



Częstość doświadczeń stygmatyzacji u chorych na schizofrenię w porównaniu do pacjentów z innymi problemami zdrowotnymi¹

Frequency of stigmatization experiences among patients with schizophrenia as compared to those with other health problems

PIOTR ŚWITAJ¹, JACEK WCIÓRKA¹, PAWEŁ GRYGIEL²,
JULITA SMOLARSKA-ŚWITAJ³, MARTA ANCZEWSKA¹, ANNA CHROSTEK¹

1. I Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

2. Instytut Socjologii, Uniwersytet Rzeszowski

3. Klinika Kardiologii, Centralny Szpital Kliniczny, Warszawa

STRESZCZENIE

Cel. Celem badania było porównanie częstości doświadczeń piętna społecznego zgłaszanych przez chorych na schizofrenię i osób z innymi problemami zdrowotnymi.

Metoda. Za pomocą podskali stygmatyzacji „Kwestionariusza piętna i dyskryminacji” (Consumer Experiences of Stigma Questionnaire – CESQ) zbadano 153 osoby chorujące na schizofrenię, 31 – na depresję nawracającą, 30 osób uzależnionych od narkotyków i 39 od alkoholu, 31 osób z nowotworami hematologicznymi i 33 z chorobami sercowo-naczyniowymi.

Wyniki. Analiza regresji wielokrotnej wykazała, że chorujący na schizofrenię czuli się stygmatyzowani istotnie częściej niż respondenci leczeni z powodu nowotworów hematologicznych i chorób sercowo-naczyniowych, z podobną częstością co pacjenci z depresją i uzależnieni od alkoholu, ale w mniejszym stopniu niż uzależnieni od narkotyków.

Wnioski. Wyniki badania potwierdzają, że piętno schizofrenii jest silniejsze niż piętno związane z chorobami somatycznymi. Nie wykazano jednak, aby osoby ze schizofrenią doświadczały stygmatyzacji częściej niż osoby z innymi poważnymi zaburzeniami psychicznymi.

SUMMARY

Aim. The purpose of this study was to compare the frequency of social stigma experiences reported by patients with schizophrenia and by people with other health problems.

Method. The stigma subscale of the Consumer Experiences of Stigma Questionnaire (CESQ) was administered to patients with schizophrenia (n=153), recurrent depression (n=31), drug dependence (n=30), alcohol dependence (n=39), hematological malignancies (n=31), or cardiovascular disorders (n=33).

Results. Multiple regression analysis showed that schizophrenia patients experienced stigmatization significantly more often than did respondents diagnosed with hematological malignancies or cardiovascular disorders. Moreover, patients with schizophrenia were found to experience stigma at a level similar to that in patients with depression or alcohol dependence, but lower than that experienced by drug addicts.

Conclusions. The study findings confirm that the stigma of schizophrenia is stronger than that associated with physical illnesses. However, people with schizophrenia were not found to experience stigmatization more often than people with other severe mental disorders.

Słowa kluczowe: piętno / schizofrenia / zaburzenia psychiczne / choroby somatyczne

Key words: stigma / schizophrenia / mental disorders / physical illnesses

Termin „piętno” został spopularyzowany w naukach społecznych w latach 60. przez pochodzącego z Kanady socjologa Ervinga Goffmana, który używał go na określenie „*atrybutu dotkliwie dyskredytującego*” [1, s.33]. Osoba, która posiada taki atrybut jest postrzegana jako naznaczona i niepełnowartościowa, a w skrajnych przypadkach kwestionowane może być nawet – niekoniecznie wprost i w pełni świadomie – jej człowieczeństwo. Goffman mocno podkreślał wprawdzie, że w swej istocie piętno jest nie tyle cechą

jednostki, co raczej pewną społeczną konstrukcją, „szczególnym rodzajem relacji między atrybutem a stereotypem” [1, s.34], równocześnie przyznawał jednak, że istnieją takie ludzkie atrybuty, które w zasadzie zawsze mają charakter dyskredytujący i podlegają stygmatyzacji. Typowym przykładem jest choroba psychiczna.

