

CENTRUM BADANIA OPINII SPOŁECZNEJ

SEKRETARIAT
OŚRODEK INFORMACJI

629 - 35 - 69, 628 - 37 - 04
693 - 46 - 92, 625 - 76 - 23

UL. ŻURAWIA 4A, SKR. PT.24
00 - 503 W A R S Z A W A
TELEFAX 629 - 40 - 89

INTERNET

<http://www.cbos.pl>

E-mail: sekretariat@cbos.pl

BS/124/2008

OSOBY CHORE PSYCHICZNIE W SPOŁECZEŃSTWIE

KOMUNIKAT Z BADAŃ

WARSZAWA, SIERPIEŃ 2008

PRZEDRUK I ROZPOWSZECHNIANIE MATERIAŁÓW CBOS W CAŁOŚCI LUB W CZĘŚCI ORAZ WYKORZYSTANIE DANYCH EMPIRYCZNYCH
JEST DOZWOLONE WYŁĄCZNIE Z PODANIEM ŹRÓDŁA

Spis treści

Jak określane są osoby chore psychicznie?	2
Postrzeganie zachowań osób chorych psychicznie	5
Czy osoby chore psychicznie mają szanse na wyzdrowienie?	8
Stosunek do przymusowego leczenia osób chorych psychicznie.....	9
Czy choroby psychiczne przynoszą wstyd chorym i ich najbliższym?	11
Ocena stosunku do osób chorych psychicznie	12
Społeczny dystans wobec osób chorych psychicznie	17
Czy chorzy psychicznie są w Polsce dyskryminowani?	25

Z aktualnego dokumentu UE¹ wynika, że w krajach unijnych liczba osób potrzebujących pomocy psychiatrycznej sięga 50 mln, tj. około 11% ludności. Natomiast w Polsce w roku 2006 (ostatnim, z jakiego dysponujemy informacją statystyczną) w placówkach psychiatrycznych leczono około 1,5 mln osób, tj. około 4% ludności naszego kraju². Liczba ta zapewne nie ukazuje rzeczywistego zapotrzebowania Polaków na pomoc w cierpieniu psychicznym, tym bardziej że w naszym kraju ograniczona jest nie tylko dostępność pomocy psychiatrycznej, ale i gotowość do korzystania z niej. Część tych barier ma charakter strukturalny i wynika z wieloletnich zaniedbań, których następstwem są m.in.: skąpa, nienowoczesna i nierównomiernie rozmieszczona baza instytucjonalna, znaczne i narastające braki kadrowe, praktyczny brak polityki społecznej w odniesieniu do zdrowia psychicznego, nieracjonalny i dyskryminujący sposób finansowania psychiatrycznej opieki zdrowotnej³. Znaczna część wspomnianych ograniczeń jest jednak także pochodną postaw pokutujących ciągle w życiu społecznym i przekazie kulturowym, które traktują cierpienie psychiczne w sposób lekceważący, niechętny, a nierzadko poniżający – raczej jako motyw do wykluczenia osób, których to cierpienie dotyka, niż do niesienia im pomocy.

W ciągu ostatnich dwunastu lat kilkakrotnie (1996, 1999, 2005) badaliśmy opinie społeczeństwa polskiego na temat chorób psychicznych i osób nimi dotkniętych⁴. Wyniki wskazują, że niedostateczna wiedza w tej dziedzinie często współwystępuje z niechętnymi stereotypami, z tendencją do niezyczliwego społecznego naznaczania i piętnowania osób chorych psychicznie oraz dystansowania się wobec nich.

¹ *European Pact for Mental Health and Well-being*. Bruksela, 13 czerwca 2008.

² *Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik statystyczny 2006*. ZOOZ IPiN, Warszawa 2008 (w druku).

³ Zob. NIK, Delegatura we Wrocławiu: *Informacja o wynikach kontroli funkcjonowania opieki psychiatrycznej, ze szczególnym uwzględnieniem opieki stacjonarnej*. Wrocław, marzec 2008 (nr ewid.8/2008/PO7165/LWR); *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (projekt 2006)* Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2006 (www.ipin.edu.pl).

⁴ Zob. komunikaty CBOS: „Choroby psychiczne – społeczny stereotyp i dystans”, wrzesień 1996; „Choroby psychiczne – społeczny stereotyp i dystans”, styczeń 2000; „Czy Polacy niepokoją się o swoje zdrowie psychiczne?”, lipiec 2005; „Polacy wobec chorób psychicznych i osób chorych psychicznie”, lipiec 2005.

Wyniki tegorocznego badania⁵ dotyczące niepokojów, zagrożeń i oczekiwań Polaków związanych ze zdrowiem psychicznym przedstawiliśmy we wcześniejszym komunikacie⁶. Obecnie koncentrujemy się na postawach społeczeństwa wobec osób chorych psychicznie. Interesowało nas, za pomocą jakiego słownictwa określa się potocznie takie osoby, jakie są społeczne wyobrażenia o ich zachowaniach i szansach wyzdrowienia. Chcieliśmy się dowiedzieć, jak ankietowani oceniają zasadność stosowania przymusowego leczenia wobec osób chorych psychicznie i czy uznają ich chorobę za wstydliwą, ukrywaną przed innymi ludźmi. Pytaliśmy ponadto, jak respondenci oceniają własny i swojego otoczenia stosunek do osób chorych. Badaliśmy także poziom społecznego dystansu wobec byłych pacjentów szpitali psychiatrycznych – jego wskaźnikiem są odpowiedzi na pytanie, do pełnienia jakich ról społecznych ankietowani dopuściliby takie osoby. Próbowaliśmy także sprawdzić, czy badani dostrzegają w Polsce przejawy strukturalnej dyskryminacji osób chorych psychicznie, polegającej na takim działaniu instytucji społecznych, które utrwała nierówne, gorsze traktowanie tej grupy obywateli. Ponieważ wszystkie te zagadnienia były już wcześniej badane, mamy możliwość zaobserwowania zmian, jakie zaszły w tej dziedzinie w ostatnich trzech latach, a w niektórych kwestiach – w znacznie dłuższym przedziale czasowym (od roku 1996).

JAK OKREŚLANE SĄ OSOBY CHOROBY PSYCHICZNIE?

O stosunku społeczeństwa do osób chorych psychicznie świadczy między innymi słownictwo, jakiego używa się do ich określenia. Dotychczas czterokrotnie pytaliśmy ankietowanych, jakimi słowami w ich środowisku nazywa się osoby dotknięte chorobą psychiczną. Porównanie odpowiedzi z lat 1996–2008 umożliwi uchwycenie zmian w tej dziedzinie.

⁵ Badanie „Aktualne problemy i wydarzenia” (217) przeprowadzono w dniach 6–9 czerwca 2008 roku na liczącej 1107 osób reprezentatywnej próbie losowej dorosłych Polaków.

⁶ Zob. komunikat CBOS „Polacy o niepokojach, zagrożeniach i oczekiwaniach dotyczących zdrowia psychicznego”, lipiec 2008 (oprac. B. Wciórka, J. Wciórka).

Tabela 1

Czy mógłby (mogłaby) Pan(i) powiedzieć, jak (jakimi słowami) określa się w Pana(i) otoczeniu osoby chore psychicznie?	VII '96	XII '99	VI '05	VI '08
OKREŚLENIA PEJORATYWNE OGÓŁEM	67%	62%	60%	61%
Podkreślające odmienność poprzez różnorodne epitety: np. wariat, czubek, świr, down, szajbus, fijoł, szurnięty, obłąkany, pomyłony, popapraniec, zakręcony, poplątany, porąbany, ma odchyły, odbiło mu, fiśnięty, bzik, korek, nawiedzony, szalony, oszołom, stuknięty, bez piątej klepki, ma nierówno pod sufitem, ma coś pod kopułą, ma żółte papiery, deprecha, schiza, tumok, odmieniec, wyrzutek społeczeństwa ⁷ , lub przez negatywnie oceniane cechy zachowania i reagowania: niebezpieczny dla otoczenia, niepoczytalny, nieprzewidywalny, nieodpowiedzialny, trudny do obcowania, nie do zniesienia	50%	42%	38%	39%
Podkreślające niższość intelektualną – odwołujące się do normy zdrowia psychicznego i rozwoju lub do słabości intelektu, np. nienormalny, umysłowo niedorozwinięty, upośledzony umysłowo, psychicznie, głupi, przygłup, niemądry, gamoń, nierozgarnięty, ciemniak, dureń, idiota, kretyn, imbecyl, debil, jołop, matoł, cymbał, półmózg, niedorobiony	29%	26%	20%	24%
Nawiązujące ogólnie do sfery psychiki: psychiczny, psychik, psychol, psychopata, psycho, umysłowy	7%	9%	18%	16%
OKREŚLENIA NEUTRALNE LUB POZYTYWNE OGÓŁEM	25%	29%	34%	25%
Podkreślające chorobę, brak odporności lub równowagi psychicznej albo inwalidztwo, kalectwo, niesprawność, np. chory, chory psychicznie, chory umysłowo, chory inaczej, pacjent, depresyjny, schizofrenik, znerwicowany, załamany, nieodporny, nierównoważony, nerwus, ma uszczerbek na zdrowiu, kaleka, niepełnosprawny, inwalida, ułomny, niesprawny umysłowo, upośledzony intelektualnie	19%	23%	30%	22%
Podkreślające zrozumienie, współczucie lub inne, np. nieszczęśliwa osoba, cierpiący, wymaga pomocy, należy mu się współczucie, pokrzywdzony przez los, biedak, człowiek z problemem, pozbawiony pomocy, powinien się leczyć, żyje w swoim świecie, zagubiona w świecie, nie kojarzy wszystkiego, mają stany lękowe, nieprzystosowani do życia, nie mówi tak, jak trzeba, osoba unikająca ludzi, inaczej myśli i postępuje, trochę inny człowiek	8%	8%	6%	4%
WYPOWIEDZI DOTYCZĄCE REAKCJI OTOCZENIA	3%	3%	1%	3%
Reakcje neutralne lub pozytywne, np. nie jest poruszany taki temat, nie określa się inaczej, nie słyszałam nic złego, wyrażamy się pozytywnie, ze zrozumieniem, ze współczuciem, z ubolewaniem, wyraża litość; reakcje negatywne lub lekceważące, np. nieładnie, szyderczo, pogardliwie, nieprzychylnie, bardzo źle, głupie wypowiedzi i uśmieszki				
W OTOCZENIU NIE MA CHORYCH PSYCHICZNIE	1%	1%	1%	1%
TRUDNO POWIEDZIEĆ LUB ODMOWA ODPOWIEDZI	10%	12%	11%	16%

Procenty nie sumują się do 100, ponieważ respondenci mogli wymienić więcej niż jedno określenie

Większość respondentów (61%) zetknęła się w swoim otoczeniu z mającymi pejoratywny wydźwięk określeniami osób chorych psychicznie. Najczęściej są to – podkreślające odmienność osób chorych – obraźliwe epitety lub opisy ich zachowań i reakcji (39%). Określenia te często (24%) w sposób nieodpowiedni (szyderczy i pogardliwy) odwołują się do normy zdrowia psychicznego i rozwoju, wskazują na słabość intelektualną

⁷ We wcześniejszych badaniach odnotowaliśmy jeszcze inne negatywne epitety, które obecnie się nie pojawiły (m.in. *furiat, paranoik, walnięty, odbiło mu, dekiel, ma fioła, ma ptoka, werbiel, palant, gacki, przypały, ułomki, kukuła, motyl, hublej, smok, zbroceńcy, koliber, kreisy, śruby, wesolek, rysa, mysiginiac, szpliny, sfizo, pojeb, majaki, ma hejkum-pejkum*).

osób chorych. Część z nich (16%) ma charakter niezyczliwych etykiet nawiązujących ogólnie do sfery psychiki.

