



Stygmatyzacja społeczna chorych psychicznie i jej determinanty

***Mgr pielęgniarstwa Katarzyna Targońska
Dr hab. n. med. i n. o zdr. Beata Kowalewska
Dr n. med. Agnieszka Kulak-Bejda***

*Stygmatyzacja społeczna chorych psychicznie
i jej determinanty*

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



***Stygmatyzacja społeczna chorych psychicznie
i jej determinanty***

***Mgr pielęgniarstwa Katarzyna Targońska
Dr hab. n. med. i n. o zdr. Beata Kowalewska
Dr n. med. Agnieszka Kulak-Bejda***

Białystok 2023

RECENZENCI MONOGRAFII

Olena Petrivna Venger, Prof., DSc, PhD, MD,

Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine.

Olga Sydorivna Yurtsenyuk

Doctor of Medicine, Professor of the Department of Nervous Diseases, Psychiatry and Medical Psychology of the Bukovinian State Medical University, Ukraine

Dr hab. n. o zdr. Katarzyna Van Damme-Ostapowicz

Faculty of Health and Social Sciences, Førde
Western Norway University of Applied Sciences, Norway

Wydawca

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
ul. Kilińskiego 1
Białystok

Wydanie I

Białystok 2023

Wszelkie prawa zastrzeżone

ISBN 978-83-67454-55-1

Opracowanie graficzne własne, grafika ze strony <https://pl.freepik.com/>

Monografia powstała na bazie wyników rozprawy magisterskiej Katarzyny Targońskiej.
Zawarte w niej materiały mogą być wykorzystywane tylko na użytek własny, do celów naukowych, dydaktycznych lub edukacyjnych.
Zabroniona jest niezgodna z prawem autorskim reprodukcja, redystrybucja lub odsprzedaż.

Druk

RobotA Piotr Duchnowski, Zaścianki 6, 15-521 Zaścianki

*„Najgorszą rzeczą w chorobie psychicznej jest cena,
jaką trzeba zapłacić za przeżycie.”*

Joanne Greenberg

WYKAZ AUTORÓW

Mgr pielęgniarstwa Katarzyna Targońska

Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo II stopnia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Klinika Alergologii i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Dr hab. n. med. i n. o zdr. Beata Kowalewska

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dr n. med. Agnieszka Kułak-Bejda

Klinika Psychiatrii, Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

SŁOWO WSTĘPNE

Z badań EZOP II przeprowadzonych przez Instytut Psychiatrii i Neurologii (IPiN) wynika, iż ponad 25% Polaków, czyli ponad osiem milionów osób cierpi w swoim życiu na różne zaburzenia psychiczne, a jedynie 16% korzystało z pomocy psychiatrycznej lub psychologicznej. Zaburzenia rozwoju psychicznego dotyczą ponad 400 tys. najmłodszych dzieci (do 6 r.ż.). Tego typu doświadczenia ma za sobą co 8. dziecko w wieku 7–17 lat, czyli ponad pół miliona dzieci i młodzieży. Około 7% dorosłej populacji (ok. 2 mln 215 tys. osób) doświadcza napadów lęku o nasileniu panicznym, a u około 1,2% populacji napady lękowe spełniają kryteria zaburzenia lękowego z napadami paniki. W okresie całego życia około 3,85% dorosłej ludności Polski cierpi na depresję, co przekłada się na około 1 mln 213 tys. osób. Można więc z powodzeniem stwierdzić, że zaburzenia psychiczne stanowią nie tylko istotny problem epidemiologiczny, ale także społeczny. Niestety w odniesieniu do osób zmagających się z zaburzeniami psychicznymi odnosi się zjawisko stygmatyzacji, obejmujące swoim zasięgiem kilka negatywnych oraz powiązanych ze sobą i nakładających się na siebie postaw prezentowanych w społeczeństwie, takich jak dystansowanie się (unikanie zawierania znajomości, czy też ograniczenie kontaktu); dewaluacja i stereotypizacja (upowszechnianie negatywnych, a przy tym znacząco uproszczonych, stereotypowych opinii dotyczących wymienionej grupy ludzi); delegitymacja (wprowadzenie prawnych ograniczeń dotyczących możliwości działań w jakimś obszarze przez daną grupę ludzi); segregacja (blokowanie dostępu do pewnych form aktywności, które „są zarezerwowane” wyłącznie dla osób zdrowych) oraz eksterminacja.

Wyniki badań prowadzonych przez CBOS w roku 2019 wynika, że choroby psychiczne zaliczane są do wstydlivych, które ukrywa się przed innymi. O powyższym częściej przekonani są badani lepiej wykształceni, mieszkańcy miast oraz badani, którzy zetknęli się z osobami chorymi psychicznie. Warto pamiętać, że już samo rozpoznanie choroby psychicznej ma cechy zbieżne ze stygmatem (staje się w pewnym stopniu etykietą odróżniającą osoby zdrowe od doświadczających kryzysu psychicznego), a dana osoba, poprzez taką diagnozę, zostaje automatycznie zaklasyfikowana do grupy ludzi o nieakceptowanych społecznie cechach. Stopień stygmatyzacji osób obciążonych chorobą psychiczną jest uzależniony nie tylko od postawionej diagnozy, ale także od przeświadczenia otoczenia o odpowiedzialności chorego za swoją chorobę. Niestety, jak twierdzi Hayward i Bright, w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi stereotyp budowany jest z czterech głównych stwierdzeń. Uważa się bowiem, że chory psychicznie jest niebezpieczny; że ponosi częściową odpowiedzialność za swój stan, że cierpi na chorobę przewlekłą, trudna do leczenia oraz że jest nieprzewidywalny i niezdolny do należytego wypełniania ról społecznych.

Z pewnością podstawą stygmatyzacji jest najprawdopodobniej zakorzeniony w kulturze lęk, potęgowany przez brak wiedzy na temat przyczyn i objawów chorób psychicznych. Podejście do osób z zaburzeniami psychicznymi kształtują także media, kreujące strach i negatywny obraz takich osób. W serialach telewizyjnych prezentowane są np. jako osoby stosujące przemoc dziesięciokrotnie częściej niż osoby zdrowe. Objawy choroby psychicznej pokazywane są jako główny i zasadniczy rys osobowości, a zaburzenie psychiczne stanowi nadrzędną cechę postaci. Często osoba chora to wyrzutek, osoba pozbawiona społecznej biografii i cech ludzkich. Taki wizerunek jest o tyle niebezpieczny, że osoby nie mające kontaktu w świecie realnym z osobami chorymi psychicznie czerpiąc swoją wiedzę na ich temat z mediów, opierają się raczej na negatywnych stereotypach, niż na rzetelnej wiedzy naukowej. Utrwała się więc obraz takiej osoby jako agresywnej, budzącej lęk, takiej której należy unikać. Pamiętać należy, że stygmatyzacja może być zarówno indywidualna (w odniesieniu do osób borykających się z kłopotami zdrowia psychicznego) i grupowa (często dotyczy rodzin tych osób) oraz społeczna i instytucjonalna. Piętno to dotyczy nie tylko osób chorujących obecnie lub w przeszłości, ale także tych, którzy mieli jakikolwiek kontakt z lekarzem psychiatrą. Niestety taką etykietę trudno jest zmienić nawet po powrocie pacjenta do tzw. „normalności”. Sami pacjenci niestety także często myślą o chorobach psychicznych stereotypowo, bowiem wzrastają i wychowują się w społeczeństwie negatywnie nastawionym do chorych psychicznie. W związku z tym łatwo po zachorowaniu ulegają autostygmatyzacji - internalizują, akceptują i odnoszą do siebie negatywne postawy społeczne. Nie można jednak zapominać o tym, że każdy z nas może kiedyś doświadczyć kryzysu lub zaburzenia psychicznego i wówczas również odczuć „macki” stygmatyzacji. W związku z tym ważną kwestią jest wychowanie i kształtowanie w środowisku społecznym postaw otwartych oraz życzliwych wobec osób chorych psychicznie. Niestety jak słusznie uważa Steve Jobs – „W większości przypadków ludzie grzęzną w znanych sobie wzorach i schematach niczym igła gramofonu w rowku płyty, i nigdy się z nich nie wydostają”. Nie szufladkujmy więc ludzi...

Podsumowaniem niech będą słowa Elżbiety Banczerz („Dusza zaklęta w słowa”) - „*Nie oceniaj. To boli. Nie szufladkuj. To boli. Nie wyśmiewaj. To boli. To wszystko cholernie boli. Przecież tak bardzo możesz się pomylić ze swoimi osądami. Tak bardzo możesz skrzywdzić swoimi łatkami. I będzie za późno. Skaleczysz komuś dobre ręce i serce. Bo anioły choć cudowne nie zawsze są piękne i strojne. Ukrywają się czasami pod nędznymi ubraniami. Za szklanymi oczami, za smutnymi ustami. I będzie Ci wstyd, gdy kiedyś w twoją stronę, wyciągną z pomocą te pokaleczone dłonie...*”

Mgr pielęgniarstwa Katarzyna Targońska
Dr hab. n. med. i n. o zdr. Beata Kowalewska
Dr n. med. Agnieszka Kułak-Bejda

SPIS TREŚCI

<i>Zaburzenia psychiczne: epidemiologia, etiologia, objawy</i>	12
<i>Zaburzenia psychiczne: diagnostyka i leczenie</i>	24
<i>Zaburzenia psychiczne: powikłania – samobójstwa</i>	28
<i>Zaburzenia psychiczne: stygmatyzacja</i>	31
<i>Założenia i cele</i>	35
<i>Material i metody</i>	36
<i>Wyniki</i>	37
<i>Podsumowanie</i>	66
<i>Wnioski</i>	72
<i>Piśmiennictwo</i>	73
<i>Wykaz rycin</i>	81
<i>Wykaz tabel</i>	83

Zaburzenia psychiczne: epidemiologia, etiologia, objawy

Na zdrowie człowieka składa się nie tylko kondycja fizyczna, ale również sfera psychiczna. Obecnie obserwuje się wzrost liczby osób z zaburzeniami psychicznymi, które dotyczą nie tylko dorosłych, ale również dzieci i młodzież. Od zarania dziejów zaburzenia psychiczne stanowiły o „inności” człowieka z różnym jego postrzeganiem przez otoczenie. W starożytności i średniowieczu mimo, iż pojęcie współcześnie rozumianej zaburzenia psychicznej nie istniało to zaburzenia tej sfery wiązano z nadprzyrodzonym światem demonów i bóstw. Szczególnie średniowiecze zaowocowało w leczeniu tych schorzeń za pomocą izolacji i rytuałów o magicznych właściwościach. Okres oświecenia pogorszył sytuację osób chorujących psychicznie, gdyż były one wyrzucone całkowicie poza struktury społeczne, izolowane w trudnych warunkach, unieruchamiane, niedożywione i dziesiątkowane przez zaburzenia ciała. Dopiero czasy rewolucji francuskiej przyniosły również rewolucyjne podejście do leczenia osób chorych psychicznie [1,2,3].

Obecnie zaburzenia psychiczne uznawane są wciąż za temat społecznie wstydlivy i są one często ukrywane przez chorych i ich rodziny przed otoczeniem. Pomimo kampanii społecznych chorzy często napotykać na problemy natury moralnej, społecznej czy brak zrozumienia zaś sama etykieta osoby chorej psychicznie niesie ze sobą znaczące ryzyko stygmatyzacji. Chorzy są kategoryzowani co wpływa na oczekiwania otoczenia co do niewłaściwych zachowań, zagrożeń dla otoczenia zgodnie z zasłyszonym czy wymagowanym obrazem osoby ze schorzeniem psychicznym. Niestety takie pejoratywne schematy przypisywane są w sposób ogólny wszystkim osobom ze schorzeniami psychicznymi bez względu na typ zaburzenia, a objawy chorobowe często są bagatelizowane, umniejszane lub traktowane jak rodzaj dziwactwa, cechy charakteru czy objawy niedorozwoju umysłowego [2,3,4].

Zaburzenia psychiczne są jedynym z zagrożeń zdrowia populacji zarówno w Polsce, Europie, jak i na świecie. Zgodnie z danymi statystycznymi w 2005 roku problem ze zdrowiem psychicznym dotyczył 27% ludności Unii Europejskiej. Wówczas najczęstszymi diagnozowanymi schorzeniami była depresja i zaburzenia lękowe. W roku 2011 w krajach Unii Europejskiej i Skandynawii współczynnik ten wzrósł do 38%. Głównymi jednostkami

chorobowymi dotykającymi populację są: bezsenność, stany lękowe, depresja, zaburzenia somatyczne, uzależnienia, a także demencje [2,5]. Stają się one niejednokrotnie także głównym powodem popełnianych samobójstw, czy przyczyną wyrządzonych sobie lub bliskim krzywd fizycznych i mentalnych [6,7,8]. W Polsce w wyniku samobójstw, w przebiegu zaburzeń psychicznych, umiera bez mała dwa razy więcej osób, niż w wypadkach samochodowych. Zaś w Raporcie z badań „*Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej*” już w 2012 r. wskazano, że u 3% aktywnych zawodowo mieszkańców Polski, wystąpił w ciągu życia przynajmniej jeden epizod depresyjny [9].