Piętno choroby psychicznej jest uważane za szczególnie silne i dlatego bywa czasem określane jako „zasadnicze piętno” (*ultimate stigma*) [2]. W licznych badaniach

¹ Badanie było częściowo finansowane z grantu Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego (2 PO5D 102 29).

wykazano, że stygmatyzacja może mieć dla osób z zaburzeniami psychicznymi daleko idące negatywne konsekwencje, ograniczając ich szanse życiowe i możliwości rozwoju osobistego, a także przyczyniając się do depresji, gorszej jakości życia, spadku samooceny i samoskuteczności oraz do braku współpracy w leczeniu [3, 4, 5]. Niektórzy autorzy sugerują też, że piętno społeczne może być jedną z przyczyn samobójstwa [6, 7].

Schizofrenia jest jednym z najpoważniejszych i najmocniej stygmatyzowanych zaburzeń psychicznych. W ostatnich latach niemal na całym świecie piętno schizofrenii było przedmiotem licznych badań empirycznych i opracowań teoretycznych [8], można jednak odnieść wrażenie, że w zbyt małym stopniu uwzględniano w nich dotychczas subiektywną perspektywę osób chorych, które przecież najlepiej wiedzą z własnego doświadczenia czym jest piętno społeczne, jak się ono przejawia i jakie są jego konsekwencje [9]. Również w Polsce dopiero niedawno częściej zaczęły pojawiać się badania nad stygmatyzacją z punktu widzenia pacjentów ze schizofrenią [np. 10, 11, 12, 13]. Z analizy literatury przedmiotu wynika, że niezadowolająco zbadane zostało zwłaszcza zagadnienie konkretnych („rzeczywistych”), a nie tylko przewidywanych („antycypowanych”) przez osoby chorujące psychicznie doświadczeń piętna społecznego. Należy też zauważyć, że w badaniach dotyczących tego zagadnienia używano bardzo różnorodnych narzędzi do pomiaru doświadczenia stygmatyzacji, zwykle niedostatecznie sprawdzonych pod względem właściwości psychometrycznych, co sprawia, że uzyskane wyniki są często trudne do interpretacji. Przynajmniej częściowym rozwiązaniem tej trudności mogłoby być porównanie zakresu stygmatyzacji doświadczanej przez chorych na schizofrenię oraz osoby należące do innych potencjalnie stygmatyzowanych grup, jak na przykład pacjenci z innymi poważnymi zaburzeniami psychicznymi lub chorobami somatycznymi. Umożliwiłoby to bardziej rzetelną i miarodajną ocenę rzeczywistej siły piętna społecznego związanego ze schizofrenią. Niestety, dotychczas niewiele jest badań porównujących doświadczenia stygmatyzacji u osób ze schizofrenią i z innymi problemami zdrowotnymi [np. 14, 15, 16].

W poprzedniej pracy ocenialiśmy zakres piętna społecznego doświadczanego przez chorych na schizofrenię oraz analizowaliśmy jego korelaty społeczno-demograficzne i kliniczne [12]. W obecnym artykule podjęliśmy próbę umieszczenia uzyskanych tam wyników w szerszym kontekście, poprzez porównanie częstości doświadczeń stygmatyzacji zgłaszanych przez pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii i przez pacjentów z innymi rozpoznaniem. W tym celu przebadaliśmy trzy grupy respondentów z rozpoznaniem częstych, poważnych zaburzeń psychicznych, spośród których jedno (depresja) jest zwykle postrzegane bardziej przychylnie, a dwa (uzależnienie od alkoholu i uzależnienie od narkotyków) bardziej negatywnie niż schizofrenia [17, 18]. Dodatkowo włączyliśmy do badania dwie grupy osób z poważnymi chorobami somatycznymi – nowotworami hematologicznymi i chorobami sercowo-naczyniowymi – które były w innych badaniach nad piętnem choroby psychicznej wykorzystywane jako punkt odniesienia [14, 19].

