiego, zarówno indywidualnego, jak i społecznego. Pojęcie „osoba” odnosi się do obiektywnych atrybutów człowieka, jakimi są: świat jego jaźni, samoistność w sobie, z siebie i dla siebie, pełną podmiotowość, zupełność bytową, względna absolutność istoty, wyjątkowa inność w relacji do świata materialnego, jedyność, wolność, wymiar moralności, transcendentność wobec uwarunkowań wewnętrznych oraz wobec stworzenia, twórczość i inwencyjność, otwarcie na wyższe sposoby istnienia i wartości, na doskonalenie się duchowe, na perspektywy nieskończoności [29, 30, 34].

W psychiatrii i psychologii humanistycznej mówi się o wyuczonym procesie samoaktualizacji. Jeżeli proces ten przebiega zgodnie, to człowiek, będąc bezwarunkowo akceptowanym i akceptując również samego siebie, rozwija wszystkie swoje potencjalne możliwości, staje się osobą w pełni funkcjonującą. W tym kontekście całe swoje doświadczenie odnosi do pełnego rozwoju i pożytecznego działania społecznego. Człowiek staje się osobą otwartą na doświadczenia, akceptującą siebie, spontaniczną i zdolną do wolnych wyborów oraz do zrównoważonej ekspresji emocji, a przede wszystkim twórczą. Tego rodzaju pacjent w adekwatny sposób potrafi sobie poradzić ze zjawiskiem autostygmatyzacji. W przypadku, kiedy pacjent nie nabył takiej umiejętności niezbędna jest specjalistyczna pomoc. Psychiatra i psycholog muszą mieć w tym przypadku ciągłą świadomość, iż ich pacjent autostygmatyzujący się jest osobą. Osoba pacjenta musi być traktowana jako pewna prekategoria, co stanowi warunek skuteczne pomocy [31, 32].

Człowiek jako pacjent jest osobą dzięki temu, iż podejmuje i wchodzi w relacje interpersonalne. Jest on bowiem uwarunkowany drugą osobą, bez której nie byłby w pełni osobą. Psychiatra i psycholog podejmując relację zawodową z pacjentem musi mieć zawsze świadomość, iż

ta relacja typu „ja - ty” jest relacją „osoba - osoba”. Osoba jednak nie rodzi się z tej fundamentalnej, prostej relacji, ale jedynie aktualizuje się w niej. Osoba zatem nie jest tylko samą egzystencją, ani samym fenomenem, ani samą funkcją przedmiotu. Jest czymś ontycznym, jest „bytem - bytu” [28, 29].

Osoba ludzka nieustannie stymuluje człowieka, organizując wyższy poziom obronności niż jest to w stanie czynić osobowość. Ta prawidłowość wskazuje na to, iż w każdym pacjencie można odnaleźć pewne zasoby, które mu pozwolą ustrzec się przed autostygmatyzacją chorobą psychiczną. Do tego jednak niezbędna jest specjalistyczna pomoc. We współczesnej psychologii częściej używa się terminu „osobowość” niż terminu „osoba”. Osobowość jednak nie może istnieć bez odniesienia ontycznego w osobie ludzkiej. Jest to konsekwencją tego, iż osobowość „wyrasta” z osoby ludzkiej, o czym niestety niektórzy psychiatrzy i psychologowie zapominają. Specjaliści ci nie posiadają wprawdzie kompetencji, by wypowiadać się o pacjencie psychiatrycznym w terminach „osoby”, ponieważ pojęcie to jest domeną filozofii. Jednakże w trakcie tworzenia psychiatrycznych czy psychologicznych koncepcji człowieka specjaliści ci dotyczą problematyka człowieka jako osoby. W tym kontekście muszą mieć świadomość, iż „osobowość” jest naukowym konstruktem, a ich pacjent konkretną, realną osobą [28, 33].

Zdarza się, iż niektórzy specjaliści niezbyt odważnie mówią o człowieku jako osobie, nosząc w sobie przekonanie, że człowiek sam w sobie jest tajemnicą. Jest w tym pewna racja bowiem pacjent psychiatryczny nie do końca jest poznawalny i nadający się do jednoznacznego zdiagnozowania. Termin „tajemnica” ma tym aspekcie znaczenie raczej negatywne. Człowiek bowiem jest tajemnicą, ponieważ nie można go do końca zrozumieć. Tymczasem problem osoby w psychiatrii i w psychologii powinien stać się fundamentalnym zagadnieniem, a przez to punktem wyjścia do tworzenia jakichkolwiek odmian koncepcji człowieka. W codziennej pracy psychiatry i psychologa nie można stracić obrazu pacjenta, który jest konkretną osobą borykającą się z trudnościami związanymi autostygmatyzacją chorobą psychiczną [33].

