



Strategie przeciwdziałania stygmatyzacji wobec osób z doświadczeniem choroby psychicznej

Sylvia Wajs | Uniwersytet Warszawski
ORCID: 0000-0003-4142-7425

Streszczenie

Słowa kluczowe:

stygmatyzacja społeczna, zaburzenia psychiczne, przeciwdziałanie stygmatyzacji

Osoby doświadczające zaburzeń psychicznych są obiektem napiętnowania i stygmatyzacji, rozumianych jako pełna dezaprobaty, negatywna postawa społeczna wobec osób lub grupy ludzi o określonych cechach. Jak zauważyli Amy C. Watson i jej współpracownicy (2007), może to prowadzić do obniżenia samooceny osób z chorobami psychicznymi, spadku poczucia własnej skuteczności i zaostrzenia objawów psychopatologicznych, zwiększając ryzyko samobójstwa. Redukcja stygmatyzujących postaw społeczeństwa wobec osób chorych wydaje się być problemem ważnym i wymagającym uwagi. Wyodrębniono trzy główne strategie redukujące stygmatyzujące ludzi z zaburzeniami psychicznymi postawy społeczne: protest, odnoszący się do przeciwdziałania rozpowszechnianiu stygmatyzujących treści, edukację, która ma na celu rozpowszechnianie rzetelnej wiedzy w miejsce stereotypów, oraz kontakt z osobami z zaburzeniami psychicznymi celem zmniejszenia wobec nich uprzedzeń. Wśród wskazanych strategii przeciwdziałania stygmatyzacji najbardziej skuteczne okazały się te oparte na edukacji i osobistym kontakcie. Z metaanaliz przeprowadzonych przez Patricka W. Corrigan i współpracowników w 2012 r. wynika, że obie te strategie wywierają pozytywny wpływ na postawy wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy czym kontakt jest bardziej skuteczny w przypadku osób dorosłych, a edukacja – adolescentów. Rozwiązaniem łączącym owe podejścia są szkolenia przeciw stygmatyzacji prowadzone poprzez osoby z zaburzeniami psychicznymi, czyli tzw. ekspertów przez doświadczenie. Adresatami takich szkoleń powinny być zarówno osoby młode, których umysł jest bardzo plastyczny, a poglądy dopiero co się kształtują, jak i dorosłe, które ze względów zawodowych mają kontakt z jednostkami chorymi lub też wpływają na kształtowanie opinii publicznej. Aktywne uczestniczenie w akcjach społecznych służących redukcji stygmatyzujących postaw społeczeństwa daje osobom z doświadczeniem choroby psychicznej możliwość docenienia własnej wartości i znaczenia dla innych.

Strategies to Reduce Mental Illness Stigma (Summary)

Keywords:
social stigma,
mental illness
stigma, strategies
to reduce stigma

People with mental illnesses often experience stigmatization and social labeling, understood as a negative societal attitude toward individuals or groups of people with specific characteristics. As noted by Amy C. Watson and her colleagues (2007), this can lead to a decrease in the self-esteem of individuals with mental disorders, a reduction in their sense of self-efficacy, and an exacerbation of psychopathological symptoms, increasing the risk of suicide. Reducing society's stigmatizing attitudes toward people with mental illnesses seems to be an important issue requiring social attention. Three main strategies have been identified to reduce stigmatization: protest, which aims to counteract the dissemination of stigmatizing content; education, to replace stereotypes with reliable knowledge; and personal contact, aiming to reduce prejudice toward individuals with mental health disorders. Among these strategies, those based on education and personal contact have proven to be the most effective in combating stigma. According to meta-analyses conducted by Patrick W. Corrigan and colleagues in 2012, both strategies have a positive impact on attitudes toward individuals with mental disorders. However, contact is more effective for adults, while education works better for adolescents. A solution that combines these approaches involves anti-stigma training conducted by individuals with mental disorders, referred to as "experts by lived experience." The target audience for such training should include both young people, whose minds are highly adaptable and whose beliefs are still forming, and adults, who may, due to their professional roles, interact with individuals with mental disorders or influence public opinion. Active participation in social campaigns aimed at reducing stigmatizing attitudes provides people with mental health disorders an opportunity to appreciate their own value and significance to others.

Wstęp

Osoby doświadczające zaburzeń psychicznych są obiektem społecznej stygmatyzacji oraz dyskryminacji. Nie tylko zmagają się z objawami swojej choroby oraz problemem dostępu do wykwalifikowanych specjalistów, ale też podejmują znaczący wysiłek w celu powrotu do satysfakcjonującego funkcjonowania (Corrigan i in. 2014: 40). Spotykają się przy tym nierzadko ze stygmatyzacją wśród znajomych, w rodzinie i środowisku pracy, a nadto w mediach i dyskursie publicznym.

