

Stygmatyzacja osób chorych psychicznie

The stigma on people with mental illness

Ewelina Dziwota

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie

Streszczenie

Stygmatyzacja, inaczej piętnowanie czy etykietowanie, dotyczy osób cierpiących na choroby psychiczne, w szczególności na zaburzenia psychotyczne (w tym schizofrenia) ponieważ, jak wskazują prezentowane w poniższym artykule dane CBOS, schizofrenia piętnuje bardziej niż depresja i budzi więcej pejoratywnych skojarzeń niż ta druga.

Konsekwencją stygmatyzacji jest postrzeganie piętnowanych osób jako gorszych, a następnie znaczne upośledzenie ich funkcjonowania w społeczeństwie.

Wiele jest teorii wyjaśniających występowanie stygmatyzacji w społeczeństwie, wielokrotnie próbowano zdefiniować pojęcie piętna, określić jego wymiary, funkcje oraz mechanizmy składające się na ten proces.

Napiętnowanie powoduje ukrywanie choroby przez dotknięte nią osoby, które mają świadomość występowania stygmatyzacji. (Negatywne przedstawianie chorych psychicznie w telewizji, prasie, celem wzbudzenia sensacji). To piętno dotyczy osób chorujących obecnie lub w przeszłości, a także tych, którzy mieli kontakt z lekarzem psychiatrą. Ową etykietę trudno jest zmienić, nawet po powrocie pacjenta do tzw. „normalności”.

Warto przy tym podkreślić rolę indywidualnego podejścia do pacjenta oraz konieczność edukacji społeczeństwa w zakresie chorób psychicznych.

Na proces stygmatyzacji składają się: etykietowanie, stereotypizacja, oddzielenie „nas” od „nich”, utrata statusu społecznego oraz dyskryminacja - opisane w artykule.

Piętno społeczne jest zagadnieniem niezwykle istotnym, bowiem ma ono wpływ na chroniczycę zaburzeń, pogorszenie rokowania poprzez wzmocnienie stresu u pacjentów oraz często hamuje ono podejmowanie przez nich kroków w kierunku leczenia z obawy przed wykluczeniem społecznym.

Słowa kluczowe: stygmatyzacja, schizofrenia, stereotypizacja

Abstract

Stigma otherwise stigmatizing or labeling applies to people suffering from mental illness, in particular psychotic disorders (including schizophrenia), because, as shown in the following article presented data CBOS, schizophrenia condemns more than depression, and it raises more pejorative associations than the latter. The consequence of stigma are: treating these patients as inferior people and significant impairment in their functioning in society. There are many theories to explain the existence of stigma in society, recently there have been a lot of trials to define the concept of stigma, to specify the dimensions, functions and mechanisms that make up the process.

Stigma causes the hiding of the disease by the affected people, who are aware of the prevalence of stigma. (Negative presenting with mental illness on television, in the press, to the excitation of sensation). This stigma affects people suffering mental illness today or in the past, as well as those who had contact with a psychiatrist. That label is difficult to change, even after the patient's return to the so-called "Normality".

It is worth to highlighting the role of the individual approach to the patient and the need to educate the public on mental illness. The process consists of stigma - labeling, stereotyping, separating "us" from "them", the loss of social status and discrimination - as described in the article. Social stigma is an issue extremely important, because it makes disorders very chronic, worsening the prognosis by enhancing stress in patients and often inhibit it by making them step towards treatment for fear of social exclusion.

Keywords: stigma, schizophrenia, stereotyping

Stygmatyzacja to naznaczenie człowieka chorego piętnem choroby psychicznej, co prowadzi do postrzegania go jako osoby gorszej niż inne. Zjawisko stygmatyzacji urasta do rangi problemu społecznego, dotyczącego niemal wszystkich chorych z zaburzeniami psychicznymi. Przekłada się ono na znaczne utrudnienie funkcjonowania chorych a także ich rodzin. Stygmatyzacja dotyczy ogółu pacjentów aktualnie leczących się psychiatrycznie, ale też

osób mających kiedykolwiek zaburzenia psychiczne czy korzystających z pomocy lekarza psychiatry. Przyczyną omawianego zagadnienia tkwi w niezrozumieniu istoty choroby psychicznej, która jest efektem dysfunkcji zdrowia, podobnie zresztą jak inne choroby. Często przyczyną tegoż etykietowania jest brak podstawowej wiedzy na temat kształtowania się życia psychicznego oraz wynikająca z tej niewiedzy podatność na stereotypowe wyobra-