Wiele badań wskazuje na powszechne narastanie problemów zdrowia psychicznego i ich wymiar cywilizacyjny. Raport Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) i Komisji Europejskiej pt. „*Health at a Glance: Europe 2018*” dowodzi, że w 2016 r. ponad jedna na sześć osób (17,3%) w krajach Unii Europejskiej doświadczyła problemów zdrowia psychicznego. Tym samym autorzy raportu wskazują, że ok. 84 mln mieszkańców UE zmagало się z zaburzeniami psychicznymi w tym z : depresją, zaburzeniami lękowymi oraz zaburzeniami związanymi z używaniem alkoholu i narkotyków. Największy odsetek osób z zaburzeniami psychicznymi (ok. 19%), odnotowuje się w populacji Finów, Francuzów i Holendrów, natomiast najmniejsze nasilenie występowania tej grupy chorób (poniżej 15%) zaobserwowano wśród Bułgarów, Polaków i Rumunów. Autorzy Raportu podkreślają, że aż 5,4% populacji Europejczyków (25 mln) doświadczało stanów lękowych, 4,5% czyli 21 mln cierpiało na depresję lub stany depresyjne, 2,4% - 11 mln zmagало się z uzależnieniem (alkohol i/lub narkotyki), ok. 1,5 mln czyli 0,3% tej populacji doświadczało zaburzeń ze spektrum schizofrenii, zaś blisko 5 mln – 1% cierpiało na zaburzenia afektywne dwubiegunowe lub inne zaburzenia psychiczne o ciężkim przebiegu. Raport wskazuje również, że w wielu krajach panuje przekonanie, że lepiej nie ujawniać, że leczy się psychiatrycznie w obawie przed etykietowaniem [10].

Wg. WHO 3,8% populacji światowej cierpi na depresję co stanowi ok. 280 milionów ludzi. Częściej dotyka kobiet niż mężczyzn, przy czym istotną grupę ryzyka stanowią ludzie młodzi. W skrajnych przypadkach prowadzi do zachowań suicydalnych i samobójstw, które popełnia co roku ponad 700 tys. ludzi [11].

Zaburzenia psychiczne są to wzorce lub zespoły zachowań, uczucia, sposobów myślenia, postrzegania oraz innych czynności umysłowych i relacji z ludźmi, będące źródłem cierpienia lub utrudnień w indywidualnym funkcjonowaniu dotkniętej nimi osoby. Mogą być utrwalone, nawracające, mogą stopniowo ulegać remisji lub przebiegać jako pojedynczy epizod. Mogą im towarzyszyć zaburzenia emocji i nastroju, zaburzeniami myślenia oraz złożona aktywność, świadomość, a także z objawy wytwórcze, takie jak urojenia czy omamy [1,12,13].

Do zaburzeń psychicznych zaliczamy:

- Zaburzenia świadomości, spostrzegania, uwagi, myślenia, mowy, pamięci, aktywności ruchowej, woli i aktywności złożonej- złudzenia, omamy, zaburzenia psychosensoryczne, zaburzenia postrzegania własnej osoby i otoczenia, agnozje, zaburzenia treści, toku i logiki myślenia
- Zaburzenia emocji, uczuć- zaburzenia nastroju, stany lękowe, strach
- Zaburzenia nawyków, popędów, impulsów
- Zespoły psychopatologiczne- depresyjny, maniakalny, paranoidalny, paranoiczny, katatoniczny, otępienny, amnestyczny i majaczeniowy
- Schizofrenię, zaburzenia schizoafektywne, zespoły urojeniowe, ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne
- Zaburzenia afektywne- choroba afektywna jednobiegunowa (depresja nawracająca), choroba afektywna dwubiegunowa
- Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, inne uzależnienia
- Zaburzenia snu- bezsenność, zaburzenia oddychania podczas snu, nadmierna senność, zaburzenia rytmu snu i czuwania
- Zaburzenia wywołane organicznym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego (OUN)- otępienia, organiczne zaburzenia psychiczne
- Zaburzenia nerwicowe- fobie, zaburzenia lękowe, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, reakcja na stres, zaburzenia dysocjacyjne, somatoformiczne, hipochondryczne
- Zaburzenia osobowości i zachowania
- Zaburzenia odżywiania- jadłowstręt psychiczny, żarłoczność psychiczna

- Zaburzenia seksualne- dysfunkcje seksualne, zaburzenia identyfikacji płciowej, preferencji seksualnych, związane z rozwojem i orientacją seksualną [1, 14, 15].

W opinii Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) najczęściej występującymi zaburzeniami psychicznymi na świecie są depresja oraz problemy związane z nadużywaniem alkoholu. *„Depresja znajduje się na liście 20 najważniejszych przyczyn niepełnosprawności na świecie. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych przyczyniają się do wyjaśniania aż 31% globalnego obciążenia chorobą (ang. Global Burden of Disease - GBD), tj. kompleksowej miary stanu zdrowia obejmującej analizę umieralności, niepełnosprawności i czynników zagrażających zdrowiu. Około 9 na 10 przypadków samobójstw jest powiązanych z depresją i używaniem różnych substancji, takich jak alkohol, narkotyki i inne. Według prognozy WHO, w 2030 roku depresja będzie czynnikiem w największym stopniu odpowiedzialnym za GBD”* [12]. Zaburzenia psychiczne bardzo często prowadzą do niepełnosprawności, przedwczesnej śmierci lub samobójstw. Wśród Polaków wskazuje się, iż depresja, przemoc i zaburzenia związane z nadużywaniem alkoholu znajdują się w czołówce alarmującej listy.

Zaburzenia lękowe, zaburzenia depresyjne i zaburzenia dwubiegunowe występują częściej wśród kobiet niż wśród mężczyzn. *„Niektóre z tych różnic między płciami mogą wynikać z większej skłonności kobiet do zgłaszania problemów zdrowia psychicznego. Jedynym wyjątkiem są zaburzenia psychiczne związane z używaniem narkotyków i alkoholu – zaburzenia te występują ponad dwukrotnie częściej u mężczyzn niż u kobiet”* [12,16]. Badania epidemiologiczne ostatnich lat dowodzą, iż ryzyko zachorowania na CHAD (choroba afektywna dwubiegunowa) typu I dotyczy 1-2 % ogólnoswiatowej populacji [1].

Choroba psychiczna jest określana, jako syndrom występujący u danej jednostki mający związek z jej cierpieniem lub upośledzeniem i jest przejawem behawioralnej, psychologicznej lub biologicznej dysfunkcji [17].

Wśród zaburzeń psychicznych wyróżniamy:

- Zaburzenia świadomości i spostrzegania, złudzenia związane są ze złym postrzeganiem własnego istnienia, otaczającego świata, fragmentarycznego rejestrowania, podczas np. wzburzeń emocjonalnych, napięcia czy zmęczenia.

- Zaburzenia uczuć, emocji- wywołują obniżony nastrój, strach, lęk oraz fobie. Powodem niejednokrotnie bywa zetknięcie z przerażającą sytuacją, obiektem.

Patologiczność rozpoczyna się w momencie, gdy natężenie wyżej wymienionych objawów nadmiernie się wydłuża, pojawiając się nieadekwatnie do obecnej, niezagrażającej sytuacji [1,5].

- Schizofrenię uważaną za jedną z najcięższych chorób psychicznych, prowadzącą do niejednokrotnie całkowitego wytrącenia chorego z życia publicznego. Schizofrenik nie ma kontroli nad przebiegiem zaburzenia. Osoba borykająca się z chorobą, nie posiada umiejętności oceny krytycznej i realistycznej własnej postaci, otoczenia i relacji z otoczeniem. Schizofrenia występuje pod kilkoma postaciami. O rodzaju świadczą przeważające objawy, a wyróżnić można: schizofrenię paranoidalną, katatoniczną, rezydualną, hebefreniczną, prostą oraz niezróżnicowaną. W Polsce najczęściej występującą formą psychozy jest postać paranoidalna. Wpływ na rozwój zaburzenia mają czynniki organiczne, genetyczne, biochemiczne, neurorozwojowe, a także społeczno-psychologiczne. W mózgu chorej osoby zauważalne staje się poszerzenie przestrzeni komór bocznych, rowków płatów czołowych i skroniowych, a także ich zmniejszenie. Nie można jednak na podstawie tego wystawić jednoznacznej diagnozy. Swoją rolę ma również zmniejszenie objętości struktur czołowych i przedczołowych mózgu w połączeniu z obniżoną ich aktywnością. U chorych na schizofrenię zauważalna jest również redukcja objętości istoty szarej głównie po stronie lewej mózgowia, a także dochodzi do zmniejszenia gęstości połączeń w korze czuciowo- ruchowej. Czynnikiem wpływającym na rozwój schizofrenii może być również nadreaktywność układu dopaminergicznego- zwiększona presynaptyczna synteza dopaminy, transmisja serotonergiczna oraz problemy w układzie glutaminergicznym. Ryzyko wystąpienia jednostki wzrasta wraz z bliższym pokrewieństwem z osobą chorą. Odpowiada za to układ zgodności tkankowej na chromosomie 6p21.3-22.1, 2q32.1, 8p21-p12, 18q21.1. Wpływ mają także komplikacje okołoporodowe i wczesnodziecięce przyczyniające się do nieprawidłowego rozwoju mózgu i wraz z innymi czynnikami prowadzi do rozwoju schizofrenii [1,18,19,20].

- Chorobę afektywną jednobiegunową - depresję nawracającą - na rozwój której wpływa predyspozycja genetyczna, fizyczny stan organizmu oraz czynniki stresowe. U osób chorych zauważalne są niedobory katecholamin takich jak noradrenalina (NA), dopamina (DA) oraz serotoniny. Zaburzenia w regulacji osi układ limbiczny- podwzgórze- przysadka- nadnercza (LPPN). Zaburzenia na osi podwzgórze- przysadka- tarczyca u kobiet powodują częstszą zapadalność tej płci na depresję [1,21]. Czynniki psychologicznymi wywołującymi rozwój zaburzenia mogą być także stresujące sytuacje życiowe i dobierane sposoby radzenia sobie z

nimi. Czynniki społeczne i kulturowe mogą także prowadzić do rozwinięcia się spektrum, a należą do nich między innymi relacje społeczne, wsparcie bliskich, poczucie samotności, sytuacja zawodowa, a także materialna. Zazwyczaj jest efektem nakładania się na siebie wielu czynników jednocześnie [1,5].

- Chorobę afektywną dwubiegunową uważaną za chorobę, w której rola czynników genetycznych, biologicznych odgrywa większą rolę w rozwoju zaburzenia niż czynniki stresowe, jak w przypadku depresji. Zaburzenie wiąże się z nadmierną aktywnością neuroprzekaźników- dopaminy i noradrenaliny. Wpływ mają zarówno zaburzenia rytmów dobowych, jak i zaburzenia układu odpornościowego. W badaniach neuroobrazowych zauważalne są natomiast różnorodne zmiany czynnościowe i strukturalne w obszarach korowych, a także układzie limbicznym. Czynniki społeczne, psychologiczne, a także środowiskowe, wpływają w dużej mierze na rozwój oraz przebieg zaburzenia. Mogą gasić, wyzwać, wzmacniać jej przebieg. Sytuacje stresowe, wydarzenia zwiększają ryzyko wystąpienia pierwszego lub następnego epizodu zaburzenia [1,5].

- Zaburzenia psychiczne wywołane organicznym uszkodzeniem OUN- otępienia, organiczne zaburzenia psychiczne. Najczęstszą przyczyną występowania otępienia jest choroba Alzheimera. Patogenezę tłumaczy teoria „kaskady amyloidowej”, według której w mózgu odkładane są nierozpuszczalne i odporne na proteolizę formy peptydu Abeta, prowadzące w konsekwencji do śmierci neuronów i rozwoju pełnej zaburzenia otępiennej. W miejsce zanikniętego neuronu, wstępuje mikroglej. Utrata neuronów zauważalna jest najpierw w układzie limbicznym- głównie w hipokampie- a następnie w korze skroniowej i czołowej. Równocześnie z rozwojem zaburzenia, zanik mózgu staje się coraz bardziej rozległy [1,22,23].

- Zaburzenia nerwicowe- ich etiologia jest zróżnicowana. Ważną rolę odgrywają czynniki genetyczne, psychologiczne, biologiczne oraz społeczne. Uznaje się, iż są one wynikiem współdziałania czynników psychospołecznych i predyspozycji biologicznych. Zazwyczaj są manifestacją zaburzeń psychicznych mających swe korzenie w klinicznych zaburzeniach psychicznych o charakterze somatycznym.

- W zaburzeniach osobowości brane pod uwagę są czynniki kulturowe, środowiskowe, etniczne, czynniki związane z płcią. Brak jest badań, by móc stwierdzić wpływ predyspozycji genetycznych do rozwoju zaburzenia. Zauważalne są jednak problemy osób

borykających się z chorobą związane z problemami rodzinnymi, a także z maltretowaniem, czy przemocą domową [1].