OSOBY BADANE

W badaniu wzięło udział łącznie 317 osób z różnymi problemami zdrowotnymi, zarówno psychicznymi, jak i somatycznymi. Główną grupę stanowiło 153 chorych z rozpoznaniem schizofrenii. W skład pięciu grup porównywanych z chorymi na schizofrenię weszło 31 pacjentów z rozpoznaniem nawracającej depresji, 30 pacjentów uzależnionych od narkotyków, 39 pacjentów uzależnionych od alkoholu, 31 pacjentów z nowotworami hematologicznymi i 33 pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi.

Grupa 1. Chorzy na schizofrenię. Badanie przeprowadzono w latach 2004-2005 w dwóch oddziałach stacjonarnych I Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii (IPiN) w Warszawie oraz w jednej z publicznych poradni psychiatrycznych na terenie Warszawy. Uczestnictwo w badaniu proponowano wszystkim pacjentom kolejno zgłaszającym się do poradni lub kolejno przyjmowanym do oddziałów stacjonarnych, którzy spełniali następujące kryteria: (1) rozpoznanie schizofrenii według kryteriów diagnostycznych ICD-10, (2) wiek 18-65 lat, (3) względnie stabilny stan psychiczny, umożliwiający udzielenie rzetelnych odpowiedzi na pytania kwestionariusza. Wykluczano pacjentów ze współistniejącym uzależnieniem od substancji psychoaktywnych. Spośród 177 pacjentów wstępnie zakwalifikowanych do badania, 153 osoby (86,4%) wyraziły świadomą zgodę i wzięły w nim udział. Grupa ta składała się z 62 pacjentów leczonych ambulatoryjnie oraz 91 pacjentów przebywających w oddziałach całodobowych.

Grupa 2. Chorzy na depresję nawracającą byli kwalifikowani w tych samych placówkach, co pacjenci chorujący na schizofrenię. Do badania kwalifikowano osoby z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych nawracających według kryteriów diagnostycznych ICD-10, w wieku 18-65 lat, we względnie stabilnym stanie psychicznym. Wyłączano pacjentów ze współistniejącym uzależnieniem od substancji psychoaktywnych. Spośród 33 pacjentów kolejno przyjmowanych do oddziałów stacjonarnych oraz kolejno zgłaszających się do poradni, których poproszono o udział w badaniu, 31 osób (93,9%) wyraziło świadomą zgodę. W grupie tej znalazło się 5 pacjentów hospitalizowanych w oddziałach całodobowych i 26 pacjentów leczonych ambulatoryjnie.

Grupa 3. Pacjenci uzależnieni od narkotyków. Badanie przeprowadzono w Oddziale Detoksykacyjnym IPiN w Warszawie. Udział w badaniu proponowano 32 kolejno przyjmowanym do oddziału pacjentom, gdy byli we względnie stabilnym stanie psychicznym i somatycznym, bez nasilonych objawów abstynencyjnych. 30 pacjentów (93,8%) wyraziło świadomą zgodę i zostało włączonych do badania. Wszyscy badani byli uzależnieni od opiatów, większość spełniała również kryteria uzależnienia mieszanego.

Grupa 4. Pacjenci uzależnieni od alkoholu. Badanie przeprowadzono w Ośrodku Terapii Uzależnień IPiN w Warszawie. Wzięło w nim udział 39 kolejno przyjmowanych do ośrodka pacjentów, po wyrażeniu świadomej zgody. Żaden z pacjentów nie odmówił uczestnictwa.

Grupa 5. Pacjenci z nowotworami hematologicznymi. Spośród 36 pacjentów z rozpoznaniem nowotworów hematologicznych kolejno przyjmowanych do Kliniki Hematolo-

gii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych Centralnego Szpitala Klinicznego w Warszawie, którym zaproponowano udział w badaniu, 31 (86,1%) chorych wyraziło świadomą zgodę i wzięło w nim udział. Pacjenci mieli następujące rozpoznania: szpiczak mnogi, ostra lub przewlekła białaczka szpikowa, zespół mielodysplastyczny, chłoniak.