żenia dostarczane nierzadko przez żadne sensacje media. W myśl zakorzenionych w społeczeństwie stereotypów, osoba chora psychicznie jest niejednokrotnie kojarzona z kimś niebezpiecznym, nieprzewidywalnym czy dziwnym. Stygmatyzacja w sposób niezwykle destrukcyjny wpływa na samego chorego, budując w nim poczucie odrzucenia, bezradności, nieprzydatności społecznej. Przejawem napiętnowania jest odmawianie osobom z zaburzeniami psychicznymi równych praw i równego dostępu do wszelkiego typu świadczeń, problemy ze znalezieniem pracy. Należy przy tym pamiętać, że stosunek społeczeństwa do grup osób niepotrafiących skutecznie walczyć o swoje prawa, jest miarą dojrzałości społecznej i tolerancji. W taki sposób sens stygmatyzacji oddaje „Leksykon schizofrenii” autorstwa Marka Jaremy [1].

„Współcześni trędowaci” - określił chorych na schizofrenię amerykański psychiatra Edwin Fuller Torrey. Stygmatyzowanie, inaczej etykietowanie czy piętnowanie oznacza, że ktoś, kto leczy lub leczył się u psychiatry, jest uważany za odmiennego i gorszego od innych. W pojęciu społecznym osoba taka jest nieobliczalna, groźna i nie potrafi właściwie reagować. Ta etykieta trudna jest do pozbycia się nawet po powrocie pacjenta do „normalności” [2]. Jak zaś rozumieć tę normalność? Anna Grzywa w książce zatytułowanej „Magiczna wizja świata” definiuje normę jako konstrukt naukowy wyznaczający granice zachowań niepatologicznych człowieka, zwracając jednocześnie uwagę na fakt, jak bardzo pojęcie to jest niejednoznaczne i nieprecyzyjne. Normę należy traktować jako swego rodzaju dynamizm, zmieniający się z trudną do uchwycenia częstotliwością oraz jako zjawisko złożone indywidualnie, ulegające modyfikacjom w kontekście historyczno-kulturowym [3].

Piętno choroby psychicznej dotyczy przede wszystkim cierpiących na zaburzenia psychotyczne, bowiem depresja przykładowo, nie wzbudza tylu pejoratywnych skojarzeń, a wręcz skłania do współczucia pacjentowi i powoduje chęć pomocy i zaopiekowania się nim. Schizofrenia zaś ma negatywne konotacje, budzi niepokój, dystans, a nawet złość. Powoduje to, że osoby z zaburzeniami psychotycznymi nierzadko ukrywają swoją chorobę i po prostu nie przyznają się do niej [2].

Osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne mają świadomość występowania zjawiska stygmatyzacji, co bardzo niekorzystnie wpływa na ich funkcjonowanie w społeczeństwie. Warto w miejscu tym przywołać model błędnego koła stygmatyzacji, w którym piętnowanie pociąga za sobą szeroko rozumianą dyskryminację, ta zaś implikuje poczucie mniejszej wartości u ludzi nią dotkniętych. Powoduje to ich wycofanie się z życia społecznego, a w konsekwencji dalsze pogorszenie stanu zdrowia i unikanie szukania pracy, co z kolei w ewidentny sposób pogłębia etykietowanie i zamyka ów błędny cykl [4].

Nie bez znaczenia dla zjawiska piętnowania są media, książki czy filmy. Niejednokrotnie źródła te, w pogoni za rozgłosem i łatwym pozyskaniem swoich fanów, prezentują nieprawidłowy obraz ludzi chorych na schizofrenię, utożsamiając ich nierzadko ze sprawcami różnorodnych zbrodni, jednostkami odpowiedzialnymi za największe zło na świecie, za zagrożenie dla siebie, swoich bliskich i wszystkich wokół. Takie ukazanie chorych psychicznie buduje wśród społeczeństwa postawę lęku i pełne niepokoju przekonanie, że zachowania takich osób nie można w żaden sposób przewidzieć, a jak wskazuje dokładniejsza analiza zachowania cierpiących na schizofrenię, owszem, bywają oni niebezpieczni, ale o wiele bardziej dla siebie samych niż dla otoczenia [2,5].