- Zaburzenia odżywiania wykazują duży związek z czynnikami genetycznymi predysponującymi do rozwoju zaburzenia. Duży wpływ na rozwój zaburzenia mają również czynniki społeczno- kulturowe. Szczególnie narażoną grupą jest płć żeńska, gdyż w głównej mierze to kobiety dążą za wszelką cenę uzyskać szczupłą sylwetkę, dopasować się do kultury zachodniej. Niejednokrotnie jadłowstręt lub żarłocność leżą u podstaw stanów emocjonalnych (lęk, stres, smutek). W przypadku żarłocności psychicznej odgrywają dość znaczną rolę zaburzenia układu serotonergicznego, który uczestniczy w procesie regulacji odżywiania i poczuciem sytości. Za przyczynę podaje się także mniejszą obecność cholecystokininy w przewodzie pokarmowym [1,24,25,26].

- Zaburzenia rozwoju psychicznego, w skład których, wchodzi między innymi autyzm, zespół Aspergera, zespół Retta czy ADHD. Za wszystkie odpowiadają mutacje genetyczne, nieprawidłowości w systemie hormonalnym, życie rodzinne we wczesnych latach rozwoju dziecka czy też czynniki kulturowe. Ważną rolę odgrywają także czynniki epigenetyczne jak zażywanie używek oraz leków w czasie ciąży, urazy okołoporodowe lub maksymalnie mała masa urodzeniowa [1,27,28,29].

- Zaburzenia seksualne opierające się na modelu biopsychospołecznym. Powstają poprzez połączenie się zarówno zaburzeń somatycznych, jak i psychospołecznych. Najważniejszą rolę odgrywają zaburzenia hormonalne, zaburzenia metaboliczne, neurologiczne, choroby i urazy układu moczowo- płciowego, choroby przenoszone drogą płciową, zespoły bólowe, nadużywanie środków psychoaktywnych. Wpływ ma także zaburzony rozwój psychoseksualny, wykorzystanie seksualne w dzieciństwie, brak edukacji seksualnej, zaburzenia osobowości czy też zaburzenia obrazu ciała z negatywnym postrzeganiem własnej atrakcyjności. Zdarza się, iż przyczyny somatyczne są odzwierciedleniem przyczyn psychospołecznych [1,30,31].

Ze względu na dużą różnorodność i szeroki wachlarz objawów chorób psychicznych, można wyróżnić kilka najważniejszych schorzeń i cechy je charakteryzujące.

- Zaburzenia świadomości, postrzegania oraz złudzenia objawiają się niezorientowaniem osoby chorej co do miejsca, czasu, rzeczywistości, która ją otacza. Postrzega świat w sposób zniekształcony, przez co zachowuje się nieadekwatnie do obecnej sytuacji. Widzi obrazy,

słyszy dźwięki niedostrzegalne dla innych, zmieniając swoją postawę i zachowanie wobec wyimaginowanej w głowie rzeczywistości. Często osoba ze schorzeniem może czuć się nieobecna w swoim ciele, nie przyjmować do własnej wiadomości bodźców pochodzących z otoczenia lub interpretować je w zupełnie innym znaczeniu.

- Zaburzenia emocji wpływają na sposób funkcjonowania chorego. Zauważalny jest głęboki smutek, zubożenie, przygnębienie, które łączy się z niezdolnością do przeżywania radosnych chwil, czerpania przyjemności z jakichkolwiek rzeczy, ale i także nadmierna euforia, ekstaza, przesadne zadowolenie czy nieokreślona radość. Przyjmuje także stany lękowe, które objawiają się w sposób somatyczny- zimny pot, zawroty głowy, tachykardia, bóle brzucha, biegunka [1,32].

- Schizofrenia charakteryzuje się nieprzewidywanym przebiegiem. Najczęściej występującym obrazem klinicznym są:

- objawy ambiwalencji, czyli występowania w jednym czasie sprzecznych wykluczających się odczuć, doznań,
- zamknięcie się w sobie, skupianie głównie na wnętrzu samego siebie, chłód uczuciowy,
- sztywność emocjonalna- brak odzwierciedlenia przeżyć na zewnątrz,
- brak logicznego łączenia wypowiedzianych słów przy zachowaniu logiczności i sprawności intelektualnej, rozkojarzenie; zaburzenia poznawcze- pamięci, uwagi,
- zamiana zachowań odbiegających mocno od dotychczasowej rutyny dnia codziennego,
- urojenia, omamy, zastygnięcie poprzedzone silnym pobudzeniem ruchowym,
- smutek, przygnębienie, myśli samobójcze,
- zaburzenia funkcji wykonawczych (rozwiązywanie problemów, planowanie, adaptacja),
- zaburzenia koordynacji i zmniejszenie szybkości reakcji,
- nieufność, podejrzliwość, iluzje zmysłowe [1,18,33,34,35].

- Choroba afektywna jednobiegunowa- depresja objawia się zazwyczaj zaburzeniami nastroju (obniżeniem, osłabioną percepcją emocjonalną). Chory odczuwa ciągły smutek, przygnębienie, poczucie beznadziejności. Zauważalne jest zubożenie emocjonalne, zmniejszona lub brak radości z rzeczy, sytuacji, które poprzednio sprawiały przyjemność. Pojawia się także poczucie utraty energii, wyczerpania, jak i również zaburzenia snu, zaburzenia łaknienia i spadek masy ciała, zubożenie aktywności fizycznej. Osoba chora wyraża także myśli samobójcze, spowolnienie myślenia i kreowanie dramatycznej wizji świata. Mogą pojawić się także zespoły lękowe, zespoły natręctw, a także dolegliwości somatyczne pod postacią objawów neurologicznych, uzależnienia od substancji odurzających, zaniedbanie wyglądu, higieny osobistej, czy też ciągle obecne poczucie beznadziejności [1,5,27,28].

- Choroba afektywna dwubiegunowa charakteryzuje się występowaniem objawów zespołu maniakalnego lub hipomaniakalnego. Występuje drażliwy nastrój, przypływ wzmożonej aktywności i energii przy czym zmniejsza się potrzeba snu, a zwiększa się aktywność socjalna, seksualna i pobudzenieruchowe. Zauważalne jest rozproszenie uwagi, przyspieszony tok rozumowania, myślenia, a także niekiedy wzmożenie nastroju. Chorzy bardzo łatwo mogą przechodzić ze śmiechu do płaczu, odczuwać nagłą złość, agresję w chwilach radosnych. Przejawem schorzenia jest także gonitwa myśli, kiedy to chory mówi szybko, w nadmiarze, głośno, a wypowiedane słowa zawierają kilka wątków trudnych do zrozumienia dla słuchaczy. Chorzy na owe schorzenie mają zdolność do podejmowania szybkich, ryzykownych decyzji- zachowania seksualne, niepohamowane zakupy. Pacjenci często przejawiają urojenia, w których wyolbrzymiają realne możliwości pod postacią na przykład posiadania nadprzyrodzonych mocy, bądź czują się obserwowani, obmawiani przez otaczające społeczeństwo, stając się przez to agresywni. Mogą odczuwać bodźce niewystępujące w rzeczywistości w danej chwili pod postacią dźwięków, wypowiedanych słów przez osoby nieobecne w otoczeniu chorego [1,12].

- Zaburzenia psychiczne wywołane organicznym uszkodzeniem OUN, mając głównie na uwadze otępienie, mają charakterystyczny przebieg:

- zaburzenia pamięci najwyraźniej zauważalne w procesie uczenia się nowych informacji,

- problemy z funkcjami poznawczymi, które pogorszyły się w dużym stopniu do poprzedniego funkcjonowania chorego- myślenie, planowanie, osąd, ogólne przetwarzanie informacji,
- zmniejszona świadomość otoczenia- niezdolność do rozpoznawania przedmiotów, ludzi przy zachowanych zmysłach wzorku, słuchu, czucia i węchu, mniejsza zdolność koncentracji i uwagi,
- delirium,
- zmiana zachowań społecznych- drażliwość, apatia, chwiejność emocjonalna,
- zaburzenie zdolności wykonywania określonych czynności fizycznych przy zachowanej sprawności ruchowej [23,36,37,38].

- Zaburzenia nerwicowe stanowią grupę zaburzeń o zmiennej i bogatej symptomatyce, które obejmują dysfunkcję narządów nieobjętych przyczyną organiczną, zaburzenia emocjonalne, a także dysfunkcje procesów psychicznych.

- Objawy somatyczne: tachykardia, ból głowy/ brzucha/ innych „zdrowych” organów, nudności, wymioty, biegunka, omdlenia, drgawki, paraliż, dysfunkcje seksualne, zaburzenia metaboliczne, uciążliwy świąd skóry, parastezje i inne.

- Objawy psychogeniczne: napięcie, obniżenie nastroju, irytacja, lęk, zaburzenia koncentracji, labilność emocjonalna, apatia, obsesyjne myśli, poczucie szczególnego cierpienia, fobie i inne.

- Zaburzenia osobowości charakteryzują się odmiennością zachowania wynikającego z oczekiwań kulturowych. W zależności od grypy zaburzeń wyróżnia się:

- Osobowość paranoiczną, która musi być przez cały czas czujna, by nie zostały w jakikolwiek sposób wykorzystane czy skrzywdzone. Objawia się ogromną nieufnością, podejrzliwością, a wypowiedane słowa w swoim kierunku traktują jako obraźliwe, znieważające.

- W schizoidalnym zaburzeniu osobowości dominuje chłód emocjonalny powodujący izolację społeczną.

- Antysocjalne zaburzenia osobowości- antysocjalne zachowania, brak poczucia odpowiedzialności za swoje czyny, powtarzalne łamanie obowiązującego prawa, impulsywność, agresywność, kłamliwość, brak refleksyjności z podejmowanych decyzji.
 - Osobowości histrioniczna zwraca na siebie uwagę, przesadnie wyraża emocje, przejawia skłonność do teatralnych zachowań. Chorzy niemogący zrealizować swoich potrzeb, zamiarów stosują zachowania pozorowane, symulacje, kontrowersyjne [1,37,39].
- Zaburzenia odżywiania wiążą się z nadwagą i otyłością lub wręcz przeciwnie- z niedowagą, wychudzeniem lub nawet kacheksją.
- Jadłowstręt psychiczny atypowy- ograniczenie przyjmowania pokarmu prowadzące do uzyskania niskiej masy ciała w stosunku do norm obowiązujących w danej płci, stosowanie do wieku, norm rozwojowych. Obecny jest także strach przed przybraniem na wadze oraz zaburzenia w postrzeganiu swojego wyglądu, kształtu i masy ciała. Chorzy niejednokrotnie nadużywają środków przeczyszczających, lewatyw, leków diuretycznych. Z czasem pojawiają się zaburzenia hormonalne na osi podwzgórze–przysadka–nadnercza i gonad, co u kobiet prowadzi do braku miesiączki lub całkowitego zatrzymania miesiączkowania, a u mężczyzn do zaburzeń potencji i libido. Wykrywalne są również nieprawidłowe stężenia hormonów tarczycy, hormonu wzrostu i insuliny oraz zaburzenia gospodarki wodno- elektrolitowej (omdlenia, bledność powłok skórnych, wypadanie włosów, obniżona temperatura ciała, zaburzenia rytmu serca, zawroty głowy). Zauważalne są zarówno zmiany próchnicze na zębach i obrzęk ślinianek, będące efektem wywoływanych często wymiotów.
 - Żarłoczność psychiczna charakteryzuje się okresowymi napadami nadmiernego obżarstwa i nadmierną kontrolą własnej masy ciała. Chory pochłania ogromne ilości jedzenia w krótkim czasie, po czym stosuje prowokację wymiotów, leki tłumiące łaknienie by nie przybrać na wadze. Pojawia się nadmierna aktywność fizyczna, która ma na celu eliminację przyjętych kalorii [1,24,27].
- Zaburzenia rozwoju psychicznego pojawiają się we wczesnym okresie życia. Wspólną cechą wszystkich owych zaburzeń jest utrudniona umiejętność w funkcjonowaniu społecznym. Wszystkie dotyczą komunikowania się, interakcji społecznych oraz zachowania. Występuje deficyt w odwzajemnianiu społeczno- emocjonalnym, który początek swój ma już podczas podtrzymywania rozmowy. Ograniczenie dzielenia się

swoimi przemyśleniami, zainteresowaniami, osłabienie inicjacji interakcji społecznych. Pojawia się deficyt w komunikacji niewerbalnej- kontakt wzrokowy, mowa ciała, słaba ekspresja twarzy i gestów. Osoba z schorzeniem wyraża chęć do powtarzania rytuałów, rutyny, sceptycznie podchodzi do zmian, powtarza swoje zachowania w kontekście zadawanych pytań, spożywanych ulubionych potraw lub wyraża zainteresowanie nietypowymi obiektami. Może objawiać się poprzez nadmierne lub obniżone odczuwanie bodźców zmysłowych jak zmiana temperatury, reakcja na dźwięki, zapachy, dotyk oraz problemem nazywania odczuwanych emocji, uczuć [1,40].

- Osoby z ADHD charakteryzuje nadmierna aktywność, impulsywność i zaburzenia koncentracji uwagi. W sytuacjach trudnych, nudnych są w stanie przerwać czynność i podjąć inną. Schorzenie powoduje brak lub silne ograniczenie uwagi, skupienia. Koncentracja trwa krótko prowadząc do niedosłyszenia przekazywanego komunikatu, przzerwania pisania, rozmowy, słuchania. Pozostanie w jednej pozycji przez dłuższy czas jest trudne do uzyskania [41].