Grupa 6. Pacjenci z chorobami sercowo-naczyniowymi. Do badania włączono 33 osoby kolejno przyjmowane do Kliniki Kardiochirurgii Centralnego Szpitala Klinicznego w Warszawie, po wyrażeniu świadomej zgody. Żaden z pacjentów nie odmówił udziału w badaniu. Badana grupa

była zróżnicowana pod względem diagnostycznym i obejmowała pacjentów z chorobą wieńcową, wadami serca, tętniakiem aorty oraz zaburzeniami rytmu serca. Wszyscy wymagali interwencji kardiochirurgicznej i byli hospitalizowani w celu jej wykonania lub ze względu na konieczność przeprowadzenia badań kontrolnych, bądź też z powodu podejrzenia powikłań po zabiegu.

Badane grupy istotnie różniły się pod względem cech społeczno-demograficznych i klinicznych, co wynika w dużej mierze z samej natury ich zróżnicowanych problemów zdrowotnych (tabl. 1).

Tabela 1. Charakterystyka społeczno-demograficzna i kliniczna badanych grup.
Table 1. Socio-demographic and clinical characteristics of the groups under study.

Zmienne	Kategorie diagnostyczne						Poziom istotności (p)	
	Schizofrenia (N = 153)	Depresja (N = 31)	Uzależnienie od narkotyków (N = 30)	Uzależnienie od alkoholu (N = 39)	Nowotwory hematologiczne (N = 31)	Choroby sercowo-naczyniowe (N = 33)		
Płeć (% kobiet)	51,6	74,2	26,7	28,2	41,9	36,4	< 0,001 ^a	
Wiek w latach (średnia ± odchylenie standardowe)	42,5 ± 12,6	54,6 ± 7,9	26,9 ± 5,2	46,2 ± 8,0	55,6 ± 11,2	61,0 ± 8,5	< 0,001 ^b	
Stan cywilny (%)	Żonaci/zamężne	20,3	71,0	10,0	64,1	83,9	72,7	< 0,001 ^a
	Niezonaci/niezamężne	79,7	29,0	90,0	35,9	16,1	27,3	
Wykształcenie (%)	Podstawowe lub zawodowe	30,1	22,6	63,3	28,2	48,4	45,5	0,002 ^a
	Średnie lub wyższe	69,9	77,4	36,7	71,8	51,6	54,5	
Miejsce zamieszkania (%)	Wieś lub małe miasto (< 100 tys.)	11,1	9,7	6,7	33,3	64,5	54,5	< 0,001 ^a
	Duże miasto (>100 tys.)	88,9	90,3	93,3	66,7	35,5	45,5	
Sytuacja mieszkaniowa (%)	Mieszkający niezależnie ^c	52,9	93,5	23,3	87,2	90,3	97,0	< 0,001 ^a
	Niemieszkający niezależnie ^d	47,1	6,5	76,7	12,8	9,7	3,0	
Zatrudnienie (%)	Zatrudnieni	18,3	32,3	20,0	48,7	6,5	18,2	< 0,001 ^a
	Niezatrudnieni	81,7	67,7	80,0	51,3	93,5	81,8	
Czas trwania choroby w latach (średnia ± odchylenie standardowe)	17,3 ± 11,2	11,5 ± 8,0	8,0 ± 3,3	14,5 ± 9,2	2,3 ± 4,1	12,4 ± 13,1	< 0,001 ^b	

^a test χ^2 ; ^b ANOVA; ^c Mieszkający niezależnie we własnym bądź wynajętym mieszkaniu lub domu; ^d Mieszkający u rodziny, w zakładzie opiekuńczym, hostelu, żyjący we wspólnocie, bezdomni