Termin „piętno” został wprowadzony do nauk społecznych przez amerykańskiego socjologa Evinga Goffmana, który w 1963 r. opublikował książkę pod takim właśnie tytułem. Jak podają źródła określenie „piętno” czy też „stygmat” jest silnie dyskredytującą właściwością, automatycznie powodującą, że dana osoba jest postrzegana jako odmienna, splamiona, umniejszona, a nawet jako „nie w pełni człowiek” [5].

Piotr Świtaj w swojej książce pt. „Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji” zwraca uwagę na cztery zasadnicze elementy składające się na proces stygmatyzacji: etykietowanie, stereotypizacja, oddzielenie „nas” od „nich” oraz utrata statusu społecznego.

1. Etykietowanie – polega na wyróżnieniu i nazwaniu pewnych społecznie istotnych różnic. Często etykieta nie jest właściwością osoby, aczkolwiek jest jej przypisywana, przy czym jej zasadność pozostaje kwestią otwartą. Już sama diagnoza psychiatryczna jest specyficznym rodzajem etykiety.
2. Stereotypizacja – polega na powiązaniu wyróżnionych kategorii społecznych z negatywnymi stereotypami. Przykładowo na stereotyp chorych psychicznie składają się przekonania o ich agresywności, mniejszej zdolności intelektualnej, nieobliczalności, braku zdolności do świadomego pokierowania swoim życiem i postępowaniem.
3. Oddzielenie „nas” od „nich” – negatywny stereotyp powiązany z pewną kategorią osób stanowi przyczynę uznania ich za inne od całej „normalnej” reszty. Przygotowuje to niezwykle podatny grunt pod odrzucenie, wykluczenie i dyskryminację.
4. Utrata statusu społecznego – kolejny etap stygmatyzacji a zarazem jego dopełnienie [5].

Przy okazji omawiania stereotypizacji warto przyjrzeć się psychologii niektórych relacji międzyludzkich, prowadzących do utrwalenia pewnych niekorzystnych zjawisk.

Walter Lippman twierdzi, że stereotypy stanowią jeden z mechanizmów upraszczających, które pozwalają

człowiekowi poradzić sobie ze złożonym środowiskiem społecznym, ponieważ nie jesteśmy wyposażeni w umiejętność percepcji wszystkich subtelności czy niuansów świata.

Stereotypy to nic innego jak pewne cechy przypisywane określonej grupie. Poznawczą podstawą ich tworzenia jest kategoryzacja. W trakcie klasyfikacji ludzi stosuje się grupowe etykiety, które uwydatniają podobieństwo osób należących do tej samej kategorii. Towarzyszy temu skłonność do pomijania całego bogactwa różnic pomiędzy członkami grupy.

Ponadto, jak wskazują badania nad tendencyjnym etykietowaniem, ludzie z reguły są skłonni, aby podkreślać te cechy, które pozwalają im spostrzegać tę grupę, do której należą jako górującą nad grupą obcą. Owe tendencyjne etykietowanie przyczynia się do tworzenia pozytywnego stereotypu grupy własnej, a negatywnego obcej.

Poznawcze węzły w sieci stereotypowej są powiązane również z reakcjami emocjonalnymi, co jest związane z rodzeniem się uprzedzeń w stosunku do określonych grup ludzi. Uprzedzenie to nic innego jak postawa, będąca oceną, uczuciem, czy też aktem poznawczym albo połączeniem elementów poznawczych, afektywnych i behawioralnych. Uprzedzenia traktowane są jako postawa, natomiast pod pojęciem dyskryminacji rozumie się na ogół negatywne zachowania wobec członków zdefiniowanej społecznie grupy, motywowane przynależnością dyskryminowanych osób do tejże grupy [6]. I tak na przykład w społeczeństwie funkcjonuje stereotyp schizofrenika, jako osoby mającej urojenia i halucynacje, nieobliczalnej i groźnej, niebezpiecznej dla siebie i otoczenia. Ten stereotyp dyskryminuje często wszystkich chorych psychicznie i przygotowuje do adekwatnej interakcji z nimi.