Stygmatyzacja rozumiana jest jako pełna dezaprobaty, negatywna postawa społeczna wobec osób lub grupy ludzi o określonych cechach (Corrigan, Watson 2002: 16). U jej źródeł tkwią m.in. błędne przekonania, uprzedzenia oraz brak wiedzy. Wśród osób dotkniętych napiętnowaniem może ono wywoływać wstyd i poczucie izolacji (Prizeman i in. 2023: 12). Głównymi przejawami stygmatyzacji są dystansowanie się, stereotypizacja, a także dewaluacja i delegitymizacja. Jest ona dla osób z zaburzeniami psychicznymi źródłem przewlekłego stresu, izolacji i poczucia samotności. Może także prowadzić do spadku samooceny, poczucia własnej skuteczności i zaostżenia

objawów psychopatologicznych, zwiększając ryzyko samobójstwa (Corrigan, Kleinlein 2005: 11; Rüschi i in. 2014: 257).

Znaczna część osób doświadczających stygmatyzacji z powodu choroby psychicznej podejmuje aktywne działania na rzecz zmiany krzywdzących postaw społecznych, co może pełnić funkcję czynnika ochronnego przed internalizacją społecznego naznaczenia. Wyróżniono trzy najważniejsze strategie wybierane przez napiętnowane jednostki w celu uniknięcia negatywnych skutków stygmatyzacji: 1) zachowywanie informacji o leczeniu w tajemnicy, 2) wycofanie z kontaktów społecznych jako potencjalnego źródła zagrożenia, 3) edukowanie społeczeństwa w celu wpłynięcia na nieprzychylnie postawy (Link, Phenan 2006: 528).

Stygmatyzacja osób z zaburzeniami psychicznymi i jej konsekwencje

Stygmat, inaczej nazywany piętnem, rozumiany jest jako cecha dyskredytująca. Ma ona odróżniać jednostki niepełnowartościowe, niepożądane i niechciane w grupie (Grzegorzewska, Cierpiąłkowska 2015: 221). Napiętnowanie często objawia się w bezrefleksyjnym przypisywaniu osobom z zaburzeniami psychicznymi pejoratywnych określeń, jak „psychiczny”, „szalony”, „czubek”, „świr” czy „wariat”. Osoby obarczone piętnem są traktowane z mniejszym szacunkiem i brakiem zrozumienia, co może prowadzić do ich izolacji i marginalizacji. Ich aktualny stan psychiczny jest natomiast postrzegany jako cała tożsamość, a nie pewna przypadłość czy część całości. Jednostki z chorobami psychicznymi bywają przy tym uznawane przez społeczeństwo za gorsze, a nawet niebezpieczne (Wojda 2020: 41). Wedle Stevena Hayesa (2020: 13) stereotypy łatwo zakorzeniają się w społeczeństwie, ponieważ tak działa ludzki umysł, wystawiany regularnie na medialne i kulturowe przekazy naznaczone uprzedzeniami.

Zdaniem Petera Haywarda i Jennifer Bright (2009: 345) stereotyp osób z zaburzeniami psychicznymi oparty jest na czterech głównych założeniach: 1) chory psychicznie jest niebezpieczny, 2) ponosi częściową odpowiedzialność za swój stan, 3) cierpi na chorobę, która jest chroniczna i trudna do wyleczenia, 4) jest on nieprzewidywalny i niezdolny do należytego wypełniania ról społecznych. Stereotypizacja ludzi chorych związana jest przede wszystkim z brakiem bądź też niewielką wiedzą związaną z zaburzeniami psychicznymi. Sam fakt korzystania ze wsparcia psychiatry jest stygmatyzujący. Ludzie przejawiają tendencję do łączenia go z takimi zaburzeniami, jak schizofrenia, psychozy czy zaburzenia urojeniowe, rzadko biorąc pod uwagę znacznie lżejsze, a powszechnie występujące trudności, jak dystymia czy zaburzenia adaptacyjne.

Do najczęściej stygmatyzowanych zaburzeń należą uzależnienia od substancji psychoaktywnych (alkoholu i narkotyków). Wynika to w głównej mierze z przekonania, iż osoby z problemem uzależnienia są odpowiedzialne za swoją chorobę. Wpływa

to m.in. na możliwość ich zatrudnienia czy relacje interpersonalne. Na drugim miejscu są osoby cierpiące na schizofrenię, które często postrzegane są jako niebezpieczne i agresywne, co potęguje ich izolację. Kolejne są zaburzenia nastroju (w tym depresja i choroba afektywna dwubiegunowa) oraz zaburzenia lękowe. Osoby ze wskazanymi przypadłościami są zwykle postrzegane jako mniej kompetentne i niezdolne do prawidłowego pełnienia ról społecznych (Babicki i in. 2018: 93; Suwalska i in. 2017: 495).

W przeciągu ostatnich kilkudziesięciu lat w Polsce nie zaobserwowano znaczących pozytywnych zmian w postawach wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Badania CBOS z lat 2000, 2008 i 2012 wskazują, iż polskie społeczeństwo nadal cechuje znaczny dystans i brak zaufania wobec osób z chorobami psychicznymi. Na przestrzeni ostatnich lat odsetek życzliwych postaw Polaków wobec pacjentów psychiatrycznych wręcz zmalał (z 71% w 1999 do 65% w 2012 r.). Wzrosła zaś liczba osób prezentujących wobec jednostek z zaburzeniami postawę obojętności (Wojda 2020: 44).