Zaledwie co czwarty badany (25%) przytacza określenia neutralne, opisowe, podkreślające przede wszystkim występowanie choroby, słabej odporności lub braku równowagi psychicznej, inwalidztwa, kalectwa, niesprawności (22%) oraz – znacznie rzadziej – określenia pozytywne, wyrażające zrozumienie, współczucie (4%).

We wszystkich badaniach z lat 1996–2008 stwierdzamy znaczną przewagę osób przytaczających określenia o wydźwięku pejoratywnym nad tymi, którzy posługują się słownictwem neutralnym lub pozytywnym. W latach 1996–2005 przewaga ta malała (wynosiła odpowiednio: 42, 33 i 26 punktów), co świadczyło o poprawie słownictwa, a tym samym o poprawie stosunku do osób chorych. Jednak tegoroczny pomiar wskazuje na ponowny wzrost dysproporcji (obecnie wynosi ona 36 punktów: 61% badanych wymieniło określenia pejoratywne, a 25% – neutralne lub pozytywne). Pozytywny trend został więc zahamowany i przytoczone w tym roku określenia mogą świadczyć o ponownym pogorszeniu stosunku do osób chorych psychicznie.

Z porównania wynika, że ostatnio (w latach 2005 i 2008) częściej niż w drugiej połowie lat dziewięćdziesiątych w środowisku ankietowanych odnotowuje się określenia pejoratywne, nawiązujące ogólnikowo do sfery psychiki osób chorych. Obecnie też rzadziej używa się określeń wyrażających zrozumienie i współczucie, a poza tym ankietowani częściej przyznają, że nie znają słownictwa swojego otoczenia. Pod jednym względem jest jednak teraz nieco lepiej niż w roku 1996. Wtedy ankietowani wyjątkowo często przytaczali określenia pejoratywne, podkreślające – za pomocą slangowych epitetów i negatywnie ocenianych atrybutów – odmienność osób chorych (50%), w 1999 roku odsetek takich wskazań zmalał (do 42%) i od tego czasu utrzymuje się na zbliżonym poziomie (obecnie wynosi 39%).

Według uzyskanych deklaracji, we wszystkich analizowanych grupach społeczno-demograficznych bardziej rozpowszechnione są negatywne niż neutralne lub pozytywne określenia osób chorych. Wyraźnie widać też, że im niższe wykształcenie i dochody ankietowanych, a także im mniejsze ich zaangażowanie w praktyki religijne, tym bardziej w ich otoczeniu przeważają określenia o pejoratywnym wydźwięku. Najczęściej zauważane są one przez respondentów źle sytuowanych (o dochodach poniżej 500 zł na osobę w rodzinie), robotników wykwalifikowanych, rolników, ale także pracowników umysłowych niższego szczebla. Natomiast najrzadziej dostrzega je w swoim otoczeniu kadra kierownicza

i inteligencja – w środowisku tym, podobnie jak w otoczeniu osób mających wyższe wykształcenie oraz uczniów i studentów, ale także wśród pracowników fizyczno-umysłowych, częściej niż w innych grupach używa się określeń neutralnych lub pozytywnych (zob. tabele aneksowe).

Trzeba wyraźnie powiedzieć, że taka praktyka językowa nie służy charakterystyce osób cierpiących na zaburzenia psychiczne, lecz odzwierciedla przede wszystkim tendencję do wykluczenia ich poza krąg obywateli uznawanych za pełnoprawnych i respektowanych uczestników życia społecznego. Przytoczone epitety – wykluczające, deprecjonujące i zamykające dialog – ciągle jeszcze w naszym kraju zastępują nieznane lub słabo zakorzenione określenia rzeczowe i neutralne. Za niewłaściwe należy uznać używanie takich pejoratywnych określeń w sporach publicznych – jako argumentów podważających wartość zwalczanych poglądów i spraw, wyrażających niechęć do atakowanych osób albo też wzmacniających efekt publicznego kwestionowania intencji, działań czy kwalifikacji adwersarzy. Szczególnie szkodliwe jest, gdy zachowują się w ten sposób osoby publiczne, które z racji biografii, wykształcenia, pozycji czy talentu publicystycznego lub artystycznego wywierają wpływ opiniotwórczy i od których można by oczekiwać nie tylko taktu i kultury, lecz choćby tzw. politycznej poprawności. Psychiatrzy wiedzą, jak obciążająca dla osób cierpiących z powodu choroby psychicznej jest świadomość kojarzenia ich cierpienia z kontekstem publicznego potępienia i jak bardzo narusza to ich godność, zabiera nadzieję i utrudnia proces zdrowienia.

POSTRZEGANIE ZACHOWAŃ OSÓB CHORYCH PSYCHICZNIE

Każda choroba psychiczna (np. schizofrenia czy depresja) miewa zróżnicowany obraz kliniczny, a zaliczane do niej zaburzenia mogą przejawiać się różnymi zachowaniami i przeżyciami chorych, osiągać różne nasilenie i powodować różne następstwa indywidualne oraz społeczne. Społeczny wizerunek osób dotkniętych taką chorobą może więc być bardzo różnorodny. Można przyjąć, że im częściej jakieś zachowania czy przeżycia uznawane są za typowe, tzn. występujące u „prawie wszystkich” chorych, tym bardziej pogląd taki odzwierciedla raczej funkcjonujący społecznie stereotyp niż realny obraz zaburzeń spotykanych w praktyce.

W celu odtworzenia funkcjonującego w społeczeństwie wizerunku osób chorych psychicznie przedstawiliśmy listę szesnastu symptomów towarzyszących tego typu zaburzeniom prosząc badanych, by określili przy każdym z nich, jak często – ich zdaniem –

występuje u osób chorych. Przyjeliśmy, że odpowiedź „prawie zawsze” oznacza, że respondenci uznają dane zachowanie za typowe dla „prawie” każdej osoby chorej psychicznie, a więc należące do stereotypu jej zachowania. Okazuje się, że w tym roku ankietowani znacznie rzadziej niż trzy lata temu kwalifikują różne wyliczone zachowania jako typowe dla osób dotkniętych chorobą psychiczną (najczęściej twierdzą, że każdy z wymienionych symptomów pojawia się u nich tylko czasami). Może to świadczyć o zmianie społecznego wizerunku osób chorych psychicznie, polegającej na jego urealnieniu, poprzez przesunięcie akcentu w kierunku wyobrażenia bardziej zróżnicowanego, mniej stereotypowego.

Tabela 2

Jak Pan(i) sądzi, po czym można poznać, że ktoś jest chory psychicznie? Czy, Pana(i) zdaniem, osoba chora psychicznie:	Prawie zawsze	Czasami tak, a czasami nie	Prawie nigdy	Trudno powiedzieć	Prawie zawsze	Czasami tak, a czasami nie	Prawie nigdy	Trudno powiedzieć
	VI 2005				VI 2008			
	w procentach							
– zachowuje się niezrozumiale	45	43	2	10	38	51	2	9
– mówi „od rzeczy”	43	46	2	9	38	53	3	6
– przejawia niepokój w zachowaniu	41	43	3	13	36	50	3	12
– zaniedbuje wygląd lub higienę	42	40	6	12	34	48	6	12
– jest zubożona wobec własnego losu	37	42	4	17	33	46	4	17
– uważa się za kogoś, kim nie jest	34	44	5	17	32	47	4	17
– boi się bez powodu	33	47	5	15	31	49	4	16
– nie wie, co robi	36	51	3	11	27	55	3	14
– słyszy nierzeczywiste „głosy”	30	43	4	23	26	46	5	23
– jest zrozpaczona	33	39	8	20	22	48	9	21
– jest bierna, bezczynna	25	49	8	19	21	56	6	17
– unika ludzi	26	48	13	13	20	54	11	14
– zachowuje się agresywnie wobec innych ludzi	25	56	7	13	19	60	9	12
– myśli o popełnieniu samobójstwa	24	43	6	26	19	45	7	28
– okazuje niepoohamowaną wesołość	17	54	12	17	18	56	9	17
– nie może spać	22	34	7	37	17	39	8	36

Wyobrażenia badanych o osobach chorych psychicznie najczęściej sprowadzają się do stwierdzenia, że prawie zawsze zachowują się one niezrozumiale (38%, od roku 2005 spadek o 7 punktów), mówią „od rzeczy” (38%, spadek o 5 punktów) oraz przejawiają niepokój (36%, spadek o 5 punktów). Stosunkowo często stwierdzano też, że prawie zawsze zaniedbują swój wygląd lub higienę (34%, spadek o 8 punktów), są zubożona na własny los (33%, spadek o 4 punkty), uważają się za kogoś, kim nie są (32%), bez powodu się boją (31%) oraz nie wiedzą, co robią (27%, spadek o 9 punktów), słyszą nierzeczywiste głosy (26%, spadek o 4 punkty). Jak widać, większość z tych symptomów wskazywanych jest obecnie rzadziej

niż w roku 2005. Mniej badanych niż trzy lata temu zauważa także inne symptomy – na przykład to, że osoby chore psychicznie są zrozpaczone (22%, spadek o 11 punktów), unikają ludzi (20%, spadek o 6 punktów), zachowują się agresywnie (19%, spadek o 6 punktów), mają myśli samobójcze (19%, spadek o 5 punktów).

Z analizy czynnikowej wypowiedzi respondentów wynika, że zachowania i przeżycia osób chorujących psychicznie postrzegane są zasadniczo w trzech wymiarach. Badani najczęściej widzą ich zaskakującą **odmienność**, tzn. niezrozumiałe zachowania, zobojętnienie na własny los, niepokój, mówienie „od rzeczy”, nieuzasadnione lęki, bierność, bezczynność, zmianę tożsamości („uważa się za kogoś, kim nie jest”), słyszenie nierzeczywistych głosów, brak samokontroli („nie wie, co robi”), zaniedbywanie wyglądu lub higieny, niepohamowaną wesołość. Znacznie rzadziej dostrzegają w zachowaniach i przeżyciach osób chorujących defensywną **problemowość** (jak bezsenność, unikanie ludzi, przeżywanie rozpacz) czy ofensywną **gwałtowność**, przejawiającą się w agresywności wobec innych ludzi lub samych siebie (w postaci tendencji samobójczych).

Tabela 3

Postrzeganie zachowań osoby chorej psychicznie	Odmienność	Problemowość	Gwałtowność
Zachowuje się niezrozumiałe	0,82		
Jest zobojętniała wobec własnego losu	0,79		
Przejawia niepokój w zachowaniu	0,73		
Mówi od rzeczy	0,69		
Boi się bez powodu	0,63		
Jest bierna, bezczynna	0,61		
Uważa się za kogoś, kim nie jest	0,61		
Słyszy nierzeczywiste „głosy”	0,53		
Nie wie, co robi	0,52		
Zaniedbuje wygląd lub higienę	0,51		
Okazuje niepohamowaną wesołość	0,41		
Nie może spać		0,76	
Unika ludzi		0,75	
Jest zrozpaczona		0,68	
Myśli o popełnieniu samobójstwa			0,76
Zachowuje się agresywnie wobec innych ludzi			0,70
Procent wyjaśnianej wariancji (54%)	36%	11%	7%

Warto zwrócić uwagę, że akcentowanie odmienności zachowania osób chorych w stosunku do tzw. normalnej części społeczeństwa, jako cechy zachowania charakterystycznej dla osób chorujących psychicznie, może się wiązać z dążeniem do wyraźnego oddzielania „ich” od „nas” i stanowić ważny element procesu społecznego napiętnowania (stygmatyzacji) chorych psychicznie, który w konsekwencji może prowadzić do wytwarzania

dystansu wobec nich i do nierównego, dyskryminującego ich traktowania. Nasuwa się pytanie, czy stwierdzone urealnienie stereotypowego wyobrażenia zachowań osób chorych psychicznie wiąże się z pozytywnymi zmianami innych opinii na ich temat.

CZY OSOBY CHORE PSYCHICZNIE MAJĄ SZANSE NA WYZDROWIENIE?

