

Psychologiczne koszty diagnozy psychiatrycznej i stygmatyzacji. Jak skuteczniej pomagać osobom doświadczającym problemów ze zdrowiem psychicznym?

Agata Chudzicka-Czupała*

SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Wydział Zamiejscowy w Katowicach

Mateusz Biernat

SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Wydział Zamiejscowy w Katowicach

PSYCHOLOGICAL COSTS OF MENTAL DISORDER DIAGNOSIS AND STIGMATISATION. HOW CAN WE BE MORE EFFICIENT AT HELPING PEOPLE EXPERIENCING PROBLEMS WITH MENTAL HEALTH?

The aim of this article is to discuss the results of exploratory research on the subject of psychological costs. The scope of the research included psychological costs of a mental disorder diagnosis and the social stigma that follows. The purpose of the study was also to collect data about the opinion of patients on the current system of help offered to them and changes in this system which, according to respondents, would improve the quality of patients' care. The representative sample consisted of 19 people who had been diagnosed with various mental disorders (psychotic disorders, schizophrenia, bipolar disorder, depression), the participants of the course prepared for them. A scale for studying the psychological costs of psychiatric diagnosis and social stigma was applied. A semi-structured interview was also used. The results make it possible to define what psychological costs the respondents most often experienced. The analysis of the results shows emotional and cognitive costs as well as costs resulting from assessing one's own ability to cope and care from friends and loved ones. The results allow the distinction and discussion of aspects of the care system, which respondents feel should be changed. The outcome of the study proves that it is necessary to conduct further empirical studies and to introduce practical action and wider social discussion which would enable the prevention of patients' social stigma and more effective care.

Key words: psychological costs, mental disorder, psychiatric diagnosis, stigmatisation, aid system

WPROWADZENIE. STYGMATYZACJA OSÓB Z DIAGNOZĄ PSYCHIATRYCZNĄ

Zgodnie z funkcjonującym systemem klasyfikująco-diagnostycznym DSM i klasyfikacją zaburzeń psychicznych, wprowadzoną przez Światową Organizację Zdrowia, „termin «choroba psychiczna» nie występuje – został zastąpiony (...) określeniem: «zaburzenie» (*disorder*)” (Pużyński, 2007, s. 303), który nie jest jednak terminem ścisłym. Używa się go (Pużyński, tamże, s. 303) „celem wskazania na istnienie układu klinicznie stwierdzalnych objawów lub zachowań połączonych w większości przypadków z cierpieniem (*distress*) i z zaburzeniami funkcjonowania indywidualnego (*personal*)”, które mogą oznaczać wielość

różnych zaburzeń. Polska Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dn. 19 sierpnia 1994 r., z późniejszymi zmianami, nie definiuje terminu „choroba psychiczna”, a pod pojęciem „osoba z zaburzeniami psychicznymi”, rozumie się w niej:

- osobę wykazującą zaburzenia psychotyczne,
- osobę upośledzoną umysłowo lub
- wykazującą inne zakłócenia czynności psychicznych.

Zaburzenia psychiczne to jeden z częstszych problemów zdrowotnych, gdyż dotyczą one około 30% ludzi, poszukujących pomocy medycznej (Czabała, Meder i Sawicka, 2007). Największy odsetek osób, doświadczających problemów natury psychicznej to osoby z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości, ale najpoważniejszym zaburzeniem jest schizofrenia, dotycząca około 1% populacji. Dane statystyczne dowodzą, że rocznie z pomocy placówek psychiatrycznych korzysta około 4% ludności naszego kraju (Wciórka i Wciórka, 2008, por. Szpunar, 2009).

* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Agata Chudzicka-Czupała, SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, ul. Techników 9, 53, 40-326 Katowice.
achudzicka-czupala@swps.edu.pl

Pomimo niejednoznaczności pojęcia „choroba psychiczna”, zdaniem Pużyńskiego (2007), zarówno w systemie prawnym, jak i w rozporządzeniach ministra zdrowia, termin „choroba psychiczna” czy zwrot „osoba chora psychicznie” są wielokrotnie stosowane i obowiązujące. Podobnie, jak dowodzą badania, terminy te są nadal często używane w języku potocznym, w społeczeństwie funkcjonują stereotypy osoby chorej psychicznie, a sposób traktowania osób z rozpoznaniem psychiatrycznym przez otoczenie jest często negatywny i stygmatyzujący, krzywdzący dla ludzi, których dotyczy (Czykwin, 2007). Osoby, u których zdiagnozowano zaburzenie psychiczne, są przez pozostałych członków społeczeństwa najczęściej postrzegane jako niebezpieczne, budzące lęk, są izolowane lub wykluczane. Jak dowodzą badania wielu autorów (Spagnolo, Murphy i Librera, 2008) zaburzenie psychiczne jest źródłem silniejszego wykluczenia społecznego niż jakiegokolwiek inne zaburzenie lub choroba, przez co diagnoza psychiatryczna uniemożliwia osobom, których dotyczy, realizację wielu istotnych celów życiowych, ogranicza możliwości nawiązywania kontaktów międzyludzkich, obniża trwałość ich relacji z innymi i podejmowania pracy. Świtaj (2008) twierdzi, że w społeczeństwie polskim w czasie ostatnich dziesięcioleci nie zauważa się znaczących pozytywnych zmian postawy wobec osób cierpiących na różne zaburzenia psychiczne, postawę tę cechuje niezmiennie duży dystans społeczny, połączony z brakiem zaufania do osób zdiagnozowanych psychiatrycznie.

Potwierdzają to badania CBOS. Z opublikowanych w latach 2000, 2008 i 2012 badań wynika bowiem, że odsetek życzliwych postaw wobec pacjentów psychiatrycznych w społeczeństwie polskim zmalał z 71% w roku 1999 do 65% w roku 2012. Wzrósł natomiast odsetek osób deklarujących obojętność wobec chorych. Badania przeprowadzone przez Mroczek, Wróblewską, Kędzierską i Kurpas (2014) wśród przedstawicieli polskiego społeczeństwa dowodzą, że osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego uznawane są za niebezpieczne przez 70% badanych, za agresywne-przez 61% osób. Większość badanych Polaków (85%) twierdzi, że osoby cierpiące na chorobę psychiczną zachowują się nieprzewidywalnie, 34% respondentów uważa, że są one zaniedbane, 31% sądzi, że powinny być całkowicie odizolowane od społeczeństwa. Szacunek wobec chorych psychicznie deklarowało tylko 5% badanych, budzą oni odrazę u 25% ankietowanych, 96% badanych stara się unikać osób chorych psychicznie, 40% badanych przyznało się, że zdarzyło im się naśmiewać się z takich osób, 24% obrażało chorych słowami i gestami, 67% nigdy nie chciałoby ich widzieć ani spotykać, 16% wystawiłoby chorego na publiczne pośmiewisko. Jedynie 1% badanych próbowałby nawiązać rozmowę z osobą chorą, a zgodę na pracę wspólnie z chorym psychicznie wyraziło 18% badanych. Bardzo często też osoby doświadczające problemów ze zdrowiem psychicznym są opisywani w sposób obraźliwy (ponad 60% odpowiedzi) (Wciórka i Wciórka, 2008). W otoczeniu osób ankietowanych, wobec ludzi, u których zdiagnozowano zaburzenie psychiczne, używa się określeń deza-

wujących, takich jak wariat, psychol, szajbus, szurnięty, czubek lub świr (Mroczek, Wróblewska, Kędzierska i Kurpas, 2014). Osoby z rozpoznaniem psychiatrycznym, cierpiące na zaburzenia psychotyczne i afektywne, są też niesłusznie utożsamiane z ludźmi upośledzonymi umysłowo (por. Szpunar, 2009).