Peter Hayward i Jenifer Bright zakładają, że w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi stereotyp oparty jest na czterech głównych stwierdzeniach:

- Chory psychicznie jest niebezpieczny.
- Ponosi częściową odpowiedzialność za swój stan zdrowia.
- Cierpi on na chorobę, która jest chroniczna i trudna do wyleczenia.
- Jest nieprzewidywalny i niezdolny do należytego wypełniania ról społecznych [7].

Philip Zimbardo w książce „Psychologia i życie” podaje definicję samospełniającego się proroctwa (samorealizującej przepowiedni) w myśl której, fałszywa definicja sytuacji na początku, prowokuje nowe zachowanie, które sprawia, że pierwotnie błędna koncepcja sprawdza się [8].

Informacja stereotypowa przebiega w trzech zasadniczych etapach:

- Nabywanie informacji.
- Przetwarzanie informacji potwierdzających stereotyp.
- Działanie oparte na oczekiwaniach.

Ważne jest, że stereotyp można zmienić, poprzez osłabianie negatywnych skojarzeń, co wymaga przewy-

ciężenia skłonności do faworyzowania dowodów potwierdzających stereotyp [6].

Świtaj zwraca uwagę na konsekwencje procesu stygmatyzacji ludzi cierpiących na schizofrenię. Jedną z nich jest społeczne wykluczenie z wielu dziedzin życia, takich jak relacje ze znajomymi czy z rodziną. Również szanse znalezienia partnera życiowego u tych osób maleją, co jest skutkiem świadomości ich etykietowania. Możliwości znalezienia pracy zwłaszcza adekwatnej do posiadanych kwalifikacji czy zdobycia wymarzonego wykształcenia i zawodu są także utrudnione, co jest kolejną konsekwencją omawianego zjawiska. Ponadto zachwiane jest uczestnictwo w życiu publicznym a poczucie własnej tożsamości, samooceny czy samo-skuteczności maleje proporcjonalnie do wzrostu napiętnowania społecznego.

Nie bez znaczenia pozostaje kwestia wpływu piętna choroby psychicznej na istniejące zaburzenie. Przyczynia się ono do znacznego pogorszenia samopoczucia psychicznego pacjentów, w znacznym stopniu pogłębiając lub utrwalając zdiagnozowane zaburzenie. Dzieje się to na następujących płaszczyznach:

1. Chronicyzacja zaburzeń.
2. Pogorszenie rokowania poprzez zwiększenie odczuwanego stresu.
3. Niepodejmowanie leczenia u profesjonalistów w dziedzinie zdrowia psychicznego z obawy przed naznaczeniem społecznym [5].

Teoria naznaczania społecznego w swej pierwotnej formie, podanej m.in. przez Thomasa Scheffa, upatrywała w procesie etykietowania nawet przyczyny choroby psychicznej. W świetle dzisiejszej wiedzy założenie to nie jest słuszne i zostało wyparte przez Bruce'a Linka w jego zmodyfikowanej teorii etykietowania [5,7].

Bruce Link i Jo Phelan wyróżnili cztery komponenty składające się na postawę stygmatyzacji:

1. Uwydatnienie różnicy, np. kalektwa fizycznego i przypięcie etykiety osobom, u których różnica ta została zauważona.
2. Przypisanie pewnych niepożądanych cech etykietowanym ludziom, stanowiących odbicie powstałych uprzednio stereotypów.
3. Oddzielenie osób oznaczonych etykietką od grupy własnej.
4. Doświadczenie utraty statusu i dyskryminacji przez zaetykietowane osoby (pozbawienie praw do zatrudnienia, opieki medycznej), co przyczynia się do degradacji społeczno-ekonomicznej [7].

Jakie są postawy Polaków wobec osób chorych psychicznie?

Zagadnieniem tym zajmowało się Centrum Badania Opinii Społecznej, stawiając następujące pytania respondentom:

- Czy choroby psychiczne są uleczalne?
- Do kogo zwrócić się o pomoc w razie choroby psychicznej?

- Jak zachowują się osoby chore psychicznie?
- Co odczuwają zdrowi spotykając osoby chore psychicznie?
- Czy choroby psychiczne ukrywa się przed innymi?
- Jak określane są osoby psychicznie chore?
- Czy chorzy psychicznie są w Polsce dyskryminowani?

Badano ponadto dystans społeczny wobec ludzi chorych psychicznie.