Ważnym elementem społecznego wizerunku osób chorych psychicznie jest pogląd na temat uleczalności ich schorzenia. Polacy mają stosunkowo optymistyczne zapatrywania w tym względzie. Podobnie jak trzy lata temu większość ankietowanych (59%) uważa, że ludzie psychicznie chorzy mają szansę wyzdrowienia, a nieco ponad jedna czwarta (27%, o 4 punkty mniej niż trzy lata temu) jest zdania, że pozostaną chorzy do końca życia. Warto jednak podkreślić, że każda z tych opinii jest wyrażana ze znacznym wahaniem (przewaga odpowiedzi „raczej”).

Tabela 4

Jak Pan(i) sądzi, czy człowiek, który zachorował psychicznie, ma szansę na wyzdrowienie czy też raczej pozostanie chory do końca życia?	Wskazania według terminów badań			
	VI 2005		VI 2008	
	w procentach			
Zdecydowanie ma szansę na wyzdrowienie	14	58	11	59
Raczej ma szansę na wyzdrowienie	44		48	
Raczej pozostanie chory do końca życia	25	31	24	27
Zdecydowanie pozostanie chory do końca życia	6		3	
Trudno powiedzieć	11	11	14	14

Przekonanie o uleczalności chorób psychicznych dzielają zarówno badani mający wcześniej osobisty kontakt z osobami chorymi, jak i ci, którzy zetknęli się z nimi tylko za pośrednictwem mediów lub też nie mieli z nimi żadnej styczności. Nie zależy ono też od poczucia poinformowania ankietowanych na tematy psychiatryczne ani od ich kondycji psychicznej (stanu zaniepokojenia swoim zdrowiem psychicznym). Również we wszystkich porównywanych grupach społeczno-demograficznych przeważa opinia o uleczalności chorób psychicznych, a im wyższe wykształcenie badanych, tym jest ona częstsza. Przekonanie, że chorzy psychicznie nie mają szans na wyzdrowienie, częściej od innych dzielają pracujący na własny rachunek poza rolnictwem oraz rolnicy i ludzie najgorzej sytuowani. Jednak również w tych grupach przeważa optymistyczne nastawienie w tej kwestii (zob. tabele aneksowe).

Opinie o uleczalności chorób psychicznych mogą mieć istotne znaczenie dla postaw wobec osób dotkniętych chorobą. Ostrożny optymizm ankietowanych, zależny w pewnym

stopniu od wykształcenia, można uważać za wskazówkę co do potrzeby szerokiej edukacji społecznej, dostarczającej wiedzy o charakterze ogólniejszym niż doświadczenie jednostkowe i w większym stopniu opartej na faktach niż na stereotypach. Taka wiedza dowodzi, że rokowanie w przypadku chorób psychicznych jest bardzo zróżnicowane⁸ oraz zależne od uwarunkowań niezwiązanych z samą chorobą, budujących realną nadzieję na odzyskiwanie zdrowia (np. od dostępności odpowiedniego leczenia, oparcia w najbliższych, bezpieczeństwa socjalnego, pomocnych reakcji otoczenia). Niedostatek lub brak takich „zasobów nadziei” w otoczeniu chorych – w placówkach leczniczych, w rodzinie, wśród rówieśników, w pracy czy w społeczności lokalnej – może wywierać niekorzystny wpływ na proces zdrowienia i sprzyjać samospełnieniu się pesymistycznych prognoz.

STOSUNEK DO PRZYMUSOWEGO LECZENIA OSÓB CHORYCH PSYCHICZNIE

Stosowanie przymusu w leczeniu chorych psychicznie wywołuje liczne kontrowersje i rozmaite reakcje, rozpięte między jego bezwzględny odrzuceniem (postawa skrajnie liberalna) a bezwzględny uznaniem (postawa skrajnie restrykcyjna). *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego* ogranicza stosowanie przymusu w leczeniu osób chorych psychicznie (przymusowe badanie, przymusowa hospitalizacja, przymus bezpośredni) do ściśle określonych sytuacji poddanych kontroli oraz nadzorowanych przez sąd opiekuńczy. Częstość przymusowych hospitalizacji psychiatrycznych, dokumentowana od kilku lat w związku z funkcjonowaniem *Ustawy*, sięga niespełna 9% ogółu przyjęć do tych szpitali, przy czym wobec około 17% z nich stosowany jest w trakcie leczenia przymus bezpośredni (w postaci chwilowego przytrzymania, podania leków, unieruchomienia lub izolacji)⁹. Jakże, w świetle naszych badań, są w tym względzie preferencje opinii publicznej?

⁸ Określenie „choroby psychiczne” odnosi się do szerokiej grupy różnych zaburzeń psychicznych, wśród których są zarówno zaburzenia związane z ryzykiem przebiegu postępującego, przewlekłego czy nawrotowego, jak i krótkotrwałe, przemijające i epizodyczne. Nawet wtedy, gdy sama choroba lub jej następstwa nie ustępują całkowicie, możliwe jest wyleczenie „społeczne”, pozwalające osobie, która doświadczyła zaburzeń psychicznych, na sprawne (niezależne, satysfakcjonujące, godne) funkcjonowanie życiowe.

⁹ W roku 2006 wśród ogółu przyjętych do szpitala chorych psychicznie bez zgody leczono 8,7%, a przymus bezpośredni stosowano wobec 17,1% (wg W. Langiewicz, M. Pasiórowska, *Przymusowe hospitalizacje oraz przymus bezpośredni w oddziałach psychiatrycznych w 2006 roku na tle lat wcześniejszych*. „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 2008, 17, 2: 127–133.

Tabela 5

Osoby chore psychicznie często nie wyrażają zgody na leczenie. Czy leczenie osoby chorej psychicznie bez jej zgody, przymusowo , jest Pana(i) zdaniem słuszne czy nie?	Wskazania respondentów według terminów badań					
	VII 1996		XII 1999		VI 2008	
	w procentach					
Zdecydowanie słuszne	42	81	42	81	35	77
Raczej słuszne	39		39		42	
Raczej niesłuszne	10		7		7	
Zdecydowanie niesłuszne	4	14	3	10	3	10
Trudno powiedzieć	5	5	8	9	13	13

Przymusowe leczenie osoby chorej spotyka się w Polsce z bardzo dużą aprobatą społeczną. Obecnie w sposób bardziej lub mniej zdecydowany za słuszne uznaje takie postępowanie ponad trzy czwarte badanych (77%), a więc nieco mniej osób niż w poprzednich latach. Jednak w ciągu ostatnich dwunastu lat nieco zmalała też (z 14% do 10%) grupa deklarujących, że leczenie osoby chorej psychicznie bez jej zgody jest niesłuszne (przybyło natomiast badanych, którzy nie mają wyrobionego zdania na ten temat). Warto ponadto zauważyć, że proporcja opinii skrajnych („zdecydowanie słuszne” wobec „zdecydowanie niesłuszne”) niezmiennie świadczy o ogromnej, ponaddziesięciokrotnej przewadze postaw restrykcyjnych nad liberalnymi.

Należy wyraźnie podkreślić, że tak powszechna i trwała aproba stosowania przymusu w leczeniu osób chorych psychicznie cechuje zarówno respondentów niepokojących się o swoje zdrowie psychiczne, jak i wolnych od tego typu obaw, a także przekonanych o nieuleczalności chorób psychicznych i uznających te choroby za uleczalne. Opinie w tej sprawie nie zależą też od doświadczenia kontaktu ankietowanych z osobami chorymi psychicznie ani od ich poczucia poinformowania na tematy psychiatryczne.

Przede wszystkim jednak pogląd o konieczności leczenia osób chorych psychicznie nawet wbrew ich woli niezmiennie dominuje we wszystkich grupach społeczno-demograficznych. Szerokie przyzwolenie społeczne na stosowanie przymusu w leczeniu chorych psychicznie wymaga wysokiego poziomu społecznego zaufania do instytucji psychiatrycznych, gwarantującego, że nie będzie ono nadużywane. Czy tak jest w istocie? Czy może jednak wspomniane przyzwolenie jest jeszcze jedną konsekwencją funkcjonowania w życiu społecznym negatywnego stereotypu osoby chorej psychicznie, a zarazem wskaźnikiem społecznego braku zainteresowania chorującymi psychicznie oraz łatwości wykluczenia ich z kręgu osób i obywateli, których wolność powinna być szczególnie ceniona i chroniona?

CZY CHOROBY PSYCHICZNE PRZYNOSZĄ WSTYD CHORYM I ICH NAJBLIŻSZYM?

W naszym społeczeństwie dominuje przekonanie, że choroby psychiczne przynoszą wstyd chorującym oraz ich najbliższym i w związku z tym zazwyczaj są ukrywane przed innymi ludźmi. Obecnie, podobnie jak w roku 2005, uważa tak trzy czwarte badanych (75%), choć teraz opinia ta wyrażana jest w sposób mniej zdecydowany (spadek odsetka odpowiedzi „zdecydowanie tak” na rzecz „raczej tak”). Nadal jednak zaledwie co piąty ankietowany (20%) nie zalicza tych chorób do wstydlivych.

Tabela 6

Czy zaliczył(a)by Pan(i) choroby psychiczne do chorób, które zazwyczaj ukrywa się przed innymi ludźmi jako wstydlivie, czy raczej nie?	Wskazania według terminów badań			
	VI 2005		VI 2008	
	w procentach			
Zdecydowanie tak	35	76	27	75
Raczej tak	41		48	
Raczej nie	16	20	17	20
Zdecydowanie nie	4		3	
Trudno powiedzieć	4	4	5	5

Pogląd o wstydlivoci chorób psychicznych podzielają zarówno ci, którzy niepokoją się o swoje zdrowie psychiczne, jak i wolni od tego typu lęku, przekonani o nieuleczalności tych chorób oraz uznający je za uleczalne, zwolennicy stosowania przymusu leczenia i jego przeciwnicy. Opinie w tej sprawie nie zależą też od kontaktów respondentów z osobami chorymi psychicznie ani od ich poczucia poinformowania na tematy psychiatryczne. Również we wszystkich grupach społeczno-demograficznych przeważa opinia o wstydlivoci chorób psychicznych, a im wyższe wykształcenie i pozycję zawodową mają badani, tym na ogół częściej ją podzielają (zob. tabele aneksowe).

Zwraca uwagę fakt, że respondenci, którzy uważają, że choroby psychiczne są wstydlivie, częściej niż inni przytaczają funkcjonujące w ich otoczeniu pejoratywne określenia osób chorych (65% wobec 51%) i nieco rzadziej odnotowują w swoim środowisku słownictwo neutralne lub pozytywne (23% wobec 29%).