Podstawą stygmatyzacji jest najprawdopodobniej zakorzeniony w kulturze lęk, potęgowany przez brak wiedzy na temat przyczyn, objawów i przebiegu zaburzeń psychicznych. U osób obserwujących u innych silne reakcje lub niezrozumiałe zachowania psychotyczne, może pojawić się strach i mogą one przeżywać negatywne emocje (Wciórka, 2011, za: Witusik, Leszto, Podgórska-Jachnik i Pietras, 2015). Podejście do ludzi z zaburzeniami psychicznymi kształtują jednak częściej media, szukające sensacji, kreujące lęk i negatywny obraz społeczny osób, u których zdiagnozowano określony rodzaj zaburzeń. Ukazywanie w nich często nieprawdziwego, niepełnego, a tym samym krzywdzącego obrazu osób doświadczających problemów ze zdrowiem psychicznym, potęguje funkcjonujące stereotypy. Brak wiedzy i rozmowy, niechęć do wysłuchania samych zainteresowanych, a także ukształtowana przez lata kultura strachu i wykluczenia, nakazują traktować takie osoby z rezerwą.

Zdaniem Czykwin (2007), ludzie z diagnozą psychiatryczną są stygmatyzowani. Szczególnie mocno problem ten dotyczy osób cierpiących na zaburzenia psychotyczne. Fuller Torrey (2006) określił osoby chore na schizofrenię mianem współczesnych trędowatych. Stygmatyzacja dotyczy też cierpiących na manię. Chociaż wydawałoby się, że inne zaburzenia, na przykład depresja, nie wzbudzają tak silnych negatywnych emocji i bardziej skłaniają do współczucia pacjentowi (Dziwota, 2014), badania przekonują, że stereotypy i lęki dotyczą również chorych na depresję i dzielają je nawet fachowcy, czyli lekarze oraz studenci medycyny. W badaniach prowadzonych przez Fernando, Deane i McLeod (2010) wykazano empirycznie, że studenci medycyny wykazywali nieco bardziej negatywny stosunek do chorych na powyższe choroby niż lekarze. Najbardziej stygmatyzowani byli pacjenci uzależnieni od narkotyków, alkoholu oraz pacjenci ze schizofrenią i depresją. Badania Arbanasa (2008) ujawniły, że poziom stygmatyzacji, prezentowanej wobec pacjentów przez studentów medycyny, dotyczy w takim samym stopniu zespołu stresu pourazowego i depresji, i jest on tylko nieco niższy niż wobec osób ze zdiagnozowaną schizofrenią. Korzystny wpływ na spadek negatywnej postawy wobec chorych mają zajęcia z psychiatrii oraz doświadczenie zawodowe. Poglądy i negatywne zachowania mogą się jednak utrzymywać, a nawet ulegać wzmocnieniu w trakcie pracy zawodowej (Suwalska, Suwalska, Neumann-Podczaska i Łojko, 2017).

Pojęcie stygmatyzacji, pochodzące od greckiego słowa stigma, oznaczającego znak, dotyczy „postawy społecznej dezaprobaty, negatywnego odbioru określonej grupy ludzi ze względu na charakteryzujące tę grupę właściwości fizyczne lub psychiczne, styl życia, system wartości czy inne atrybuty” (por. Jackowska, 2009, s. 655-656).

Odnosi się ono do nadawania „negatywnych etykiet, deprecjonowania ludzi, przypisywania wartości i ról na podstawie niepełnych i niesprawdzonych do końca informacji, przy jednoczesnym uleganiu stereotypom i fobiom, rodzącym się ze spotkania z nieznanym sobie zjawiskiem” (Kieniewicz, 2008, s.157). Można posłużyć się tu także, co czyni wielu autorów piszących o problemie stygmatyzacji (por. Czykwin, 2007; Chudzicka-Czupała, Gałuszka, 2016; Szpunar, 2009), użytym przez Goffmana (2007) pojęciem piętna, oznaczającym taki atrybut lub cechę człowieka, która posiada wartość dyskredytującą go w oczach społeczności, co pozwala na traktowanie tej osoby jako odmiennej, splamionej, a nawet jako „nie w pełni człowieka” (Świtaj, 2008, za: Dziwota, 2014, s. 19). Z takim właśnie piętnem, poza problemami natury zdrowotnej, dodatkowo przychodzi zmagać się osobom z diagnozą psychiatryczną.

KOSZTY PSYCHOLOGICZNE WYNIKAJĄCE Z DIAGNOZY PSYCHIATRYCZNEJ I STYGMATYZACJI

Koszty psychologiczne definiuje się jako „skutek rozbieżności między wyobrażonym stanem idealnym a realiami, dostrzeganej przez człowieka, ujmowanej poznawczo oraz źródło działań, których celem jest jej redukcja... [Koszty to także] negatywne emocje, odczuwane przez człowieka na skutek braku akceptacji dostrzeganej przez niego rozbieżności między oczekiwaniami a rzeczywistością...” (Balawajder, Bańka i Otrębska, 1989; Ratajczak, 1989, 1997, 1998, 2000, za: Chudzicka-Czupała i Grabowski, 2015, s. 95-96). Zdaniem Dołęgi, Borchykowski-Rzepki i Kędry (2014, s. 259) koszty psychologiczne są rodzajem „dyskomfortu psychicznego, wyrażającego się gamą emocji o zabarwieniu negatywnym, powodowanego dezaprobatą ważnych dla podmiotu, a dotyczących struktury „ja” realiów sytuacyjnych i brakiem ich akceptacji, z jednoczesną niemożnością znaczącego wpływania na nie i zmieniania ich wraz z subiektywną koniecznością pozostawania w nich”. Koszty te wynikają z negatywnej „oceny sytuacji, potencjalnych zagrożeń w niej dostrzeganych, a także z negatywnej oceny własnych lub cudzych zachowań” (Chudzicka-Czupała i Grabowski, 2015, s. 96). Wspomniany dyskomfort psychiczny oraz towarzyszące mu emocje i negatywne oceny zachowania się własnego lub innych ludzi stanowią subiektywną reakcję człowieka na sytuację trudną i są wyrazem braku jej akceptacji. Ze względu na to, że wpływają one także na skuteczność podejmowanych prób radzenia sobie przez osobę z problemami i decydują o zarządzaniu posiadanymi przez nią zasobami, pełnią istotną funkcję regulacyjną (Demińska, 2013).

Taki sposób rozumienia kosztów psychologicznych sugeruje, że mogą one być zarówno uzewnętrznieniem przeżywanego stresu, jak i kolejnym jego źródłem. Koszty psychologiczne, pojawiające się w trakcie radzenia sobie z problemem pierwotnym, mogą stać się dodatkowym utrudnieniem.

Zdaniem Ratajczak (1997), w trakcie radzenia sobie z sytuacją trudną, człowiek doświadcza różnych kosztów psychologicznych. Treści i rodzaje kosztów psychologicznych zależą od tego, w jaki sposób osoba postrzega własną sytuację, reakcje otoczenia społecznego, jak ocenia istniejące zagrożenie, „straty i komu przypisze za nie odpowiedzialność” (Ratajczak, 1997, s. 78). Jego działania zmierzają do usunięcia przeszkody, do zwalczania bezpośredniej przyczyny dyskomfortu, jak i służą redukcji napięcia emocjonalnego. W sytuacji gdy człowiekowi nie udaje się usunąć przyczyny zagrożenia ani odzyskać utraconych sił lub zasobów, na przykład wyzdrowieć, a dodatkowo jest on stygmatyzowany i w związku z tym doświadcza nowych problemów, redukcja napięcia i osłabienie przeżywanych emocji mogą się stać niemożliwe.

Koszty psychologiczne, związane z doświadczeniem zaburzeń psychicznych nie są tożsame z kosztami stygmatyzacji. Wynikają one z zmagania się z przejawami zaburzeń, z własnymi słabościami i ograniczeniami. Źródłem kosztów psychologicznych, jakich doświadcza osoba ze względu na problemy zdrowotne, bywają też negatywne zachowania i postawy innych ludzi, polegające na krzywdzącej ocenie osoby z diagnozą psychiatryczną, przejawiające się w negatywnym do niej stosunku. Mogą one być skutkiem braku akceptacji z ich strony, przymuszania osoby do różnych zachowań i konieczności podejmowania decyzji wbrew osobie. Przysparzają one osobie doświadczającej problemów zdrowotnych dodatkowych kosztów. Człowiek może zatem doświadczać kosztów dwojakiego rodzaju, zarówno tych, związanych z dyskomfortem, wynikającym ze znalezienia się w trudnej sytuacji zaburzeń zdrowotnych, z niezgody na tę sytuację, na diagnozę i bezradności, jak i tych, wynikających ze stygmatyzacji, z negatywnego, niesprawiedliwego traktowania przez innych ludzi.