METODA

Narzędzia. Informacje dotyczące charakterystyki społeczno-demograficznej i klinicznej ankietowanych zbierano za pomocą kwestionariusza skonstruowanego specjalnie dla celów badania. Do oceny zakresu stygmatyzacji doświadczanej przez respondentów wykorzystano podskalę stygmatyzacji „Kwestionariusza piętna i dyskryminacji” (*Consumer Experiences of Stigma Questionnaire – CESQ*) [9], której polska wersja została przygotowana zgodnie z przyjętymi zasadami metodologicznymi, z uwzględnieniem tłumaczenia zwrotnego wykonanego przez dwóch psychiatrów i psychologa. Ta część kwestionariusza zawiera 9 pozycji dotyczących doświadczeń piętna choroby psychicznej w codziennych sytuacjach życiowych i relacjach interpersonalnych (np. bycia unikany przez innych, martwienia się nieprzychylnymi ocenami ze strony otoczenia, bycia świadkiem obraźliwych komentarzy lub przekazów medialnych na temat osób z zaburzeniami psychicznymi itp.). Dla pacjentów z grup kontrolnych, porównywanych z osobami leczącymi się psychiatrycznie, przygotowano

wersje kwestionariusza zmodyfikowane w taki sposób, aby poszczególne stwierdzenia, zachowując tę samą treść, odnosiły się do ich specyficznych problemów zdrowotnych. Odpowiedzi na pytania CESQ udzielane są na 5-punktowej skali określającej częstość danych doświadczeń – od 1 („nigdy”) do 5 („bardzo często”). Dwie pozycje, które odnoszą się do pozytywnych doświadczeń interpersonalnych (np. otrzymywania wsparcia ze strony przyjaciół) zostały zakodowane odwrotnie. Następnie obliczono średni wynik dla całej skali – wyższa wartość oznacza częstsze doświadczenia stygmatyzacji. W obecnym badaniu stwierdzono zadowalającą spójność wewnętrzną narzędzia (współczynnik α Cronbacha=0,81).

Przebieg badania. Zgodę na przeprowadzenie badania wyraziła Komisja Bioetyczna, działająca przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii. Wszyscy uczestnicy badania, po otrzymaniu wyczerpujących informacji o jego celach, przebiegu i warunkach uczestniczenia w nim, podpisali formularz świadomej zgody. Kwestionariusz danych społeczno-demograficznych i klinicznych wypełniano na podstawie informacji uzyskiwanych od pacjentów i analizy dostępnej

dokumentacji medycznej. Skalę piętna ankietowani wypełniali w obecności i – w razie potrzeby – z pomocą badającego, jeśli jednak wyrazili taką wolę, mieli możliwość wypełnienia jej na osobności.

Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą programu *PASW Statistics 18.0*. Różnice w cechach społeczno-demograficznych i klinicznych między grupami badanych oceniano za pomocą testów niezależności χ^2 i jednoczynnikowej analizy wariancji (ANOVA). Wpływ diagnozy na częstość doświadczeń stygmatyzacji badano przy użyciu analizy regresji wielokrotnej. We wszystkich obliczeniach przyjęto poziom istotności statystycznej $p=0,05$.

WYNIKI

W obecnym badaniu najwyższy wynik w kwestionariuszu CESQ, powyżej 3 (środek skali, oznaczający „czasem”), uzyskali pacjenci uzależnieni od narkotyków: średnia=3,1 (SD=0,6). Wyniki pozostałych grup były następujące: uza-

leżnienie od alkoholu – 2,8 (0,7), schizofrenia – 2,7 (0,8), depresja – 2,7 (0,9), nowotwory hematologiczne – 1,8 (0,5), choroby sercowo-naczyniowe – 1,7 (0,5).

Aby ocenić wpływ diagnozy na zakres doświadczanej stygmatyzacji, przeprowadzono analizę regresji wielokrotnej (tabl. 2). W pierwszym modelu, do równania regresji wprowadzono tylko pięć zmiennych dychotomicznych związanych z diagnozą: depresję, uzależnienie od narkotyków, uzależnienie od alkoholu, nowotwory hematologiczne i choroby sercowo-naczyniowe (pacjenci ze schizofrenią byli traktowani jako grupa referencyjna). Model ten wyjaśnił 27% wariancji w doświadczanej stygmatyzacji. Wartości współczynników regresji wskazują, że pacjenci uzależnieni od narkotyków doświadczali piętna społecznego istotnie częściej niż pacjenci ze schizofrenią. Z kolei respondenci z nowotworami hematologicznymi i chorobami sercowo-naczyniowymi mieli niższy poziom stygmatyzacji niż grupa referencyjna. Osoby z depresją i uzależnieniem od alkoholu nie różniły się istotnie od chorych na schizofrenię.

