

Postawy polskich psychiatrów wobec osób chorujących psychicznie

The attitudes of Polish psychiatrists toward people suffering from mental illnesses

Artur Kochański¹, Andrzej Cechnicki²

¹ Poradnia Psychiatryczna Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie

² Zakład Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii UJ CM

Summary

Introduction. Stigmatizing convictions, emotions and behaviors toward the mentally ill have impact on the social distance and more acute course of the illness. Research shows that the sufferers are the object of stigmatization also by representatives of medical professionals, including psychiatrists.

Aim. The aim of the study was to examine the opinions of Polish psychiatrists regarding the mentally ill and to compare them with similar studies in the general population.

Material and method. Polish psychiatrists were the investigated group. A diagnostic survey was conducted with a self-completion questionnaire. 232 questionnaires were analyzed.

Results. The results were compared with the general population. 61.5% of the respondents (59% in the general population) believe that a person who is mentally ill has a chance of recovery and 79% (vs. 77%) that coercion in Polish psychiatry is used frequently enough. 95% (vs. 75%) consider mental illness a health problem which is concealed from the others. 43% (vs. 56%) believe that mental illness significantly reduces the ability of regular employment, 13.5% (vs. 30%) believe that it reduces the ability to work in a team and 33% (vs. 71%) that it reduces the ability to do work which requires a lot of self-reliance. 16% (vs. 22%) is opposed to having institutions for the mentally ill near their place of residence. Psychiatrists more often declared a close friendship with people suffering from mental illness (87.5% vs. 32%), and a positive attitude toward the mentally ill and their participation in social life (86.5% vs. 65%).

Conclusions. 1. A relatively large group of the investigated psychiatrists compared with the general population has a family member suffering from a mental illness or they themselves suffer from mental illness. 2. Despite their education and professional mission, Polish psychiatrists present similarly stigmatizing attitudes toward the mentally ill as does the general

population. 3. Through their attitudes, Polish psychiatrists co-create a support system, but also participate in the process of stigmatization.

Słowa kluczowe: stygmatyzacja, chorujący psychicznie, postawy psychiatrów

Key words: stigma, mentally ill, psychiatrists' attitudes

Wstęp

Ważną konsekwencją stygmatyzacji i społecznego wykluczenia osób chorujących psychicznie może być pogorszenie przebiegu samej choroby. Dotyczy to zarówno osób z pierwszym epizodem, jak i wieloletnim jej przebiegiem. Negatywny, nieadekwatny sposób postrzegania osób chorujących psychicznie i psychiatrii opóźnia sięgnięcie po pomoc, postawienie diagnozy i wdrożenie właściwego leczenia, co skutkuje gorszą prognozą przebiegu choroby, niższym poziomem społecznego funkcjonowania i jakości życia chorego. Aby nie dopuścić do znaczącego zaniżenia własnej wartości, osoby chorujące przez długie lata próbują walczyć z postawioną diagnozą i potrzebą leczenia, jeśli natomiast osiągną już „dobry wgląd”, każdego dnia przeżywają wątpliwości i obawy – komu, jak i czy w ogóle ujawnić fakt choroby, co stanowi ryzyko zmniejszenia życiowych szans i utraty społecznego statusu. Rozwijająca się w konsekwencji izolacja społeczna związana jest z lękiem przed oceną i odrzuceniem, a nie nasileniem psychopatologii. Badacze uważają, że choroba psychiczna jest nie tylko kompleksem objawów psychopatologicznych, ale przede wszystkim codziennym doświadczeniem chorującej osoby, większą zależnością od osób i instytucji oraz wykluczeniem z wielu obszarów życia [1-12].

Tylko nieliczne badania dotyczyły problemu wizerunku osoby chorującej psychicznie wśród psychiatrów [4, 13-14]. Wnioski z tych prac wskazują, że należy bardziej otwarcie mówić o stygmatyzacji chorujących psychicznie wśród reprezentantów zawodów medycznych, w tym także w opiece psychiatrycznej. W polskich badaniach Dyduch [13] wykazała, że pracownicy lecznictwa psychiatrycznego istotnie częściej niż pracownicy podstawowej opieki zdrowotnej uważają, że osoby chorujące na schizofrenię odróżniają się od innych ludzi, a pielęgniarki istotnie częściej niż lekarze uznawały, że wszystkie osoby chorujące na schizofrenię są do siebie bardzo podobne. Opisany przez autorkę wizerunek osób chorujących w badanej grupie lekarzy i pielęgniarek nie odbiegał istotnie od ich wizerunku w populacji ogólnej. Pracownicy opieki zdrowotnej w bezpośrednim kontakcie z osobami chorującymi odczuwali najczęściej zakłopotanie, strach, współczucie i bezradność, a jednocześnie zaciekawienie. W badaniu Nordta i wsp. [4] psychiatrzy częściej niż populacja ogólna posługiwali się stereotypami krzywdzącymi osoby chorujące psychicznie. Uśrednione wyniki w zakresie nasilenia u chorych cech negatywnych takich jak: niebezpieczny, nieprzewidywalny, głupi w grupie psychiatrów były istotnie wyższe niż w populacji ogólnej. Pielęgniarki uzyskały podobnie wysoki wynik, natomiast inni terapeuci: terapeuta zajęciowy, pracownik socjalny, fizjoterapeuta – prawie równy populacji ogólnej. Wykazano także istotnie wyższy poziom społecznego dystansu w stosunku do osób chorujących na schizofrenię w porównaniu z chorymi na depresję i osobami