Powszechnie dostrzegana tendencja do ukrywania zawstydzającej choroby psychicznej świadczy o tym, że uruchamia ona proces społecznego napiętnowania (stygmatyzacji) dotkniętej nią osoby. Napiętnowanie sprzyja postrzeganiu cierpienia chorego przez pryzmat funkcjonujących w społeczeństwie negatywnych stereotypów opisujących chorobę i osoby

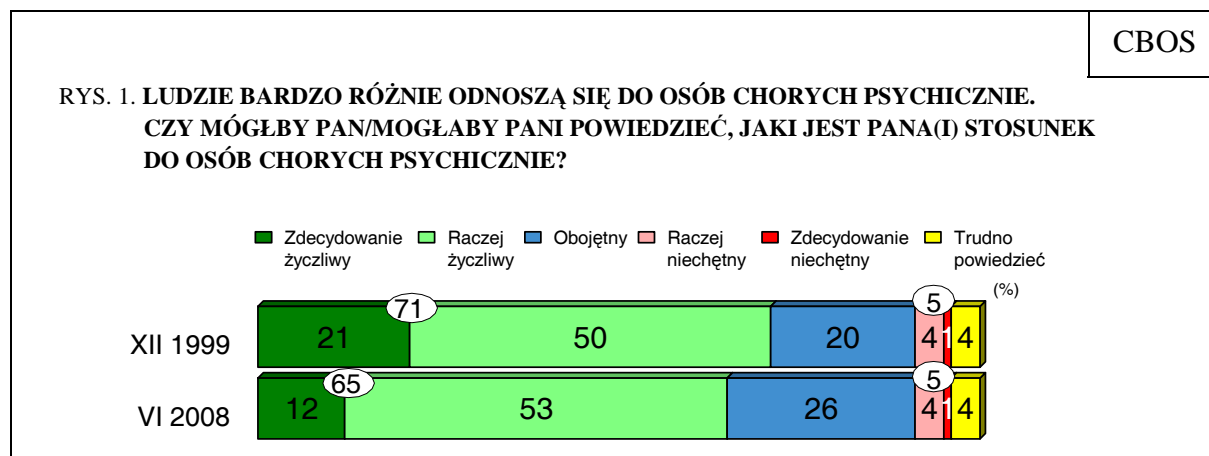
chore psychicznie¹⁰. Procesowi temu mogą też towarzyszyć: społeczne naznaczanie, o czym świadczy opisany już pejoratywny słownik społeczny, a także tendencja do dystansowania się wobec osób chorujących i nierównego ich traktowania w życiu społecznym, co omówimy w dalszej części opracowania.

OCENA STOSUNKU DO OSÓB CHORYCH PSYCHICZNIE

Ankietowanych zapytano wprost o ich stosunek do osób chorych psychicznie, poproszono także, by ocenili, jak odnoszą się do chorych ludzie z ich otoczenia. Oceny te badani sytuowali na skali, której krańce oznaczają: całkowitą życzliwość oraz zdecydowaną niechęć.

Tabela 7

Ludzie bardzo różnie odnoszą się do osób chorych psychicznie. Czy mógłby Pan/mogłaby Pani powiedzieć, jaki jest Pana(i) stosunek do osób chorych psychicznie?	Wskazania respondentów według terminów badań					
	VII 1996		XII 1999		VI 2008	
	w procentach					
Zdecydowanie życzliwy	19	74	21	71	12	65
Raczej życzliwy	55		50		53	
Obojętny	18	18	20	20	26	26
Raczej niechętny	4		4		4	
Zdecydowanie niechętny	1	5	1	5	1	5
Trudno powiedzieć	4	4	4	4	4	4



W porównaniu z ostatnim pomiarem (z 1999 roku) można zauważyć pogorszenie się stosunku ankietowanych do osób chorych psychicznie – ubyło traktujących je życzliwie, a przybyło – deklarujących obojętność; nie zmienił się jedynie poziom niechęci. Nadal jednak

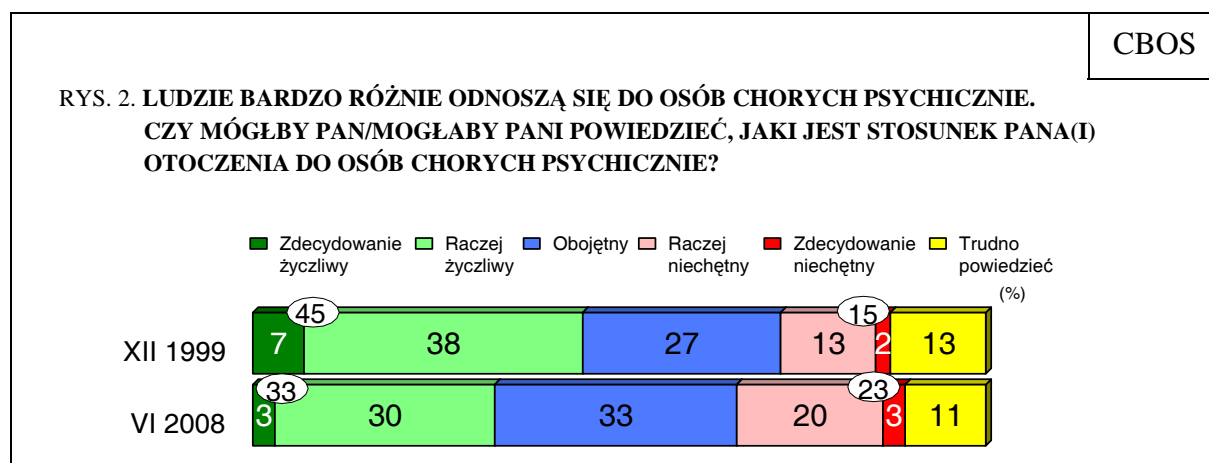
⁹ Por. P. Świtaj, „Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u osób z rozpoznaniem schizofrenii”. Wyd. IPiN, Warszawa 2008.

przeważa życzliwość wobec chorych (65%, spadek o 6 punktów), choć zazwyczaj wyrażana z wahaniem. Natomiast co czwarty ankietowany (26%, wzrost o 6 punktów) przyznaje się do obojętności, a co dwudziesty (5%) – do niechęci.

Z uzyskanych deklaracji wynika, że w tym czasie (od roku 1999) znacznie bardziej pogorszył się również stosunek otoczenia respondentów do chorych psychicznie. Obecnie dostrzegają oni w swoim środowisku mniej życzliwości wobec chorych (33%, spadek o 12 punktów), natomiast częściej wskazują na obojętność (wzrost o 6 punktów, do 33%) oraz niechęć (23%, wzrost o 8 punktów).

Tabela 8

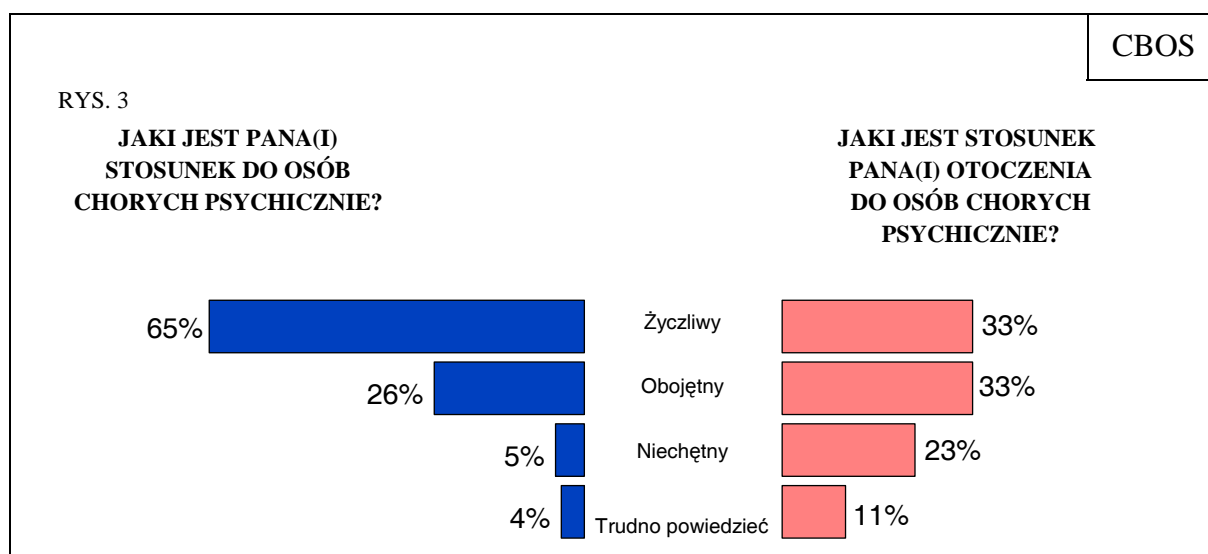
Ludzie bardzo różnie odnoszą się do osób chorych psychicznie. Czy mógłby Pan/mogłaby Pani powiedzieć, jaki jest stosunek Pana(i) otoczenia do osób chorych psychicznie?	Wskazania respondentów według terminów badań					
	VII 1996		XII 1999		VI 2008	
	w procentach					
Zdecydowanie życzliwy	5	42	7	45	3	33
Raczej życzliwy	37		38		30	
Obojętny	29	29	27	27	33	33
Raczej niechętny	16		13		20	
Zdecydowanie niechętny	4	20	2	15	3	23
Trudno powiedzieć	9	9	13	13	11	11



Zwraca uwagę fakt, że obecnie – podobnie jak we wcześniejszych pomiarach – ankietowani znacznie lepiej oceniają swój własny stosunek do osób chorych psychicznie niż stosunek swojego otoczenia. Może to świadczyć o deklaracyjnym charakterze życzliwości ankietowanych lub o „przecznym” obrazie niechęci dostrzeganej w postawach innych ludzi. Niewykluczone jest też nakładanie się obu tych tendencji.

Tabela 9

Jaki jest Pana(i) stosunek do osób chorych psychicznie?			Jaki jest stosunek Pana(i) otoczenia do osób chorych psychicznie?	
w procentach			w procentach	
12	65	Zdecydowanie życzliwy	3	33
53		Raczej życzliwy	30	
26	26	Obojętny	33	33
4	5	Raczej niechętny	20	23
1		Zdecydowanie niechętny	3	
4	4	Trudno powiedzieć	11	11



Niemal we wszystkich grupach społeczno-demograficznych przeważają badani pozytywnie oceniający swój stosunek do osób chorych psychicznie. Wiąże się to między innymi z ich doświadczeniem życiowym. Stosunkowo najmniej życzliwi, a zarazem najbardziej obojętni wobec osób chorych psychicznie są respondenci najmłodszy – w wieku od 18 do 24 lat oraz uczniowie i studenci (którzy również nieco częściej niż inni przyznają się do niechęci). Natomiast im starsi są badani, tym na ogół częściej deklarują życzliwość, a rzadziej obojętność (z tym że między badanymi w wieku powyżej 54 lat nie ma pod tym względem różnic). Lepszy stosunek do osób chorych mają także kobiety, które częściej niż mężczyźni deklarują życzliwość i rzadziej obojętność. Jednak zdecydowanie najczęściej życzliwości, a zarazem najmniej obojętności odnotowujemy u przedstawicieli kadry kierowniczej i inteligencji oraz u osób najbardziej zaangażowanych w praktyki religijne (zob. tabele aneksowe).

Natomiast gdy chodzi o stosunek otoczenia respondentów do osób chorych, to okazuje się, że niemal we wszystkich grupach społeczno-demograficznych przeważa opinia, iż jest on

negatywny. Jedynie przedstawiciele kadry kierowniczej i inteligencji częściej wystawiają swojemu środowisku oceny pozytywne niż negatywne – najsilniej spośród wszystkich grup podkreślają życzliwość, a zarazem najrzadziej dostrzegają obojętność lub niechęć. Lepiej od innych oceniają swoje otoczenie również mieszkańcy wielkich miast. Pozytywny stosunek do osób chorych częściej odnotowują też badani mający wyższe wykształcenie i wysokie dochody *per capita* w rodzinie, pracownicy fizyczno-umysłowi oraz respondenci najbardziej zaangażowani w praktyki religijne. Na obojętność swojego środowiska najczęściej wskazują renciści, gospodynie domowe, mieszkańcy wsi. Z kolei niechęć do osób chorych częściej podkreślają mieszkańcy dużych (lecz nie największych) miast, pracownicy umysłowi niższego szczebla, a przede wszystkim – uczniowie i studenci oraz najmłodszy badani (wraz z wiekiem badanych maleje odsetek takich deklaracji), a także ankietowani w ogóle nieuczestniczący w praktykach religijnych (zob. tabele aneksowe).

Stosunek respondentów do osób chorych psychicznie zależy również od ich doświadczeń w kontaktach z chorymi oraz od własnej kondycji psychicznej. Ankietowani, którzy znają osobiście kogoś chorego psychicznie, a także ci, którzy niepokoją się o swoje zdrowie psychiczne, częściej niż inni deklarują życzliwość i rzadziej są obojętni. Doświadczenia w kontaktach z chorymi oraz kondycja psychiczna badanych nie mają jednak tego typu wpływu na opinie o stosunku otoczenia do osób chorych psychicznie.