Tabela 2. Wpływ diagnozy na zakres doświadczanej stygmatyzacji: wyniki analizy regresji wielokrotnej (N = 317)

Table 2. The effect of diagnosis on the extent of experienced stigmatization: results of multiple regression analysis (N=317).

Zmienne niezależne	B	SE B	β
Model 1			
Depresja (ref. Schizofrenia)	-0,063	0,141	-0,022
Uzależnienie od narkotyków (ref. Schizofrenia)	0,410	0,143	0,144**
Uzależnienie od alkoholu (ref. Schizofrenia)	0,013	0,129	0,005
Nowotwory hematologiczne (ref. Schizofrenia)	-0,976	0,141	-0,348***
Choroby sercowo-naczyniowe (ref. Schizofrenia)	-1,008	0,138	-0,369***
Model 2			
Depresja (ref. Schizofrenia)	0,054	0,165	0,019
Uzależnienie od narkotyków (ref. Schizofrenia)	0,399	0,159	0,140*
Uzależnienie od alkoholu (ref. Schizofrenia)	0,030	0,146	0,012
Nowotwory hematologiczne (ref. Schizofrenia)	-0,767	0,206	-0,274***
Choroby sercowo-naczyniowe (ref. Schizofrenia)	-0,833	0,188	-0,306***
Płeć (1 – mężczyźni; 0 – kobiety)	0,014	0,087	0,008
Wiek w latach	-0,006	0,005	-0,105
Stan cywilny (1 – żonaci/zamężne; 0 – nieżonaci/niezamężne)	0,199	0,103	0,118
Wykształcenie (1 – średnie lub wyższe; 0 – podstawowe lub zawodowe)	0,158	0,087	0,091
Miejsce zamieszkania (1 – duże miasto > 100 tys.; 0 – wieś lub małe miasto < 100 tys.)	-0,038	0,113	-0,019
Sytuacja mieszkaniowa (1 – niemieszkający niezależnie; 0 – mieszkający niezależnie)	0,247	0,119	0,140*
Zatrudnienie (1 – zatrudnieni; 0 – niezatrudnieni)	0,046	0,103	0,023
Czas trwania choroby w latach	0,010	0,005	0,129*

Zmienna zależna: częstość doświadczeń stygmatyzacji według *Kwestionariusza piętna i dyskryminacji* (CESQ);

B współczynnik regresji, SE B błąd standardowy B, β standaryzowany współczynnik regresji;

R² = 0,270, zmiana F (5, 311) = 23,060, $p < 0,001$ dla modelu 1; R² = 0,308, zmiana F (8, 303) = 2,045, $p = 0,041$ dla modelu 2;

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

W drugim modelu, do równania regresji dodatkowo wprowadzone zostały następujące zmienne kontrolne: płeć, wiek, stan cywilny, wykształcenie, miejsce zamieszkania, sytuacja mieszkaniowa, zatrudnienie i czas trwania choroby. Ten model wyjaśnił 30,8% zmienności w stygmatyzacji. Tylko dwie spośród ośmiu zmiennych kontrolnych wykazywały statystycznie istotne zależności z częstością doświadczeń piętna: sytuacja mieszkaniowa i czas trwa-