- Zaburzenia seksualne mogą objawiać się na wiele sposobów. W przypadku poczucia pożądania przybierają obraz obniżonego popędu seksualnego, zaburzeń erekcji i wartości libido. Związane są także z odczuwanym bólem podczas stosunku i w konsekwencji zniechęceniem do zbliżeń intymnych. Przejawiają się pod postacią nasilonego popędu, wyobrażeń seksualnych dotyczących niecodziennych przedmiotów- fetyszyzm, ekshibicjonizm, sadomasochizm czy też pedofilia. Transseksualizm manifestujący się pożądaniem zmiany obecnej płci na przeciwną. Chorzy poddają się wówczas zabiegom chirurgicznym, terapii hormonalnej zbieżnej dla danej pożądanej płci [31,42,43,44].

Zaburzenia psychiczne: diagnostyką i leczenie

Diagnostyka zaburzeń psychicznych nie należy do najłatwiejszych. Badanie psychiatryczne jest procesem oceniającym stan psychiczny pacjenta obecny oraz w pewnym sensie historię jego życia w której mogą być zlokalizowane przyczyny lub początki choroby. Trudność w postawieniu trafnej diagnozy polega na dynamice przebiegu zaburzenia, jego charakteru, nasilenia objawów i pojawieniu się nowych objawów. Oczekuje się od pacjenta jak największej szczerości i zaufania do badającego. Bazą do postawienia diagnozy jest dokładny wywiad z chorym, a także jego rodziną/ bliskimi przebywającymi na co dzień lub będącymi w stałym kontakcie. Wywiad opiera się na pytaniach o zmiany w stanie psychicznym, obecne dolegliwości czy trudności, przebyte choroby w tym urazy głowy, historię od dzieciństwa do stanu obecnego, sytuację psychospołeczną, warunki bytowe człowieka, jego sytuację życiową. W niektórych przypadkach zleca się wykonanie choremu TK (tomografia komputerowa) lub MRI (rezonans magnetyczny), czy też badanie EEG (elektroencefalografia) określające sprawność, strukturę i czynność mózgu. Badania laboratoryjne w tym badania hormonalne i immunologiczne stanowią dopełnienie diagnozy [45].

Pomocne stają się kwestionariusze, skale kliniczne składające się z wielu szczegółowych pytań. Zwiększoną uwagę przypisuje się:

- wyglądowi zewnętrznemu pacjenta,
- zachowaniu podczas przeprowadzanej rozmowy,
- poziomemu kontaktowi,
- mowie pacjenta,
- orientacji co do własnej osoby, czasu i miejsca, sytuacji,
- nastrojowi, napędowi mowy i postawy ciała,
- emocjom towarzyszącym rozmowie,
- myśleniu logicznemu,

- obecności występowania natręctw, omamów, urojeń, kompulsji podczas rozmowy [1,15,22,43].

Podstawą leczenia schorzeń natury psychicznej jest psychoedukacja, psychoterapia i farmakoterapia. Psychiatra stosuje dobrane indywidualnie do pacjenta metody kliniczne, podejście interpersonalne.

Psychoedukacja ma na celu lepsze zrozumienie przez pacjenta własnego stanu zdrowia psychicznego. Ponadto w trakcie psychoedukacji wzmacniane są mocne strony pacjenta, znajdowane są własne zasoby w radzeniu sobie z jednostką chorobową. Ma to zapobiegać nawrotom chorobowym i zwiększać szeroko rozumiany dobrostan pacjenta. Dzięki tego typu oddziaływaniom i zwiększaniu wiedzy na temat jego własnej jednostki chorobowej, pacjent może sobie lepiej z nią radzić [46].

Z kolei psychoterapia jest procesem długoterminowym, zaś zakres i metody psychoterapii są uzależnione od charakteru zaburzeń, fazy choroby, a także etapu, stanów zaostżenia oraz kontekstu społeczno- kulturowego. Istnieje wiele koncepcji, które są obecnie wykorzystywane w leczeniu psychiatrycznym. Ważnym aspektem każdej terapii jest współpraca chorego ze specjalistą. Kluczowe jest poznanie wzorców myślowych i zachowań chorego. Celem jest, by pacjent zrozumiał swój problem i nauczył się jak reagować na wystąpienie kryzysu. Niekiedy pomoc specjalistyczna opiera się na włączeniu w nią członków rodziny, głównie tam, gdzie problem leży u podstaw relacji interpersonalnych. Psychoterapia może być jedyną formą pomocy chorym, a także stanowić jeden z niezbędnych składników całego kompleksu leczniczego [1,40,47,48].

W przypadku zaburzeń świadomości i spostrzegania, a także uczuć i emocji, chory uczy się rozróżniać fałszywe odczucia od realnych. Niekiedy rolą terapeuty jest podtrzymanie na duchu pacjenta, udzielenie emocjonalnego wsparcia i porad, przywrócenie jego poczucia bezpieczeństwa [17,49,50].

W schizofrenii główną rolę odgrywa jednak farmakoterapia, którą należy rozpocząć jak najszybciej po postawieniu diagnozy. Im dłuższy jest okres nieleczzonej psychozy, tym gorszy jest przebieg i mniejsze szanse na uzyskanie remisji schizofrenii. Dotychczas nie uzyskano takiego etapu, by wyleczyć całkowicie schizofrenię. Dobrym momentem jest eliminacja większości objawów choroby, które w jakiś sposób zakłócały normalne funkcjonowanie chorego. Celem jest także zapobieganie nawrotom choroby. Duży wpływ

na leczenie ma otoczenie chorego. Ważne jest wsparcie rodziny, bliskich, codzienne zajęcia. Stosowanymi lekami są preparaty antagonistów dopaminergicznych, serotoninerгіcznych histaminergicznych i leki muskarynowe. Wyróżnia się takie substancje jak: amisulpryd, klozapinę, kwetiapinę, aripiprazol, resperidon, ziprasidon, lurasidon, olanzapinę, haloperidol czy karpiprazynę [1,34,39,44,51].

Choroba afektywna jednobiegunowa- depresja, leczona jest głównie za pomocą leków przeciwdepresyjnych, które wpływają na objawy zespołu depresyjnego. Obecnie najczęściej stosowanymi lekami są selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI)- paroksetyna, fluoksetyna, sertralina, fluwoksamina, citalopram oraz escitalopram. Rzadziej stosuje się trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne (TLPD), a najważniejszymi z nich są imipramina, amitryptylina oraz klomipramina. Leki te hamują wychwyty zwrotny noradrenaliny i serotoniny. Wśród innych substancji leczniczych, w przypadku wystąpienia depresji wymienia się: moklobemid, reboksetynę, trazodon, bupropion, wenlafaksynę, duloksetynę czy też tianeptynę. Jak w przypadku innych chorób natury psychicznej, niezwykle ważna jest długoterminowa terapia [1,35,43].

W chorobie afektywnej dwubiegunowej zastosowanie znalazły leki normotymiczne- stabilizujące zaburzenia nastroju. Należą do nich: karbamazepina, węglan litu czy też walproinianу. W leczeniu schorzenia odgrywają rolę także leki normotymiczne II generacji: klozapina, kwetiapina, olanzapina, risperidon, lurasidon, aripiprazol, a także nowe leki przeciwpadaczkowe: lamotrigina. W stanach nagłego zaostrzenia objawów choroby stosowany jest także haloperidol. Istotną formą pomocy osobie chorej jest psychoterapia oparta na biologicznym modelu choroby afektywnej dwubiegunowej [1,52,53].

W przypadku zaburzeń wywołanych organicznym uszkodzeniem OUN (otępienie) nie ma jak dotąd terapii przyczynowej. Farmakoterapia ma działanie jedynie objawowe. Używanymi do tego celu lekami są inhibitory cholinesterazy- donepezyl, riwastymina, czy też memantyna. Innymi substancjami zalecanymi przez psychiatrów w czasie leczenia schorzenia są; leki przeciwpsychotyczne, przeciwdepresyjne, przeciwdrgawkowe i leki z grupy benzodiazepin [1,22,54,55].

Zaburzenia nerwicowe leczone są za pomocą farmakoterapii oraz psychoterapii. Standardem jest terapia behawioralna, psychodynamiczna oraz poznawcza. Farmakoterapia przynosi zazwyczaj dobry skutek. Na pierwszy rzut zalecane są leki przeciwdepresyjne (LPP)- głównie selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny, noradrenaliny lub

też TLPD. W celu zminimalizowania objawów somatycznych stosuje się leki adekwatnie do zauważalnych objawów. Gdy terapia nie przynosi rezultatu lekami z wyboru stają się leki przeciwpsychotyczne I i II generacji- chlorprotiksen, kwetiapina czy sulpiryd [1, 44].

Leczenie zaburzeń odżywiania angażuje cały zespół terapeutyczny złożony z psychologów, psychiatrów, dietetyków, internistów, diabetologów, terapeutów zajęciowych, pielęgniarek czy też gastrologów. Psychoterapia opiera się głównie na terapii rodzinnej, poznawczo- behawioralnej, poznawczo- analitycznej i psychoedukacji. Farmakoterapia prócz oddziaływania psychiatrycznego, stanowi także element rehabilitacji żywieniowej. W fazie ostrej stosowane są leki prokinetyczne- metoklopramid lub domperidon. Rutynowo stosowany jest także błonnik wraz z podażą 2 litrów płynów każdego dnia. W fazach zaostrzenia choroby zaleca się stosowanie niewielkich ilości benzodiazepin przed jedzeniem celem zmniejszenia lęku. Leki przeciwdepresyjne i przeciwpsychotyczne II generacji należą do najczęściej wykorzystywanych substancji przy leczeniu zaburzeń odżywiania. Najchętniej stosowanymi lekami są kwetiapina, risperidon i olanzapina [1,25].

W przypadku zaburzeń neurorozwojowy takich jak zaburzenia ze spektrum autyzmu (zespół Aspergera czy autyzm wczesnodziecięcy) leczenie opierają na szeroko pojętych oddziaływaniach terapeutycznych. Obejmują one zajęcia z integracji sensorycznej, trening umiejętności społecznych, terapię kognitywną, behawioralną, a także psychoterapię metodą behawioralno- poznawczą. Leczenie ADHD obejmuje już psychoterapię, psychoedukację oraz farmakoterapię. Stosuje się leki psychostymulujące (metylofenidat) lub lek niestymulujący- atomoksetynę. Innymi substancjami wykorzystywanymi w farmakoterapii są: bupropion, klonidyna, TLPD, guanfacyna [1,41,42,53].

Zaburzenia psychiczne: powikłania - samobójstwa

Samobójstwo lub próba podjęcia samobójstwa jest wynikiem wielu czynników. Przyjmuje się, iż najistotniejszym impulsem do podjęcia tego czynu jest stwierdzenie zaburzeń psychicznych. U powyżej 80% ofiar samobójstw rozpoznane zostało co najmniej jedno z zaburzeń psychicznych - schizofrenia, depresja, nadużywanie substancji psychoaktywnych, zaburzenia osobowości, otępienie [1,56]. Z zachowaniami samobójczymi mają związek poczucie bezradności, impulsywność, agresywność, tendencje ucieczkowe, zamykanie się w sobie, długotrwała obecność stresorów oraz współwystępowanie zaburzeń psychicznych.

Zazwyczaj osoby popełniające samobójstwo, bezpośrednio lub pośrednio komunikują swój zamiar. Często sygnały są na tyle subtelne, że ich intencja informacyjna staje się jasna dopiero w kontekście popełnionego samobójstwa: np. izolowanie się od otoczenia, rozważania o śmierci, wizyty o charakterze pożegnalnym u bliskich, pisanie listów pożegnalnych czy testamentów, długotrwały smutek, stałe powracanie do przygnębiających problemów, sytuacji trudnych do rozwiązania w wypowiedziach lub określenia typu „jestem dla was ciężarem”, „lepiej byłoby wam beze mnie”, „dłużej nie dam rady”.

Czynnikami ryzyka wpływającymi na podjęcie próby samobójczej lub popełnienie samobójstwa są:

- czynniki demograficzne: miejsce zamieszkania, płeć (męska), rasa, pochodzenie,
- czynniki społeczno- ekonomiczne: traumatyczne przeżycia, sytuacja szkolna, zawodowa, rodzinna, rozwód, zadłużenie, bezrobocie, izolacja społeczna, przemoc, duża dostępność metod samobójczych, zbyt mała ilość raportowania przez media problemu samobójstw, brak wsparcia, konflikty, lęk,
- czynniki psychologiczne: poziom funkcjonowania poznawczego i społecznego, cechy osobowości, metody radzenia ze stresorami,
- czynniki chorobowe: somatyczne i psychiatryczne,

- czynniki biologiczne: genetyka,
- system zdrowia, w którym brak dostępu lub bardzo ograniczony dostęp do specjalistycznej opieki [48].