zdrowymi, a najgorzej wypadli tu ponownie psychiatrzy, uzyskując gorszy wynik niż populacja ogólna. Jest to wynik zgodny z badaniami zespołu Ůćoka [14], który również wykazał, że psychiatrzy w odniesieniu do osób chorujących psychicznie, w porównaniu z populacją ogólną, rzadziej wyrażają pozytywne opinie, a w przeważającej większości ocen częściej negatywne. Aż 88% ankietowanych tureckich psychiatrów uważa, że termin schizofrenia jest używany w populacji ogólnej wyłącznie w pejoratywnym znaczeniu. Tylko 56% badanych tureckich lekarzy wierzyło w powodzenie rehabilitacji osób chorujących na schizofrenię, 43% deklарowało, że nie odwiedziłoby swoich pacjentów w ich domach, a 55% potwierdziło dyskomfort związany ze spotkaniem osoby chorującej na schizofrenię w miejscu publicznym. Psychiatrzy tureccy w 40% przypadków informują pacjentów o rozpoznaniu schizofrenii, a 22,5% lekarzy, że za każdym razem informuje rodziny. Jako główne powody odmowy dostępu do takiej informacji podali brak zdolności zrozumienia terminu „schizofrenia” (33%) oraz niebezpieczeństwo porzucenia leczenia (28%). Również wyniki badań autorów z Australii [15] potwierdzają, że stosunek lekarzy psychiatrów do osób chorujących psychicznie może być bardziej negatywny niż populacji ogólnej. Jorm i wsp. [15] badał stosunek psychiatrów, psychologów klinicznych, lekarzy rodzinnych oraz osób z populacji ogólnej do osób chorujących na depresję i schizofrenię. Podając opisy symptomatologii dwóch wybranych pacjentów, prosił o podanie poziomu prawdopodobieństwa wystąpienia w przyszłości określonych pozytywnych okoliczności, takich jak przyjaźń, małżeństwo, zatrudnienie, umiejętność wczuwania się w sytuację innych ludzi, i negatywnych – jak przemoc, używanie substancji psychoaktywnych, próby samobójcze, brak bliskich relacji. Najistotniejszym wnioskiem z tego badania było stwierdzenie, iż pracownicy służby zdrowia prognozują istotnie częściej wystąpienie negatywnych konsekwencji przebiegu zaburzeń psychicznych niż populacja ogólna oraz określają jako bardziej poważne zagrożenie dyskryminacją.

Cel

W badaniu postawiono dwa cele:

1. W ramach pierwszego opisano stosunek polskich psychiatrów do osób chorujących psychicznie,
2. W drugim porównano opinie psychiatrów wobec osób chorujących psychicznie z wynikami badań w populacji ogólnej.

Metoda

Do badania stosunku psychiatrów do osób chorujących psychicznie wykorzystany został autorski kwestionariusz pt. „Psychiatrzy o chorych psychicznie”. Kwestionariusz skonstruowany został na podstawie ankiety Wciórków [16,17] wykorzystanej przez nich w badaniach CBOS „Choroby psychiczne – społeczny stereotyp i dystans” oraz w badaniu Kaszyńskiego i Cechnickiego [18] „O barierach w pracy i zatrudnianiu osób chorujących psychicznie – perspektywa pracodawców”. Kwestionariusz ankiety za-

wiera 15 zamkniętych pytań z przewidywanymi wariantami odpowiedzi jednokrotnego i wielokrotnego wyboru. Część pytań kwestionariusza użytego w badaniach CBOS została pominięta, ponieważ była nieadekwatna do badania wykwalifikowanych pracowników opieki zdrowotnej. Wyniki badań przeprowadzonych z udziałem psychiatrów zostały porównane z wynikami badań z lat 1996 i 2008, w których oceniano opinię społeczeństwa polskiego na temat chorób psychicznych i osób chorujących [16, 17] oraz opinię pracodawców małych i średnich przedsiębiorstw [18].

Material

Grupa była rekrutowana na podstawie dobrowolnej zgody na udział w badaniu, a ankiety rozesłano do psychiatrów z różnych ośrodków w kraju. Zbadano 259 osób, a ze względu na braki danych analizie statystycznej poddano ostatecznie 232 ankiety. Znaczącą większość w badanej grupie stanowiły kobiety (66%). Wiek badanych zawierał się w przedziale od 25 do 88 lat; średnia wieku wyniosła 42 lata. Znaczącą większość badanych była mieszkańcami miast powyżej 100 tys. (80,4%), w miastach z ludnością 25–100 tys. zamieszkiwało 12,6% respondentów, a w miastach poniżej 25 tys. mieszkańców i na wsiach po 3,5%. Istotnie więcej badanych (71%) było pracownikami jednostek psychiatrycznego leczenia stacjonarnego, w stosunku do 29% zatrudnionych w lecznictwie ambulatoryjnym. W badanej grupie 25% lekarzy posiadało certyfikat psychoterapeuty bądź było w trakcie kursu, a tylko 12% respondentów posiadało tytuł specjalisty terapii środowiskowej.

Wyniki

Wyniki zostaną przedstawione z równoczesnym porównaniem z badaniem populacji ogólnej w badaniu CBOS Wciórki i Wciórki [16, 17] oraz Kaszyńskiego i wsp. [18].

Określenia osoby chorującej psychicznie przez otoczenie

Słowa, jakie podali badani psychiatrzy jako określenia na osoby chorujące psychicznie w swoim otoczeniu, zostały przedstawione poniżej i uszeregowane w typy wypowiedzi (tab. 1).