Koszty psychologiczne wynikają z poznawczego ujęcia własnej sytuacji i emocjonalnej reakcji na nią. Mogą one zatem mieć charakter poznawczy – polegają na uświadamianiu sobie przez człowieka negatywnych aspektów sytuacji oraz negatywnych sposobów traktowania go przez innych ludzi. Mogą mieć też one charakter emocjonalny. Świadomości doświadczania problemów zdrowotnych i bycia osobą stygmatyzowaną towarzyszą silne stany emocjonalne. Dlatego, obok kosztów poznawczych, osoba może doświadczać także różnego rodzaju kosztów emocjonalnych, będących skutkiem diagnozy psychiatrycznej i postawy innych ludzi względem niej, na przykład takich jak:

1. poczucie krzywdy, gniewu i złości, na skutek samej choroby, diagnozy lub upokorzenia przez innych ludzi, na przykład poczucia naruszenia jej godności, niesprawiedliwego traktowania,
2. poczucie winy lub wstydu, które wynikają z zachowań niezgodnych z normami społecznymi – np. z nieumiejętności bycia odważnym, silnym i skutkują czasami niemożnością „zachowania twarzy”, utratą godności,

3. poczucie słabości, bezsilności i bezradności, lęku przed utratą posiadanych sił i zasobów, przed przyszłością,
4. poczucie odrzucenia ze strony innych, na przykład ze względu na inność, posiadaną cechę, przypisany osobie „defekt”,
5. poczucie rozczarowania, niespełnionej nadziei, bycia zdradzonym, gdy jej poczynania nie przynoszą spodziewanych rezultatów, gdy zawiodą ludzie, w których osoba pokładała nadzieje (por. Chudzicka-Czupała i Gałuszka, 2016).

Kolejna, trzecia grupa kosztów, może wynikać z dostrzeganej niemożności poradzenia sobie z problemami. Człowiek dokonuje oceny podejmowanych przez siebie wysiłków, mających na celu przewyżczenie trudności oraz ocenia działania jego sprzymierzeńców, osób bliskich, ekspertów, których celem jest udzielenie mu pomocy w walce z trudnościami. Kiedy osoba ocenia, że jej własne wysiłki nie pozwalają pokonać zaistniałych trudności albo że lekarze czy jej najbliżsi nie chcą lub nie potrafią pomóc, że czują się bezradni, może to być źródłem dodatkowej frustracji i prowadzić do kosztów wtórnych. Koszty wynikające z oceny własnych lub cudzych zachowań jako nie skutkujących niczym pozytywnym, bezsensownych, nie prowadzących do zamierzonego celu, nieskutecznych, niepotrzebnych, niebezpiecznych i ryzykownych, mogą wywierać znaczący wpływ na zachowanie się człowieka i dalsze zachowanie zaradcze (por. Grabowski, 2002).

O negatywnych skutkach, wynikających z doświadczenia zaburzeń zdrowia psychicznego i związanej z nimi stygmatyzacji, przekonują wyniki wielu badań (Podogrodzka-Niell i Tyszkowska, 2014; Thornicroft, Rose i Mehta, 2010). Prowadzi to do hipotezy, że wszystkie omówione rodzaje kosztów mogą szczególnie silnie dotyczyć ludzi, którzy doświadczyli problemów ze zdrowiem psychicznym, hospitalizacji i w tej trudnej dla nich sytuacji byli poddani oddziaływaniom pomocowym ekspertów, lekarzy i terapeutów oraz najbliższego otoczenia społecznego. Czy i jakich kosztów psychologicznych osoby te doświadczają? Czy i co chcieliby zmienić w systemie oferowanej im pomocy?

CEL BADAŃ

Badania miały charakter eksploracyjny. Ich celem było znalezienie odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. Czy osoby badane, w wyniku postawionej diagnozy psychiatrycznej i stygmatyzacji, doświadczają kosztów psychologicznych, z wyróżnionych na podstawie przeglądu teorii, trzech grup kosztów:
 - a) poznawczych kosztów psychologicznych,
 - b) emocjonalnych kosztów psychologicznych oraz
 - c) kosztów psychologicznych, związanych z negatywną oceną podejmowanych samodzielnie prób radzenia sobie i z oceną działań pomocowych ze strony osób bliskich i przyjaciół?
2. Jaka jest ocena częstotliwości doświadczania poznawczych i emocjonalnych kosztów psychologicznych, dokonywana przez badanych?
3. Jaka jest ich subiektywna ocena kosztów, wynikających z samodzielnych zachowań zaradczych i działań pomocowych osób bliskich i przyjaciół, pod względem ich sensowności, celowości, skuteczności, potrzeby ich podejmowania, stopnia ich bezpieczeństwa i ryzykowności?
4. Jak badani wyobrażają sobie pomoc, która powinna być im udzielana? Czy widzą potrzebę zmian w dotychczasowym systemie pomocy, oferowanej im i ich bliskim oraz na czym te zmiany miałyby, ich zdaniem, polegać?

Interesował nas subiektywny odbiór sytuacji, gdyż w nim znajduje się klucz do skutecznego radzenia sobie, zarówno z samymi problemami natury zdrowotnej, jak i z nieetycznymi przejawami zachowania się otoczenia wobec osoby doświadczającej problemów ze zdrowiem psychicznym. Sposób postrzegania własnej sytuacji w kategoriach zagrożenia lub wyzwania może mieć bowiem ogromne znaczenie. Osoby, z diagnozą psychiatryczną, są rzadko słuchane i zapraszane do współtworzenia i kształtowania najbardziej optymalnych form pomocy, mimo że to one właśnie najlepiej wiedzą, co pacjentom jest najbardziej potrzebne i pomocne. Ważnym celem było więc oddanie głosu samym zainteresowanym, osobom, które doświadczyły problemów ze zdrowiem psychicznym, będącym w trakcie terapii i zapoznanie się z ich propozycjami na temat konkretnych zmian w podejściu do osób z diagnozą psychiatryczną, których zaistnienie pozwoliłoby, ich zdaniem, lepiej pomagać ludziom, przechodzącym proces terapii oraz ich bliskim.

OSOBY BADANE

Próbę badawczą stanowiło 19 osób, w tym 14 mężczyzn i 5 kobiet, które doświadczyły problemów ze zdrowiem psychicznym, z różnym rozpoznaniem psychiatrycznym (zaburzenia psychotyczne, schizofrenia, choroba afektywna dwubiegunowa, depresja). Większość badanych była hospitalizowana (16 osób), od 1 do 15 razy. Przeciętny wiek osób badanych to 41. 2 lata (od 24 do 59 lat). Najwięcej osób badanych miało wykształcenie średnie lub dwuletnie policealne (9 osób), 7 osób legitymowało się wykształceniem wyższym magisterskim, 3 osoby – wykształceniem zawodowym lub podstawowym. Spośród badanych 4 osoby pracują, 8 osób ma orzeczoną rentę, pozostałe osoby nie mają stałego źródła dochodu. Większość badanych (10 osób) posiada rodzinę lub partnera, 9 osób spośród nich to ludzie samotni.

Badanie było w pełni dobrowolne i anonimowe. Zostało ono przeprowadzone w 2017 roku na terenie województwa małopolskiego. Badani byli uczestnikami warsztatów „Nowy Ekspert”, zorganizowanych dla nich przez Fundację Wspierania Rozwoju Społecznego „Leonardo”. Badanie stanowiło integralną część wspomnianych warsztatów.