Tabela 10

Jaki jest Pana(i) stosunek do osób chorych psychicznie?			Kontakty respondentów z osobami chorymi psychicznie	Jak jest stosunek Pana(i) otoczenia do osób chorych psychicznie?		
Życzliwy	Obojętny	Niechętny		Życzliwy	Obojętny	Niechętny
w procentach				w procentach		
72	21	5	Mieli kontakt osobisty	36	31	25
56	37	4	Zetknęli się wyłącznie za pośrednictwem mediów lub literatury	26	33	27
54	33	6	Nie mieli żadnej styczności	32	37	15
W tabeli pominięto „trudno powiedzieć”						

Tabela 11

Jaki jest Pana(i) stosunek do osób chorych psychicznie?			Czy czasami niepokoi się Pan(i) o swoje zdrowie psychiczne?	Jak jest stosunek Pana(i) otoczenia do osób chorych psychicznie?		
Życzliwy	Obojętny	Niechętny		Życzliwy	Obojętny	Niechętny
w procentach				w procentach		
72	20	5	Tak	34	31	26
62	29	5	Nie	33	34	21
W tabeli pominięto „trudno powiedzieć”						

Opinie o stosunku otoczenia do osób chorych psychicznie w pewnym stopniu zależą od tego, jak badani oceniają wstydlivość i uleczalność takich chorób. Ankietowani, którzy

uznają te choroby za wstydlive, częściej niż pozostali dostrzegają w swoim środowisku niechęć do osób chorych (25% wobec 11%), rzadziej zaś – życzliwość (33% wobec 39%). Również ci, którzy uważają, że choroby psychiczne są nieuleczalne, postrzegają postawy swojego otoczenia nieco bardziej krytycznie niż przekonani o tym, że chorzy psychicznie mają szansę na wyzdrowienie.

Tabela 12

Jaki jest Pana(i) stosunek do osób chorych psychicznie?			Czy zaliczył(a)by Pan(i) choroby psychiczne do chorób, które zazwyczaj ukrywa się przed innymi ludźmi jako wstydlive, czy raczej nie?	Jak jest stosunek Pana(i) otoczenia do osób chorych psychicznie?		
Życzliwy	Obojętny	Niechętny		Życzliwy	Obojętny	Niechętny
w procentach				w procentach		
66	25	5	Tak	33	32	25
67	25	6	Nie	39	35	11

W tabeli pominięto „trudno powiedzieć”

Tabela 13

Jaki jest Pana(i) stosunek do osób chorych psychicznie?			Jak Pan(i) sądzi, czy człowiek, który zachorował psychicznie, ma szansę na wyzdrowienie czy też raczej pozostanie chory do końca życia?	Jak jest stosunek Pana(i) otoczenia do osób chorych psychicznie?		
Życzliwy	Obojętny	Niechętny		Życzliwy	Obojętny	Niechętny
w procentach				w procentach		
65	27	5	Ma szansę na wyzdrowienie	36	34	22
67	24	7	Pozostanie chory do końca życia	31	31	28

W tabeli pominięto „trudno powiedzieć”

Nasuwa się też spostrzeżenie, że respondenci oceniają stosunek swojego otoczenia do osób chorych psychicznie między innymi na podstawie słownictwa, za pomocą którego w ich środowisku określa się tych chorych. Badani, którzy odnotowują w swoim środowisku określenia pejoratywne, znacznie częściej niż pozostali (dostrzegający określenia neutralne lub pozytywne) oceniają stosunek swojego otoczenia jako negatywny (29% wobec 15%) lub obojętny (35% wobec 29%), a rzadziej – jako pozytywny (26% wobec 52%). Własny stosunek do osób chorych również wiąże się z postrzeganiem słownictwa swojego otoczenia, jednak związek ten jest słabszy.

Tabela 14

Jaki jest Pana(i) stosunek do osób chorych psychicznie?			Czy mógłby/mogłaby Pan(i) powiedzieć, jakimi słowami określa się w Pana(i) otoczeniu osoby chore psychicznie?	Jak jest stosunek Pana(i) otoczenia do osób chorych psychicznie?		
Życzliwy	Obojętny	Niechętny		Życzliwy	Obojętny	Niechętny
w procentach				w procentach		
63	28	5	Określenia pejoratywne	26	35	29
74	19	5	Określenia neutralne lub pozytywne	52	29	15

W tabeli pominięto „trudno powiedzieć”

Do opisu społecznych postaw wobec osób chorych psychicznie nie wystarczą deklaracje o życzliwości, obojętności lub niechęci w stosunku do nich, dlatego sięgnęliśmy również do pytań, które pozwalają uchwycić przejawy społecznego dystansu wobec chorych.

SPOŁECZNY DYSTANS WOBEC OSÓB CHORYCH PSYCHICZNIE

Dystansowanie się wobec osób chorych psychicznie jest jednym z bardziej niekorzystnych następstw napiętnowania, ponieważ uruchamia wiele procesów psychologicznych i społecznych, które marginalizują pozycję chorego, opóźniają i osłabiają możliwości udzielenia mu skutecznej pomocy, a niekiedy utrwalają nieprzystosowanie. Jest to tym bardziej niebezpieczne, że osoby chore często same przejawiają skłonność do wycofywania się, wynikającą z przeżywanych zaburzeń. Doświadczenia kliniczne wskazują, że obie te tendencje – dystansowanie się otoczenia i własne wycofywanie się – skutecznie spychają byłego pacjenta na margines społeczności.

Do pomiaru poziomu społecznego dystansu służą nam pytania odwołujące się do wyobraźni badanych. Pytamy, jak zachowałby się w sytuacji, gdyby osoba, która kiedyś chorowała psychicznie i leczyła się w szpitalu psychiatrycznym, miała pełnić w ich środowisku rozmaite role społeczne. Swoje reakcje ankietowani opisują za pomocą skal, których krańce oznaczają: całkowite przyzwolenie, by były pacjent pełnił taką rolę, oraz kategoryczny sprzeciw wobec tego. Poziom społecznego przyzwolenia lub sprzeciwu uzależniony jest od rodzaju ról, jakie miałyby pełnić osoba, która kiedyś leczyła się z powodu choroby psychicznej.

W przypadku pięciu z czternastu wymienionych ról postawy wyrażające przyzwolenie są znacznie częstsze niż postawy nacechowane sprzeciwem. Zdecydowana większość ankietowanych zgodziłaby się na to, by były pacjent szpitala psychiatrycznego był ich najbliższym sąsiadem (81%) oraz kolegą w klasie lub grupie studenckiej (73%). Znacząca większość zaakceptowałaby go też jako niespodziewanego gościa (66%) oraz bliskiego współpracownika (67%). Ponad połowa badanych nie miałaby też nic przeciwko temu, żeby był ich współlokatorem na wczasach (53%), jednak w tej sprawie wyraźnie zaznacza się już sprzeciw (36% wskazań).

Tabela 15

Jak zareagował(a)by Pan(i), gdyby okazało się, że osoba, która kiedyś chorowała psychicznie i leczyła się w szpitalu psychiatrycznym, ma zostać:	Zdecydowanie nie miał(a)bym zastrzeżeń	Raczej nie miał(a)bym zastrzeżeń	Był(a)bym raczej przeciwko temu	Był(a)bym zdecydowanie przeciwko temu	Trudno powiedzieć	Poziom dystansu (opinie netto)*
	w procentach					
– opiekunem(ką) Pana(i) dziecka	3	8	38	43	8	+ 70
– nauczycielem(ką) Pana(i) dziecka	3	13	35	41	8	+ 60
– Pana(i) lekarzem(ką)	5	18	36	33	8	+ 46
– burmistrzem/wójtem w Pana(i) gminie	5	18	32	36	9	+ 45
– posłem w Pana(i) okręgu	5	21	31	34	9	+ 39
– Pana(i) synową lub zięciem	6	25	34	20	15	+ 23
– proboszczem w Pana(i) parafii	7	27	30	24	11	+ 20
– Pana(i) nauczycielem(ką)	8	27	36	18	11	+ 19
– Pana(i) szefem/szefową w pracy	10	27	36	15	12	+ 14
– Pana(i) współlokatorem(ką) na wczasach	14	39	25	11	11	- 17
– Pana(i) bliskim współpracownikiem(czką)	17	50	21	3	9	- 43
– niespodziewanym gościem na Pana(i) przyjęciu	18	48	16	6	12	- 44
– Pana(i) kolegą/koleżanką w klasie, w grupie studenckiej	20	53	12	2	13	- 59
– Pana(i) najbliższym sąsiadem(ką)	27	54	12	1	6	- 68

***Opinie netto** jest to różnica między odsetkiem odpowiedzi: „był(a)bym przeciwko temu” a „nie miał(a)bym zastrzeżeń” (połączone odpowiedzi „zdecydowanie” i „raczej”). **Plus** oznacza przewagę sprzeciwu, a **minus** – przewagę zgody na pełnienie danej roli przez byłego pacjenta szpitala psychiatrycznego

W przypadku dziewięciu pozostałych ról przeważają postawy nacechowane dystansem, tendencją do izolowania się od chorych. Ponad połowa ankietowanych byłaby przeciwko temu, by osoba, która leczyła się w szpitalu psychiatrycznym, została ich szefem w pracy (51%), nauczycielem, proboszczem, a także synową lub zięciem (po 54%). Jeszcze większy sprzeciw budzi powierzenie byłemu pacjentowi ról wiążących się z odpowiedzialnością za los społeczności lokalnej, np. posła w okręgu respondenta (65%), burmistrza lub wójta w jego gminie (68%) oraz z odpowiedzialnością za zdrowie respondenta (69% nie wyraziłoby zgody na to, by był on ich lekarzem). Zdecydowanie najsilniejszy sprzeciw badanych wywołuje sytuacja, gdyby były pacjent miał zajmować się ich dzieckiem – uczyć je (76%) lub zostać jego opiekunem (81%).

Tabela 16

Jak zareagował(a)by Pan(i), gdyby okazało się, że osoba, która kiedyś chorowała psychicznie i leczyła się w szpitalu psychiatrycznym, ma zostać:	Był(a)bym przeciwko*				Nie miał(a)bym zastrzeżeń*				Trudno powiedzieć			
	VII '96	XII '99	VI '05	VI '08	VII '96	XII '99	VI '05	VI '08	VII '96	XII '99	VI '05	VI '08
	w procentach											
– opiekunką Pana(i) dziecka	81	81	85	81	13	14	9	11	5	5	6	8
– nauczycielem Pana(i) dziecka	77	77	82	76	17	17	12	16	6	5	6	8
– Pana(i) lekarzem	75	72	76	69	21	21	17	23	5	6	7	8
– burmistrzem/wójtem w Pana(i) gminie	74	73	75	68	20	21	18	23	7	6	6	9
– posłem w Pana(i) okręgu	72	71	72	65	22	23	20	26	7	6	8	9
– Pana(i) synową lub zięciem	57	57	58	54	31	31	29	31	12	12	13	15
– proboszczem w Pana(i) parafii	60	58	63	54	32	33	28	34	8	10	9	12
– Pana(i) nauczycielem	67	64	62	54	24	28	27	35	9	8	11	11
– Pana(i) szefem w pracy	60	61	59	51	31	29	30	37	9	10	11	12
– Pana(i) współlokatorem(ką) na wczasach	29	30	41	36	62	62	50	53	9	8	9	11
– Pana(i) bliskim współpracownikiem	24	25	28	24	68	65	63	67	8	10	9	9
– niespodziewanym gościem na Pana(i) przyjęciu	22	23	27	22	67	68	62	66	11	9	11	12
– Pana(i) kolegą/koleżanką w klasie, w grupie studenckiej	10	16	16	14	73	73	69	73	13	11	15	13
– Pana(i) najbliższym sąsiadem	11	14	15	13	82	80	80	81	7	6	5	6

* Zsumowane odsetki odpowiedzi „zdecydowanie” i „raczej”

Wynika z tego, że osoby, które przeszły leczenie psychiatryczne, byłyby najsilniej narażone na społeczne odrzucenie, gdyby miały odpowiadać za los dzieci respondentów, a także za zdrowie ankietowanych lub decydować o ważnych sprawach ich społeczności lokalnej. Ze znacznie mniejszą dezaprobatą spotkałoby się ich wejście do rodziny (jako synowej lub zięcia), a także zostanie ich proboszczem, nauczycielem czy szefem. Natomiast gdyby byłym pacjentom powierzono role mniej znaczące w życiu badanych (współpracownika, kolegi, gościa, sąsiada), mogliby liczyć na ich tolerancję. Prawidłowość tę można zauważyć niemal we wszystkich porównywanych grupach społeczno-demograficznych. Utrzymuje się ona w całym okresie objętym badaniami (lata 1996–2008), jednak w ciągu ostatnich dwunastu lat odnotowujemy także pewne zmiany poziomu społecznego dystansu wobec osób chorych psychicznie.