Tabela 1. Określenia opisujące osoby chorujące psychicznie, jakie psychiatrzy słyszeli w swoim otoczeniu

Typ określenia	Liczba i procent	Procent	Istotność różnic między badaniami
N = 232	Oceny psychiatrów	Wciórka i Wciórka [17]	poziom p
Pejoratywne ogółem	194 (84%)	61%	< 0,001
Pejoratywne – podkreślające odmiennosc	191 (82%)	39%	< 0,001
Pejoratywne – podkreślające niższosc	11 (5%)	24%	< 0,001

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Pejoratywne – nawiązujące do sfery psychiki	44 (19%)	16%	0,128
Neutralne lub pozytywne	140 (60%)	25%	< 0,001
Podkreślające chorobę	93 (40%)	22%	< 0,001
Podkreślające zrozumienie	89 (38%)	4%	< 0,001
Dotyczące reakcji otoczenia	10 (4%)	3%	0,162

Odnotowano, że 84% psychiatrów (w porównaniu z 61% populacji ogólnej) zetknęło się z określeniami osób chorujących psychicznie o pejoratywnym wydźwięku. Były to najczęściej obraźliwe epitety podkreślające odmienność lub negatywnie oceniane cechy zachowania i reagowania. Większość, tj. 60% respondentów (vs. 25%), miała jednocześnie okazję słyszeć na temat chorych psychicznie określenia neutralne lub pozytywne. Były wśród nich częściej niż populacji ogólnej określenia podkreślające chorobę (40% vs. 22%) oraz zrozumienie (38% vs. 4%).

Znajomość osoby chorującej psychicznie

Jako jedną z miar społecznego dystansu w stosunku do osób chorujących psychicznie można traktować gotowość respondentów do ujawnienia, kto ze znanych mu osobiście osób, spoza środowiska pacjentów, jest osobą chorującą psychicznie.

Badani w zdecydowanej większości (87,5%) posiadają znajomych wśród osób chorujących psychicznie, co różni ich wyraźnie od populacji ogólnej (32%) (tab. 2).

Tabela 2. **Osobiste kontakty psychiatrów z osobami chorującymi psychicznie ***

Kto spośród znanych Pani/Panu osobiście osób był lub jest chory psychicznie?	Opinie psychiatrów	Wciórka i Wciórka [16]
	Liczba (%)	(%)
Znajomy/sąsiad	160 (69,3%)	66%
Przyjaciół	52 (22,5%)	11%
Członek dalszej rodziny	98 (42,4%)	18%
Członek najbliższej rodziny	36 (15,6%)	11%
Ja sam	7 (3,0%)	1%
Nikt	29 (12,5%)	32%

*Wynik nie sumuje się do 100, gdyż można było zakreślić więcej niż jedną odpowiedź

Spośród osób chorych psychicznie bliskich respondentom najwięcej jest, podobnie jak w populacji ogólnej, znajomych i sąsiadów (69% vs. 66%), wyraźnie mniej przyjaciół (22,5% vs. 11%), stosunkowo dużo w porównaniu z populacją ogólną członków najbliższej (15,6% vs. 11%) i dalszej rodziny (42,4% vs. 18%). Podobnie większa grupa wśród psychiatrów (3% vs. 1%) sama jest osobami chorującymi psychicznie.

Pogląd na temat uleczalności chorób psychicznych

Istotnym elementem społecznego wizerunku osoby chorującej psychicznie jest pogląd o ich uleczalności. Przekonanie o możliwościach wyzdrowienia wydaje się szczególnie ważne w przypadku psychiatrów, którzy nie powinni wyrażać obiegowych opinii, ale przekonania wynikające z badań i wiedzy medycznej (tab. 3).

Tabela 3. Szansa, jaką mają osoby chorujące psychicznie na wyzdrowienie

Jak Pani/Pan sądzi, czy człowiek, który zachorował psychicznie, ma szansę na wyzdrowienie czy też raczej pozostanie chory do końca życia?	Opinie psychiatrów	Wciórka i Wciórka [17]
Zdecydowanie ma szansę na wyzdrowienie	58 (25,7%)	11%
Raczej ma szansę na wyzdrowienie	81 (35,8%)	48%
Raczej pozostanie chory do końca życia	80 (35,4%)	24%
Zdecydowanie pozostanie chory do końca życia	7 (3,1%)	3%
Ogółem (6 braków danych)	226 (100,0%)	13% trudno powiedzieć

Większość badanych uważa podobnie jak populacja ogólna (61,5% vs. 59%), że człowiek, który zachorował psychicznie, ma szansę na wyzdrowienie z choroby psychicznej, a około 1/3 uważa, że jej nie ma.

Zasadność stosowania leczenia bez zgody w psychiatrii

Sposób patrzenia na stosowanie leczenia pod przymusem przez badanych psychiatrów prezentuje tabela 4.

Tabela 4. Częstość, z jaką stosowane jest zdaniem psychiatrów leczenie bez zgody w polskiej psychiatrii

Czy Pani/Pana zdaniem leczenie wbrew woli w polskiej psychiatrii stosowane jest:	Opinie psychiatrów	Wciórka i Wciórka [17]
Zbyt często	37 (16,2%)	10%
Odpowiednio często	181 (79,4%)	77%
Za rzadko	10 (4,4%)	----
Ogółem (4 braki danych)	228 (100,0%)	13% trudno powiedzieć

Zdecydowana większość – 79% badanych psychiatrów uważa, że leczenie bez zgody w polskiej psychiatrii stosowane jest odpowiednio często, a 4% respondentów stosowałoby przymus jeszcze częściej. Tylko 16% uznało, że używa się go zbyt często. Badani z populacji ogólnej poparli w 77% zasadność leczenia osób chorujących psychicznie wbrew woli [17].

Przekonanie o wstydlwym charakterze chorób psychicznych

Potrzeba ukrywania chorób psychicznych jest powszechnym problemem i jedną z miar dystansu społecznego. Opinia taka nie tylko utrudnia choremu i jego rodzinie codzienne funkcjonowanie, ale także w znaczący sposób wpływa na opóźnienie w dotarciu do właściwej pomocy w sytuacji zaistnienia kryzysu psychicznego (tab. 5).

Tabela 5. Czy polscy psychiatrzy uważają choroby psychiczne jako wstydlwe?