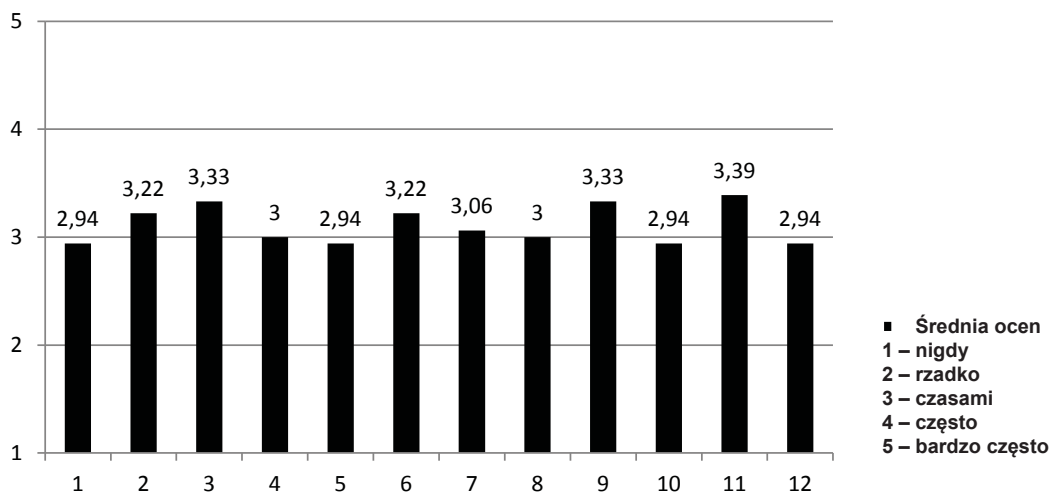
METODY BADAWCZE

Przyjęta przez nas metodologia wynika z perspektywy teorii ugruntowanej (Glaser i Strauss, 1967; za: Chomczyński, 2008), gdzie możliwa jest maksymalna bliskość badacza z przedmiotem (i podmiotem) badań, gdzie teoria jest budowana w oparciu o analizę danych empirycznych, jest ich pochodną, a badający posługuje się teoretycznym pobieraniem próbek, które „jest procesem zbierania danych w celu generowania teorii, dzięki któremu badacz równocześnie zbiera, koduje oraz analizuje swoje dane i decyduje, które dane zdobywać następnie i jak je odnaleźć, by rozwijać powstającą teorię...” (Glaser, 1978, s. 36; za Chomczyński, 2008, s. 101) aż do momentu teoretycznego nasycenia danej kategorii, kiedy „widzi wciąż powtarzające się przykłady i staje się empirycznie przekonany, że kategoria jest nasyciona” (Glaser i Strauss, 1967, s. 61, za: Chomczyński, 2008, s. 103). Teoria ugruntowana bywa szczególnie użyteczna dla rozwijania teorii przyczyniającej się do sformułowania konkretnych wskazówek praktycznych (Wuest, Merritt-Gray i Ford-Gilboe, 2004, za: Chomczyński, 2008). Teoria ugruntowana jest też przydatna, gdy „badaczowi zależy na percepcji uczestników, a nie „prawdzie obiektywnej”” (Chomczyński, 2008, s. 111). Badanie wykonano przy

podejściu interakcyjnym, gdzie ważne są „przeżywane doświadczenie i sensory nadawane owemu doświadczeniu przez jednostki wchodzące w interakcje” (Denzin, 1990, s. 55). Takie podejście ułatwiło przyjrzenie się ważnym aspektom systemu pomocowego, teoretyczne ujęcie i wyszczególnienie tych obszarów i kategorii, gdzie badani widzą potrzebę zmian.

W badaniu posłużono się autorskimi, skonstruowanymi na jego potrzeby, Skalami do badania psychologicznych kosztów doświadczenia diagnozy psychiatrycznej i stygmatyzacji, przy zachowaniu wcześniejszej dbałości o trafność teoretyczną i rzetelność narzędzia. Metoda ta składa się z czterech skal typu Likerta, służących do:

- 1) oceny częstości doświadczania przez badanego kosztów poznawczych (12 twierdzeń skali – patrz legenda pod Ryciną 1, odnoszących się do doświadczania braku akceptacji postawionej diagnozy, stygmatyzacji, negatywnego traktowania przez otoczenie);
- 2) oceny częstości doświadczania kosztów emocjonalnych (10 twierdzeń skali – patrz legenda pod Ryciną 2, odnoszących się do przeżywania negatywnych emocji i stanów emocjonalnych, wynikających z sytuacji, będącej następstwem diagnozy psychiatrycznej i bycia stygmatyzowanym);

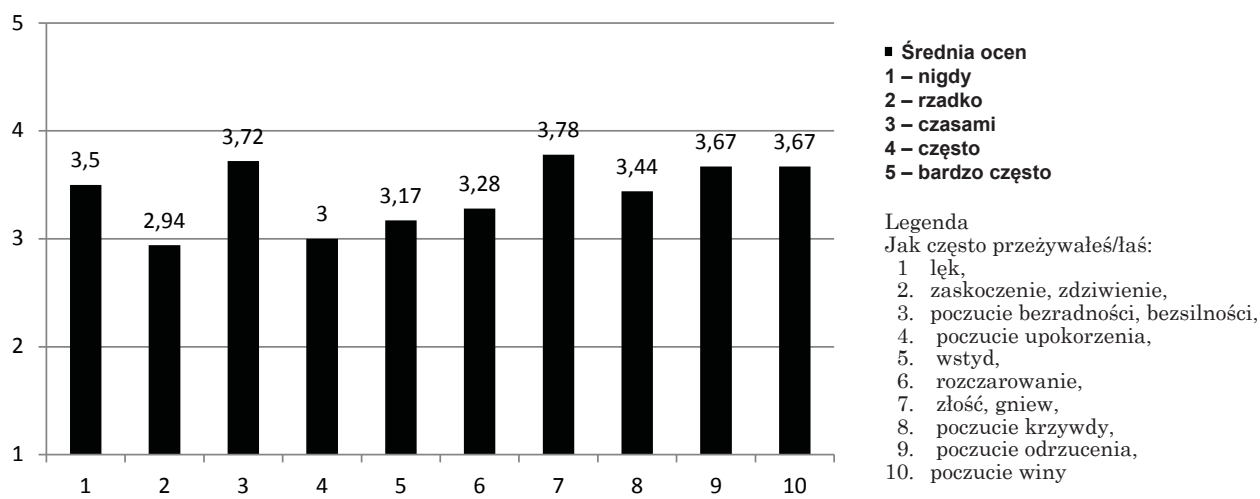


Ryc. 1. Ocena częstości doświadczania poszczególnych poznawczych kosztów psychologicznych

Legenda

Jak często:

1. uważałeś/aś, że nie zgadzasz się z postawioną diagnozą
2. doświadczałeś/aś niesprawiedliwego traktowania ze strony innych
3. byłeś/aś się nieakceptowany/a przez otoczenie
4. czuleś/aś się dyskryminowany/a
5. otoczenie oceniało Cię negatywnie
6. otoczenie oceniało negatywnie to, co robisz
7. niektóre osoby bezpodstawnie zaniżały Twoje możliwości
8. inni ludzie przypisywali Ci negatywne cechy, których nie posiadasz
9. czuleś/aś, że pozbawiono Cię godności
10. inni ludzie, wbrew Tobie, podejmowali decyzje o Tobie bez Twojego udziału
11. doświadczałeś/aś trudności, wynikających z negatywnego/niesprawiedliwego traktowania Cię przez otoczenie, w związku z doświadczeniem problemów ze zdrowiem psychicznym
12. doświadczałeś/aś trudności, wynikających z negatywnego/niesprawiedliwego traktowania Cię przez otoczenie, w związku z postawioną diagnozą