Zachowania suicydalne nie stanowią homogenicznej grupy. Zwoliński [57] wyróżnia ich kilka rodzajów:

1. *„Samobójstwa bezpośrednie: zamierzone czynności samobójcze z użyciem odpowiednich do tego celu środków, narzędzi, przyrządów ukierunkowane na doprowadzenie do śmierci.*
2. *Samobójstwa pośrednie: czynności okazyjnie samobójcze, w przebiegu których do śmierci prowadzą przyczyny towarzyszące.*
3. *Narażenie życia na niechybną śmierć: to czynności prowadzące do śmierci, niemające jednak charakteru zamierzonego, a będące skutkiem działania przyczyny towarzyszącej.*
4. *Narażenie życia na prawdopodobną śmierć: podobieństwo do powyższej kategorii, przy większym lub mniejszym prawdopodobieństwie śmierci działającego podmiotu” [57].*

Samobójstwa dominują u osób, u których stwierdzono nadużywanie substancji psychoaktywnych, występowanie depresji, zaburzeń nastroju, zaburzeń osobowości, schizofrenii, a także zaburzeń zachowania i odczuwania emocji.

W przypadku depresji jako impuls do podjęcia próby samobójczej wskazuje się przytłaczające poczucie beznadziejności życia, niską samoocenę, utratę zainteresowań. Nieskuteczne leczenie lub jego brak oraz sięgnięcie po substancje psychoaktywne zwiększa ryzyko podjęcia próby samobójczej w znaczącym stopniu [58].

Wśród schizofreników samobójstwo jest pionierem w przyczynach śmierci tych osób. Prowadzi do tego poczucie bezcelowości życia, społeczne wycofanie, obsesyjne myśli samobójcze, brak złożonej aktywności. Osoby chore niejednokrotnie zmagają się z halucynacjami słuchowymi, które „nakazują” im się zabić. Wpływ ma także wczesne zachorowanie na schorzenie, stygmatyzacja i izolacja społeczna, niepożądane działania polekowe, wcześniejsze PS w rodzinie.

Uzależnienie od alkoholu zwiększa ryzyko samobójstwa, z racji na utratę kontroli, zwiększone nieracjonalne myślenie i wzrost impulsywności, które sprzyjają podjęciu ryzykownych zachowań [59].

Zaburzenia osobowości, głównie osobowość borderline, już w rozpoznaniu nacechowana jest powtarzającymi się groźbami samobójczymi i samouszkodzeniem. Osoby z tą chorobą skłonne są do popełnienia samobójstwa nawet bez czynnika mobilizującego. Wykazują one jednakże wzmożoną impulsywność, wrogość, a także agresywność [1,6,48,60].

Zaburzenia psychiczne: stygmatyzacja

Stygmatyzacja (z gr. stigma) inaczej naznaczanie poprzez nadawanie jednostkom lub grupom określeń tzw. etykiet, odnosi się do społecznej dezaprobaty i negatywnego odbioru ludzi ze względu na charakteryzujące ich cechy. Należy podkreślić, że nadanie piętna prowadzi do alienacji i odrzucenia osób obarczonych stygmatem [61]. Stygmat, za Goffman [62], w wyniku upływu czasu może ulec złagodzeniu lub zaostrzeniu i ten sam atrybut w zależności od kontekstu, może kogoś dyskredytować, poniżyć lub wręcz pozytywnie wyróżniać [62,63]. Istotnym jest, że stygmat to jeden z najsilniejszych środków społecznego oddziaływania, wykorzystywanych do marginalizowania, wykluczania czy też demonstracji siły, wobec osób o nieakceptowanych przez środowisko cechach. Często pojawia się on w efekcie strachu etykietujących [64] jednak radykalnie zmienia on sposób postrzegania siebie przez stygmatyzowanych, znacząco obniżając ich poczucie własnej wartości, jakości życia oraz sposobu postrzegania i odbioru ich przez otoczenie [65]. Oprócz przypisania etykiety, zjawisku stygmatyzacji mogą towarzyszyć takie zjawiska jak np. odmawianie praw, szykanowanie, znęcanie się psychiczne, wyśmiewanie oraz przemoc fizyczna [66].

Jest wiele przyczyn nakładania piętna, zaś szczególną formą tego zjawiska jest stygmatyzacja osób przewlekle chorych, którzy przez swoją chorobę odróżniają się od pozostałej części społeczeństwa. Ten rodzaj stygmatyzacji określa się jako stygmatyzację związaną z chorobą [67]. Co istotne stygmat może przyczynić się do dyskredytacji i zepchnięcia innych cech (np. wiedza, inteligencja, uczciwość, dobroć, wykształcenie, umiejętności) osób piętnowanych na plan dalszy, uwypuklając tylko tę cechę, która skutkuje nadaniem piętna. W przypadku choroby może to być niższy status społeczny chorych, specyficzne objawy choroby, trudności w radzeniu sobie z codziennością czy odmienny od kanonów wygląd [63].

W odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi pojęcie stygmatyzacji dotyczy kilku negatywnych, powiązanych ze sobą i nakładających się na siebie postaw społecznych [68]. Należą do nich takie postawy jak: dystansowanie się (unikanie wchodzenia w nieformalne kontakty), dewaluację i stereotypizację (dyskredytowanie i prezentowanie negatywnych, opinii), delegitymację (wprowadzenie prawnych ograniczeń w jakimś obszarze), segregację (wykluczanie z pewnych form aktywności) a także eksterminację (niszczenie fizyczne i psychiczne) [69]. Niezmiernie ważne jest, że termin „choroba

psychiczna” sam w sobie jest stygmatyzujący dla pacjenta, dlatego też **odchodzi się od używania go, w zamian zaś stosuje się pojęcie „zaburzenia psychiczne”**. Co więcej już od lat 80. ubiegłego stulecia w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 nie używa się określenia choroba psychiczna. Zamiast tego funkcjonuje nazewnictwo takie jak - zaburzenie psychiczne, jednostka kliniczna bądź zespół objawów [70].

Hayward i Bright wskazują, że w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi stereotyp zbudowany jest z 4 głównych stwierdzeń:

- Chory psychicznie jest niebezpieczny.
- Ponosi częściową odpowiedzialność za swój stan.
- Cierpi na chorobę, która jest chroniczna i trudna do leczenia.
- Jest nieprzewidywalny i niezdolny do należytego wypełniania ról społecznych [cyt. za 7].

W konsekwencji stygmatyzacji człowieka z zaburzeniami psychicznymi następuje pozbawienie go możliwości podejmowania ról społecznych (rodzinnych, zawodowych), izolacja lub wykluczenie społeczne. Ponadto, przypisuje mu się cechy osoby małowartościowej lub w ogóle bezużytecznej ograniczając jego aktywności, oraz umniejszając kompetencje intelektualno-społeczne, co w konsekwencji potęguje alienację w środowisku, w którym funkcjonuje osoba chora. Działania dyskryminacyjne i odebranie podstawowych praw w efekcie stać się może czynnikiem wywołującym agresję lub autoagresję jako przejaw działań obronnych chorego [68].

Stereotypizacja osób z zaburzeniami psychicznymi jest widoczna w badaniu Jankowiak i wsp.[71], gdzie respondenci mimo iż w większości rzadko lub wcale nie spotykali osób z problemami zdrowia psychicznego określali ich w sposób pejoratywny z użyciem słów: „wariat, świr, niebezpieczny dla otoczenia, stuknięty, czubek, idiota, debil, półmózg, niepoczytalny, nieprzewidywalny, trudny do obcowania” oraz w badaniu Babickiego i wsp. [7], gdzie blisko 20% respondentów spośród 1309 badanych uznało, że zaburzenie psychiczne jest powodem do wstydu. Również w powyższym badaniu 8,6% respondentów uznało, że osoby z problemami psychicznymi cechują się „niższą sprawnością intelektualną”, 14,6% badanych uznało, że różnią się wyglądem. Powyżej omawiane stereotypy powielają się w licznych badaniach gdzie respondenci deklarują swe przekonania określając osoby chore psychicznie jako niebezpieczne, nieodpowiedzialne, mniej sprawne,

nie dbające o swój wygląd, nie potrafiące kierować swoimi sprawami, odpowiedzialne za swoją chorobę, z utrudnionym kontaktem z otoczeniem, nieprzyjazne [72,73,74,75].

Jak pokazują w swoich badaniach Brzezińska i Zwolińska [76], zaburzenie psychiczne często uniemożliwiają tej grupie chorych zdobycie wykształcenia co rzutuje kolejno na inne elementy stygmatyzacji w tym utrudnia dostęp do pracy, wprowadza ograniczenia społeczne w stosunku do tej grupy osób. Z objętej przez autorów grupy osób z zaburzeniami psychicznymi aż 74% nie pracowało w chwili przeprowadzania badania.

Cechy stygmatyzacji zarówno społecznej jak i ekonomicznej są zauważalne w badaniu Babickiego i wsp. [7], gdzie 10,6% respondentów zadeklarowało, że nie zatrudniłoby nigdy osoby z problemami psychicznymi, a 17,8% badanych nie chciałoby mieć takiej osoby za współpracownika. Ponadto, 14.1% badanych nie chciałoby mieć „takiego” sąsiada, a 10,6% ankietowanych nie chciałoby utrzymywać kontaktów z osobą leczącą się psychiatrycznie.

W badaniu CBOS opracowanym przez Wciórka i Wciórka [77] respondenci nie wyrazili sprzeciwu przed posiadaniem sąsiada z chorobą psychiczną ale odmówili tej grupie osób prawa do pełnienia ról społecznie odpowiedzialnych jak np. leczenia, nauczania, opieki nad dziećmi, pełnienia funkcji posła czy burmistrza.

Osoby z problemami psychicznymi często przyjmują stygmat zanim on wystąpi co znacząco pomniejsza ich zasoby i dewaluuje ich we własnych oczach, wiele z tych osób doznając etykietowania utwierdza się w swojej mniejszej wartości. 58% osób ze schizofrenią badanych przez Cechnickiego i wsp. [78] doświadczało stygmatyzacji społecznej w zakresie relacji międzyludzkich, a 55% zawodowej, doznając trudności na rynku pracy. Z powodu choroby psychicznej 87% badanych doświadczyło odrzucenia przez inne osoby, zaś w przypadku 50% badanych chorych nastąpiło całkowite zerwanie kontaktów towarzyskich w wyniku choroby. Ponadto, jak wskazuje Schulze i wsp. pacjenci z zaburzeniami psychicznymi deklarują iż zdarza się, że są niesłusznie oskarżani o różne przewinienia i przestępstwa a u podłoża tej sytuacji leży stereotyp osoby chorej psychicznie która jest z racji choroby nacechowana negatywnymi intencjami i działaniami [79].

Panujące od lat negatywne przekonania co do osób chorujących psychicznie powodują, że są to choroby wstydlive dla samych chorych ale też dla ich rodzin. Wiedza otoczenia na temat tego typu zaburzeń niesie ze sobą stygmatyzację i stereotypowe

postrzeganie narzucane bez głębszej analizy poszczególnych przypadków chorobowych i sytuacji jednostki, utrzymywaniem dystansu społecznego i wykluczaniem chorych i ich rodzin. Prowadzone kampanie społeczne wydają się mieć zbyt subtelny wydźwięk aby zmienić ogólnospołeczne postawy i polepszyć możliwości funkcjonalne i realizację ról społecznych przez osoby z zaburzeniami psychicznymi.

Założenia i cele

Kapanie społeczne mają na celu zwrócenie uwagi na problemy zdrowia psychicznego, sposoby ich rozpoznania, przeciwdziałania im oraz możliwości uzyskania pomocy zarówno przez chorych jak też ich rodziny. Pomimo tych działań przyznanie się do zaburzeń psychicznych nadal jest wstydlivym tematem, a osoby w kryzysie psychicznym doświadczają stygmatyzacji i szeroko pojętej dyskryminacji. Choroba psychiczna staje się przyczyną pejoratywnego naznaczenia w procesie reakcji społecznej na świadomość zaburzenia psychicznego u osoby z otoczenia. Osoby te są deprecjonowane zarówno intelektualnie jak też pod względem umiejętności czy możliwości realizacji ról społecznych. Bez względu na chorobę psychiczną chorzy podlegają stereotypizacji przez otoczenie i często wcześniejsze dokonania nie mają znaczenia dla postrzegania tej grupy chorych. Środowisko ogranicza lub całkowicie zrywa kontakty z obawy przed nieobliczanymi zachowaniami chorych, zaś sami chorzy stale doświadczający negatywnych, etykietujących opinii sami przyjmują je dokonując samostygmatyzacji. Złożoność sytuacji powoduje osamotnienie chorych psychicznie i ich rodzin.

Zasadniczym celem pracy była ocena występowania zjawiska stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi oraz jego przyczyn.

Cel główny wzbogacono następującymi celami szczegółowymi:

- ocena czynników wpływających na występowanie zjawiska stygmatyzacji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi,
- poznanie opinii społecznej na temat oczekiwanych zasad funkcjonowania społecznego chorych psychicznie,
- ocena wpływu czynników demograficznych na opinię respondentów o osobach chorych psychicznie.

Materiał i metody

Badanie zostało przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego. Materiał badawczy zebrano na podstawie autorskiego kwestionariusza ankiety skonstruowanego na potrzeby badań.

Autorski kwestionariusz ankiety składał się z 30 pytań (5 pytań wielokrotnego wyboru, 25 pytań jednokrotnego wyboru). W metryczce znalazły się pytania o płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania respondentów. Pytania części szczegółowej kwestionariusza dotyczyły znajomości ankietowanych z osobami psychicznie chorymi, ich odczuć w kontaktach z tą grupą chorych, opinii o chorych psychicznie i ich funkcjonowaniu w świecie, w tym na temat pełnienia różnych ról społecznych, a także ogólnej wiedzy ankietowanych w zakresie problemów zdrowia psychicznego.