Czy zaliczyłaby Pani/zaliczyłby Pan choroby psychiczne do chorób, które zazwyczaj ukrywa się przed innymi ludźmi jako wstydlwe?	Opinie psychiatrów	Wciórka i Wciórka [17]
Zdecydowanie tak	131 (57,0%)	27%
Raczej tak	87 (37,8%)	48%
Raczej nie	8 (3,5%)	17%
Zdecydowanie nie	4 (1,7%)	3%
Ogółem (2 braki danych)	230 (100,0%)	5% trudno powiedzieć

Zdecydowana większość (95% respondentów i 75% w populacji ogólnej) zaliczyła choroby psychiczne do problemów zdrowotnych, które ukrywa się przed innymi. Tylko 3,5% badanych psychiatrów uznało, że raczej nie są ukrywane, a niecałe 2% (vs. 3%) oceniło nawet, że w ogóle nie są ukrywane.

Stosunek do osób chorujących psychicznie

W kolejnych pytaniach badani zostali poproszeni o wyrażenie wprost własnego stosunku do osób chorujących psychicznie, co może być traktowane jako miara dystansu odczuwanego (tab. 6).

Tabela 6. Stosunek badanych psychiatrów do osób chorujących psychicznie

Ludzie bardzo różnie odnoszą się do osób chorych psychicznie. Czy mogłaby Pani/mógłby Pan powiedzieć, jaki jest Pani/Pana stosunek do osób chorych psychicznie?	Opinie psychiatrów	Wciórka i Wciórka [17]
Zdecydowanie życzliwy	128 (55,9%)	12%
Raczej życzliwy	70 (30,6%)	53%
Obojętny	17 (7,4%)	26%
Raczej niechętny	14 (6,1%)	4%
Ogółem (3 braki danych)	229 (100,0%)	1% zdecydowanie niechętny; 4% trudno powiedzieć

Zdecydowana większość (85,6%) badanych psychiatrów (vs. 65% w populacji ogólnej) deklaruje życzliwy stosunek do osób chorujących psychicznie, 7% (vs. 26%) obojętny, a 6% (vs. 5%) raczej niechętny.

Możliwość pełnienia przez osoby chorujące psychicznie określonych ról społecznych

Do pomiaru innego aspektu społecznego dystansu zastosowano pytanie, w którym poproszono respondentów, aby odnieśli się do sytuacji, kiedy osoba, która chorowała psychicznie, pozostająca w relacji z badanym miałaby wypełniać określone społeczne role. Pomimo że 11% badanych psychiatrów (13% w populacji ogólnej) byłaby przeciwko temu, aby osoba chorująca psychicznie była ich najbliższym sąsiadem, a 15% (24%) – bliskim współpracownikiem, tylko w przypadku 2 z 14 ról społecznych (9 z 14 w populacji ogólnej) badani psychiatrzy wyrażali zdecydowany sprzeciw. Wykazano, że 76% badanych lekarzy (w porównaniu z 81% osób w populacji ogólnej) nie wyraziłoby zgody, aby osoba chorująca psychicznie była opiekunem ich dziecka, a 51% (vs. 54%), aby była ich synową lub zięciem. Stosunek badanych psychiatrów do osób chorujących psychicznie wyrażony poprzez możliwość pełnienia pozostałych 12 ról społecznych można określić jako bardziej przychylny niż w populacji ogólnej [17]. Jednak zastanawiająco duży jest poziom sprzeciwu, aby osoba chorująca psychicznie mogła występować w roli bliskiego współpracownika (15%), najbliższego sąsiada (11%), koleżanki/kolegi w grupie studenckiej (7%) (tab. 7).

Tabela 7. Stopień przyzwolenia badanych psychiatrów na wypełnianie przez osobę chorującą psychicznie i będącą w relacji z badanym określonych ról społecznych

Jak zareagowałaby Pani/zareagowałby Pan, gdyby okazało się, że osoba, która kiedyś chorowała psychicznie i leczyla się w szpitalu psychiatrycznym, ma zostać:	Zdecydowanie nie miałabym/nie miałbym zastrzeżeń	Raczej nie miałabym/nie miałbym zastrzeżeń	Byłabym/byłbym raczej przeciwko temu	Byłabym/ byłbym zdecydowanie przeciwko temu	Ogółem
	Liczba (%) vs (%) pop. ogólna	Liczba (%) vs (%) pop. ogólna	Liczba (%) vs (%) pop. ogólna	Liczba (%) vs (%) pop. ogólna	Liczba (%) vs (%) pop. ogólna
a. Opiekunem/ opiekunką Pani/Pana dziecka?	9 (3,9%) vs. 3%	46 (20,2%) vs. 8%	118 (51,8%) vs. 38%	55 (24,1%) vs. 43%	228 (100,0%)
b. Nauczycielem/ nauczycielką Pani/ Pana dziecka?	37 (16,2%) vs. 3%	121 (52,8%) vs. 13%	48 (21,0%) vs. 35%	23 (10,0%) vs. 41%	229 (100,0%)
c. Pani/Pana lekarką/ lekarzem?	32 (14,0%) vs. 5%	126 (55,0%) vs. 18%	45 (19,7%) vs. 36%	26 (11,4%) vs. 33%	229 (100%)
d. Burmistrzem/wójtem w Pani/Pana mieście/ gminie?	60 (26,5%) vs. 5%	104 (46,0%) vs. 18%	37 (16,4%) vs. 32%	25 (11,1%) vs. 36%	226 (100,0%)
e. Posłem/posłanką w Pani/Pana okręgu?	66 (29,2%) vs. 5%	98 (43,4%) vs. 21%	32 (14,2%) vs. 31%	30 (13,3%) vs. 34%	226 (100,0%)
f. Pani/Pana synową lub zięciem?	12 (5,3%) vs. 6%	100 (44,1%) vs. 25%	78 (34,4%) vs. 34%	37 (16,3%) vs. 20%	227 (100,0%)
g. Proboszczem w Pani/ Pana parafii?	79 (35,1%) vs. 7%	107 (47,6%) vs. 27%	22 (9,8%) vs. 30%	17 (7,6%) vs. 24%	225 (100,0%)