Jedną z konsekwencji stygmatyzacji jest dyskryminacja ludzi chorych. Przekłada się ona na wiele sfer życia, takich jak status ekonomiczny, życie rodzinne, zawodowe i społeczne. Stygmatyzacja znacząco pogarsza jakość życia jednostki nią dotkniętej i obniża jej poczucie wartości. Napiętnowanie społeczne może powodować duży stres i niechęć do podejmowania leczenia, a co za tym idzie – zaostrzenie objawów choroby (Sayce 1998: 331). Najczęściej spotykaną negatywną postawą społeczeństwa wobec osób chorujących psychicznie jest dystansowanie się i unikanie z nimi kontaktów. Z badań przeprowadzonych na gruncie międzynarodowym wynika, że 60% ankietowanych nie wynajęłoby mieszkania osobie z chorobą psychiczną, a 35% nie chciałoby mieć takiej osoby w swoim sąsiedztwie. Około jedna trzecia ankietowanych nie chciałaby mieć nikogo z zaburzeniem wśród swoich kolegów (Schomerus i in. 2012: 440). Inne badania wykazały, że jedynie 53% badanych jest zdania, iż osoby z chorobą psychiczną są równie inteligentne jak osoby zdrowe (Schomerus, Angermeyer 2015: 357).

Jednostki, które są obiektem stygmatyzacji, mają zwykle świadomość osądzającego stosunku społeczeństwa wobec nich. Bazując na swych dotychczasowych doświadczeniach, mogą się owych postaw nawet spodziewać. Internalizacja stygmatyzacji, jaką chorzy doświadczają od swojego otoczenia, przyczyniać się może do ich auto-stygmatyzacji. Zinternalizowane przekonania o społecznej dyskryminacji zostają wówczas odniesione do Ja i przekształcone w oczekiwanie odrzucenia. Wiąże się to z kolei z występowaniem objawów depresyjnych, lękowych i innych psychicznych dolegliwości (Hajda i in. 2015: 6; Świtaj i in. 2009: 513).

Sposoby redukowania stygmatyzacji społecznej

Wyodrębniono trzy główne strategie redukowania stygmatyzujących postaw społecznych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi: 1) protest, odnoszący się do przeciwdziałania rozpowszechnianiu stygmatyzujących treści, 2) edukację, która ma

na celu rozpowszechnianie rzetelniej wiedzy w miejsce stereotypów, oraz 3) kontakt z osobami z zaburzeniem psychicznym celem zmniejszenia wobec nich uprzedzeń (Corrigan, Penn 1999: 765).

Protest

Poprzez strategię protestu, w takich formach, jak demonstracje, petycje, aktywne wypowiedanie się w mediach, zwiększana jest świadomość społeczna w temacie problemów, jakie dotyczą osoby z zaburzeniami psychicznymi. Stygmatyzacja i jej negatywne konsekwencje, jak dyskryminacja i izolacja społeczna, mają szansę być ujawnione przez osoby nimi dotknięte, co może stanowić dla nich źródło odreagowania i ulgi. Protest może także jednoczyć osoby napiętnowane, sprzyjając budowaniu wśród nich sojuszu i swoistej grupy wsparcia. Owe zbiorowe działania dają jednostkom chorym szansę na wzmocnienie poczucia wspólnoty oraz przestrzeń do wyrażenia swojej niezgody, złości i innych trudnych emocji. Umożliwiają również osobom po przeżytych kryzysie psychicznym podzielenie się własnym doświadczeniem. Wspólne wystąpienia w formie protestu przyczyniają się do zmiany postaw społecznych poprzez ukazywanie „ludzkiej twarzy” zaburzeń psychicznych. Wpływa to także na politykę publiczną, mobilizując decydentów do podejmowania działań mających na celu poprawę sytuacji osób stygmatyzowanych (Bańbura, Opoczyńska-Morasiewicz 2020: 807). Wśród takich inicjatyw znajduje się między innymi realizowany w Polsce od września 2000 r. program „Schizofrenia – otwórzcie drzwi”, obchodzony corocznie Dzień Solidarności z Osobami Chorymi na Schizofrenię czy Ogólnopolski Program Zmiany Postaw Wobec Psychiatrii „Odnaleźć Siebie” (Maciaszek 2012: 299). Dzięki zastosowaniu strategii protestu nastąpił m.in. ogólny spadek liczby relacji prasowych i postów w mediach społecznościowych, w których używana była terminologia obraźliwa i piętnująca wobec osób z trudnościami psychicznymi.

Publiczne ujawnienie własnych doświadczeń, szczególnie w środowisku lokalnym, niesie za sobą także potencjalne zagrożenia. Może ono prowadzić do tzw. wtórnej stygmatyzacji, zjawiska zbliżonego do wtórnej wiktymizacji. Osoby, które zdecydowały się na upublicznienie swojej historii leczenia psychiatrycznego, niekiedy doświadczają zwiększonego dystansu społecznego ze strony sąsiadów, znajomych lub współpracowników, którzy wcześniej nie byli świadomi tych doświadczeń (Pandy i in. 2010: 619). Tego rodzaju reakcje mogą pogłębiać izolację społeczną i przynosić odwrotny skutek od zamierzonego – zamiast redukcji uprzedzeń prowadzić do ich nasilenia. Z tego względu działania oparte na ujawnianiu tożsamości i doświadczeń osób z zaburzeniami psychicznymi powinny być prowadzone ostrożnie, z uwzględnieniem kontekstu społecznego oraz odpowiedniego wsparcia psychologicznego.