Jak donoszą badania z lipca 2005 roku, ponad połowa pytanym jest zdania, że chorzy psychicznie mają szansę powrotu do zdrowia, natomiast około 30% wyraża opinię przeciwną.

Ankietowani uważają, że osoby chore psychicznie prawie zawsze zachowują się niezrozumiale, mówią od rzeczy, zaniedbują swój wygląd lub higienę, przejawiają niepokój w zachowaniu. Znacznie rzadziej przypisują chorym zachowania agresywne czy napastliwe.

Zdaniem badanych bezpośredni kontakt z człowiekiem chorym psychicznie najczęściej wywołuje u osób zdrowych współczucie i zaniepokojenie a w dalszej kolejności bezradność, strach i litość. Zdecydowana większość Polaków uważa, że choroby psychiczne należą do schorzeń, które z reguły ukrywa się przed innymi ludźmi jako wstydlive. Większość respondentów odnotowuje w swoim otoczeniu głównie negatywne skojarzenia związane z chorymi psychicznie, jedna trzecia zaś podaje określenia neutralne, opisowe. W porównaniu z rokiem 1996 nastąpiła w tej materii poprawa.

W ostatniej dekadzie niewiele zmienił się społeczny dystans wobec chorych psychicznie wyrażany sprzeciwem wobec pełnienia przez nich różnych ról społecznych. Ankietowani są zdania, że chorzy psychicznie są traktowani gorzej niż inni obywatele przede wszystkim w zakresie prawa do pracy, poszanowania godności osobistej, ochrony majątku i sprawiedliwego sądu. Podzielone są natomiast opinie dotyczące prawa do opieki społecznej.

Jacek Wciórka opierając się na wynikach prowadzonych przez CBOS badań, stwierdza, że najbardziej charakterystyczną cechą choroby psychicznej w odczuciu społecznym jest jej niezrozumiałość. Niezbyt wyraziście jest natomiast zarysowana tendencja do przypisywania chorym psychicznie agresywności czy też napastliwości wobec innych ludzi, a przecież są to cechy tak bardzo uwidaczniane przez media. Polacy są świadomi tego, że osoby chore psychicznie mają szansę na powrót do zdrowia, co w najlepszy sposób umożliwiają im lekarze psychiatry. Wciórka ocenia wyobrażenia o chorobie jako mało stereotypowe i stanowiące punkt wyjścia do społecznej edukacji [10].

Bardziej skomplikowany jest obraz postaw społeczeństwa wobec chorych psychicznie, których niejednokrotnie określa się deprecjonującymi, naznaczającymi i piętnującymi epitetami. Powszechna jest opinia, że choroba psychiczna jako wstydliva wymaga ukrywania przed innymi

ludźmi, co świadczy o stygmatyzacji chorób i osób chorych psychicznie. Takie piętno społeczne prowadzące do tajemienia choroby, gmatwa los ludzi chorych i utrudnia udzielenie fachowej pomocy w odpowiednim momencie [9,10].

Co więcej w społeczeństwie – mówi Jacek Wciórka – da się zauważyć tendencję do odrzucania chorych psychicznie jako pełnoprawnych i odpowiedzialnych obywateli oraz są oni bardzo często dyskryminowani w wielu dziedzinach życia społecznego [10].

Przegląd obecnie prowadzonych badań dowodzi, że problem piętna choroby psychicznej jest bardzo powszechny, natomiast choroba psychiczna należy do najsilniej wykluczających społecznie stygmatów. Spośród zaś zaburzeń psychicznych najsilniej naznacza i stygmatyzuje choroba królewska – schizofrenia [11].

Istnieje wiele metod badawczych służących do pomiaru zjawiska stygmatyzacji osób chorych na schizofrenię, m.in. Skala Dystansu Społecznego, stworzona przez Emory'ego Bogardusa, określająca skłonność do nawiązywania relacji społecznych przez badanego z przedmiotem badania (przeprowadzona np. w celu zbadania zależności między płcią a stosunkiem do chorego psychicznie).