Tabela 17

Jak zareagował(a)by Pan(i), gdyby okazało się, że osoba, która kiedyś chorowała psychicznie i leczyła się w szpitalu psychiatrycznym, ma zostać:	Poziom społecznego dystansu opinii netto,* czyli różnica między odsetkiem odpowiedzi: „był(a)bym przeciwko temu” a „nie miał(a)bym zastrzeżeń” (połączone odpowiedzi „zdecydowanie” i „raczej”)			
	VII '96	XII '99	VI '05	VI '08
	w procentach			
– opiekunem(ką) Pana(i) dziecka	+ 68	+ 67	+ 76	+ 70
– nauczycielem(ką) Pana(i) dziecka	+ 60	+ 60	+ 70	+ 60
– Pana(i) lekarzem(ką)	+ 54	+ 51	+ 59	+ 46
– burmistrzem/wójtem w Pana(i) gminie	+ 54	+ 52	+ 57	+ 45
– posłem w Pana(i) okręgu	+ 50	+ 48	+ 52	+ 39
– Pana(i) synową lub zięciem	+ 26	+ 26	+ 29	+ 23
– proboszczem w Pana(i) parafii	+ 28	+ 25	+ 35	+ 20
– Pana(i) nauczycielem(ką)	+ 43	+ 36	+ 35	+ 19
– Pana(i) szefem/szefową w pracy	+ 29	+ 32	+ 29	+ 14
– Pana(i) współlokatorem(ką) na wczasach	- 33	- 32	- 9	- 17
– Pana(i) bliskim współpracownikiem(czką)	- 44	- 40	- 35	- 43
– niespodziewanym gościem na Pana(i) przyjęciu	- 45	- 45	- 35	- 44
– Pana(i) kolegą/koleżanką w klasie, na studiach	- 63	- 57	- 53	- 59
– Pana(i) najbliższym sąsiadem(ką)	- 71	- 66	- 65	- 68

***Plus** oznacza przewagę sprzeciwu, a **minus** – przewagę zgody na pełnienie danej roli przez byłego pacjenta szpitala psychiatrycznego

Tegoroczny pomiar ukazuje pewną poprawę postaw wobec osób chorych – nie tylko w porównaniu z sytuacją sprzed trzech lat, kiedy obserwowaliśmy szczególne nasilenie dystansu, ale także w stosunku do wcześniejszych pomiarów. Obecnie odnotowujemy najniższe z dotychczasowych wskaźniki dystansu w stosunku do byłych pacjentów, którzy podjęliby się pełnienia w otoczeniu ankietowanych następujących ról: ich lekarza, przedstawiciela władz lokalnych, posła z ich okręgu wyborczego, proboszcza, nauczyciela oraz szefa. Warto przy tym podkreślić, że w latach 1996–2008 stopniowo malał dystans wobec własnego nauczyciela, jednak utrzymał się znaczny poziom dystansu w stosunku do nauczyciela swojego dziecka (oraz jego opiekuna). Nie zmieniły się też – stosunkowo mało obciążone dystansem – postawy wobec byłych pacjentów, którzy mieliby blisko współpracować z ankietowanymi, być ich kolegami w szkole lub na uczelni, gośćmi na przyjęciu lub najbliższymi sąsiadami.

Analiza uwarunkowań ukazuje, że ankietowani deklarujący zyczliwość wobec osób chorych psychicznie znacznie rzadziej niż pozostali (obojętni i niechętni) przejawiają dystans, gdy się ich pyta o zgodę na pełnienie przez byłych pacjentów różnych ról społecznych.

Tabela 18

Jak zareagował(a)by Pan(i), gdyby okazało się, że ktoś, kto kiedyś chorował psychicznie i leczył się w szpitalu psychiatrycznym, ma zostać:	Poziom społecznego dystansu*			
	Ogółem N=1107	Jaki jest Pana(i) stosunek do osób chorych psychicznie?		
		Niechętny N= 56	Obojętny N= 289	Życzliwy N= 721
	w procentach			
– opiekunem(ką) Pana(i) dziecka	+ 70	+ 69	+ 77	+ 66
– nauczycielem(ką) Pana(i) dziecka	+ 60	+ 63	+ 71	+ 55
– Pana(i) lekarzem	+ 46	+ 56	+ 58	+ 38
– burmistrzem/wójtem w Pana(i) gminie	+ 45	+ 46	+ 52	+ 40
– posem w Pana(i) okręgu wyborczym	+ 39	+ 46	+ 46	+ 34
– Pana(i) synową lub zięciem	+ 23	+ 43	+ 35	+ 15
– proboszczem w Pana(i) parafii	+ 20	+ 32	+ 31	+ 13
– Pana(i) nauczycielem(ką)	+ 19	+ 23	+ 31	+ 14
– Pana(i) szefem/szefową w pracy	+ 14	+ 32	+ 23	+ 7
– Pana(i) współlokatorem(ką) na wczasach	- 17	+ 16	- 10	- 23
– Pana(i) bliskim współpracownikiem(czką)	- 43	+ 8	- 32	- 54
– niespodziewanym gościem na Pana(i) przyjęciu	- 44	- 7	- 30	- 53
– Pana(i) kolegą/koleżanką w klasie lub grupie studenckiej	- 59	- 22	- 51	- 67
– Pana(i) najbliższym sąsiadem	- 68	- 34	- 58	- 74

* **Opinie netto**, czyli różnica między odsetkiem odpowiedzi: „był(a)bym przeciwko temu” a „nie miał(a)bym zastrzeżeń” (połączone odpowiedzi „zdecydowanie” i „raczej”). **Plus** oznacza przewagę sprzeciwu, a **minus** – przewagę zgody na pełnienie danej roli przez byłego pacjenta szpitala psychiatrycznego. Pełne dane zamieszczono w aneksie

Postawy ankietowanych zależą także od ich doświadczeń w kontaktach z osobami chorymi psychicznie. Najbardziej nacechowane dystansem są postawy badanych niemających dotychczas żadnej styczności z chorymi, natomiast najmniej – tych, którzy zetknęli się z nimi osobiście. Trzeba przy tym podkreślić, że dystans wobec osób chorych zmniejsza się nie tylko pod wpływem kontaktów bezpośrednich, osobistych, ale także – choć w mniejszym stopniu i nie zawsze – dzięki poznaniu ich problemów za pośrednictwem mediów i literatury.

Tabela 19

Jak zareagował(a)by Pan(i), gdyby okazało się, że ktoś, kto kiedyś chorował psychicznie i leczył się w szpitalu psychiatrycznym, ma zostać:	Poziom społecznego dystansu*			
	Ogółem N=1107	Kontakty respondentów z osobami chorymi psychicznie		
		mieli kontakt osobisty N= 675	zetknęli się wyłącznie za pośrednictwem mediów lub literatury N= 131	nie mieli żadnej styczności N= 299
w procentach				
– opiekunem(ką) Pana(i) dziecka	+ 70	+ 67	+ 70	+ 75
– nauczycielem(ką) Pana(i) dziecka	+ 60	+ 57	+ 62	+ 67
– Pana(i) lekarzem	+ 46	+ 41	+ 39	+ 60
– burmistrzem/wójtem w Pana(i) gminie	+ 45	+ 43	+ 46	+ 47
– postem w Pana(i) okręgu wyborczym	+ 39	+35	+ 44	+45
– Pana(i) synową lub zięciem	+ 23	+ 13	+ 18	+46
– proboszczem w Pana(i) parafii	+ 20	+ 12	+ 15	+40
– Pana(i) nauczycielem(ką)	+ 19	+ 13	+ 25	+ 31
– Pana(i) szefem/szefową w pracy	+ 14	+ 10	+ 20	+ 17
– Pana(i) współlokatorem(ką) na czasach	- 17	- 26	- 19	+ 6
– Pana(i) bliskim współpracownikiem(czką)	- 43	- 52	- 47	- 26
– niespodziewanym gościem na Pana(i) przyjęciu	- 44	- 47	- 46	- 33
– Pana(i) kolegą/koleżanką w klasie lub grupie studenckiej	- 59	- 70	- 53	- 39
– Pana(i) najbliższym sąsiadem	- 68	- 76	- 65	- 45

* **Opinie netto**, czyli różnica między odsetkiem odpowiedzi: „był(a)bym przeciwko temu” a „nie miał(a)bym zastrzeżeń” (połączone odpowiedzi „zdecydowanie” i „raczej”). **Plus** oznacza przewagę sprzeciwu, a **minus** – przewagę zgody na pełnienie danej roli przez byłego pacjenta szpitala psychiatrycznego. Pełne dane zamieszczono w aneksie

Omawiane postawy silnie się wiążą również z poglądem na temat uleczalności chorób psychicznych. Ankietowani podkreślający, że osoby chore psychicznie nie mają szans na wyleczenie, częściej niż pozostali są przeciwni powierzaniu byłym pacjentom wszystkich uwzględnionych w badaniu ról społecznych. Można powiedzieć, że przekonanie o nieuleczalności chorób psychicznych podważa zaufanie do osób leczonych kiedyś w szpitalu psychiatrycznym.

Tabela 20

Jak zareagował(a)by Pan(i), gdyby okazało się, że ktoś, kto kiedyś chorował psychicznie i leczył się w szpitalu psychiatrycznym, ma zostać:	Poziom społecznego dystansu*		
	Ogółem N=1107	Jak Pan(i) sądzi, czy człowiek, który zachorował psychicznie, ma szansę na wyzdrowienie czy też raczej pozostanie chory do końca życia?	
		Ma szansę na wyzdrowienie N=654	Pozostanie chory do końca życia N=302
w procentach			
– opiekunem(ką) Pana(i) dziecka	+ 70	+ 67	+ 78
– nauczycielem(ką) Pana(i) dziecka	+ 60	+ 55	+ 71
– Pana(i) lekarzem	+ 46	+ 37	+ 64
– burmistrzem/wójtem w Pana(i) gminie	+ 45	+ 38	+ 62
– posłem w Pana(i) okręgu wyborczym	+ 39	+ 32	+ 58
– Pana(i) synową lub zięciem	+ 23	+ 12	+ 41
– proboszczem w Pana(i) parafii	+ 20	+ 9	+ 41
– Pana(i) nauczycielem(ką)	+ 19	+ 8	+ 45
– Pana(i) szefem/szefową w pracy	+ 14	+ 6	+ 35
– Pana(i) współlokatorem(ką) na czasach	- 17	- 26	- 3
– Pana(i) bliskim współpracownikiem(czką)	- 43	- 54	- 27
– niespodziewanym gościem na Pana(i) przyjęciu	- 44	- 48	- 37
– Pana(i) kolegą/koleżanką w klasie lub grupie studenckiej	- 59	- 67	- 49
– Pana(i) najbliższym sąsiadem	- 68	- 75	- 56

* **Opinie netto**, czyli różnica między odsetkiem odpowiedzi: „był(a)bym przeciwko temu” a „nie miał(a)bym zastrzeżeń” (połączone odpowiedzi „zdecydowanie” i „raczej”). **Plus** oznacza przewagę sprzeciwu, a **minus** – przewagę zgody na pełnienie danej roli przez byłego pacjenta szpitala psychiatrycznego. Pełne dane zamieszczono w aneksie

Przekonanie o wstydlivosti chorób psychicznych również zwiększa dystans w stosunku do osób dotkniętych tymi chorobami. Dotyczy to w mniejszym lub większym stopniu większości uwzględnionych w naszym badaniu ról społecznych, z wyjątkiem sytuacji, gdyby były pacjent szpitala psychiatrycznego miał być nauczycielem dziecka respondenta, jego niespodziewanym gościem albo pełnić w jego społeczności lokalnej funkcje burmistrza lub posła.