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

h. Pani/Pana nauczycielką/nauczycielem	62 (27,6%) vs. 8%	121 (53,8%) vs. 27%	22 (9,8%) vs. 36%	20 (8,9%) vs. 18%	225 (100,0%)
i. Pani/Pana szefową/szefem w pracy?	47 (21%) vs. 10%	113 (50,4%) vs. 27%	41 (18,3%) vs. 36%	23 (10,3%) vs. 15%	224 (100,0%)
j. Pani/Pana współlokatorką/współlokatorem na wczasach?	80 (35,1%) vs. 14%	106 (46,5%) vs. 39%	22 (9,6%) vs. 25%	20 (8,8%) vs. 11%	228 (100,0%)
k. Pani/Pana bliskim współpracowniczką/współpracownikiem?	82 (35,8%) vs. 17%	112 (48,9%) vs. 50%	25 (10,9%) vs. 21%	10 (4,4%) vs. 3%	229 (100,0%)
l. Niespodziewanym gościem na Pani/Pana przyjęciu?	103 (45,0%) vs. 18%	89 (38,8%) vs. 48%	24 (10,5%) vs. 16%	13 (5,7%) vs. 6%	229 (100,0%)
m. Pani/Pana kolegą/koleżanką w klasie, w grupie studenckiej?	136 (59,6%) vs. 20%	77 (33,8%) vs. 53%	6 (2,6%) vs. 12%	9 (3,9%) vs. 2%	228 (100,0%)
n. Pani/Pana najbliższym sąsiadem/sąsiadką?	111 (48,7%) vs. 27%	91 (39,9%) vs. 54%	15 (6,6%) vs. 12%	11 (4,8%) vs. 1%	228 (100,0%)

Przychyłość wobec lokalizowania placówek psychiatrycznych w pobliżu miejsca zamieszkania badanych

Zasadniczą potrzebą budowania nowoczesnego modelu opieki psychiatrycznej jest lokalizowanie różnorodnych placówek leczenia i rehabilitacji psychiatrycznej w środowisku życia osób chorujących (tab. 8).

Tabela 8. **Zgoda psychiatrów na uruchomienie w ich sąsiedztwie placówki dla osób chorujących psychicznie**

Gdyby okazało się, że w Pani/Pana sąsiedztwie planuje się uruchomienie/budowę placówki dla osób psychicznie chorych, czy wyraziłaby Pani/wyraziłby Pan na to zgodę?	Opinie psychiatrów	Wciórka i Wciórka [16]
	Liczba (%)	(%)
a. Przychodnia	222 (96,1%)	86%
b. Dom pomocy społecznej	213 (92,2%)	82%
c. Ośrodek dziennego pobytu	215 (93,1%)	81%
d. Mieszkanie chronione	208 (90,0%)	78%
e. Szpital	194 (84,0%)	78%

Badani, podobnie populacja ogólna [17], wyrażaliby zgodę na uruchomienie w sąsiedztwie ich miejsca zamieszkania placówek przeznaczonych dla osób chorujących psychicznie. 96,1% z nich (vs. 86% w populacji ogólnej) wyraziłoby zgodę, aby powstała przychodnia psychiatryczna, 93% (vs. 81%) ośrodek dziennego pobytu,

92,2% (vs. 82%) dom pomocy społecznej, 90% (vs. 78%) mieszkanie chronione dla osób chorujących psychicznie, a 84% (vs. 78%) – szpital psychiatryczny.

Zdolność chorujących psychicznie do wykonywania pracy

Postanowiono zbadać, na ile psychiatrzy wspierają aktywność zawodową w procesie zdrowienia swoich pacjentów (tab. 9–11).

Tabela 9. Czy przebyta choroba psychiczna ogranicza osobom chorującym psychicznie zdolność do wykonywania pracy zarobkowej?

W jakim stopniu Pani(a) zdaniem przebyta choroba psychiczna ogranicza zdolność do wykonywania pracy zarobkowej?	Oceny psychiatrów	Oceny pracodawców [18]
Nie ogranicza, mało ogranicza	56,4%	36,2%
Znacznie ogranicza, uniemożliwia	43,6%	56,4%
Brak danych	-----	7,4% trudno powiedzieć

Tabela 10. Zdolność osoby chorującej psychicznie do pracy zespołowej

Czy osoby, które chorowały psychicznie, są zdolne do pracy zespołowej?	Oceny psychiatrów	Oceny pracodawców [18]
Tak	86,5%	55,1%
Nie	13,5%	30,0%
Brak danych	-----	14,9%

Tabela 11. Gotowość psychiatrów do powierzenia pracownikowi, który chorował psychicznie, zadania wymagającego dużej samodzielności

Czy powierzył(a)by Pan(i) pracownikowi, który chorował psychicznie, zadanie wymagające dużej samodzielności?	Oceny psychiatrów	Oceny pracodawców [18]
Tak	66,8%	19,3%
Nie	33,1%	71,4%
Brak danych	0,1%	9,3%

Warto odnotować, że aż 43,6% badanych psychiatrów (i 56,4% pracodawców) uważa, że przebyta choroba psychiczna ogranicza zdolność do wykonywania pracy zarobkowej.

Aż 13,5% polskich psychiatrów (oraz 30% pracodawców) utrzymuje, że osoba chorująca psychicznie nie jest zdolna do pracy zespołowej.

Mimo korzystniejszego wyniku w stosunku do ankietowanych pracodawców (71,4%), nadal 33,1% badanych psychiatrów nie byłoby w stanie powierzyć pracownikowi, który chorował psychicznie, zadania wymagającego dużej samodzielności.