Piotr Świtaj jako najliczniejsze wskazuje badania opinii i postaw społecznych wobec chorób psychicznych i osób chorych psychicznie, które przeprowadza się na reprezentatywnych grupach społeczeństwa lub na węższych grupach określonych terytorialnie, bądź też takich, których postawy mają zasadnicze znaczenie dla zrozumienia procesu stereotypizacji (przykładowo dzieci) albo ważne znaczenie dla funkcjonowania tych chorych w społeczeństwie (pracodawcy, personel szpitali psychiatrycznych). Stosuje się skale dystansu społecznego, dyferencjał semantyczny, miary atrybucji, skale pomiaru reakcji emocjonalnych. Bardzo często wykorzystuje się krótkie opisy osób i ich zachowania w różnorodnych sytuacjach (ilustracje – vignettes), spełniających rolę bodźca, na który badani mają w jakiś sposób zareagować. Manipuluje się przy tym wieloma zmiennymi, jak: wiek, płeć, nasilenie objawów czy rozpoznanie psychiatryczne opisywanych osób [5]. Świtaj proponuje także eksperymentalne badania behawioralne, które mogą polegać na ocenie zachowań ludzi, doprowadzanych do błędnego przekonania, że mają do czynienia z osobą chorą psychicznie np. w sytuacji poszukiwania przez nią miejsca pracy lub mieszkania – ocenia się reakcję uczestników takiego eksperymentu [5]. Co więcej prowadzi się badania wśród osób leczących się psychiatrycznie, a także ich rodzin i opiekunów: jakościowe, np. przy pomocy metody grupowego wywiadu tematycznego (focus group interview) oraz ilościowe, przy użyciu samoopisowych kwestionariuszy zawierających pytania dotyczące doświadczeń z napiętnowaniem i dyskryminacją.

Osobną grupę stanowią badania sposobu przedstawiania chorób psychicznych i osób chorych psychicznie

w środkach masowego przekazu, kiedy to wyświetla się uczestnikom badania stygmatyzujący film lub artykuł prasowy, aby następnie dokonać pomiaru jego wpływu na postawy społeczne [5,7].

Wiele jest czynników warunkujących stygmatyzację osób cierpiących na schizofrenię, wśród nich najważniejsze a zarazem najczęściej badane to: wiek, płeć, zawód, częstość kontaktu z chorym psychicznie, własne doświadczenia, wiedza na temat choroby, czynniki kulturowe, wyznawany system wartości.

Jak widać powyżej wiele jest metod pomiaru zjawiska stygmatyzacji osób cierpiących na schizofrenię, przy czym niektóre z nich odnoszą się do ogółu chorób psychicznych, inne dotyczą wyłącznie schizofrenii i związanych z nią pacjentów – „współczesnych trędowatych”.

Warto nadmienić, że pojęcie stygmatyzacji używane jest w literaturze o wiele częściej niż „piętno”, które wydaje się być odpowiedniejszym, gdyż określa coś lub kogoś jako złe/ złego, gorszego, negatywnie naznaczonego. Stygmat, zgodnie z tradycją chrześcijańską, może bowiem oznaczać także coś pozytywnego – świętość, wyróżnienie. Gdyby nie piętno, obawa przed odrzuceniem, przewidywane trudności, sama nazwa choroby nie miałaby tak wielkiego znaczenia, bowiem nie stygmatyzuje człowieka chorego np. cukrzyca [2].

Jakie mogą być wymiary tego piętna? Zagadnieniem tym zajęli się psychologowie społeczni rozważając je w aspekcie reakcji innych, jak i subiektywnego doświadczenia stygmatyzacji.

1. Możliwość ukrycia – odnosi się do stopnia widoczności i oczywistości piętna dla innych ludzi. Choroba psychiczna na ogół nie jest rozpoznawalna przy pierwszym zetknięciu z osobą na nią cierpiącą i w wielu sytuacjach da się ją dość skutecznie ukryć. Ale pewne oznaki wskazywać mogą na określone zaburzenia psychiczne. Przykłady dostarczają cechy fizyczne osób wyniszczonych alkoholem czy też, trzymając się tytułowego zagadnienia, pewne niedostosowane zachowania u chorych na schizofrenię. Indykatorem choroby psychicznej mogą być także objawy niepożądane farmakoterapii.

Ta widoczność piętna jest fundamentem budowania negatywnych reakcji społecznych.