Tabela 21

Jak zareagował(a)by Pan(i), gdyby okazało się, że ktoś, kto kiedyś chorował psychicznie i leczył się w szpitalu psychiatrycznym, ma zostać:	Poziom społecznego dystansu*		
	Ogółem N=1107	Czy zaliczył(a)by Pan(i) choroby psychiczne do chorób, które zazwyczaj ukrywa się przed innymi ludźmi jako wstydlive, czy raczej nie?	
		Tak N=654	Nie N=302
w procentach			
– opiekunem(ka) Pana(i) dziecka	+ 70	+ 72	+ 61
– nauczycielem(ka) Pana(i) dziecka	+ 60	+ 61	+ 56
– Pana(i) lekarzem	+ 46	+ 50	+ 30
– burmistrzem/wójtem w Pana(i) gminie	+ 45	+ 46	+ 41
– posłem w Pana(i) okręgu wyborczym	+ 39	+ 40	+ 36
– Pana(i) synową lub zięciem	+ 23	+ 26	+ 9
– proboszczem w Pana(i) parafii	+ 20	+ 22	+ 13
– Pana(i) nauczycielem(ka)	+ 19	+ 21	+ 10
– Pana(i) szefem/szefową w pracy	+ 14	+ 16	+ 2
– Pana(i) współlokatorem(ka) na czasach	- 17	- 13	- 52
– Pana(i) bliskim współpracownikiem(czką)	- 43	- 42	- 54
– niespodziewanym gościem na Pana(i) przyjęciu	- 44	- 43	- 48
– Pana(i) kolegą/koleżanką w klasie lub grupie studenckiej	- 59	- 57	- 74
– Pana(i) najbliższym sąsiadem	- 68	- 65	- 77

* **Opinie netto**, czyli różnica między odsetkiem odpowiedzi: „był(a)bym przeciwko temu” a „nie miał(a)bym zastrzeżeń” (połączone odpowiedzi „zdecydowanie” i „raczej”). **Plus** oznacza przewagę sprzeciwu, a **minus** – przewagę zgody na pełnienie danej roli przez byłego pacjenta szpitala psychiatrycznego. Pełne dane zamieszczono w aneksie

Natomiast tylko w niewielkim stopniu postawy ankietowanych zależą od ich kondycji psychicznej. Okazuje się, że w przypadku, gdyby były pacjent miał zostać synową lub zięciem respondenta, jego nauczycielem lub najbliższym sąsiadem, z większym dystansem odnieśliby się do niego ludzie spokojni o swoje zdrowie psychiczne niż zaniepokojeni jego stanem. Wynika z tego, że doświadczanie lęku o własne zdrowie psychiczne tylko w niektórych sytuacjach rozbudza empatię wobec osób chorych i osłabia niechętnie postawy wobec nich.

Tabela 22

Jak zareagował(a)by Pan(i), gdyby okazało się, że ktoś, kto kiedyś chorował psychicznie i leczył się w szpitalu psychiatrycznym, ma zostać:	Poziom społecznego dystansu*		
	Ogółem N=1107	Czy czasami niepokoi się Pan(i) o swoje zdrowie psychiczne?	
		Tak N=338	Nie N=731
w procentach			
– Pana(i) synową lub zięciem	+ 23	+ 9	+ 29
– Pana(i) nauczycielem(ka)	+ 19	+ 13	+ 23
– Pana(i) najbliższym sąsiadem	- 68	- 73	- 64

* **Opinie netto**, czyli różnica między odsetkiem odpowiedzi: „był(a)bym przeciwko temu” a „nie miał(a)bym zastrzeżeń” (połączone odpowiedzi „zdecydowanie” i „raczej”). **Plus** oznacza przewagę sprzeciwu, a **minus** – przewagę zgody na pełnienie danej roli przez byłego pacjenta szpitala psychiatrycznego. Pełne dane zamieszczono w aneksie

Postawy wobec osób chorych psychicznie zupełnie nie zależą natomiast od poczucia poinformowania ankietowanych na tematy psychiatryczne.

Wynika z tego, że niektóre wyobrażenia o chorobach psychicznych, funkcjonujące w świadomości społecznej, sprzyjają przejawianiu dystansu wobec ludzi, którzy je przeżyli. Dotyczy to przede wszystkim przekonania o nieuleczalności oraz, w mniejszym stopniu, o wstydlivości tych chorób. Czynniki te nie podważają jednak odnotowanej prawidłowości, że we wszystkich porównywanych grupach większość ankietowanych jest przeciwna powierzaniu byłym pacjentom szpitali psychiatrycznych ról związanych z odpowiedzialnością za nich samych, za ich dzieci i społeczności lokalne, natomiast zgadza się na to, by pełnili role niezwiązane z taką odpowiedzialnością, mniej ważne w życiu respondentów.

Z drugiej strony, wyniki sugerują, że doświadczenie kontaktu z osobą chorą psychicznie (czy to bezpośredniego, czy za pośrednictwem mediów), jak również doświadczenie niepokoju o własne zdrowie psychiczne sprzyjają w pewnym stopniu zmniejszeniu dystansu, przynajmniej w odniesieniu do niektórych ról społecznych. Być może realne doświadczenie osłabia oddziaływanie stereotypu.

Należy jeszcze raz podkreślić, że tendencja do dystansowania się wobec osób chorych, izolowania ich, stanowi skutek społecznego piętna choroby psychicznej, które pociąga za sobą społeczne odrzucenie i wykluczenie chorych. Utrudnia im bowiem dostęp do wielu ról społecznych nawet wtedy, gdy choroba mija, co często stanowi poważną przeszkodę w procesie leczenia i odzyskiwania pozycji społecznej. Za pozytywny przejaw trzeba jednak uznać, że Polacy w zdecydowanej większości są gotowi zaakceptować byłych pacjentów szpitali psychiatrycznych jako bliskich sąsiadów, kolegów czy współpracowników.

CZY CHORZY PSYCHICZNIE SĄ W POLSCE DYSKRYMINOWANI?

Do skutków społecznego napiętnowania nawiązuje także pytanie o wybrane aspekty strukturalnej dyskryminacji osób chorych psychicznie, przejawiającej się w takim działaniu instytucji społecznych, które utrwała nierówne, gorsze traktowanie tej grupy obywateli.

Obecnie – podobnie jak w roku 2005¹¹ – ankietowani uważają, że chorzy psychicznie są w Polsce traktowani gorzej niż inni obywatele, przede wszystkim gdy chodzi o prawo do pracy, zatrudnienia (80%, spadek o 3 punkty), poszanowania godności osobistej (68%) oraz

¹¹ W 2005 roku nie pytaliśmy o prawo do wykształcenia, edukacji.

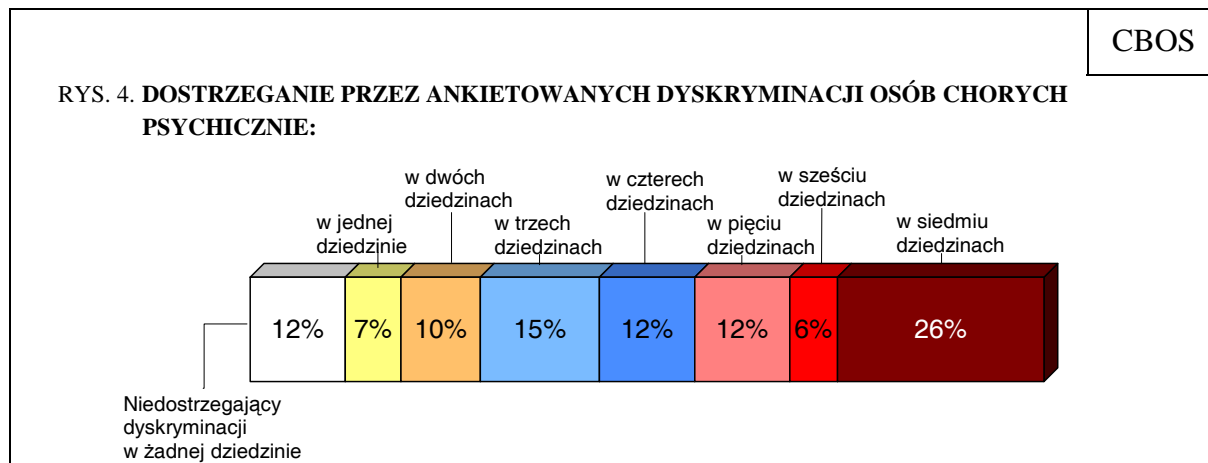
wykształcenia, edukacji (65%), a także, choć w mniejszym stopniu – ochrony majątku (58%, spadek o 3 punkty) i sprawiedliwego sądu (47%). Podzielone są opinie na temat respektowania prawa osób psychicznie chorych do opieki społecznej (42% uważa, że są traktowane jak inne, a 41% – że są dyskryminowane). Jedynie gdy chodzi o prawo do leczenia, przeważa przekonanie, że chorzy ci są traktowani na równi z innymi (49% wobec 38% wskazujących na dyskryminację), jednak obecnie w tej dziedzinie nieco częściej niż trzy lata temu dostrzegana jest dyskryminacja. Wynika z tego, że w Polsce chorzy psychicznie są postrzegani jako grupa strukturalnie dyskryminowana w wielu dziedzinach życia społecznego i pod tym względem w zasadzie nic się nie zmieniło od roku 2005.

Tabela 23

Jak Pan(i) sądzi, czy osoby chore psychicznie są w Polsce traktowane gorzej czy tak samo jak inni, gdy chodzi o prawo do:	Są traktowane gorzej niż inni	Są traktowane tak samo jak inni	Trudno powiedzieć	Są traktowane gorzej niż inni	Są traktowane tak samo jak inni	Trudno powiedzieć
	VI 2005			VI 2008		
	w procentach					
– pracy, zatrudnienia	83	7	10	80	8	12
– poszanowania godności osobistej	67	19	14	68	17	15
– wykształcenia, edukacji	-	-	-	65	18	17
– ochrony majątku	61	15	24	58	17	25
– sprawiedliwego sądu	48	26	26	47	29	24
– opieki społecznej	40	42	18	41	42	17
– leczenia	34	50	16	38	49	13

Zliczając odpowiedzi wskazujące, że w poszczególnych sferach życia społecznego chorzy psychicznie są traktowani gorzej niż inni, utworzyliśmy indeks nasilenia dyskryminacji¹². Okazuje się, że obecnie zaledwie co ósmy badany (12%) nie dostrzega żadnej dyskryminacji osób chorych, co szósty (17%) zauważa ją w jednej lub dwóch dziedzinach, nieco ponad jedna czwarta (27%) – w trzech lub czterech, a prawie połowa (44%) – w pięciu do siedmiu sferach życia.

¹² Jest to skala o wartościach od 0 (nie dostrzegają dyskryminacji w żadnej z analizowanych dziedzin) do 7 (dostrzegają dyskryminację we wszystkich siedmiu analizowanych dziedzinach).



W celu porównania deklaracji z lat 2005 i 2008 również w tym roku utworzyliśmy indeks nasilenia dyskryminacji z pominięciem prawa do edukacji, o które nie pytaliśmy w 2005 roku.