Na chwilę obecną nie istnieje dostatecznie wiele badań walidujących zastosowanie strategii opartych na protestach. Powodem takiego stanu rzeczy jest chociażby fakt, iż akcji przeprowadzanych przeciwko postawom stygmatyzującym osoby chore jest

zbyt mało, by można je było uwzględnić w przeglądach porównujących skutki interwencji bazujących na proteście do tych opartych na edukacji czy kontaktach (Walsh, Foster 2021). Głównymi celami protestu są: 1) poszerzanie świadomości społecznej, m.in. w temacie problemów, z jakimi zmagają się osoby z zaburzeniami, 2) eliminacja stereotypów i mitów, w tym np. przekonania, że wszystkie osoby z doświadczeniem choroby psychicznej są niebezpieczne, 3) promowanie społecznego wsparcia i tolerancji wobec napiętnowanych jednostek. Protest jest także okazją do edukowania społeczeństwa o leczeniu zaburzeń psychicznych oraz o tym, jak można wspierać osoby nimi dotknięte.

Edukacja

Edukacja ma na celu korektę stereotypowych przekonań na temat osób leczących się psychiatrycznie i zastąpienie ich adekwatną, raczej prostą i łatwą do przyswojenia wiedzą (Świtaj i in. 2019: 1219). Rola edukowania w przeciwdziałaniu stygmatyzacji osób z chorobami psychicznymi jest kluczowa, ponieważ świadomość społeczna i wiedza na temat zaburzeń wpływają na sposób, w jaki traktowane są osoby zmagające się z problemami psychicznymi. Edukacja wpływa na zmiany postaw społecznych poprzez redukcję mitów i fałszywych powszechnych przekonań na temat ludzi chorych, np. wedle których jednostki te są całkowicie niezdolne do właściwego pełnienia ról społecznych. Dowiadując się o doświadczeniach osób z zaburzeniami, społeczeństwo ma szansę na głębsze zrozumienie i akceptację jednostek napiętnowanych, co może mieć wpływ na wzrost wobec nich poziomu empatii. Pozwala to spojrzeć na problem osoby z zaburzeniem z jej perspektywy. Dzięki edukacji ludzie uczą się także rozpoznawać oznaki problemów psychicznych u siebie i swojego otoczenia, co może zwiększać szanse na wcześniejsze, a przez to bardziej skuteczne, interwencje. Strategia edukacji sprzyja również wprowadzaniu tematyki zdrowia psychicznego do codziennych rozmów, co wpływa na jej oswojenie i zmniejsza wstyd związany z poszukiwaniem profesjonalnej pomocy.

W związku z tym, iż wprowadzanie strategii redukcji stygmatyzacji społecznej poprzez edukowanie jest najbardziej skuteczne wśród osób stosunkowo młodych, których umysł jest najbardziej otwarty i plastyczny, już na etapie szkoły podstawowej ważne jest wdrażanie programów kształtujących pozytywne postawy wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Edukacja antydyskryminacyjna wprowadzana jest jednak tylko do nielicznych szkół, do tego rzadko i jako element dodatkowy (Świerszcz 2015: 13). Ważne wydaje się także inicjowanie podobnych szkoleń wśród profesjonalistów zajmujących się leczeniem osób z chorobami psychicznymi, takich jak lekarze, psychologowie czy psychoterapeuci. Badania wskazują, że bardziej przychylny stosunek do osób z zaburzeniami psychicznymi wykazują specjaliści, którzy niedawno ukończyli szkolenie, natomiast w miarę trwania kursów z zakresu terapii postawy stygmatyzujące wśród studentów ulegają nasileniu (Skinner i in. 2009: 232). W tym

aspekcie istotne wydaje się być nie tylko wprowadzanie edukacji sprzeciwiającej się piętnowaniu, ale i przemyślenie bardziej gruntownych zmian w dotychczasowym systemie prowadzenia szkoleń.