2. Przebieg – wymiar ten wskazuje czy piętno jest odwracalne, względnie stabilne czy pogłębia się z upływem czasu. Piętno nasilające się w czasie zwykle budzi mniej przychylne postawy społeczeństwa. Jak wskazują badania ankietowe, nadal bardzo powszechne jest przekonanie, że choroby psychiczne źle rokują, a wyleczenie się z nich jest czymś niemożliwym. Przyczyniły się do tego nadal żywe echa poglądów Kraepelinowskich czy koncepcji neurozwyrodnienia.

3. Stopień zakłócenia relacji społecznych – niedostosowane zachowanie, formalne zaburzenia myślenia, nieadekwatne reakcje emocjonalne i napięcie z całą pewnością zakłócają kształtowanie dobrego kontaktu interpersonalnego. Objawy wytwórcze, takie jak urojenia i omamy, budzą jeszcze bardziej negatywne reakcje społeczne. Pacjenci ze schizofrenią bardzo często są postrzegani jako „dziwni” i to nie za sprawą wybiórczych deficytów dotyczących tylko niektórych elementów umiejętności społecznych, ale z uwagi na ogólne wrażenie, jakie wywiera zachowanie osób z tą jednostką chorobową.
4. Wymiar estetyczny – odnosi się do subiektywnej reakcji na nieatrakcyjność piętna i odgrywa główną rolę w przypadku atrybutów, które są widoczne. Dla natury ludzkiej bardzo typowa jest tendencja do wnioskowania na podstawie wyglądu fizycznego o cechach osobowości. W przypadku piętna choroby psychicznej, osoby z zaburzeniami psychicznymi są wielokrotnie oceniane jako mniej atrakcyjne fizycznie. Zaniedbany wygląd, nieprzestrzeganie zasad higieny osobistej skłania często do unikania kontaktów z osobami chorującymi psychicznie.
5. Pochodzenie – oznacza sposób powstawania piętna, czy jest wrodzone, przypadkowe, czy może powstawało w sposób intencjonalny. Odpowiedzialność za wystąpienie lub utrzymywanie się objawów jest bardzo często przypisywana osobom cierpiącym na choroby psychiczne. Badania wskazują, że spośród zaburzeń psychicznych, za zawinione uważane są przede wszystkim uzależnienia od alkoholu i narkotyków.
6. Zagrożenie – dotyczy niebezpieczeństwa dla innych. Bardzo powszechny jest wspomniany stereotyp ludzi chorych psychicznie jako nieobliczalnych i groźnych, wzmacniany dodatkowo przez środki masowego przekazu. Tutaj za najbardziej niebezpieczne, obok osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków, uważane są chorujące na schizofrenię.
7. Czas od nabycia stygmatu – czynnik ważniejszy dla wykształcenia zdolności adaptacyjnych i umiejętności wypracowania metod ochrony własnego Ja niż wiek, w którym się ono pojawia. Osoby przejawiające objawy psychopatologiczne mogą nie być napiętnowane do momentu, gdy nie zostaną naznaczone jako chore, w chwili kontaktu z systemem psychiatrycznej opieki zdrowotnej.
8. Znaczenie stygmatu dla obrazu siebie – czynnik podkreślający znaczenie stygmatu dla własnej tożsamości, odpowiedź na pytanie, w jakim stopniu osoba chora psychicznie uważa się za taką [5].

Pozostaje jeszcze przyjrzeć się, jaką funkcję pełni piętno?

Świtaj porusza ów problem stwierdzając, że zgodnie z podejściem funkcjonalnym, grupy piętnujące innych

odnoszą w ten sposób korzyści. Stygmatyzacja daje pewną oszczędność poznawczą, co wiąże się z szybszym i mniej obciążającym przetwarzaniem informacji. Pozwala ona również na podwyższenie samooceny indywidualnej i grupowej na drodze porównań z dyskryminowaną osobą czy kręgiem, na zwiększenie poczucia kontroli, zmniejszenie poczucia zagrożenia i lęku, na usprawiedliwianie swojej uprzywilejowanej pozycji społecznej oraz na utrwalenie własnego światopoglądu [5].

Ewa Jackowska, w swoim artykule, zwraca uwagę na mechanizmy leżące u podstaw stygmatyzacji. Jednym z nich jest spotykany dość powszechnie mechanizm blokujący dążenie do kontaktu z człowiekiem chorym psychicznie, mający u swych źródeł przeżycie lęku.