Tabela 24

Termin badania	Ankietowani dostrzegający dyskryminację osób chorych psychicznie*:						
	Nieostrzegający dyskryminacji w żadnej z dziedzin	w jednej dziedzinie	w dwóch dziedzinach	w trzech dziedzinach	w czterech dziedzinach	w pięciu dziedzinach	w sześciu dziedzinach
	w procentach						
VI 2005	11	10	17	15	13	9	25
VI 2008	13	11	14	15	14	6	27

*W tabeli tej uwzględniono tylko sześć dziedzin życia

Okazuje się, że w ciągu ostatnich trzech lat nie zmieniła się opinia ankietowanych o znacznym nasileniu w Polsce strukturalnej dyskryminacji osób chorych psychicznie.

We wszystkich porównywanych grupach społeczno-demograficznych opinie na ten temat są zbliżone, jednak im większe miasto, tym na ogół więcej osób dostrzega w poszczególnych dziedzinach życia gorsze traktowanie osób chorych psychicznie niż reszty obywateli (opinie mieszkańców wsi są najbardziej zbliżone do opinii mieszkańców średnich miast). Również z analizy indeksu nasilenia dyskryminacji wynika, że wraz z wielkością miejsca zamieszkania rośnie odsetek wskazujących na dyskryminację osób chorych we wszystkich omawianych sferach życia, a maleje grupa tych, którzy nie widzą żadnych jej przejawów. Według deklaracji badanych, w środowiskach wielkomiejskich dyskryminacja jest najbardziej skumulowana, a zarazem najbardziej widoczna – przejawia się zarówno w sferze zatrudnienia (88% wskazań), choć w tej dziedzinie zróżnicowania są najłabsze, oraz poszanowania godności osobistej (84%) i edukacji (81%), jak i ochrony majątku (68%),

leczenia (61%), opieki społecznej (59%) i sprawiedliwego sądu (56%). Uczniowie i studenci oraz pracownicy umysłowi niższego szczebla także należą do tych, którzy częściej niż inni (po 81% wskazań) zauważają naruszanie prawa chorych do poszanowania godności osobistej (zob. tabele aneksowe).

Ponadto warto zauważyć, że na przejawy strukturalnego dyskryminowania osób chorych psychicznie bardziej zwracają uwagę badani mający doświadczenia w osobistych kontaktach z nimi oraz stykający się z problemami chorych poprzez media i literaturę, niż ci, którzy nie mieli z tego rodzaju chorymi żadnej styczności.

Tabela 25

Jak Pan(i) sądzi, czy osoby chore psychicznie są w Polsce traktowane gorzej czy tak samo jak inni, gdy chodzi o prawo do*:	Ogółem N=1107	Kontakty respondentów z osobami chorymi psychicznie		
		kontakt osobisty N= 675	wyłącznie za pośrednictwem mediów lub literatury N= 131	Nie mieli żadnej styczności N= 299
w procentach				
– pracy, zatrudnienia				
Gorzej niż inni	80	84	86	69
Tak samo	8	7	4	12
– poszanowania godności osobistej				
Gorzej niż inni	68	73	74	56
Tak samo	17	15	13	23
– wykształcenia, edukacji				
Gorzej niż inni	65	68	69	58
Tak samo	18	18	16	20
– ochrony majątku				
Gorzej niż inni	58	62	60	48
Tak samo	17	16	14	20
– sprawiedliwego sądu				
Gorzej niż inni	47	50	46	40
Tak samo	29	29	29	29
– opieki społecznej				
Gorzej niż inni	41	44	41	39
Tak samo	42	42	46	41
– leczenia				
Gorzej niż inni	38	40	38	33
Tak samo	49	47	53	49
* Pominęto odpowiedzi „trudno powiedzieć”				

Dyskryminacja strukturalna sprawia, że oprócz cierpienia spowodowanego chorobą psychicznie chorzy dźwigają dodatkowy ciężar wynikający z poczucia, że w wielu dziedzinach są traktowani jak obywatele drugiej kategorii, wobec których nie obowiązują prawa gwarantowane przez konstytucję i inne ustawy. Obserwacje kliniczne ukazują, że dyskryminowanie chorych psychicznie utrudnia im powrót do zdrowia i odzyskanie pozycji społecznej. Nawet w dziedzinie prawa do leczenia, w której Polacy rzadziej dostrzegają

dyskryminację, profesjonalści niosący pomoc chorym psychicznie widzą istotne jej przejawy, np. w nierównym podziale środków przeznaczanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na leczenie psychiatryczne¹³, w zaniedbaniu modernizacji systemu opieki psychiatrycznej¹⁴, w utrzymywaniu takich zasad refundacji kosztów leków, które ograniczają potrzebującym dostęp do nowoczesnej farmakoterapii¹⁵.



Na podstawie wyników naszych badań można wyciągnąć kilka istotnych wniosków.

Przede wszystkim nasuwa się spostrzeżenie, że język polski ciągle nie wykształcił i nie upowszechnił terminów pozwalających na neutralne i rzeczowe określanie osób chorych psychicznie. W ostatnich dwunastu latach – mimo odnotowanych wahań – ciągle dominują określenia pejoratywne, o dużym potencjale społecznego naznaczenia i napiętnowania. Zaniechanie tej praktyki językowej i upowszechnienie słownictwa bardziej rzeczowego i neutralnego, nienaruszającego godności osób chorych, ale ułatwiającego ich zrozumienie, jest ważnym i pilnym wyzwaniem dla środowisk kulturotwórczych i opiniotwórczych.

W ciągu ostatnich trzech lat zmienił się społeczny wizerunek osób chorych psychicznie. Wyraża się to w jego urealnieniu – przesunięciu akcentu w kierunku wyobrażenia bardziej zróżnicowanego, mniej stereotypowego. Dotyczy to wszystkich wymiarów tych zachowań – nie tylko ich odmienności, ale także problemowości i gwałtowności (która zwykle jest podkreślana w przekazie medialnym). Za pozytywny przejaw należy też uznać utrzymującą się przewagę opinii, że osoby chore psychicznie mają szansę powrotu do zdrowia.

Niekorzystnym zjawiskiem jest natomiast powszechnie i niezmiennie wyrażane przekonanie, że choroba psychiczna jako wstydliva wymaga ukrywania jej przed innymi ludźmi. Świadczy to, jak silne jest w świadomości społecznej piętno rozpoznania choroby psychicznej, które prowadząc do przemilczania lub ukrywania choroby (albo zaprzeczania jej)

¹³ W krajach UE na opiekę psychiatryczną przeznaczają się średnio 5,8% (od 1% do 12%) ogółu wydatków na opiekę zdrowotną. W Polsce w ostatnich latach nieco ponad 3%, ale z tendencją malejącą.

¹⁴ Starania o wprowadzenie programu ochrony zdrowia psychicznego, który m.in. przewiduje systemową reformę opieki psychiatrycznej, trwają od kilkunastu lat (od uchwalenia *Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego* w 1994).

¹⁵ Dla przykładu: by zrefundować chorym psychotycznym niemały koszt zastosowania nowszych leków przeciwpsychotycznych, lekarz musi ich zaburzenia opatrzeć – często przedwcześnie – stygmatyzującą etykietą „schizofrenii”.

może skomplikować los chorych i utrudniać udzielenie im właściwej pomocy we właściwym czasie.

Nie poddaje się jednorodnej interpretacji odnotowana powszechność i trwałość społecznego przyzwolenia na stosowanie przymusu w leczeniu osób chorych psychicznie. Z jednej strony może ona dowodzić znacznego zaufania do instytucji i specjalistów w dziedzinie psychiatrii. Z drugiej strony jednak tak znaczna przewaga postaw restrykcyjnych nad liberalnymi może świadczyć o słabej gotowości społeczeństwa do respektowania podstawowego prawa obywatelskiego osób chorych psychicznie, jakim jest ich osobista wolność.

Niejednoznaczny jest także obraz deklarowanego stosunku Polaków do osób chorych psychicznie. Większość ankietowanych pozytywnie ocenia swoje odnoszenie się do nich, nie zmienia tego nawet odnotowany ostatnio spadek życzliwości i wzrost obojętności. Bardzo krytyczne są natomiast opinie o stosunku otoczenia respondentów do osób chorych. W tym względzie obserwujemy od roku 1999 znaczne pogorszenie ocen, badani dostrzegają obecnie w swoim środowisku znacznie mniej życzliwości, a więcej obojętności i niechęci. Można to uznać za jedną z negatywnych konsekwencji społecznej stygmatyzacji.

Inną negatywną konsekwencją społecznego napiętnowania jest – notowana w całym ostatnim dwunastolecu – tendencja do nieprzyznawania ludziom, którzy przebyli chorobę psychiczną, prawa do pełnego uczestniczenia w życiu społecznym nawet wtedy, gdy już przemijają ich kłopotliwe i niezrozumiałe zachowania, charakterystyczne dla okresu aktywnej choroby. Sprzeciw respondentów wobec pełnienia przez byłych pacjentów ról społecznych związanych z odpowiedzialnością za innych ludzi dowodzi, że społeczne piętno choroby psychicznej często przenoszone jest także na osoby już wyleczone. Trzeba jednak podkreślić, że Polacy w zdecydowanej większości są gotowi zaakceptować byłych pacjentów szpitali psychiatrycznych jako bliskich sąsiadów, kolegów czy współpracowników. Stwarza to możliwość środowiskowych form leczenia i podejmowania innych działań na rzecz pełniejszej obecności w życiu społecznym osób z doświadczeniem choroby psychicznej. Tym bardziej że tegoroczny pomiar dystansu ukazuje zmniejszenie sprzeciwu wobec pełnienia przez nie niektórych ról społecznych.

Niezmiennie jednak (tzn. podobnie jak w roku 2005) osoby chore psychicznie postrzegane są jako grupa strukturalnie dyskryminowana w wielu dziedzinach życia społecznego. Respondenci w swoich opiniach kładą nacisk zwłaszcza na gorsze ich traktowanie w zakresie prawa do zatrudnienia, poszanowania godności, edukacji, ochrony

majątku i sprawiedliwego sądu. Mniej krytycznie postrzegają jedynie respektowanie prawa chorych psychicznie do opieki społecznej i leczenia. Wynika z tego, że badani negatywnie oceniają mające chronić psychicznie chorych unormowania prawne lub ich praktyczną realizację.

Na zakończenie można powiedzieć, że – mimo odnotowanych pewnych pozytywnych zmian w świadomości Polaków – nadal nie są oni na ogół przygotowani do spotkania ze swymi chorymi psychicznie rodakami. Potoczny język i obyczaje życia codziennego podsuwają im raczej wzorce naznaczania, napiętnowania, dystansu i dyskryminacji. W ostatnim dziesięcioleciu zainicjowano wprowadzić kilka społecznych akcji zmierzających do zmiany niechętniej wobec psychicznie chorych obyczajowości (m.in.: *Schizofrenia – otwórzcie drzwi; Zdrowie psychiczne. Nie odrzucaj. Spróbuj pomóc; Leczyć depresję; Odnaleźć siebie*), ale ich rezultaty, przynajmniej te możliwe do uchwycenia w badaniu sondażowym, są stosunkowo mało widoczne. Akcje społeczne powinny bowiem współwystępować z systemowymi działaniami w zakresie polityki zdrowotnej, m.in. zaproponowanymi w projekcie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego popieranym przez zdecydowaną większość społeczeństwa. Dopiero połączenie inicjatyw społecznych z autoryzowanym i realizowanym przez państwo programem może skutecznie przeciwdziałać społecznej bezradności wobec problemów zdrowia psychicznego, zmniejszyć ryzyko zagrożeń w tej dziedzinie oraz poprawić los chorych psychicznie w Polsce.

Opracowali:

Bogna WCIÓRKA

Jacek WCIÓRKA