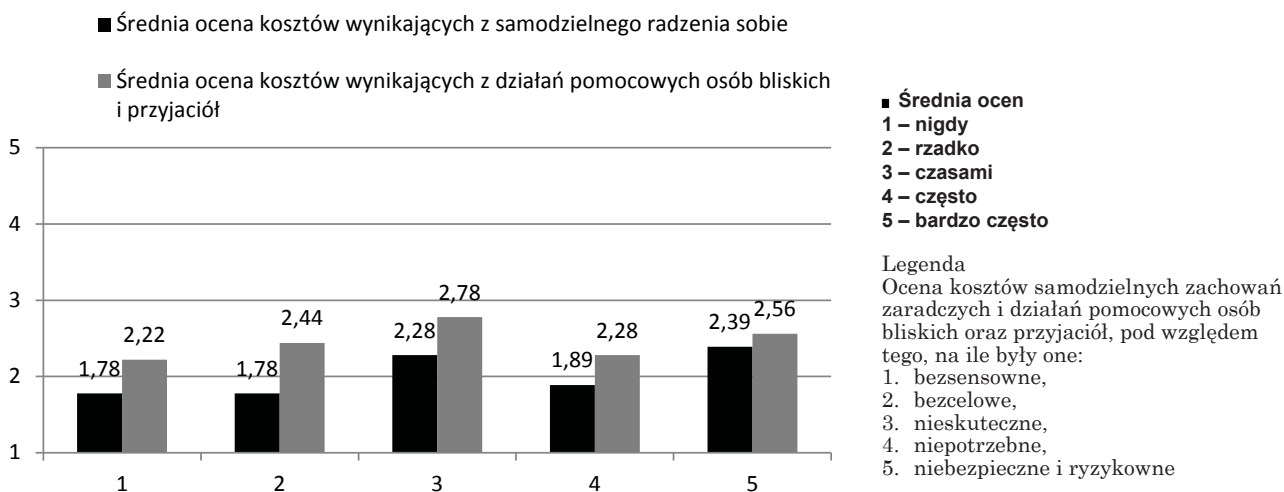
Ryc. 2. Ocena częstości doświadczania poszczególnych emocjonalnych kosztów psychologicznych

zadaniem badanego było odnieść się do wszystkich twierdzeń skal do oceny częstości doświadczania kosztów poznawczych i emocjonalnych poprzez zakreślenie wybranej odpowiedzi, gdzie 1 – oznacza „nigdy”, 2 – „bardzo rzadko”, 3 – „czasami”, 4 – „często”, a 5 – „bardzo często”;

- do oszacowania kosztów wynikających z oceny prób samodzielnego radzenia sobie i oceny działań pomocowych ze strony osób bliskich i przyjaciół (po 5 twierdzeń w każdej z dwu skal – patrz legenda pod Ryciną 3, odnoszących się do oceny własnych zachowań zaradczych i prób interwencji, podejmowanych przez osoby bliskie, w kategoriach ich sensowności, celowości, skuteczności, potrzeby odwołania się do nich, ich poziomu bezpieczeństwa

i stopnia ryzyka); zastosowane tu skale były dwubiegunowe, a zadaniem badanego było dokonanie oceny podejmowanych zachowań zaradczych i działań pomocowych na skali od 1 – „celowe” do 5 – „bezelowe”, od 1 – „skuteczne” do 5 – „nieskuteczne”, itd.).

Do zebrania informacji na temat opinii badanych o systemie pomocy udzielanej osobom chorym i ewentualnej konieczności zmian w tym systemie oraz ich kierunku posłużono się metodą wywiadu częściowo ustrukturyzowanego, który dopuszcza otwarte odpowiedzi na zadawane pytania, pewną swobodę, co do ich kolejności, a nawet treści poruszanych zagadnień. Badanie polegało na zadawaniu badanym pytań, zgodnie z przyjętym,



Ryc. 3. Ocena poszczególnych kosztów psychologicznych, wynikających z samodzielnego radzenia sobie i działań pomocowych osób bliskich oraz przyjaciół

jednak nie sztywnym, schematem. Dotyczyły one wspomnianych w pytaniu badawczym nr 4 szczegółowych zagadnień, czyli oceny istniejącego systemu pomocowego i kierunku ewentualnych zmian. Wywiad miał na celu wsłuchanie się w propozycje działań, które mogłyby służyć polepszeniu funkcjonowania osób badanych i ich bliskich.

Badania zostały przeprowadzone z uwzględnieniem standardów etycznych. Badani udzielili świadomej zgody na udział w nich, byli poinformowani o ich celu, organizatorach oraz o możliwości przerwania badania w każdej chwili.

WYNIKI

OCENA CZĘSTOŚCI DOŚWIADCZANIA POZNAWCZYCH I EMOCJONALNYCH KOSZTÓW PSYCHOLOGICZNYCH, WYNIKAJĄCYCH Z DIAGNOZY PSYCHIATRYCZNEJ I STYGMATYZACJI

Do poznawczych kosztów psychologicznych, wynikających z diagnozy psychiatrycznej i stygmatyzacji, wskazywanych przez badanych jako te, których doświadczali najczęściej, należą: trudności, wynikające z negatywnego/niesprawiedliwego traktowania osoby przez otoczenie, w związku z postawioną diagnozą, brak akceptacji przez otoczenie oraz bycie pozbawionym godności. Do kosztów doświadczanych nieco mniej często, należą też niesprawiedliwe traktowanie przez innych ludzi i negatywna ocena tego, co robi osoba (por. Rycina 1).

Średni wynik zmiennej „Ocena częstości doświadczania poznawczych kosztów psychologicznych” wynosi 37.3. Wynik minimalny to 12, a maksymalny to 60.

Wyniki pokazane na Rycinie 2 wskazują, że koszty emocjonalne, najczęściej doświadczane przez badanych w związku z diagnozą psychiatryczną i stygmatyzacją, to złość, gniew, poczucie bezradności, bezsilności, poczucie odrzucenia przez innych i poczucie winy. Badani doświadczają też lęku, poczucia krzywdy, rozczarowania i wstydu.

Średni wynik zmiennej „Ocena częstości doświadczania emocjonalnych kosztów psychologicznych” wynosi 34, wynik minimalny to 10, a maksymalny to 50.

OCENA KOSZTÓW PSYCHOLOGICZNYCH, WYNIKAJĄCYCH Z SAMODZIELNEGO RADZENIA SOBIE I DZIAŁAŃ POMOCOWYCH OSÓB BLISKICH ORAZ PRZYJACIÓŁ

Do kosztów psychologicznych może też prowadzić negatywna ocena własnego wysiłku zaradczego oraz działań osób bliskich, które usiłują pomóc człowiekowi doświadczającemu problemów ze zdrowiem psychicznym. Jak wynika z danych, pokazanych na Rycinie 3, średnia ocena kosztów psychologicznych, wynikających z obserwacji działań podejmowanych na rzecz pomocy badanym przez osoby bliskie jest wyższa niż ocena kosztów samodzielnego radzenia sobie. Oznacza to, że działania osób bliskich i przyjaciół są oceniane jako nieco bardziej bezsensowne, bezcelowe, nieskuteczne, niepotrzebne, niebezpieczne i ryzykowne niż działania własne, chociaż w obydwu

przypadkach zachowania zaradcze i działania pomocowe wydają się być źródłem niższych kosztów niż poznawczy i emocjonalny stosunek do własnej sytuacji. Do najwyższych kosztów prowadzi postrzeganie własnych zachowań zaradczych i działań pomocowych ze strony innych ludzi jako nieskutecznych oraz niebezpiecznych, związanych z ryzykiem.

Średni wynik zmiennej „Ocena kosztów psychologicznych, wynikających z samodzielnego radzenia sobie” wynosi 10.12, wynik minimalny to 5, a maksymalny to 25. Średni wynik zmiennej „Ocena kosztów psychologicznych, wynikających z działań pomocowych osób bliskich oraz przyjaciół” wynosi 12.28. Podobnie jak powyżej wynik minimalny dla tej zmiennej to 5, a maksymalny 25.

FORMY POMOCY. ANALIZA WYPOWIEDZI OSÓB BADANYCH, UZYSKANYCH W WYWIADACH

Analiza danych uzyskanych w wywiadach pozwala na pogrupowanie ich treści w kilka istotnych wątków, które wyłoniły się podczas rozmów, ukazujących najważniejsze aspekty działań pomocowych. Obszary te zostały opisane poniżej i zilustrowane wypowiedziami osób badanych.

Osoby badane wskazują, że konieczne są zmiany w podejściu do osób doświadczających problemów ze zdrowiem psychicznym, walka ze stygmatyzacją, także poprzez działania profilaktyczne, prowadzone w mediach.

„System pomocy powinien zaczynać się od profilaktyki, od złamania tabu, jakim jest w Polsce choroba psychiczna.” ...„Nie można stygmatyzować chorych psychicznie!”

„Powinno się postawić na profilaktykę – mówienie o tym w mediach, wprowadzenie tego tematu, który jest tabu do społeczeństwa.”

Badani dostrzegają także potrzebę zmian systemu okazywanej im pomocy. Powinny one objąć sposób podejścia do osoby, doświadczającej problemów ze zdrowiem psychicznym, którą należy traktować z większym szacunkiem, zrozumieniem i w bardziej partnerski, przyjazny sposób, zezwalając podczas terapii na jak najczęstsze kontakty z bliskimi, ważnymi dla niej, osobami. Badani oczekiwali także zwiększenia poziomu decyzyjności własnej pacjentów w odniesieniu do form hospitalizacji czy leczenia.