Poza lękiem autorka przywołuje dysonans poznawczy, jako przyczynę negatywnej postawy społecznej wobec omawianych chorych. Ten opisany przez Festingera mechanizm to napięcie generowane w chwili, gdy między elementami sytuacji, w której działa podmiot, zaistnieje sprzeczność, a jej nierozwiązanie zagraża obrazowi własnej osoby. Toteż obraz zachowania osoby chorej, niezrozumiały przez obserwatora, nieskłonny do refleksji i często słabo wykształconego w dziedzinie, zamiast powściągliwości myślowej zostaje fałszywie opisany za pomocą stereotypowych, często pejoratywnych epitetów.

Kolejnym ważnym mechanizmem wyjaśniającym tworzenie niekorzystnego wizerunku osób chorych psychicznie, jest mechanizm, będący konsekwencją poczucia przynależności do grup społecznych i identyfikacji z jej członkami, który ujawnia się w czasie klasyfikacji grup społecznych na „my” versus „oni”. Owej kategoryzacji grup na własne i obce towarzyszy zjawisko stroniczej percepcji, gdzie grupa, do której należy obserwator, jest tą „lepszą”. Ostatni mechanizm naznaczania społecznego, o którym pisze Jackowska, oparty jest na zjawisku samospełniającej się przepowiedni, wspomnianym wcześniej [7].

Obyczaje życia codziennego i potoczny język stale podsuwają społeczeństwu wzorce piętnowania, naznaczania, dystansu i dyskryminacji wobec chorych. W ciągu ostatnich dziesięciu lat inicjowane były rozmaite działania, których celem stanowiła zmiana, nieprzychylnych chorym na schizofrenię jak i wszystkim chorym psychicznie, obyczajowości i mentalności. Były to akcje pod hasłami:

„Schizofrenia. Otwórzcie drzwi”, „Lecz depresję”, „Zdrowie psychiczne. Nie odrzucaj. Spróbuj pomóc”, czy „Odnaleźć siebie”. Nie przyniosły one jednak zauważalnych efektów. Dlatego konieczne są zmiany systemowe w zakresie promocji zdrowia psychicznego, zapobiegania jego zaburzeniom oraz modernizacji psychiatrycznej opieki zdrowotnej. To właśnie działania systemowe, nie zaś same akcje społeczne, mają siłę odmienić los ludzi chorych psychicznie [3,9,10].

Żyjemy w czasach intensywnie rozwijających się nauk o mózgu, wykorzystania na wielką skalę metod neuroobrazowania, pomiarów biochemicznych oraz błyskawicznego rozwoju farmakologii i genetyki klinicznej. Daje to nam światło nadziei, że choroby psychiczne, choćby te najpoważniejsze, będą leczone równie skutecznie jak choroby somatyczne [2]. Może za parę lat los cierpiących na schizofrenię tak bardzo się poprawi, że owe tragiczne piętno przejdzie do historii i zginie bezpowrotnie!

References:

1. Jarema M. Leksykon schizofrenii. Poznań; Termedia Wydawnictwa Medyczne: 2010.
2. Grzywa A. Piętno choroby psychicznej. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*. Via Medica: 2004; (4): 149-153.
3. Grzywa A. Magiczna wizja świata. Warszawa; ENETEIA: 2010.
4. Jarema M., Rabe-Jabłońska J. *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa; PZWL: 2011.
5. Świtaj P. Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. Warszawa; Instytut Psychiatrii i Neurologii: 2008.
6. Stephan W.G., Stephan C.W. Wywieranie wpływu przez grupy. *Psychologia relacji*. Gdańsk; GWP: 2007.
7. Jackowska E. Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorych na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy psychologiczne. *Psychiatria Polska*. XLIII (6): 655-670.
8. Zimbardo P. *Psychologia i życie*. Warszawa; PWN: 2009, s. 606-607.
9. Grzywa A. *Pogranicza psychiatrii. Drogi i bezdroża umysłu*. Lublin; CZELEJ: 2009.
10. CBOS. *Polacy wobec chorób psychicznych i osób chorych psychicznie*. Komunikat z badań. Warszawa; 2005.
11. Kępiński A. *Schizofrenia*. Warszawa; PZWL: 1981.

Correspondence address:

Ewelina Dziwota
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie
dziwota.e@gmail.com