nia choroby. Pacjenci chorujący krócej i mieszkający niezależnie rzadziej zgłaszali doświadczenia stygmatyzacji. Mimo kontrolowania cech społeczno-demograficznych i klinicznych badanych, różnice w częstości doświadczeń piętna między pacjentami ze schizofrenią oraz pacjentami z uzależnieniem od narkotyków, nowotworami hematologicznymi i chorobami sercowo-naczyniowymi pozostały statystycznie istotne.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Celem przedstawionego badania było porównanie częstości doświadczeń piętna społecznego zgłaszanych przez pacjentów chorych na schizofrenię oraz przez pacjentów z innymi psychicznymi i somatycznymi problemami zdrowotnymi. Uzyskane wyniki wskazują, że pacjenci uzależnieni od narkotyków są stygmatyzowani w większym stopniu niż chorzy na schizofrenię. Jest to w pełni zgodne z wynikami sondaży opinii publicznej, które dowodzą, że osoby uzależnione od narkotyków zwykle wzbudzają szczególnie negatywne reakcje i są postrzegane jako odpowiedzialne za swoją kondycję, niebezpieczne i nieprzewidywalne [20, 21]. Na podstawie badań postaw społecznych można było też przewidywać, że pacjenci uzależnieni od alkoholu będą doświadczali piętna społecznego częściej, a pacjenci z depresją rzadziej niż pacjenci ze schizofrenią [17, 18]. Wbrew oczekiwaniom, w naszym badaniu nie stwierdziliśmy istotnych różnic w nasileniu stygmatyzacji doświadczanej przez chorych na schizofrenię i obie wspomniane grupy. Możliwe, że nasze grupy kontrolne były zbyt małe, aby wykryć rzeczywiście istniejące różnice. Nie można też jednak wykluczyć, że osoby z różnymi zaburzeniami psychicznymi w codziennych sytuacjach życiowych są obiektem raczej niespecyficznych stereotypów i uprzedzeń. Być może reakcje społeczne na poszczególne zaburzenia psychiczne, wykazujące zróżnicowanie w sztucznych warunkach, gdy bodźcem jest etykieta lub krótki opis przypadku, w sytuacjach realnego kontaktu z osobami leczącymi się psychiatrycznie ulegają pewnemu ujednoczeniu.

Jeśli chodzi natomiast o porównanie siły piętna schizofrenii i piętna związanego z chorobami somatycznymi, nasze badanie dało wyniki w pełni zgodne z oczekiwaniami. Osoby chorujące na schizofrenię zgłaszały wyraźnie częstsze doświadczenia stygmatyzacji niż osoby z nowotworami hematologicznymi i chorobami sercowo-naczyniowymi. Pod tym względem nasze wyniki potwierdzają dane z literatury dotyczącej natury piętna społecznego, które jednoznacznie wskazują, że chociaż niepełnosprawność fizyczna czy choroba somatyczna również mogą być przyczyną odrzucenia społecznego [22], zwykle nie jest ono tak silne, jak w przypadku zaburzeń psychicznych [14, 16, 19, 23].

Trzeba podkreślić, że obserwowane różnice w częstości doświadczeń stygmatyzacji między poszczególnymi kategoriami diagnostycznymi były statystycznie istotne nawet wówczas, gdy kontrolowano wpływ zmiennych społeczno-demograficznych i klinicznych. Warto też zauważyć, że wyniki obecnego badania przemawiają za trafnością zastosowanego przez nas narzędzia do pomiaru stygmatyzacji, które wyraźnie rozróżniało osoby z psychicznymi i somatycznymi problemami zdrowotnymi.

Na koniec należy też wspomnieć o istotnych ograniczeniach badania. Chociaż główna grupa była dość liczna, grupy kontrolne były stosunkowo niewielkie, co może obniżać moc statystyczną dokonanych przez nas porównań międzygrupowych i zwiększać ryzyko popełnienia błędu drugiego rodzaju. Poza tym, w obecnym badaniu nie kontrolowaliśmy tak istotnych zmiennych jak różnice między grupami dotyczące nasilenia objawów choroby, poziomu niepełno-

sprawności czy częstości i intensywności kontaktów z systemem opieki zdrowotnej. Sądzymy jednak, że pomimo tych ograniczeń, wyniki przedstawionego badania rzucają nieco więcej światła na zakres stygmatyzacji doświadczanej przez chorych na schizofrenię. W przyszłych badaniach należałoby bardziej szczegółowo analizować swoiste obszary, w których osoby z tym rozpoznaniem mogą być stygmatyzowane w większym stopniu niż osoby z innymi schorzeniami.