Badanie przeprowadzono w okresie od grudnia 2022r. do stycznia 2023r., wśród pełnoletnich osób. Wypełnienie elektronicznej ankiety zamieszczonej na portalu społecznościowym Facebook, było jednoznaczne z wyrażeniem zgody na udział w badaniu. Respondenci mogli zrezygnować z udziału w badaniu na każdym jego etapie bez podawania przyczyny. Do analizy zakwalifikowano 110 poprawnie uzupełnionych ankiet. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku nr. APK.002.402.2022.

Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu oprogramowania STATISTICA wersja 7.0 firmy StatSoft Polska. Wyniki przedstawiono w formie opisowej oraz graficznej, za pomocą rycin i tabel. Dodatkowo dokonano analizy statystycznej – zastosowano test Fishera oraz test niezależności Chi². Badana zależność jest istotna statystycznie, gdy współczynnik p (p value) jest <0,05. W przypadku uzyskania wyniku 0,1>p<0,05 występuje istotność na poziomie tendencji statystycznej. Wynik p>0,1 wskazuje na brak istotności statystycznej.

Wyniki

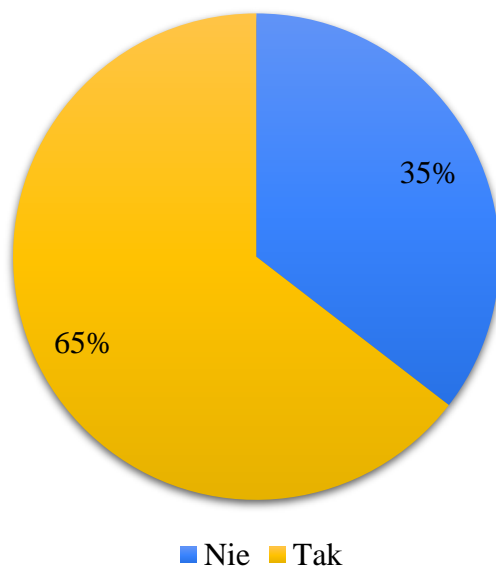
ANALIZA CZĘŚCI OGÓLNEJ ANKIETY

Analizując dane socjodemograficzne wykazano, że w badanej populacji dominowały kobiety (n=73; 66,36%). Prawie ½ grupy posiadała wykształcenie wyższe (n=53; 48,18%). O wykształceniu na poziomie podstawowym poinformowało 2 ankietowanych, stanowiło to 1,82%. Aż 82,73% respondentów mieściło się w przedziale wiekowym od 18 do 30 roku życia. Większość uczestników badania pochodziło z miast liczących powyżej 30 tysięcy mieszkańców (n=81; 83,64%). Szczegółowe dane zostały przedstawione w Tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna respondentów.

Płeć	N	%
Kobieta	73	66,36%
Mężczyzna	37	33,64%
Wykształcenie	N	%
Podstawowe	2	1,82%
Zawodowe	8	7,27%
Średnie	47	42,73%
Wyższe	53	48,18%
Wiek	N	%
18 - 30	91	82,73%
31 - 40	8	7,27%
41 - 60	11	10,00%
Miejsce zamieszkania	N	%
Miasto do 10 tys. mieszkańców	7	6,36%
Miasto do 30 tys. mieszkańców	10	9,09%
Miasto powyżej 30 tys. mieszkańców	81	73,64%
Wieś	12	10,91%

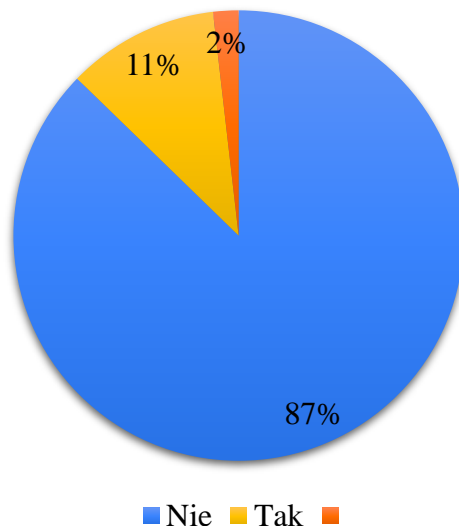
Ponad 60% badanych wskazało znajomość osoby zmagającej się z zaburzeniami psychicznymi (n=71; 64,55%) – Rycina 1.



Rycina 1. Znajomość respondentów z osobami zmagającymi się z zaburzeniami psychicznymi.

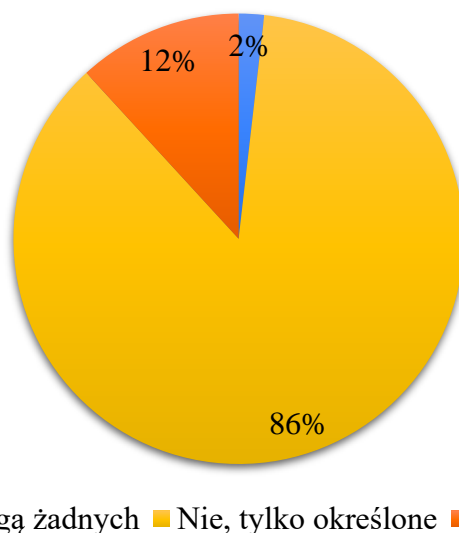
ANALIZA WYNIKÓW CZĘŚCI SZCZEGÓŁOWEJ ANKIETY

Według 96 ankietowanych (87,27%) „odgórne” ocenianie osób chorych psychicznie występuje od czasu do czasu. Pozostałe informacje zaprezentowano na Rycinie 2.



Rycina 2. Doświadczenie respondentów dotyczące ogólnego oceniania osoby chorej psychicznie.

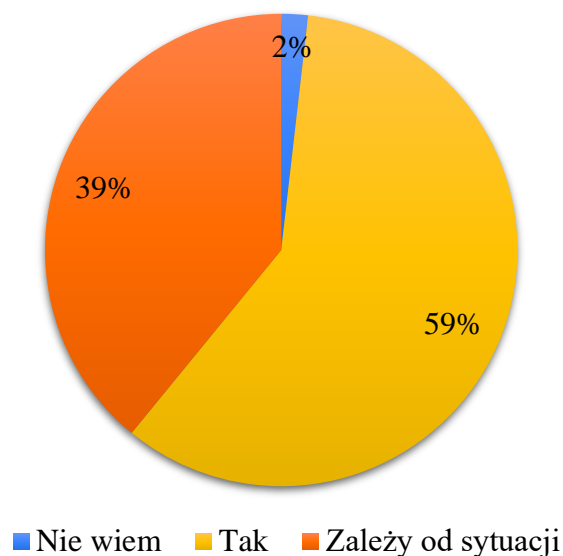
Większość ankietowanych była zdania, że osoby z zaburzeniami psychicznymi powinny wykonywać tylko określone zawody (n=95; 86,36%). 11,82% badanej populacji (n=13) było zdania, że osoby te powinny mieć możliwość wykonywania każdego zawodu. Według 2 respondentów chorzy psychicznie nie powinni pracować (1,82%) – Rycina 3.



■ Nie, nie mogą żadnych ■ Nie, tylko określone ■ Tak, wszystkie

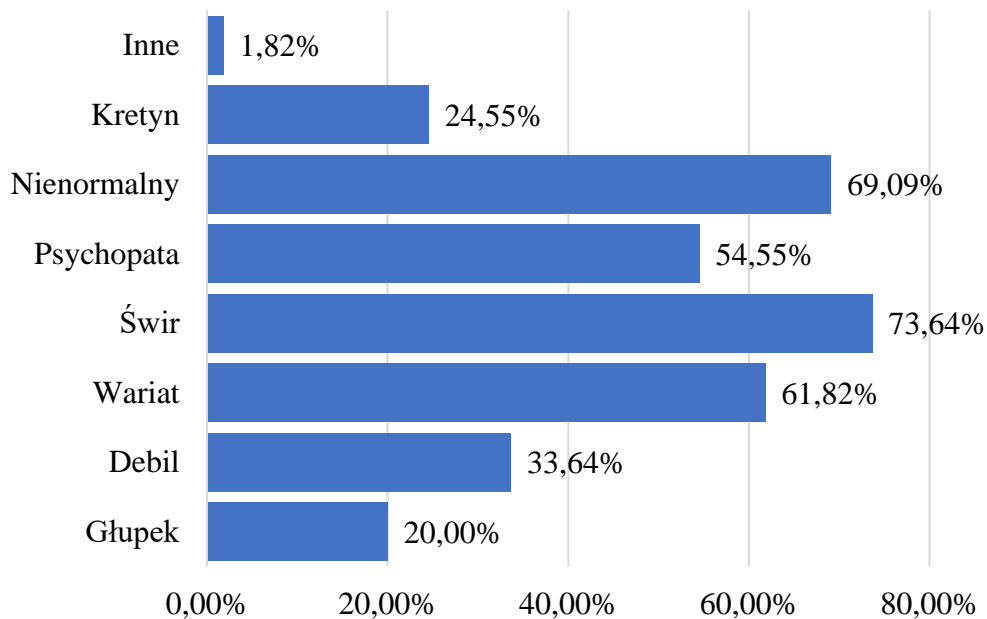
Rycina 3. Zdanie respondentów na temat wykonywania każdego rodzaju zawodu przez osoby z zaburzeniami psychicznymi.

Osoby z zaburzeniami psychicznymi są gorzej postrzegane wśród społeczeństwa według 65 ankietowanych (59,09%). Zdaniem 39,09% badanych (n=43) postrzeganie chorych zależy jest od sytuacji. Brak opinii w tym względzie wyraziło 2 osoby badane (1,82%) – Rycina 4.



Rycina 4. Zdanie respondentów dotyczące gorszego postrzegania przez społeczeństwo osób z zaburzeniami psychicznymi.

Uczestników badania zapytano z jakimi określeniami opisującymi osoby chore psychicznie spotkali się. Najczęściej wymienianymi odpowiedziami były „Świr” (n=81; 73,64%), „Nienormalny” (n=76; 69,09%) i „Wariat” (n=68; 61,82%). Pozostałe odpowiedzi wyszczególniono na Rycinie 5.

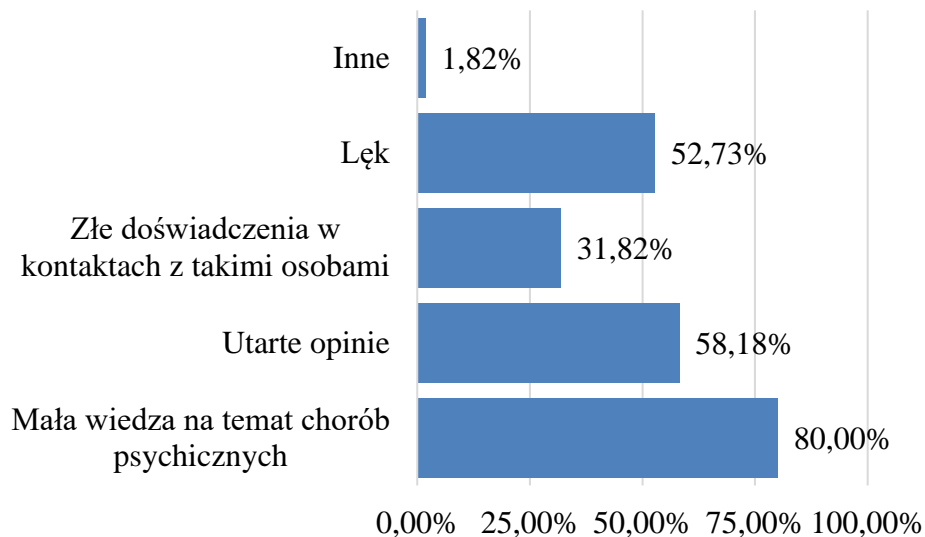


*Pytanie wielokrotnego wyboru, wyniki nie sumują się do 100%.

Rycina 5. Określenia opisujące osoby chore psychicznie z jakimi spotkali się respondenci.