Pisząc o edukacji, nie sposób pominąć wątku używanego słownictwa (także w trakcie szkoleń zawodowych dla przyszłych terapeutów). Poprzez posługiwanie się językiem, który uwzględnia całą osobę, a nie redukuje jej do aktualnego stanu zdrowia, możemy wspierać jednostki doświadczające trudności psychicznych, tworząc dla nich bardziej inkluzywne i wspierające środowisko. Adekwatne używanie języka w opisywaniu stanu psychicznego chorych zmienia ich postrzeganie przez społeczeństwo, a także poprawia jakość relacji między pacjentem a jego lekarzem czy terapeutą. Potocznie używane określenia, takie jak „chory psychicznie” czy „wariat”, dehumanizują i redukują osobę do jej diagnozy, wzmacniając obraz „innego” oraz „zagrożenia”. Zamiast tego zaleca się używanie języka zorientowanego na osobę (*person-first language*), który podkreśla człowieczeństwo, a nie etykietę medyczną. Przykłady niestygmatyzujących sformułowań obejmują przykładowo: zamiast określenia chory psychicznie – osoba doświadczająca zaburzeń psychicznych, zamiast alkoholik – osoba w kryzysie uzależnienia lub osoba z uzależnieniem od alkoholu, zamiast nosiciel HIV – osoba żyjąca z HIV. Zastosowanie takiego języka ma wpływ nie tylko na odbiór społeczny, ale również na sposób, w jaki osoby z diagnozą postrzegają siebie i swoje możliwości leczenia oraz integracji społecznej (Henderson, Thornicroft 2009: 1930). Niestygmatyzująca terminologia sprzyja tworzeniu bezpiecznej przestrzeni do dialogu oraz zmniejsza opór wobec korzystania z pomocy specjalistycznej (Corrigan 2011: 826). Zwrócenie uwagi na ten aspekt komunikacji, zwłaszcza w działaniach edukacyjnych, mediach i praktykach klinicznych, jest istotnym krokiem w kierunku systemowej redukcji stygmatyzacji.

Edukacja odgrywa kluczową rolę w kształtowaniu społeczeństwa, które traktuje osoby z zaburzeniami psychicznymi z szacunkiem i empatią. Szczególnie ważne wydaje się być edukowanie przyszłych terapeutów, a także osób bliskich jednostkom z zaburzeniami psychicznymi, w tym ich rodzin. Ma to służyć m.in. poprawie komunikacji między nimi, a także tworzeniu bardziej wspierającego środowiska. Istotne znaczenie ma także psychoedukacja samych osób napiętnowanych w celu zapobiegania lub redukcji ich autostygmatyzacji. Przez odpowiednie działania edukacyjne nie tylko można wpłynąć na zmiany w zakresie stygmatyzacji chorób psychicznych, ale także stworzyć wspierające warunki do integracji społecznej i poprawy jakości życia osób zmagających się z trudnościami psychicznymi.

Osobisty kontakt

Trzecia z wymienianych przez Patricka W. Corrigan i Davida L. Penna (1999: 765) strategii przeciwdziałania stygmatyzacji polega na zastosowaniu kontaktu interpersonalnego z osobami z zaburzeniami psychicznymi. Strategia owa zakłada, iż

bezpośrednia interakcja z jednostkami z napiętnowanej grupy może przyczyniać się do zmniejszenia w stosunku do nich uprzedzeń. W badaniach Millera i współpracowników (2001: 410) dowiedziono, iż grupy wykonujące wspólne zadanie w warunkach kontaktu osobistego zmieniały postawy nie tylko wobec partnerów kontaktu, ale także wobec pozostałych członków grupy obcej, których oglądali jedynie na ekranie telewizora. W przeprowadzonych w 2003 r. metaanalizach wykazano ponadto, iż bezpośredni kontakt „twarzą w twarz” ma większy wpływ na redukcję stygmatyzacji wobec osób z chorobami psychicznymi niż pośredni kontakt za pomocą nagrań wideo (Pinfold i in. 2003: 342). Warunkiem efektywności kontaktu personalnego jest otwartość interpersonalna, która opiera się na zaufaniu w procesie interakcji. Dzięki temu osłabiony zostaje lęk podtrzymujący stereotypowe postrzeganie drugiego człowieka. Ilościowe analizy potwierdziły niższą tendencję do stygmatyzacji wśród osób, które doświadczyły osobistego kontaktu z jednostkami cierpiącymi na zaburzenia psychiczne (Trute, Loewen 1989: 79). Badania jakościowe prowadzone w paradygmacie obserwacji uczestniczącej przez Michała Bilewicza i współpracowników (2006: 164) wskazały, że otwartość i skłonność do empatii stanowią główne warunki wychodzącego poza stereotypy kontaktu. Pozytywnie zweryfikowano także hipotezę o pośredniczącej roli kontaktu personalnego z osobami chorymi w redukcji wobec nich stygmatyzacji, sformalizowaną jako statystyczną mediację (Corrigan, Watson 2002: 16).

Osoby zdrowe, którym dana jest możliwość kontaktu i interakcji z osobami z zaburzeniami psychicznymi, mają szansę na lepsze zrozumienie ich sytuacji oraz dostrzeżenie w nich ludzkich cech, bez ograniczania się wyłącznie do aspektu choroby. Przyczynia się to do zmniejszania lęku i uprzedzeń. Przykładem działań z zastosowaniem hipotezy kontaktu są inicjatywy organizowania spotkań z osobami z doświadczeniem choroby psychicznej. W sytuacjach gdy jednostki zdrowe i chore współpracują w ramach wspólnych projektów lub działań, tworzy się między nimi przestrzeń do budowania relacji opartych na zaufaniu i wzajemnym wsparciu. Pozwala to także na wymianę doświadczeń oraz przełamanie stereotypów. Innym rodzajem działań redukujących stygmatyzację jest tworzenie grup wsparcia dla osób z zaburzeniami, w których mogą się one dzielić swoimi historiami z szerszą społecznością, co powinno skutkować większym poczuciem wsparcia i akceptacji. Badania dowodzą, że zwiększanie interakcji pomiędzy jednostkami zdrowymi a osobami z trudnościami natury psychicznej może prowadzić do redukcji stygmatyzacji oraz poprawy jakości życia osób chorujących, które często doświadczają izolacji społecznej, a co za tym idzie – obniżonej samooceny (Biegański, Tudorowska 2016: 442). Korzystając ze strategii kontaktu, można przeciwdziałać tym negatywnym skutkom przez promowanie pozytywnych relacji i interakcji społecznych.