PIŚMIENNICTWO

- Goffman E. Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
- Falk G. Stigma: how we treat outsiders. Amherst, New York: Prometheus Books; 2001.
- Farina A. Stigma. W: Mueser KT, Tarrier N. red. Handbook of social functioning in schizophrenia. Needham Heights: Allyn & Bacon; 1998. s. 247-279.
- Corrigan PW, Kleinlein P. The impact of mental illness stigma. W: Corrigan PW. red. On the stigma of mental illness: practical strategies for research and social change. Washington, DC: American Psychological Association; 2005. s. 11-44.
- Markowitz FE. Sociological models of mental illness stigma. W: Corrigan PW. red. On the stigma of mental illness: practical strategies for research and social change. Washington, DC: American Psychological Association; 2005. s. 129-144.
- Pompili M, Mancinelli I, Tatarelli R. Stigma as a cause of suicide. Br J Psychiatry. 2003; 183 (2): 173-174.
- Siris SG. Suicide and schizophrenia. J Psychopharmacol. 2001; 15 (2): 127-135.
- Sartorius N, Schulze H. Reducing the stigma of mental illness: a report from a global programme of the World Psychiatric Association. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.
- Wahl OF. Mental health consumers' experience of stigma. Schizophr Bull. 1999; 25 (3): 467-478.
- Cechnicki A, Bielańska A, Franczyk J. Piętno choroby psychicznej: antycypacja i doświadczanie. Post Psychiatr Neurol. 2007; 16 (2): 113-121.
- Kiwierowicz E. Stygmat schizofrenika. W: Czykwin E, Rusańczyk M. red. „Gorsi inni” – badania. Białystok: Trans Humana; 2008. s. 168-182.
- Świtaj P, Wciórka J, Smolarska-Świtaj J, Grygiel P. Extent and predictors of stigma experienced by patients with schizophrenia. Eur Psychiatry. 2009; 24 (8): 513-520.
- Cechnicki A, Angermeyer MC, Bielańska A. Anticipated and experienced stigma among people with schizophrenia: its nature and correlates. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2010; doi: 10.1007/s00127-010-0230-2.
- Lai YM, Hong CPH, Chee CYI. Stigma of mental illness. Singapore Med J. 2000; 42 (3): 111-114.
- Angermeyer MC, Beck M, Dietrich S, Holzinger A. The stigma of mental illness: patients' anticipations and experiences. Int J Soc Psychiatry. 2004; 50 (2): 153-162.
- Lee S, Lee MTY, Chiu MYL, Kleinman A. Experience of social stigma by people with schizophrenia in Hong Kong. Br J Psychiatry. 2005; 186 (2): 153-157.
- Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. Acta Psychiatr Scand. 2006; 113 (3): 163-179.
- Jorm AF, Oh E. Desire for social distance from people with mental disorders: a review. Aust N Z J Psychiatry. 2009; 43 (3): 183-200.

19. Corrigan PW, Lurie BD, Goldman HH, Slopen N, Medasani K, Phelan S. How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. *Psychiatr Serv.* 2005; 56 (5): 544-550.
20. Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health.* 1999; 89(9): 1328-1333.
21. Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry.* 2000; 177(1): 4-7.
22. Mason T, Carlisle C, Watkins C, Whitehead E. red. *Stigma and social exclusion in healthcare.* London: Routledge; 2001.
23. Tringo JL. The hierarchy of preference toward disability groups. *J Spec Educ.* 1970; 4 (3): 295-306.

Wpłynęło: 28.09.2010. Zrecenzowano: 21.10.2010. Przyjęto: 21.10.2010.

Adres: Dr Piotr Świtaj, I Klinika Psychiatryczna IPiN, al. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, e-mail: switaj@ipin.edu.pl