Dyskusja

Sartorius [12] uważa, że naznaczenie i dyskryminacja stanowią zasadniczą przeszkodę w rozwoju opieki psychiatrycznej i pogarszają jakość życia osób chorujących psychicznie. Opinia psychiatrów jako osób obdarzonych autorytetem, może mieć zasadnicze znaczenie dla kształtowania społecznego wizerunku osoby chorującej psychicznie i powodzenia w procesie jej zdrowienia. W ramach tej pracy podjęto próbę zbadania postaw polskich psychiatrów i porównania ich z przekonaniem populacji ogólnej na temat osób chorujących psychicznie. W badanej grupie polscy psychiatrzy znacząco częściej niż populacja ogólna mieli znajomych będących osobami chorującymi psychicznie, które aż w 60% były członkami ich rodzin. Jeśli chodzi o posiadanie w najbliższej rodzinie osób chorujących psychicznie, to nie różnili się już tak wyraźnie od polskiej populacji ogólnej i osiągnęli niższy wynik niż w badaniach tureckich psychiatrów [14], z których 25% przyznało, że mają wśród najbliższej rodziny osoby chorujące na schizofrenię, zaburzenie urojeniowe bądź zaburzenia nastroju. Niewykluczone, że wysoki wynik dotyczący posiadania osoby chorującej w rodzinie mógł być jednym z czynników wpływających na decyzję badanych psychiatrów o wyborze tej specjalności medycznej.

Piętno w języku

Częściej niż w populacji ogólnej słyszane w grupie psychiatrów określenia osób chorujących psychicznie, zarówno pejoratywne, o obraźliwym znaczeniu, jak i neutralne czy pozytywne, można wiązać z częstszą obecnością psychiatrów w tym środowisku. Jednak szczególnie duże nagromadzenie określeń negatywnych traktować należy jako przejaw społecznego naznaczenia. Jak to już wykazali Nordt i wsp. [4], szwajcarscy psychiatrzy posługują się częściej niż populacja ogólna stereotypami krzywdzącymi osoby chorujące psychicznie.

Szansa na zdrowienie

Większość badanych psychiatrów, podobnie jak w populacji ogólnej, uważa, że człowiek, który zachorował psychicznie, ma szansę na wyzdrowienie. W badaniach tureckich [14] i japońskich [6] uzyskano wyniki bardzo zbliżone do populacji polskich psychiatrów, gdyż prawdopodobieństwo przeprowadzenia udanej rehabilitacji osób ze schizofrenią zarówno tureccy, jak i japońscy psychiatrzy ocenili na 56%. Dyduch [13] uważa, że pesymistyczny sposób patrzenia na możliwość wyzdrowienia z choroby psychicznej, oceniany w badanej grupie na 38,5%, może mieć swoje zakorzenienie zarówno w biomedycznym modelu etiologii i przebiegu chorób psychicznych, jak i może zależeć od miejsca obserwacji. Psychiatrzy pracujący w dużych szpitalach, przy braku możliwości śledzenia pełnego procesu zdrowienia, mogą ulegać złudzeniu ciężkiego, nawracającego, uszkadzającego z samej natury przebiegu procesu chorobowego [19]. Tymczasem liczne wieloletnie i prospektywne badania potwierdzają wnioski z krakowskich studiów [20], że schizofrenia musi być rozpatrywana jako

wielowymiarowy, otwarty proces, w którym po 20 latach chorowania kompleksową ocenę zdrowienia uzyskało 22% badanych, w okresie 20 lat zaobserwowano u 45% badanych okresowe zdrowienie, a u 16% późne zdrowienie, nieobserwowane we wcześniejszym przebiegu choroby.

Leczenie stacjonarne i leczenie bez zgody

Stosowanie leczenia bez zgody w psychiatrii to temat bardzo kontrowersyjny. Przez lata stosunek do niego był kształtowany przez różnorodne opinie i reakcje, od postaw skrajnie liberalnych (całkowite odrzucenie przymusu) do skrajnie restrykcyjnych (pełne przyzwolenie). Polskie badania [13] podają, że 30,3% personelu medycznego, w tym psychiatrów, uznaje hospitalizację psychiatryczną za niezbędną element leczenia. Szwajcarscy autorzy [7] wykazali natomiast, że tylko 17% populacji ogólnej wskazałoby hospitalizację bez zgody osoby chorującej na schizofrenię, jako właściwą formę leczenia. Można się zastanawiać, czy duże poparcie dla stosowania przymusu w polskiej psychiatrii jest efektem dużego zaufania do sądów i instytucji psychiatrycznych czy raczej przejawem braku zainteresowania tym, co przeżywają osoby chorujące psychicznie i lekceważeniem ich praw. Innym możliwym wyjaśnieniem tego wysokiego wyniku jest brak właściwego zabezpieczenia w sieci placówek środowiskowej opieki psychiatrycznej, które byłyby w stanie leczyć z dala od szpitala także osoby w cięższym stanie psychicznym.

Wstyd i ukrywanie choroby

Wstyd z powodu choroby psychicznej i skłonność do jej ukrywania stanowi niejako wstęp do całego procesu stygmatyzacji. Potrzeba ukrywania uruchamia być może cały proces stygmatyzacji osób chorujących psychicznie. Z kolei napiętnowanie sprzyja postrzeganiu cierpienia chorego przez pryzmat funkcjonujących w społeczeństwie negatywnych stereotypów opisujących chorobę i osoby chorujące psychicznie [8]. Tym bardziej niepokoi zakres przekonań polskich psychiatrów o fakcie ukrywania choroby psychicznej (94,8%), który przewyższa wyraźnie wynik w populacji ogólnej (75%). Może to wiązać się z przekonaniem polskich psychiatrów o niskim poziomie tolerancji i akceptacji tej grupy osób w społeczeństwie.