Zakończenie

Przeciwdziałanie stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi obejmuje wiele wymiarów – począwszy od edukacji do jawnego sprzeciwu wobec zachowań piętnujących, jednak działania te są obarczone istotnymi ograniczeniami. Protest, mimo iż pozwala skutecznie zwracać uwagę na przejawy dyskryminacji, często działa jedynie reaktywnie i może wzmacniać defensywne reakcje odbiorców, prowadząc do efektu bumerangu (Rüsch i in. 2005: 538). Edukacja, oparta najczęściej na przekazie faktograficznym, okazuje się niewystarczająca wobec głęboko zakorzenionych stereotypów – zmienia wiedzę, ale niekoniecznie postawy czy zachowania (Thorncroft i in. 2016: 1125). Strategia kontaktu interpersonalnego wymaga spełnienia szeregu warunków (m.in. równego statusu, wspólnych celów, wsparcia instytucjonalnego), które są trudne do zapewnienia w działaniach systemowych. Co więcej, kontakt bywa selektywny – osoby o silnych uprzedzeniach często unikają bezpośrednich interakcji, co ogranicza zasięg tej strategii (Pettigrew, Tropp 2006: 774). W związku z powyższym skuteczne interwencje powinny integrować różne podejścia i uwzględniać kontekst strukturalny oraz kulturowy, w którym funkcjonują osoby z doświadczeniem choroby psychicznej. Bez takiego ujęcia działania antystygmatyzacyjne pozostają fragmentaryczne i mało trwałe.

Wśród wszystkich omówionych strategii przeciwdziałania stygmatyzacji osób z doświadczeniem choroby psychicznej najbardziej skuteczne okazały się te oparte na edukacji i osobistym kontakcie. Z metaanalizy przeprowadzonej przez Corrigan i współpracowników (2012: 963) wynika, że obie te strategie wywierają pozytywny wpływ na postawy wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy czym kontakt jest bardziej skuteczny w przypadku odbiorców dorosłych, a edukacja – adolescentów. Rozwiązaniem łączącym owe podejścia są szkolenia przeciw stygmatyzacji prowadzone przez osoby z zaburzeniami psychicznymi, czyli tzw. ekspertów przez doświadczenie (Świtaj i in. 2019: 1219). Osoby takie dają swoistą gwarancję wiarygodności i większej skuteczności antystygmatyzacyjnych kampanii (Schulze 2007: 137). Pewne znaczenie mają też w tym kontekście relacje znanych osób, które opisują własne doświadczenia z perspektywy przeżytego kryzysu psychicznego. Zakrojona na szeroką skalę edukacja jest bardzo ważnym aspektem kształtującym postawy wspierające jednostki z trudnościami psychicznymi. Adresatami powyższej strategii powinny być osoby młode, których umysł jest bardzo otwarty, a poglądy dopiero co się kształtują, ale również i dorośle, które ze względów zawodowych mają kontakt z osobami chorymi lub też wpływają na kształtowanie opinii publicznej – politycy, dziennikarze itp. (Wojda 2020: 41).

Istotę integracji osób z zaburzeniami psychicznymi z szeroko pojętym społeczeństwem powinna stanowić rzeczywista otwartość na ich wyjątkowość, nieograniczająca się wyłącznie do przeprowadzania akcji społecznych od czasu do czasu, ale przekładająca się na towarzyszenie chorym w ich codzienności. Należałoby także

dążyć do zbliżania warunków życia osób z zaburzeniami do istniejących standardów życia osób zdrowych. Jak już wspomniano, integracja jednostek z trudnościami psychicznymi odgrywa kluczową rolę w poprawie jakości ich życia, redukcji stygmatyzacji oraz kształtowaniu bardziej otwartego i empatycznego społeczeństwa. Posiadanie sieci wsparcia pomaga osobom chorym radzić sobie z wyzwaniami związanymi z chorobą i wspiera proces zdrowienia. Sprzyjająca postawa społeczeństwa i specjalistów zajmujących się leczeniem zaburzeń psychicznych może być też dla osób chorych motywacją do podejmowania i kontynuacji terapii oraz aktywnego dbania o swoje zdrowie.