Psychiatria i psychologia zatem powinny korzystać z podstawowych założeń personalizmu, takich jak: a) afirmacja każdego człowieka jako podstawowej wartości; b) prymat życia duchowego w człowieku do innych dziedzin życia; c) człowiek nie może być zredukowany (do organizmu, zmysłów, do fizjologii, do producenta, robota, procesora komputerowego), urzeczowiony (używany jako przedmiot) i traktowany instrumentalnie (jako narzędzie i środek); d) osoba ludzka jest podmiotem zapisanych w naturze ludzkiej niezbywalnych praw; e) afirmacja osoby i jej praw oznacza także świadomość powinności

osoby wobec innych, w oparciu o zasady sprawiedliwości; f) odrzucenie liberalizmu, który głosi, iż podstawową wartością jest wolność, a nie osoba i dobro wspólne [34].

Podsumowanie

Piętno choroby psychicznej jest stale obecne i w znacznym stopniu upośledza funkcjonowanie społeczne osób chorych. Często, w codziennym życiu stykamy się z postawą napiętnowania i braku zrozumienia oraz niedostatecznej tolerancji wobec osób z diagnozą psychiatryczną w tym przede wszystkim z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej. Wspomniana stereotypizacja przyczynia się do wykluczenia omawianej grupy a także do internalizowania przez chorych negatywnych stereotypów, co pogłębia ich dezadaptację społeczną.

Problem autostygmatyzacji pacjentów psychiatrycznych jest kwestią stale aktualną i wartą ciągłego pogłębiania celem lepszego zrozumienia i skuteczniejszej pomocy chorym.

Świadomość społeczna dotycząca zaburzeń psychicznych jest wciąż niezadowolająca, toteż bez wątplenia tak ważna wydaje się psychoedukacja oraz zapewnianie ustawicznego wsparcia osobom chorym, co może przełożyć się na lepszy wgląd we własny stan chorobowy, dokładniejsze poznanie siebie i natury choroby oraz efektywniejsze radzenie sobie z objawami samej choroby psychicznej a także autostygmatyzacją, zwaną niekiedy drugą chorobą. W ciągu ostatnich lat badania nad strategiami zmian dotyczących samonapiętnowania były niezbyt rozległe, a trendy sugerują różne perspektywy. Najpopularniejszą metodą antystygmatyzacyjną były właśnie programy oparte na psychoedukacji. W programach takowych uczestnicy poznają fakty przeciwstawiające się stereotypom związanym z chorobą. Te strategie edukacyjne używają osobistych doświadczeń uczestników z uprzedzeniami i omawiają konsekwencje internalizacji. Nie bez znaczenia jest także terapia kognitywno-behawioralna, w której to interwencji samonapiętnowanie zostało sformułowane jako nieprzystosowane stwierdzenia na temat samego siebie [10,22]. W procesie zdrowienia ważne jest indywidualne zaangażowanie chorego w odzyskiwaniu kontroli nad własnym życiem i przeciwstawianie się stygmatowi choroby psychicznej [23]. Istotne jest także zauważenie zjawiska autostygmatyzacji przez specjalistów (psychiatrów i psychologów) w aspekcie uwarunkowań psychologicznych i etycznych.

Conflict of interest

The authors have declared no conflict of interest.

References:

1. Sartorius N. Wytyczne WPA: jak przeciwdziałać stygmatyzacji psychiatrii i psychiatrów, 2011.
2. Gałecki P, Pilecki MW, Rymaszevska J, Szulc A, Sidorowicz S, Wciórka J. Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5@; Wrocław, Edra Urban & Partner: 2018.
3. Hajdukiewicz D. Zagadnienia psychiatrii sądowej. Część I Podstawy prawne i medyczne; Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii: 2016.
4. Wielka Encyklopedia Powszechna; Warszawa, PWN: 2000-2004.
5. Świtaj P. Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, Warszawa, 2008.
6. Jackowska E. Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy psychologiczne. *Psychiatria Polska* 2009; XLIII (6): 655-670.
7. Vogel DL, Wade NG & Haake S. Measuring the self stigma associated with seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology* 2006; 53(3), 325.
8. Podogrodzka-Niell M, Tyszkowska M. Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym. *Psychiatria Polska* 2014; 48(6), 1201-1211.
9. Evans-Lacko S, Brohan E, Mojtabai R, Thornicroft G. Association between public views of mental illness and self stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. *Psychological medicine* 2012; 42 (08), 1741-1752.
10. Michaels PJ, López M, Rüsche N, Corrigan PW. Constructs and concepts comprising the stigma of mental illness. *Psychology, Society, & Education* 2017; 4(2), 183-194.
11. Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A, Corrigan PW, Grabe H J, Carta MG et al. Evolution of public attitudes about mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2012; 125(6), 440-452.
12. Babicki M, Kotowicz K, Piotrowski P, Stramecki F, Kobyłko A, Rymaszevska J. Obszary stygmatyzacji i dyskryminacji osób chorujących psychicznie wśród respondentów internetowych w Polsce. *Psychiatria Polska* 2018; 52(1), 93-102.
13. Chotkowska K. Experienced and perceived stigma among people suffering from schizophrenia. *Advances in Psychiatry and Neurology/Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 2018; 27(4), 304- 317.
14. Treichler EB, Lucksted AA. The role of sense of belonging in self-stigma among people with serious mental illnesses. *Psychiatric rehabilitation journal* 2018; 41(2), 149
15. Kamaradova D, Latalova K, Prasko J, Kubinek R, Vrbova K, Mainerova B. et al. Connection between self-stigma, adherence to treatment, and discontinuation of medication. *Patient preference and adherence*, 2016; 10, 1289.
16. Chotkowska K. Choroby psychiczne. Edukacja antydyskryminacyjna. *Ogrody Nauk i Sztuk* 2019; 9, 56-62.
17. Zadrozna, A. Wiedza płynąca z doświadczenia choroby psychicznej jako możliwość wejścia w inną rolę społeczną. Przykład funkcjonowania grup samopomocowych osób chorujących psychicznie na poziomie psychologicznym i społecznym. *Ogrody Nauk i Sztuk* 2019; 9, 162-169.
18. Morris E, Hippman C, Murray G, Michalak EE, Boyd JE, Livingston J. et al. Self-stigma in relatives of people with mental illness scale: development and validation. *The British Journal of Psychiatry* 2018; 212(3), 169-174.
19. Tucker JR, Hammer JH, Vogel DL, Bitman RL, Wade NG, Maier EJ. Disentangling self-stigma: Are mental illness and help-seeking self-stigmas different?. *Journal of Counseling Psychology*, 2013; 60(4), 520.
20. Mak WW, Wu CF. Cognitive insight and causal attribution

- in the development of self-stigma among individuals with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 2006; 57(12), 1800-1802.
21. Karidi M V, Vassilopoulou D, Savvidou E, Vitoratou S, Maillis A, Rabavilas A. et al. Bipolar disorder and self-stigma: A comparison with schizophrenia. *Journal of affective disorders*, 2015; 184, 209-215.
 22. Tyszkowska M, Podogrodzka M. Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych-czynniki bezpośrednio związane z leczeniem psychiatrycznym. *Psychiatr. Pol*, 2013; 47(6), 1011-1022.
 23. Jarema M. Stygmatyzacja w obronie przed stygmatyzacją; konferencja Człowiek i rodzina a zdrowie psychiczne, Katowice, 2016.
 24. Bednarek D. Zawód psychologa. Regulacje prawne i etyka zawodowa; Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN: 2016.
 25. Czabała JC. Czynniki leczące w psychoterapii; Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN: 2008.
 26. Francis RD. Ethics for psychologists; John Wiley & Sons: 2010.
 27. Fiutak A, Dąbrowski J. Udzielanie pomocy terapeutycznej. Aspekty prawne; Warszawa, Difin: 2012.
 28. Stepulak MZ. Psycholog jako zawód zaufania społecznego; Lublin, Prace Wydziału Nauk Społecznych/Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego: 2007.
 29. Bartnik CS. Personalizm; Lublin, Wydawnictwo „O.K.” Tomasz Wiater: 2000.
 30. Gózdź K. Teologia człowieka; Lublin, Wydawnictwo KUL: 2006.
 31. Popielski K. Noetyczny wymiar osobowości. Psychologiczna analiza poczucia sensu życia; Lublin, Redakcja Wydawnictw KUL: 1993.
 32. Romanowska – Łakomy H. Psychologia doświadczeń duchowych; Warszawa, Wydawnictwo Psychologii i Kultury Eneteia: 1996.
 33. Stepulak MZ. Tajemnica zawodowa psychologa; Lublin, RW KUL: 2014.
 34. Szewczyk W. Kim jest człowiek? Zarys antropologii filozoficznej; Tarnów, Wydawnictwo Diecezji Tarnowskiej Biblos: 2009.

Corresponding author

dr n. med. Ewelina Soroka
 II Klinika Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej
 Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego
 w Lublinie
 e-mail: dziwota.e@gmail.com

Otrzymano: 21.06.2020

Zrecenzowano: 19.07.2020

Przyjęto to druku: 21.07.2020