„Na pewno wiele jest do zmiany. System pomocy i traktowania osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego powinien zostać zmieniony w ten sposób, by traktowano osoby chorujące z szacunkiem, przy uznaniu ich podmiotowości. Powinno być też respektowane prawo pacjenta do rzetelnej informacji o jego stanie zdrowia.”

„Uważam, że udzielanie pomocy powinno się rozpoczynać od organizowania spotkania opartego na idei dialogu, z uwzględnieniem w pierwszej kolejności potrzeb osoby doświadczającej kryzysu. Nie powinno się przec na siłę i wymuszać jej zgodę na hospitalizację diagnostyczno-leczniczą na Oddziale Zamkniętym Szpitala Psychiatrycznego”.

„Złe jest traktowanie pacjenta w sposób lekceważący, wciąż obecna jest przemoc. Zmiany powinny iść w stronę godnego traktowania pacjenta.”

„Dla mnie najważniejsza byłaby możliwość podejmowania decyzji przez pacjenta, czy chce być hospitalizowany czy woli np. oddział dzienny, a także większy wpływ pacjenta na formę leczenia”.

„Powinno się uznać prawa pacjenta do decydowania o sobie, zwłaszcza gdy chodzi o włączanie silnych leków, które pozwalają »mieć spokój z pacjentem na oddziale«”.

„Pomoc powinna być podyktowana próbą zrozumienia pacjenta”, „zawierać próby wsparcia w budowaniu »odporności psychicznej pacjenta« na sytuacje trudne, tłumaczenia sytuacji trudnych”.

„Pomoc powinna być natychmiastowa, profesjonalna, ale też ludzka – w sensie, żeby nie była, jak to zwykle bywa, brutalna – typu: prosimy się położyć, zwiążemy pana.”

„Najważniejsze byłyby dla mnie ciepłe wsparcie”... „możliwość usłyszenia głosu osób bliskich, znaczących”.

Badani podkreślali znaczenie pomocy środowiskowej, dostępnej w pobliżu miejsca zamieszkania i podejścia holistycznego. Z treści ich wypowiedzi wynikają też postulaty, dotyczące systemu opieki zdrowotnej i organizacji pracy placówek, które udzielają wsparcia. Badani mówili o konieczności wprowadzenia ułatwień w zakresie uzyskania pomocy, także w aspekcie materialnym, dostępu do bezpłatnej pomocy, umożliwienia im częstszego i dłuższego kontaktu z lekarzem czy psychologiem, kiedy ich pomoc jest potrzebna.

„Powinien być zmieniony system szpitalny i pomocy w kryzysowych sytuacjach, powinny być ośrodki pomocy, takie jak funkcjonują w innych krajach UE”.

„Powinno się stawiać bardziej na leczenie środowiskowe zamiast leczenia w dużych szpitalach”, „Powinno się rozbudowywać i wspierać instytucje świadczące opiekę w ramach lecznictwa półotwartego i realizujące terapię holistyczną, które równocześnie pozostawałyby w dłuższym kontakcie z pacjentem”, „Widzę taki kierunek zmian: odchodzenie od zamkniętego oddziału szpitalnego na rzecz takich otwartych na pomoc doraźną ośrodków”.

„W trakcie kryzysu powinien być łatwy dostęp do pomocy, a po jego wystąpieniu powinno być udzielane wsparcie, które jest tak ważne przy wystąpieniu depresji”, „Powinno istnieć więcej ośrodków interwencji kryzysowej oraz powinien być szerszy dostęp do psychiatrii w mniejszych miejscowościach.” „Ważna jest całonocowa pomoc Ośrodka Interwencji Kryzysowej”, „dobrej pomocy udzielają śdysy, mopsy...” „Pozytywne jest rozszerzenie sieci instytucji samopomocowych i dywersyfikacja oddziałów lecznictwa otwartego – ze względu na specyfikę zaburzeń oraz faktyczne potrzeby pacjentów”.

„Przeszkadzały mi zbytnia biurokracja i formalność, limity – długi okres oczekiwania na wizytę”, „Ważna jest możliwość uzyskania pomocy blisko domu i od razu, bez oczekiwania w kolejce. Pierwsze wizyty powinny być bez limitów czasowych (min. 50-90 minut), powinniśmy mieć prawo do natychmiastowej pomocy psychologicznej”, „Najważniejsze to mieć stały kontakt z lekarzem, terminy wizyt powinny być wyznaczane przynajmniej raz w miesiącu, wizyta nie powinna być ani za długa, nie za

krótka”, „Istotne są częste kontrole psychiatry, pomoc ze strony lekarza darmowego z NFZ i większa pomoc materialna”, „Kolejki do psychologa – postuluję skrócenie ich, aby nie trzeba było czekać miesiącami, latami, bo to źle wpływa na pacjenta”.

Badani dostrzegali też potrzebę kontaktu ze stałym i identyfikowanym przez chorego lekarzem lub terapeutą, do którego osoba ma zaufanie.

„Ważna jest dla mnie identyfikacja lekarza prowadzącego czy innego specjalisty, by mieć punkt oparcia w jednej osobie”... „zapewnienie, aby był jeden lekarz prowadzący, który miałby w pełni wgląd w sytuację osoby po kryzysie”.

Badani wspominali też o konieczności włączenia w działania pomocowe tak zwanych „ekspertów przez doświadczenie”, czyli osób, które przechodziły terapię, w związku z problemami ze zdrowiem psychicznym, a teraz chciałyby pomagać innym.

„Dobrze byłoby włączyć w system opieki i pomocy osoby, które poradziły sobie z kryzysem psychicznym. Na pewno jest to ważne zwłaszcza dla osób, które słyszą swoją pierwszą diagnozę. Rozmowa z osobą, która pokonała kryzys psychiczny byłaby dla niej bardzo pomocna”.

„W obecnym systemie pomocy brak wiedzy ludzi, którzy sami przeszli chorobę i chcą pomagać. Należy dać im szansę. Tą szansą byłoby wprowadzenie nowego zawodu Ex-In. Myślę, że to świetny pomysł. Takie właśnie osoby najlepiej umiałyby pomóc innym ludziom, którzy doświadczają kryzysu psychicznego”.

„Potrzebne są zajęcia edukacyjne dla lekarzy i terapeutów, gdzie osoby po kryzysach, lepiej się czujące, uświadamiałyby lekarzy na temat doświadczeń osób chorych, gdyż poziom niezrozumienia wśród lekarzy jest kolosalny”.

Po hospitalizacji, podczas rekonwalescencji, istotne dla osób badanych byłoby uzyskanie wsparcia środowiskowego, umożliwienie im kontaktu z ludźmi, zarówno podczas specjalnie organizowanych zajęć, grup wsparcia, jak i otoczenie chorego opieką w jego rzeczywistym środowisku społecznym, na przykład w miejscu zamieszkania czy pracy, co mogłoby dotyczyć również opieki zdrowotnej, socjalnej, doradztwa prawnego.

„Ważne byłyby dla mnie móc brać udział w różnych zajęciach w ośrodkach środowiskowych, które pomogłyby mi pracować nad dobrym funkcjonowaniem w otoczeniu ludzi”.

„Po kryzysie ważna jest pomoc w przystosowaniu do kooperowania z ludźmi np. w pracy, powrotu do pracy”, „mniej napiętnowania przez społeczeństwo-czy człowiek jest winien, że zachorował?”

„Powinno się budować samodzielne mieszkania dla ludzi z doświadczeniem choroby psychicznej”, „mieszkania do treningu samodzielnego życia”, „spotykać się z nimi, jeździć na wycieczki, rozumieć, pomagać materialnie czy finansowo”, „moim marzeniem są jest stworzenie sal fitness, siłowni, do terapii tańcem, gdzie osoby dotknięte kryzysem i po nim, mogłyby ćwiczyć za darmo – „terapia ruchem” ”.

„Dla pacjenta powinna być dostępna opieka prawna i socjalna”.