Aktywne uczestniczenie w życiu społecznym daje osobom z doświadczeniem choroby psychicznej możliwość docenienia własnej wartości i znaczenia dla innych ludzi. Ich obecność w różnych aspektach życia publicznego jest potwierdzeniem, iż są one pełnoprawnymi członkami społeczeństwa, zdolnymi do nauki, pracy i innych aktywności. Integracja społeczna osób z zaburzeniami psychicznymi to kluczowy element ich zdrowienia, który może przynosić korzyści zarówno im, jak i społeczeństwu. Wymaga ona jednakże aktywnego wsparcia ze strony organizacji społecznych, instytucji i każdego z nas, aby stworzyć środowisko, w którym jednostki z trudnościami natury psychicznej będą miały szansę funkcjonować na równi z innymi.

Bibliografia

- Babicki M., Kotowicz K., Piotrowski P., Stramecki F., Kobyłko A., Rymaszewska J., 2018, *Obszary stygmatyzacji i dyskryminacji osób chorujących psychicznie wśród respondentów internetowych w Polsce*, „Psychiatria Polska”, Vol. 52, No. 1, <https://doi.org/10.12740/PP/76861>.
- Bańbura A., Opczyńska-Morasiewicz M., 2020, *Stygmatyzacja osób chorujących psychicznie i jak jej przeciwdziałać – analiza wypowiedzi osób starszych*, „Psychiatria Polska”, Vol. 54, No. 4.
- Biegański P., Tudorowska M., 2016, *Selected aspects of communication in the context of therapeutic contact with the patient mentally ill*, „Journal of Education, Health and Sport”, Vol. 6, No. 9.
- Bilewicz M., 2006, *Kiedy kontakt osłabia uprzedzenia? Kategoryzacje społeczne i temporalne jako warunki skuteczności kontaktu międzygrupowego*, „Psychologia Społeczna”, Vol. 2, No. 2.
- Corrigan P.W., Penn D.L., 1999, *Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma*, „American Psychologist”, Vol. 54, No. 9.
- Corrigan P.W., Watson A.C., 2002, *Understanding the impact of stigma on people with mental illness*, „World Psychiatry”, Vol. 1, No. 1.
- Corrigan P.W., Kleinlein P. (eds.), 2005, *The impact of mental illness stigma*, Washington, DC.
- Corrigan P.W., Morris S.B., Michaels P.J., Rafacz J.D., Rüscher N., 2012, *Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies*, „Psychiatric Services”, Vol. 63, No. 10.
- Corrigan P.W., Druss B.G., Perlick D., 2014, *The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care*, „Psychological Science in the Public Interest”, Vol. 15, No. 2, <https://doi.org/10.1177/1529100614531398>.
- Grzegorzewska I., Cierpiałkowska L., 2015, *Pozytywna i negatywna adaptacja dzieci i młodzieży rodziców uzależnionych od alkoholu*, „Alcoholism and Drug Addiction”, Vol. 28, No. 4.

- Hajda M., Kamaradova D., Latalova K., Prasko J., Ociskova M., Mainerova B., Cinculova A., Vrbova K., Kubinek R., Tichackova A., 2015, *Self-stigma, treatment adherence, and medication discontinuation in patients with bipolar disorders in remission – a cross-sectional study*, „*Activitas Nervosa Superior Rediviva*”, Vol. 5, No. 1–2.
- Hayes S.C., 2020, *Umysl wyzwolony*, Gdańsk.
- Hayward P., Bright J.A., 2009, *Stigma and mental illness: A review and critique*, „*Journal of Mental Health*”, Vol. 6, No. 4.
- Henderson C., Thornicroft G., 2009, *Stigma and discrimination in mental illness: Time to Change*, „*The Lancet*”, Vol. 373, No. 9679, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61046-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61046-1).
- Link B.G., Phelan Jo.C., 2006, *Stigma and its public health implications*, „*The Lancet*”, Vol. 367, No. 11.
- Maciaszek J., 2012, *Piętno: problem stygmatyzacji i wykluczenia społecznego osób z zaburzeniami psychicznymi*, „*Studia Politicae Universitatis Silesiensis*”, No. 9.
- Miller N.S., Sheppard L.M., Colenda C.C., Magen J., 2001, *Why physicians are unprepared to treat patients who have alcohol- and drug-related disorders*, „*Academic Medicine*”, Vol. 76, No. 5.
- Niewiadomska I., Kalinowski M., 2010, *Skazani na wykluczenie?! Zasoby adaptacyjne osób zagrożonych marginalizacją społeczną*, Lublin.
- Pandya A., Bresee C., Duckworth K., Gay K., Fitzpatrick M., 2010, *Perceived impact of the disclosure of a schizophrenia diagnosis*, „*Community Mental Health Journal*”, No. 47, <https://doi.org/10.1007/s10597-010-9341-1>.
- Pettigrew T.F., Tropp L.R., 2006, *A meta-analytic test of intergroup contact theory*, „*Journal of Personality and Social Psychology*”, Vol. 90, No. 5, <https://doi.org/10.1037/0022-3514.90.5.751>.
- Pinfold V., Toulmin H., Thornicroft G., Huxley P., Farmer P., Graham T., 2003, *Reducing psychiatric stigma and discrimination: Evaluation of educational interventions in UK secondary schools*, „*British Journal of Psychiatry*”, Vol. 182, No. 4.
- Prizeman K., Weinstein N., McCabe C., 2023, *Effects of mental health stigma on loneliness, social isolation, and relationships in young people with depression symptoms*, „*BMC Psychiatry*”, Vol. 23, No. 527, <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04991-7>.
- Rüsch N., Angermeyer M.C., Corrigan P.W., 2005, *Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma*, „*European Psychiatry*”, Vol. 20, No. 8, <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>.
- Rüsch N., Zlati A., Black G., Thornicroft G., 2014, *Does the stigma of mental illness contribute to suicidality?*, „*British Journal of Psychiatry*”, Vol. 205, No. 3.
- Sayce L., 1998, *Stigma, discrimination and social exclusion: what's in a word?*, „*Journal of Mental Health*”, Vol. 7, No. 4.
- Schomerus G., Schwahn C., Holzinger A., Corrigan P.W., Grabe H.J., Carta M.G., Angermeyer M.C., 2012, *Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and metaanalysis*. „*Acta Psychiatrica Scandinavica*”, No. 125.
- Schomerus G., Angermeyer M.C., 2015, *Do attitudes towards persons with mental illness worsen during the course of life? An age-period-cohort analysis*, „*Acta Psychiatrica Scandinavica*”, Vol. 92, No. 5.
- Schulze B., 2007, *Stigma and mental health professionals: A review of the evidence of an intricate relationship*, „*International Review of Psychiatry*”, Vol. 19, No. 2.
- Skinner N., Roche A.M., Freeman T., McKinnon A., 2009, *Health professionals' attitudes towards AOD-related work: moving the traditional focus from education and training to organizational culture*, „*Drugs*”, Vol. 16, No. 3.