Stosunek do osób chorujących

Zdecydowana większość badanych (85,6%) deklaruje życzliwy stosunek do osób chorujących psychicznie, co jest wynikiem korzystniejszym w porównaniu z populacją ogólną (65%) [17]. Pozostaje jednak 13,5% badanych psychiatrów, którzy z jakiegokolwiek powodu nie potrafią zdobyć się na wyrażenie życzliwego stosunku do swoich pacjentów albo wręcz deklarują wobec nich niechęć. W skali całego kraju może to obejmować kilkaset osób, od których powinniśmy oczekiwać, że będą raczej wyrażać wiarę w proces zdrowienia osób chorujących psychicznie i w ich funkcjonowanie w społecznych rolach.

Spółeczny dystans

Aby nie poprzestać na deklaracjach dotyczących stosunku do osób chorujących psychicznie, zapytano psychiatrów o gotowość do powierzenia tym osobom określonych ról społecznych, co potraktowano jako miarę społecznego dystansu. Dystans w kontaktach z osobami chorującymi psychicznie jest jednym z najbardziej znaczących komponentów procesu stygmatyzacji – uruchamia szereg mechanizmów prowadzących do marginalizacji chorego, jego wykluczenia i ograniczenia dostępu do skutecznej pomocy i korzystania z dóbr – pogłębia tym samym poczucie naznaczenia [9,10]. Dyduch [13] wykazała, że synowa albo zięć badanego jest jedyną rolą społeczną, której psychiatrzy sprzeciwialiby się bardziej niż populacja ogólna, co autorka tłumaczy biogenetycznym podejściem do etiologii schizofrenii i potencjalnym zagrożeniem dla zdrowia potomstwa. Wobec jeszcze bardziej znaczących obaw wobec pełnienia przez osoby chorujące roli opiekuna dziecka psychiatry wykazanych w tej pracy, powyższe wyjaśnienie znajduje co najwyżej częściowe zastosowanie. Üçok i wsp. [14] stwierdzili, że 55,2% psychiatrów tureckich byłoby przeciwnych spotkaniu osoby chorującej psychicznie na spotkaniu towarzyskim. Dystans społeczny maleje wraz z poziomem wiedzy oraz częstości osobistego kontaktu [21, 22]. Nastawienie psychiatrów do pełnienia przez osoby chorujące psychicznie określonych ról społecznych w opisywanym badaniu można potraktować jako nacechowane istotnym dystansem. Znaczący jest bowiem sprzeciw badanych nie tylko wobec pełnienia roli opiekuna ich dziecka (75,9%) oraz synowej lub zięcia (50,7%), ale także zastanawiająco duży jest poziom sprzeciwu, aby osoba chorująca psychicznie mogła występować w roli bliskiego współpracownika, najbliższego sąsiada, koleżanki/kolegi w grupie studenckiej.

Podobnie wcale nie mała część psychiatrów z jakiegoś powodu jest skłonna wyrażać sprzeciw, aby w pobliżu ich miejsca zamieszkania znalazły się placówki dla osób chorujących psychicznie – przychodnia (3,9%), ośrodek dziennego pobytu (6,9%), dom pomocy społecznej (7,8%), mieszkanie chronione (10%), szpital psychiatryczny (16%). Jest zastanawiające, czy jest to niechęć wyrażana tylko wobec placówki, czy może także osób, które tam przebywają. Przypomina to obserwowane i opisane przed wielu laty przez Borinsteina [11] zjawisko „nie na moim podwórku” (ang. not in my background – NIMBY). Kiedy w latach 70. ubiegłego wieku rozwinęła się znacząco w Stanach Zjednoczonych opieka środowiskowa, pojawił się duży społeczny opór. Amerykanie przeciwstawiali się z jednej strony przetrzymywaniu osób chorujących psychicznie pod kluczem, z drugiej 31% z nich było przeciwnych lokalizowaniu psychiatrycznych placówek ambulatoryjnych w pobliżu miejsca swojego zamieszkania. Należy pamiętać, że psychiatry mimo wykształcenia i zawodowej roli są również przedstawicielami społeczeństwa, w którym żyją.

Praca i zatrudnienie

Praca i zatrudnienie jest nie tylko miarą zaawansowania procesu zdrowienia osób dotkniętych chorobą psychiczną, ale również ważnym sposobem ich uczestnictwa

w życiu społecznym. Kryzys psychiczny wyklucza z życia zawodowego, ale bez właściwych warunków pracy dla osób chorujących psychicznie niezwykle trudno kryzys ten w pełni przezwyciężyć. Blisko 44% psychiatrów uważa, że przebyta choroba psychiczna znacznie ogranicza zdolność do wykonywania pracy zarobkowej, a tylko 10% uznało, że takiej zdolności nie ogranicza. Ponad 13% badanych uważa, że przebyta choroba psychiczna uniemożliwia pracę zespołową, a 33% psychiatrów nie powierzyłoby takiej osobie pracy wymagającej dużej samodzielności. Można traktować wyniki odpowiedzi na pytania dotyczące zdolności osób chorujących psychicznie do wykonywania różnych rodzajów pracy, a szczególnie pracy zarobkowej, jako stojące w opozycji do wcześniejszych deklaracji badanych psychiatrów, gdzie z bardzo dużą życzliwością traktowali oni osoby chorujące psychicznie w poszczególnych rolach społecznych, w tym tych związanych z pracą zawodową – nauczyciela, lekarza, burmistrza albo wójta, pośła, księdza czy bliskiego współpracownika. Praca jest pragnieniem znaczącej większości osób chorujących psychicznie i ważnym celem procesu zdrowienia. Duże ograniczenia, jakie nakładają polscy psychiatrzy na osoby chorujące psychicznie w tym zakresie, mogą świadczyć o ukierunkowaniu na bardziej medyczne formy oddziaływań terapeutycznych, braku świadomości potencjału i osiągnięć swoich pacjentów w zakresie rehabilitacji zawodowej – braku właściwego szkolenia zawodowego lub uważności na potrzeby chorego.