„Istotna jest dalsza opieka po hospitalizacji – często człowiek po kryzysie zostaje pozostawiony sam sobie, a powinien być skierowany pod opiekę psychologa i psychiatry”, „Późniejsze kontrole lekarskie mogłyby być w miejscu zamieszkania, gdy pacjent daje sobie radę”.

Badani dostrzegali też konieczność zbudowania systemu wsparcia dla rodzin pacjentów, dla których sytuacja choroby osoby najbliższej może być źródłem ogromnego stresu i poczucia bezradności.

„Ważna jest też bardziej dostępna edukacja i pomoc dla rodzin”.

WNIOSKI

Dane uzyskane w badaniu pozwalają zidentyfikować główne źródła kosztów psychologicznych, związanych z diagnozą psychiatryczną i wynikającej z niej stygmatyzacji. W badaniach posłużono się skalami, które pozwalają na ocenę kosztów poznawczych, polegających na uświadamianiu sobie i poznawczym ujmowaniu negatywnych aspektów własnej sytuacji, wynikającej z doświadczenia problemów ze zdrowiem psychicznym, postawionej diagnozy i negatywnego stosunku innych ludzi do osoby badanej, z niezgody na tę sytuację. Rezultaty badania umożliwiają też zapoznanie się z dokonywaną przez badanych oceną ponoszonych przez nich kosztów emocjonalnych, polegających na przeżywaniu silnych emocji, jakie wywołuje znalezienie się w takim położeniu oraz ocenę kosztów związanych z radzeniem sobie i otrzymywaną pomocą ze strony osób bliskich i przyjaciół.

Koszty poznawcze, które badani doświadczali najczęściej, to dostrzegane przez nich trudności, wynikające z negatywnego/niesprawiedliwego traktowania osoby przez otoczenie, brak akceptacji ze strony innych ludzi oraz poczucie bycia pozbawionym godności, a także, nieco rzadziej, niesprawiedliwe traktowanie przez innych ludzi i negatywna ocena ich zachowania się. Do najczęściej doświadczanych kosztów emocjonalnych należy złość, gniew, poczucie bezradności, bezsilności, poczucie odrzucenia przez innych, poczucie winy, a nieco rzadziej lęk, poczucie krzywdy, rozczarowania i wstydu.

Najwyższe koszty związane z oceną radzenia sobie i pomocy otrzymywanej od innych wynikają z postrzegania własnych zachowań zaradczych i działań pomocowych ze strony innych ludzi jako nieskutecznych oraz związanych z ryzykiem, niebezpiecznych. Badani oceniali działania osób bliskich i przyjaciół jako nieco bardziej bezsensowne, bezcelowe, nieskuteczne, niepotrzebne, niebezpieczne i ryzykowne niż ich własne próby radzenia sobie, chociaż w obydwu przypadkach zachowania zaradcze i działania pomocowe są źródłem niższych kosztów niż poznawczy i emocjonalny stosunek do własnej sytuacji. Wniosek taki wymaga jednak dalszych badań empirycznych.

Wyniki, wskazujące na występowanie kosztów psychologicznych, będących skutkiem diagnozy psychiatrycznej

i stygmatyzacji, potwierdzają rezultaty badań i teorie innych autorów. Na przykład Schönplüg i Battmann (1987) uważają, że skuteczne radzenie sobie ze stresem polega na minimalizacji stresu związanego z problemami wyjściowymi, jak i z problemami nowymi, czyli tymi, które pojawiają się podczas radzenia sobie. Kryterium skuteczności radzenia sobie z trudnościami stanowi fakt, czy i w jakim stopniu zachowanie zaradcze staje się źródłem nowych kosztów. Wspomniani autorzy twierdzą, że niezwykle istotne jest porównanie, czy stres, którego źródłem jest sam proces radzenia sobie, nie jest większy od stresu wywołanego przez problem wyjściowy. W takiej sytuacji bowiem powstaje blokada – człowiekowi może nie opłacać się podejmować zachowań zaradczych, gdy stanowią one źródło nowych problemów i przyczyniają się do utraty zasobów. Naszym zdaniem teoria ta bardzo dobrze tłumaczy źródła opisanych trudności w zmaganiu się z doświadczeniem problemów ze zdrowiem psychicznym i diagnozą psychiatryczną.

Z danych uzyskanych w wywiadach z osobami chorymi wynikają postulaty, które odnoszą się do bardziej globalnych zmian w podejściu do osób z diagnozą psychiatryczną, a także do szczegółowych propozycji rozwiązań. Wskazówki te dotyczą poprawy systemu udzielanej im pomocy, a w szczególności:

- a) konieczności zmiany w sposobie traktowania osób, doświadczających problemów ze zdrowiem psychicznym, przeciwdziałania stygmatyzacji, działań w postaci programów społecznych i informacyjnych, prowadzonych także w mediach, podjęcia walki ze stygmatyzacją i dyskryminacją oraz szerszej dyskusji społecznej na ten temat, bardziej podmiotowego i życzliwego traktowania osób, których dotyka ten problem,
- b) szerszego informowania pacjenta o stanie jego zdrowia i zwiększenia jego świadomego oraz dobrowolnego udziału w decyzjach odnośnie planowanej terapii, w tym terapii farmakologicznej czy hospitalizacji,
- c) rozwijania pomocy środowiskowej, podejścia holistycznego w udzielaniu pomocy oraz zmiany systemu opieki zdrowotnej i organizacji pracy placówek, które udzielają wsparcia pacjentom, w taki sposób, by ułatwić im wolny dostęp do specjalistycznej, bezpłatnej opieki zdrowotnej, psychiatrycznej i psychologicznej, w pobliżu miejsca zamieszkania,
- d) poszanowania dla potrzeby kontaktu ze stałym lekarzem i terapeutą, który zdobył zaufanie pacjenta,
- e) znaczenia włączenia w działania pomocowe tak zwanych „ekspertów przez doświadczenie”, którzy lepiej rozumieliby potrzeby pacjentów i byłiby dla nich oparciem, ze względu na fakt, że im samym udało się przezwyciężyć problemy wynikające z tego typu sytuacji,
- f) działań, które powinny być prowadzone po hospitalizacji i zakończeniu terapii, związanych ze wsparciem środowiskowym (grupy wsparcia, opie-

ka w miejscu zamieszkania, tworzenie specjalnych chronionych osiedli dla osób wracających do zdrowia i funkcjonowania w społeczeństwie, ochrona w miejscu pracy, pomoc w znajdowaniu pracy, dalsza opieka zdrowotna, pomoc instrumentalna, socjalna, materialna, prawna),

- g) potrzeby wspierania i edukowania rodzin oraz osób bliskich pacjentów.

Do ograniczeń tego badania należy niewielka liczebność próby badawczej. Wyniki należy traktować z dużą ostrożnością i kontynuować badania. Jako że w próbie znajdowały się osoby z różną diagnozą psychiatryczną (różnego rodzaju zaburzenia psychotyczne i afektywne), warto byłoby sprawdzić, czy osoby te doświadczają podobnych kosztów psychologicznych diagnozy i stygmatyzacji. Na podstawie naszego badania nie można wyciągać na ten temat wniosków i dokonywać żadnych generalizacji. Traktujemy to badanie jako wstępne. Sądzymy, że wyniki nakazują dalszą empiryczną eksplorację tego tematu i mogą, a nawet powinny, prowadzić do szerszej dyskusji społecznej.