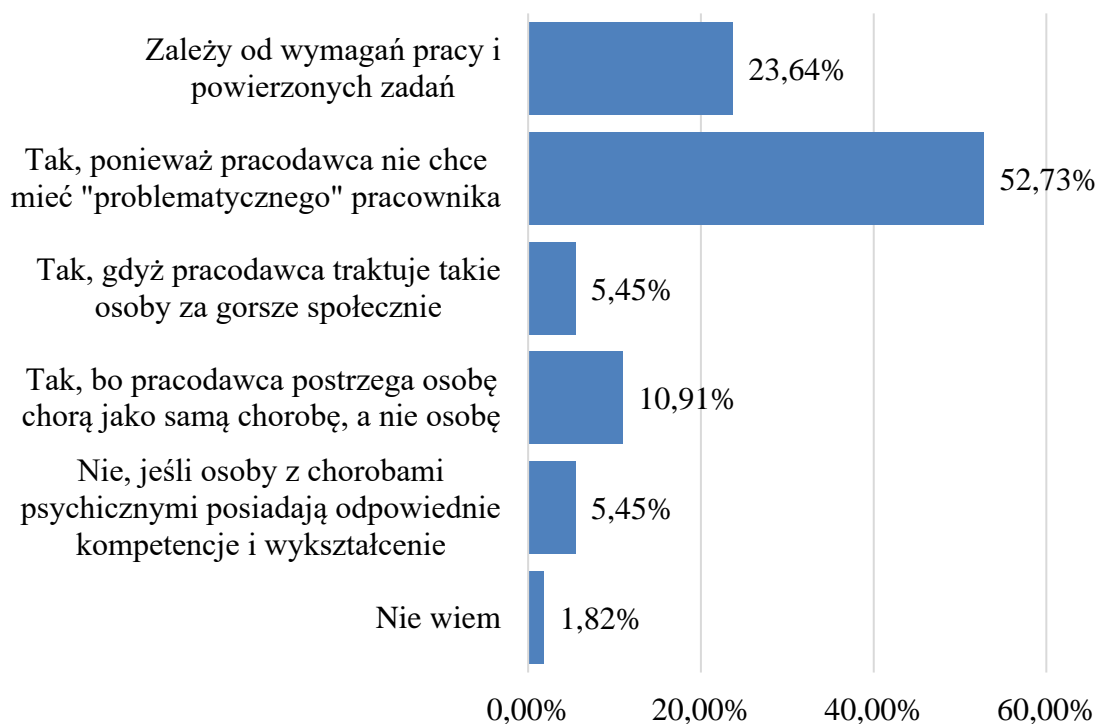
Według badanych na negatywne nastawienie do osób z zaburzeniami psychicznymi wpływa mała wiedza na temat zaburzeń psychicznych (n=88; 80,00%). Dodatkowo znaczący wpływ miały według respondentów utarte opinie (n=64; 58,18%) oraz lęk (n=58; 52,73%) – Rycina 6.

Ponad ½ respondentów była zdania, iż osoby ze stwierdzonymi zaburzeniami psychicznymi mają większy problem ze znalezieniem pracy, ponieważ pracodawcy nie chcą mieć „problematycznego” pracownika (n=58; 52,73%). Według 26 ankietowanych (23,64%) zależy to od wymagań pracy i powierzonych zadań. Wszystkie odpowiedzi uczestników badania zobrazowano na Rycinie 7.



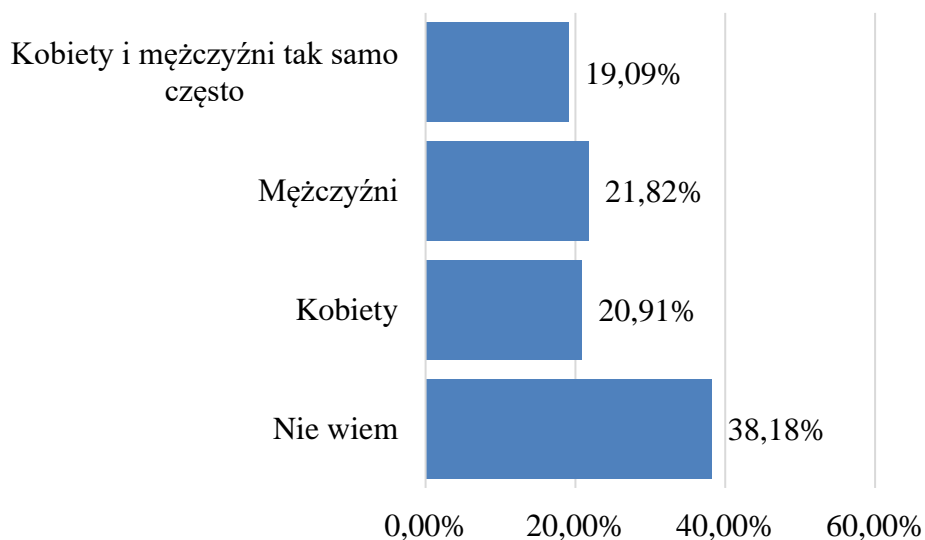
*Pytanie wielokrotnego wyboru, wyniki nie sumują się do 100%.

Rycina 6. Czynniki wpływające na negatywne nastawienie do osób z zaburzeniami psychicznymi – zdaniem respondentów.



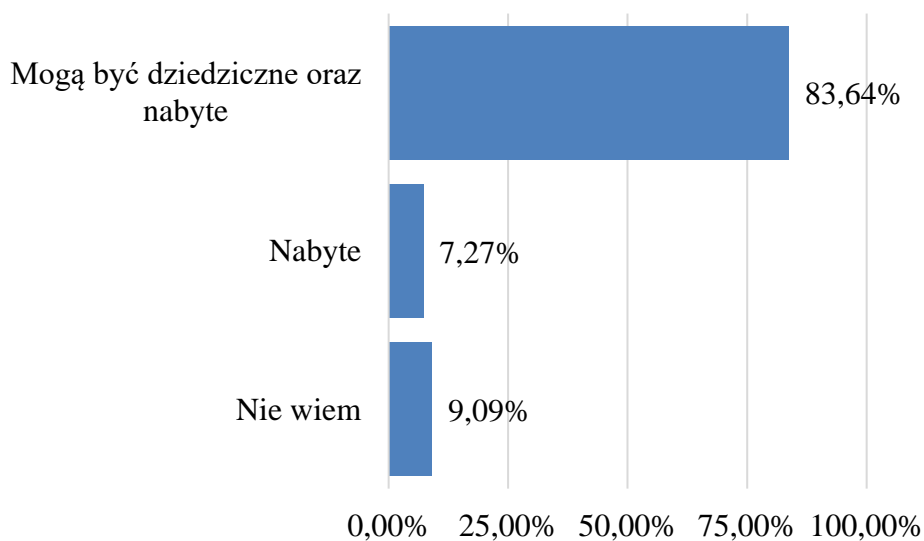
Rycina 7. Osoby ze stwierdzonymi zaburzeniami psychicznymi mają większy problem ze znalezieniem pracy – zdaniem respondentów.

Znacząca część respondentów na pytanie „Kto w Pana/Pani opinii częściej choruje na choroby psychiczne?” odpowiedziała „nie wiem” (n=42; 38,18%). Warianty dotyczące większych predyspozycji do wystąpienia chorób psychicznych u kobiet, mężczyzn jak i obu płci miały podobną ilość odpowiedzi – Rycina 8.



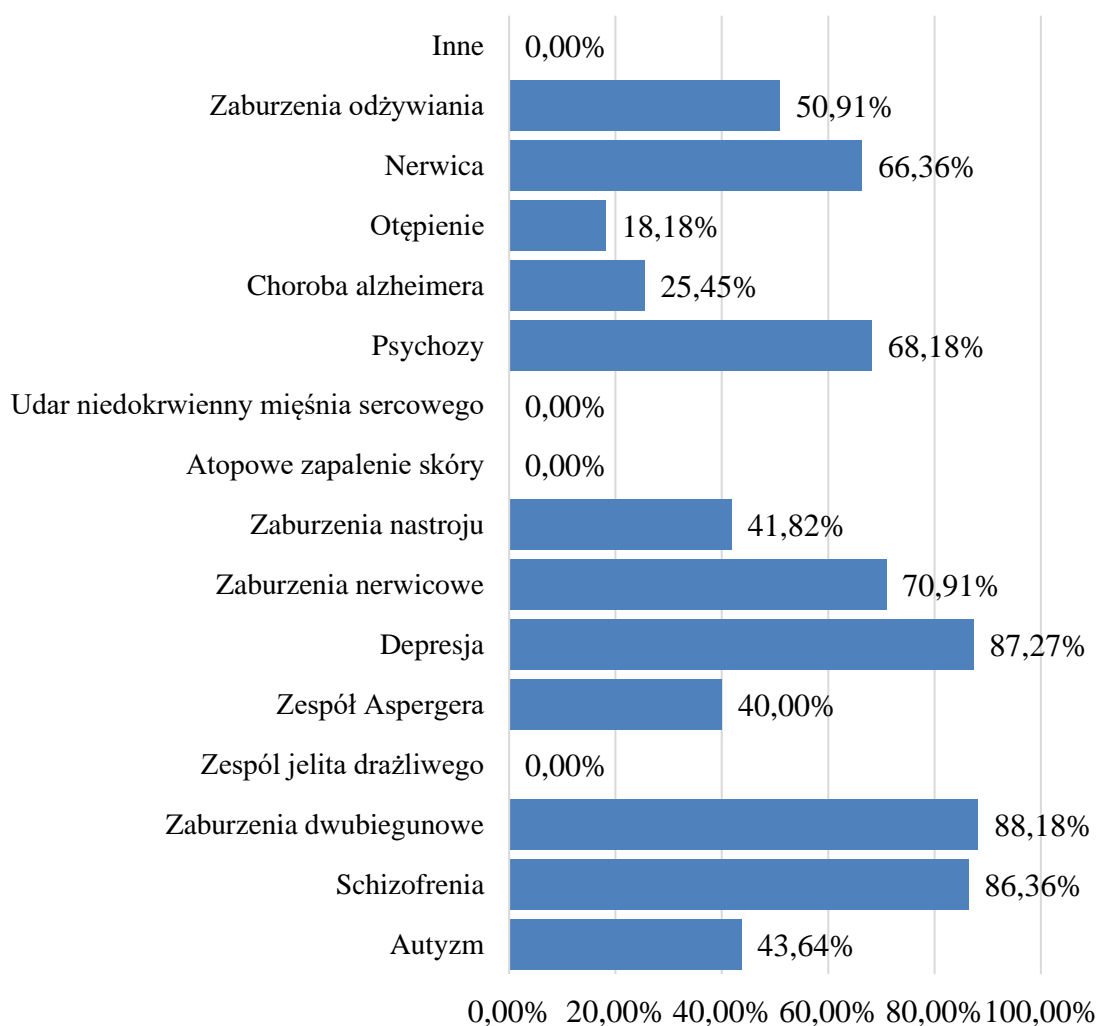
Rycina 8. Płeć, która częściej choruje na choroby psychiczne – zdaniem respondentów.

Według respondentów zaburzenia psychiczne są chorobami, które mogą być dziedziczone oraz nabyte (n=92; 83,64%). Brak wiedzy wykazało 10 uczestników badania (9,09%) (Rycina 9).



Rycina 9. Etiologia zaburzeń psychicznych – zdaniem respondentów.

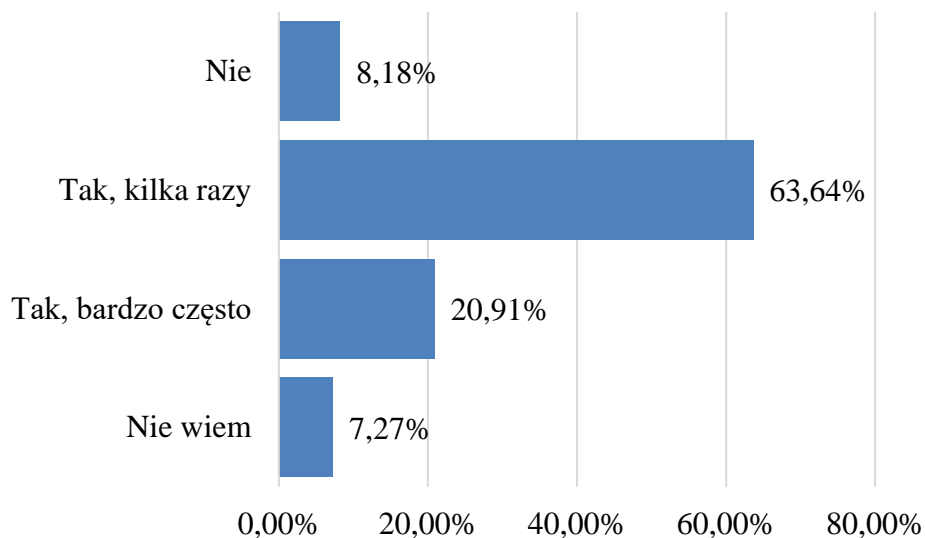
Najczęściej wymienianymi przez ankietowanych jednostkami chorobowymi zaliczającymi się do zaburzeń psychicznych były „zaburzenia dwubiegunowe” (n=97; 88,18%), „depresja” (n=96; 87,27%) oraz „schizofrenia” (n=95; 86,36%). Wszystkie odpowiedzi zaprezentowano na Rycinie 10.