Jak należy przypuszczać, stosunek psychiatrów do osób chorujących psychicznie jest ściśle związany ze szczególną relacją, jaka powstaje między osobą zależną, potrzebującą pomocy w tej najbardziej podstawowej sferze ludzkiej egzystencji a osobą dysponującą fachową wiedzą, autorytetem oraz szeregiem przekonań na temat choroby psychicznej. Podobnie jak Sartorius i wsp. [12] uważamy, że relacja ta osadzona jest w całej różnorodności społecznych poglądów, postaw i emocji odnoszących się zarówno do zjawiska choroby psychicznej, psychiatrii jako dziedziny medycyny i wiedzy, jak też samej osoby chorującej psychicznie.

Wnioski

1. Stosunkowo duża grupa badanych psychiatrów w porównaniu z populacją ogólną posiada członka rodziny chorującego psychicznie (58%) lub sama jest osobą chorującą psychicznie (3%).
2. Badani psychiatrzy pomimo wykształcenia i misji zawodowej prezentują podobnie stygmatyzujące postawy wobec osób chorujących psychicznie co populacja ogólna.
3. Poprzez swoje postawy polscy psychiatrzy nie tylko tworzą system wsparcia, ale również uczestniczą w procesie stygmatyzacji osób chorujących psychicznie.

Piśmiennictwo

1. Cechnicki A, Angermeyer MC, Bielańska A. *Anticipated and experienced stigma among people with schizophrenia: its nature and correlates*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2011; 46(7): 643–650.
2. Schimmelmann BG, Huber CG, Lambert M, Cotton S, McGorry PD, Conus P. *Impact of duration of untreated psychosis on pre-treatment, baseline, and outcome characteristics in an epidemiological first-episode psychosis cohort*. J. Psychiatr. Res. 2008; 42: 982–990.
3. Cechnicki A, Bielańska A, Franczyk J. *Piętno choroby psychicznej: antycypacja i doświadczenie*. Post. Psychiatr. Neurol. 2007; 16(2): 113–121.
4. Nordt C, Rössler W, Lauber C. *Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression*. Schizophr. Bull. 2006; 32 (4): 709–714.
5. Sartorius N. *Stigma: what can psychiatrists do about it?* Lancet 1998; 352: 1058–1059.
6. Ono Y, Satsumi Y, Kim Y, Iwadata T, Moriyama K, Nakane Y. i wsp. *Schizophrenia: is it time to replace the term?* Psychiatry Clin. Neurosci. 1999; 53: 335–341.
7. Lauber C, Nordt C, Rössler W. *Lay beliefs about treatments for people with mental illness and their implications for antistigma strategies*. Can. J. Psychiatry 2005; 50(12): 745–752.
8. Świtaj P. *Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2008.
9. Angermeyer MC, Matschinger H. *Social distance towards the mentally ill: results of representative surveys in the Federal Republic of Germany*. Psychol. Med. 1997; 27: 131–141.
10. Link BG, Cullen FT, Frank J, Wozniak JF. *The social rejection of former mental patients: understanding why labels matter*. Am. J. Sociol. 1987; 92: 1461–1500.
11. Borinstein AB. *Public attitudes toward persons with mental illness*. Health Affairs 1992; 11: 186–196.
12. Sartorius N, Goebel W, Cleveland HR, Stuart H, Akiyama T, Arboleda-Florez J. i wsp. *WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists*. World Psychiatry 2010; 9: 131–144.
13. Dyduch A. *Postawy pracowników opieki zdrowotnej wobec osób chorych na schizofrenię. Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych*. Lublin: Akademia Medyczna w Lublinie; 2008.
14. Uçok A, Polat A, Sartorius N, Erkoç S, Ataklı C. *Attitudes of psychiatrists toward patients with schizophrenia*. Psychiatry Clin. Neurosci. 2004; 58: 89–91.
15. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA. *Helpfulness of interventions for mental disorders: beliefs of health professionals compared with the general public*. Br. J. Psychiatry 1997; 171(3): 233–237.
16. Wciórka B, Wciórka J. *Polacy o schizofrenii i chorych na schizofrenię. Opinie i diagnozy*. Warszawa: CBOS; 2002.
17. Wciórka B, Wciórka J. *Osoby chorujące psychicznie w społeczeństwie. Komunikat z badań*. Warszawa: CBOS; 2008.
18. Kaszyński H, Cechnicki A. *Polscy pracodawcy wobec zatrudniania osób chorujących psychicznie*. Psychiatr. Pol. 2011; 45(1): 45–60.
19. Cohen P, Cohen J. *The clinician's illusion*. Arch. Gen. Psychiatry 1984; 41: 1178–1182.
20. Cechnicki A. *Schizofrenia – proces wielowymiarowy. Krakowskie prospektywne badania przebiegu, prognozy i wyników leczenia schizofrenii*. Rozprawa habilitacyjna. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2011.

21. Grausgruber A, Meise U, Katschnig H, Schöny W, Fleischhacker WW. *Patterns of social distance towards people suffering from schizophrenia in Austria: a comparison between the general public, relatives and mental health staff*. Acta Psychiatr. Scand. 2007; 115(4): 310–319.
22. Martin JK, Pescosolido BA, Tuch SA. *Of fear and loathing: the role of „disturbing behaviour”, labels and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness*. J. Health Soc. Behav. 2000; 41: 208–223.

Adres: Andrzej Cechnicki
Zakład Psychiatrii Środowiskowej
Katedra Psychiatrii UJ CM
31-115 Kraków, pl. Sikorskiego 2/8

Otrzymano: 4.01.2016
Zrecenzowano: 29.03.2016
Otrzymano po poprawie: 30.03.2016
Przyjęto do druku: 30.03.2016