Przedstawione wnioski najlepiej podsumowują słowa jednej z badanych, która uważa, że „model »medycyny holistycznej« i postrzegania osoby doświadczającej problemów ze zdrowiem psychicznym jako innego i odrębnego uniwersum, a nie skategoryzowanego »typowego przypadku«, przekłada się na lepsze efekty terapeutyczne. Wielokierunkowe wsparcie, z poszanowaniem autonomii decyzyjnej pacjenta, powinno być standardem pracy, a nie wyjątkowym przywilejem. Model wsparcia środowiskowego w psychiatrii, oparty na funkcjonowaniu Programów Aktywności Lokalnej i komplementarnych formach pomocy, jak aktywizacja zawodowa czy półotwarte leczenie sanatoryjne, obejmujące także pomoc w zakresie rehabilitacji zdrowia somatycznego, dawałyby lepsze gwarancje, że osoba wychodząca z kryzysu będzie chciała się odnaleźć w rzeczywistości społecznej jako osoba o dużym poczuciu kontroli nad własnym życiem”. Wprowadzenie do praktyki sugerowanych zmian pozwoliłyby uczynić pomoc udzielaną osobom doświadczającym problemów ze zdrowiem psychicznym bardziej efektywną. Umożliwiłyby to osobom, boleśnie doświadczonym przez los, odzyskanie kontroli nad życiem. Uwzględnienie opisanych wyżej sugestii osób badanych nie wymagałoby dużych nakładów finansowych, a jedynie zmiany podejścia i innego sposobu myślenia o chorobie oraz prawach ludzi chorych. Jesteśmy przekonani, że warto wysłuchać ich głosu, pamiętając przy tym, że sytuacja doświadczenia problemów ze zdrowiem psychicznym, jest sytuacją, w której, jak opisuje jeden z badanych „życie staje się koszmarem, gdyż nie ma się na czym oprzeć... zmienia się całe życie-postrzeganie rzeczywistości, i siebie, moce poznawcze słabną, tak jak kompetencje społeczne, zawodowe i interpersonalne”. Mamy głęboką nadzieję, że wyniki tych badań przyczynią się do pozytywnych zmian w i reform.

LITERATURA

- Arbanas, G. (2008). Adolescents' attitudes toward schizophrenia, depression, and PTSD. *Journal of Psychosocial Nursing*, 46, 3, 45-51.
- Balawajder, K., Bańka, D., Otrębska, K. (1989). Psychologiczne koszty aktywności człowieka. Koncepcja teoretyczna. *Psychologiczne Problemy Funkcjonowania Człowieka w Sytuacji Pracy*, 8, 17, 5-25.
- Chudzicka-Czupała, A., Gałuszka, A. (2016). Wykluczenie społeczne osób chorych i niepełnosprawnych—aspekty etyczne. *Psychologiczne koszty stygmatyzacji. Społeczeństwo i Edukacja*, 20, 1, 47-58.
- Chudzicka-Czupała, A., Grabowski, D. (2015). Wrażliwość na sprawiedliwość i koszty psychologiczne doświadczane przez pracowników a zadowolenie z pracy oraz poczucie dopasowania do organizacji – projekt badań. W: Z. Ratajczak (red.), *Psychologia w biznesie. Nowe perspektywy* (s. 96-113). Warszawa: Difin.
- Chomczyński, P. (2008). *Mobbing w pracy z perspektywy interakcyjnej. Proces stawiania się ofiarą*. Łódź: Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego.
- Czabała, J.C., Meder, J., Sawicka, M. (2000). Podstawowe zaburzenia psychiczne. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (s. 584-603). Gdańsk: GWP.
- Czykwin, E. (2007). *Stygmat społeczny*. Warszawa: PWN.
- Dembińska, A. (2013). Rola nadziei w pomocy psychologicznej kobietom leczącym nieplodność. *Sztuka Leczenia*, 1-2, 9-20.
- Denzin, N.K. (1990). Reinterpretacja metody biograficznej w socjologii: znaczenie a metoda w analizie biograficznej. W: J. Włodarek, M. Ziółkowski (red.), *Metoda biograficzna w socjologii* (s. 55-69). Warszawa-Poznań: PWN.
- Dolega, Z., Borczykowska-Rzepka, M., Kędra, E. (2014). Koszty psychologiczne personelu medycznego w pracy z pacjentami z zaburzeniami psychiatrycznymi. *Pielęgnacja Zdrowia Publicznego*, 4, 3, 257-272.
- Dziwota, E. (2014). Stygmatyzacja osób chorych psychicznie. *Current Problems of Psychiatry*, 15, 1, 18-23.
- Fernando, S.M., Deane, F.P., McLeod, H.J. (2010). Sri Lankan doctors' and medical undergraduates' attitudes towards mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 7, 733-739.
- Fuller Torrey, E. (2006). *Surviving schizophrenia: A manual for families, patients, and providers*. New York: Harper Row.
- Glaser, B.G., Strauss, A.L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Glaser, B.G. (1978). *Theoretical sensitivity: advances in the methodology of grounded theory*. San Francisco: University of California.
- Goffman, E. (2007). Piętno. *Rozważania o zranionej tożsamości*. Gdańsk: GWP.
- Grabowski, D. (2002). Koszty psychologiczne politycznych zachowań protestacyjnych a gotowość do ich ponownego podejmowania. *Czasopismo Psychologiczne*, 8, 143-154.
- Jackowska, E. (2009). Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię—przebieg badań i mechanizmy psychologiczne. *Psychiatria Polska*, 43, 6, 655-670.
- Kieniewicz, P. (2008). Stygmatyzacja osób chorych psychicznie jako problem moralny. W: I. Mroczkowski, J.A. Sobkowiak (red.), *Antropologia teologicznomoralna. Koncepcja*

- cje, kontrowersje, inspiracje (s. 153-164). Warszawa: Wyd. UKSW.
- Mroczek, B., Wróblewska, I., Kędzierska, A., Kurpas, D. (2014). Postawy dorosłych Polaków wobec osób chorych psychicznie. *Family Medicine & Primary Care Review*, 16, 3, 263-265.
- Podgórska-Jachnik, D., Pietras, T. (2014). *Praca socjalna z osobami z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinami*. Warszawa: Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.
- Podogrodzka-Niell, M., Tyszkowska, M. (2014). Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym. *Psychiatria Polska*, 48, 6, 1201-1211.
- Pużyński, S. (2007). Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych. *Psychiatria Polska*, 41, 3, 299-308.
- Ratajczak, Z. (2000). Stres – radzenie sobie – koszty psychologiczne. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu* (s. 65-87). Katowice: Wyd. UŚ.
- Ratajczak, Z. (1998). Psychologiczne koszty radzenia sobie w sytuacji utraty pracy. W: Z. Ratajczak (red.), *Bezrobocie. Strategie zaradcze i wzorce pomocy psychologicznej* (s. 13-19). Katowice: Wyd. UŚ.
- Ratajczak, Z. (1997). Człowiek w sytuacji zagrożenia ekonomicznego. *Czasopismo Psychologiczne*, 3, 2, 69-80.
- Ratajczak, Z. (1989). Psychologiczne koszty pracy a podmiotowość człowieka. W: Z. Ratajczak (red.), *Psychologiczne koszty aktywności człowieka* (s. 162-176). Katowice: Wyd. UŚ.
- Schönplflug, W., Battmann, W. (1987). *Self-generated stress: Costs and benefits of coping*. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Spagnolo, A.B., Murphy, A.A., Librera, L.A. (2008). Reducing stigma by meeting and learning from people with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31, 3, 186-193.
- Suwalska, J., Suwalska, A., Neumann-Podczaska, A., Łojko, D. (2017). Studenci medycyny a stygmatyzacja z powodu depresji. Część I. Stygmatyzacja pacjentów. *Psychiatria Polska*, 51, 3, 495-502.
- Szpunar, M. (2009). Odgródzeni od świata poprzez bariery mentalne. Społeczne stereotypy i dystanse wobec osób chorych psychicznie. W: W. Muszyński, E. Sikora (red.), *Pod wielkim dachem nieba. Granice, migracje i przestrzeń we współczesnym społeczeństwie* (s. 309-320). Toruń, Wyd. Adam Marszałek.
- Świtaj, P. (2008). *Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii*. Warszawa: Wyd. Instytutu Psychiatrii i Neurologii.
- Thornicroft, G., Rose, D., Mehta, N. (2010). Discrimination against people with mental illness: What can psychiatrists do? *Advances in Psychiatric Treatment*, 16, 53-59.
- Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dn. 19 sierpnia 1994 r. z późniejszymi zmianami (Dz. U. Nr 111, poz. 535).
- Wciórka, B., Wciórka, J. (2008). *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie*. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej.
- Witusik, A., Leszto, S., Podgórska-Jachnik, D., Pietras, T. (2015). *Schizofrenia w kontekście nauk społecznych: osoba chora na schizofrenię w obszarze zainteresowań pedagogiki specjalnej*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo.
- Wuest, J., Merritt-Gray, M., Ford-Gilboe, M. (2004). Regenerating family: strengthening the emotional health of mothers and children in the context of intimate partner violence. *Advances in Nursing Science*, 27, 4, 257-274.