Suwalska J., Suwalska A., Neumann-Podczaska A., Łojko D., 2017, *Studenci medycyny a stygmatyzacja z powodu depresji. Część I. Stygmatyzacja pacjentów*, „Psychiatria Polska”, Vol. 5, No. 3.

Świerszcz P. (red.), 2015, *Lekcja Równości. Jak prowadzić zajęcia antydyskryminacyjne w szkołach*, Warszawa.

Świtaj P., Grygiel P., Krzyżanowska-Zbucka J., Sonik J., Chrostek A., Jahołkowski P., Wciórka J., Anczewska M., 2019, *Ocena wpływu szkoleń antydyskryminacyjnych prowadzonych przez „ekspertów przez doświadczenie” na postawy uczestników wobec osób chorujących psychicznie*, „Psychiatria Polska”, Vol. 5, No. 6, <https://doi.org/10.12740/PP/109818>.

Świtaj P., Wciórka J., Smolarska-Świtaj J., Grygiel P., 2009, *Extent and predictors of stigma experienced by patients with schizophrenia*, „European Psychiatry”, Vol. 24, No. 8.

Świtaj P., 2008, *Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii*, Warszawa.

Thornicroft G., Mehta N., Clement S., Evans-Lacko S., Doherty M., Rose D., Henderson C., 2016, *Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination*, „The Lancet”, Vol. 387, No. 10023, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00298-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00298-6).

Trute B., Loewen A., 1989, *Public attitude toward the mentally ill as a function of prior personal experience*, „Social Psychiatry”, Vol. 24, No. 1.

Walsh D.A.B., Foster J.L.H., 2021, *A call to Action. A Critical Review of Mental Health Related Anti-Stigma Campaigns*, „Frontiers in Public Health”, No. 8.

Watson A.C., Corrigan P.W. (eds.), 2005, *Challenging public stigma: A targeted approach*, Washington.

Watson A.C., Corrigan P.W., Larson J.E., Sells M., 2007, *Self-Stigma in People With Mental Illness*, „Schizophrenia Bulletin”, Vol. 33, No. 6, <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl076>.

Wojda P., 2020, *Przeciwdziałanie stygmatyzacji chorych psychicznie w praktyce pielęgniarskiej*, „Polish Nursing”, Vol. 3, No. 1.

Wykes T., Haro J.M., Belli S.R., Obradors-Tarragó C., Arango C., Ayuso-Mateos J.L., 2015, *Mental health research priorities for Europe*, „The Lancet Psychiatry”, Vol. 2, No. 11.

Biogram

Sylwia Wajs – Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, doktorantka w Szkole Doktorskiej Nauk Społecznych UW. Temat rozprawy doktorskiej: „Stygmatyzacja i autostygmatyzacja osób z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych – predyktory i mechanizmy zmiany”. Główne zainteresowania badawcze obejmują terapię uzależnień chemicznych i behawioralnych, stygmatyzację i autostygmatyzację osób z problemem uzależnienia, nowe trendy w psychoterapii.

Sylwia Wajs – Faculty of Psychology, PhD candidate at the Doctoral School of Social Sciences, University of Warsaw. Dissertation topic: “Stigmatization and Self-Stigmatization of Individuals with Substance Use Disorders – Predictors and Mechanisms of Change.” Main research interests include treatment of substance and behavioral addictions, stigmatization and self-stigmatization of individuals with addiction issues, and new trends in psychotherapy.