***Pytanie wielokrotnego wyboru, wyniki nie sumują się do 100%.**

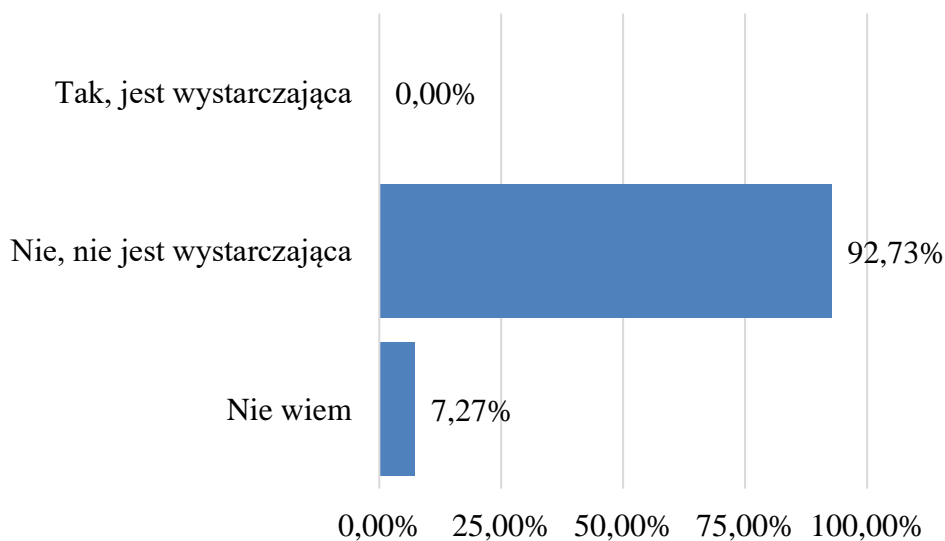
Rycina 10. Jednostki chorobowe zaliczające się do zaburzeń psychicznych znane przez respondentów.

Większość osób badanych (n=93; 84,55%) spotkała się kilka razy lub często z negatywnym nastawieniem do osób przejawiających objawy zaburzeń psychicznych. Brak wiedzy w tym względzie zadeklarowano w 8 przypadkach (7,27%) – Rycina 11.



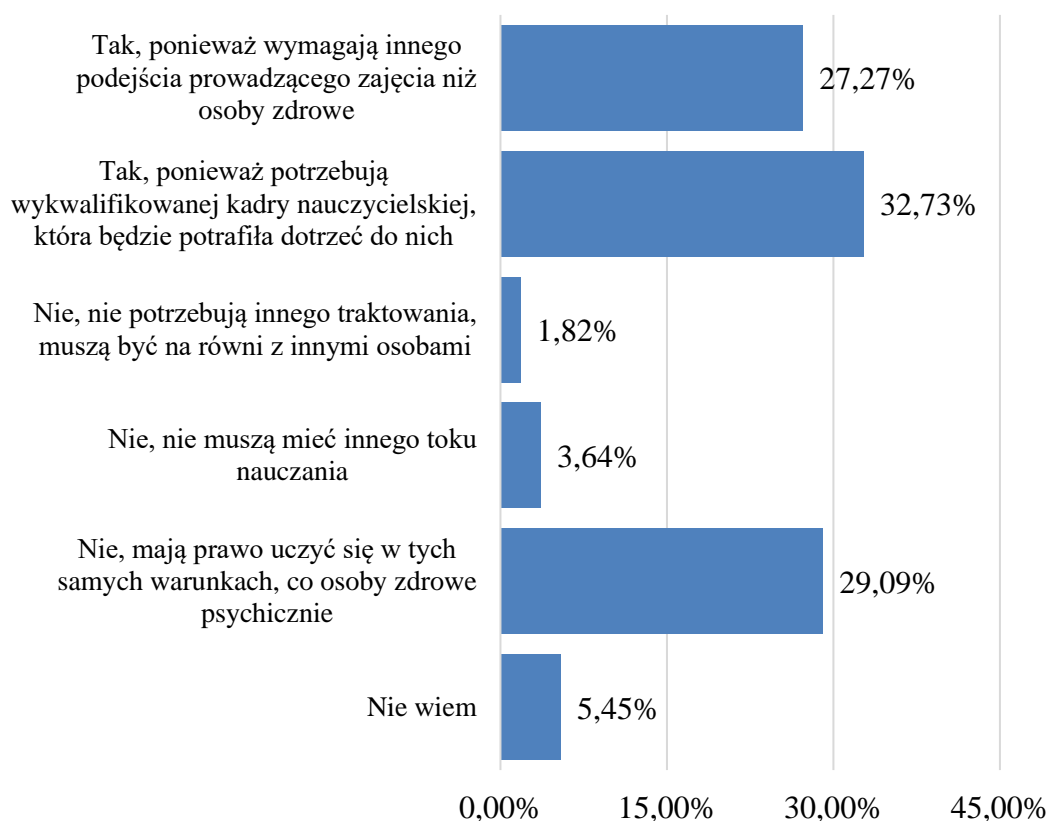
Rycina 11. Doświadczenie przez respondentów negatywnego nastawienia do osób przejawiających objawy zaburzeń psychicznych.

Zdecydowana większość uczestników badania uważała, że w Polsce poziom edukacji na temat zaburzeń psychicznych nie jest wystarczający (n=102; 92,73%). Żadna osoba ankietowana nie uważała, że poziom edukacji jest wystarczający – Rycina 12.



Rycina 12. Poziom edukacji na temat zaburzeń psychicznych w Polsce – zdaniem respondentów.

Większość badanej populacji uważała, że osoby z zaburzeniami psychicznymi powinny uczęszczać do innych niż publiczne placówek edukacyjnych, ponieważ wymagają innego podejścia i potrzebują wykwalifikowanej kadry nauczycielskiej (n=66; 60,00%). Przeciwnego zdania było 36 ankietowanych (32,73%). Dokładne dane umieszczone zostały na Rycinie 13.



Rycina 13. Placówki edukacyjne do których powinny uczęszczać osoby z zaburzeniami psychicznymi – zdaniem respondentów.

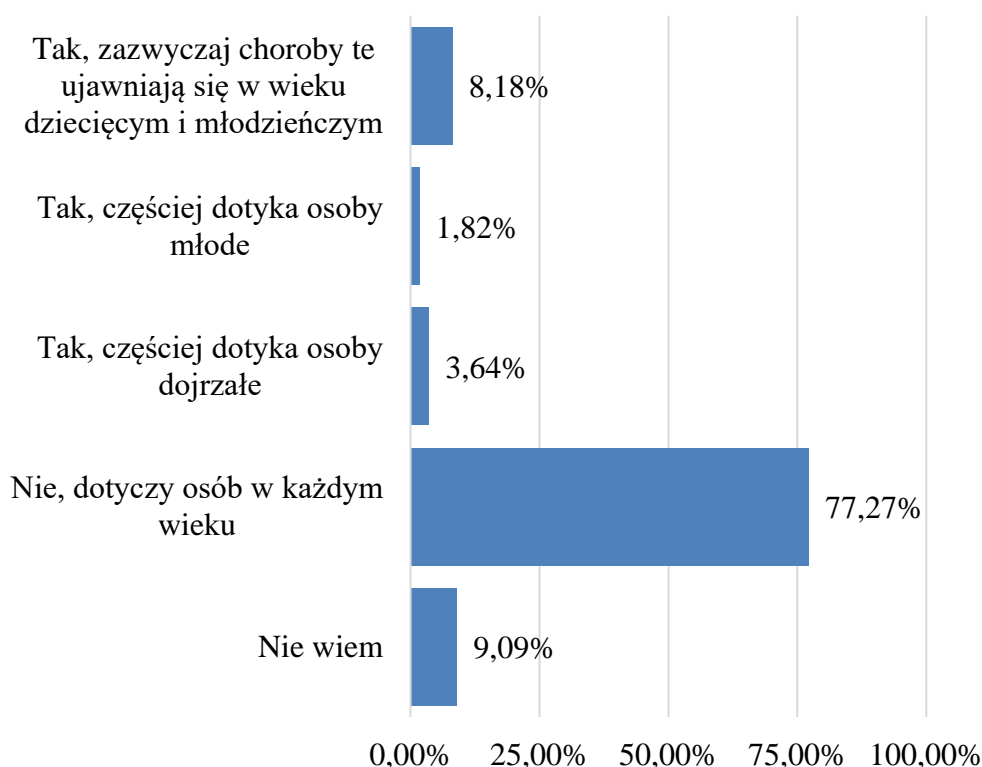
Według respondentów osoby chore psychicznie najczęściej są przygnębione i smutne (n=45; 40,91%), unikają obcych osób (n=36; 32,73%) oraz unikają wzroku przechodniów (n=33; 30,00%). Nikt nie wspomniał o atakach słownych oraz krzyku na inne osoby. Pozostałe zachowania zostały zaprezentowane w Tabeli 2.

Tabela 2. Zachowanie osoby chorej psychicznie wśród społeczeństwa – według respondentów.

Przykłady zachowań	N	%
Unika wzroku przechodniów	33	30,00%
Ubiera się niestandardowo	8	7,27%
Jest głośna	23	20,91%
Zagaduje przechodniów poruszając trudne tematy	24	21,82%
Normalnie	26	23,64%
Jest przygnębiona, smutna	45	40,91%
Ma rozbiegany wzrok	32	29,09%
Jest napastliwa	21	19,09%
Dokucza osobom w swoim środowisku	13	11,82%
Unika obcych osób	36	32,73%
Krzyczy na inne osoby	0	0,00%
Nie umie współpracować z innymi osobami	32	29,09%
Atakuje słownie inne osoby.	0	0,00%
Stara się nawiązać bliskie kontakty z innymi osobami	16	14,55%
Poszukuje akceptacji w środowisku	30	27,27%
Nie wiem	20	18,18%
Inne	6	5,45%

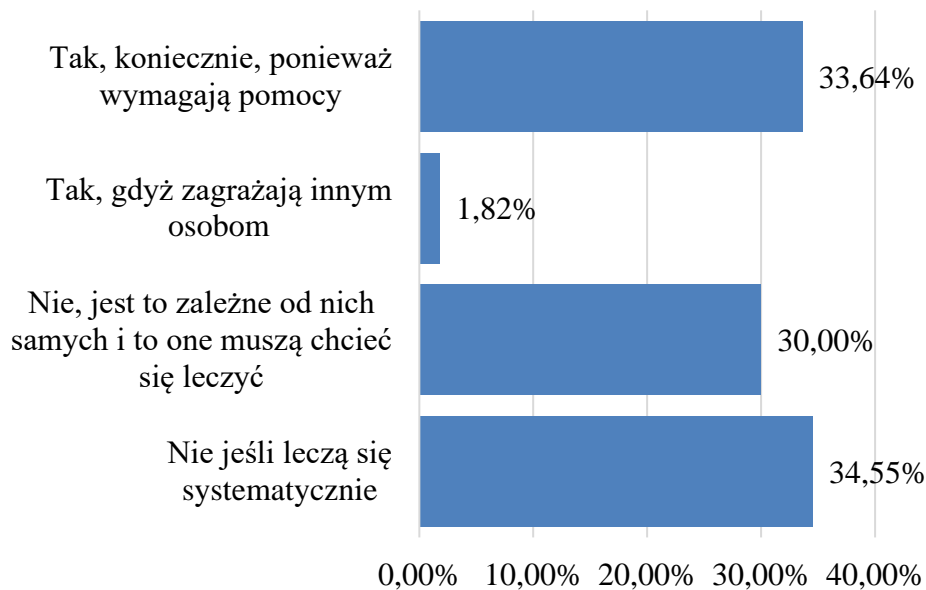
*Pytanie wielokrotnego wyboru, wyniki nie sumują się do 100%.

Zaburzenia psychiczne zdaniem respondentów nie są zależne od wieku, i dotyczą osób w każdym przedziale wiekowym (n=85; 77,27%). Według 8,18% choroby psychiczne ujawniają się w wieku dziecięcym i młodzieńczym (n=9). Brak wiedzy odnotowano w 10 przypadkach (9,09%) – Rycina 14.



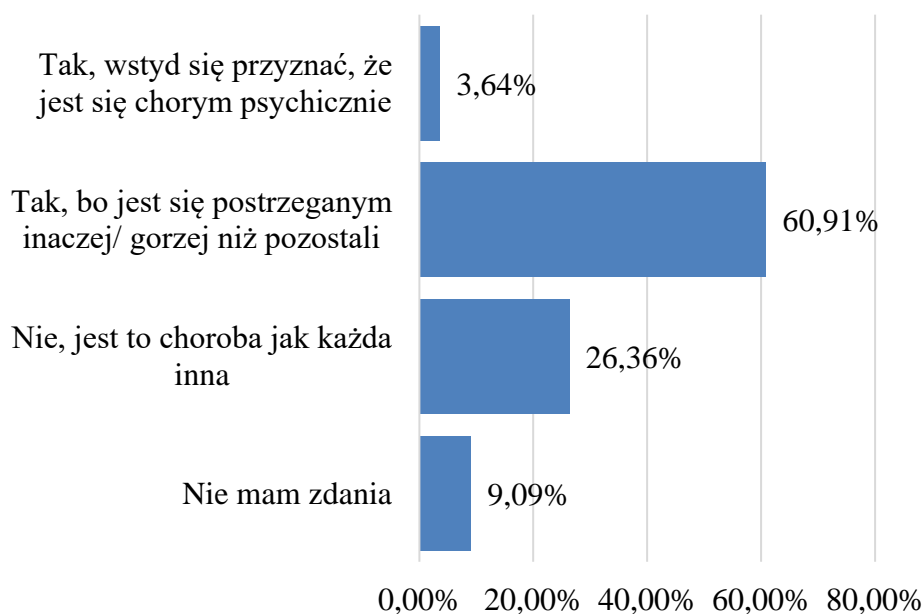
Rycina 14. Zależność choroby psychicznej od wieku – zdaniem respondentów.

Osoby zmagające się z zaburzeniami psychicznymi nie są leczone przymusowo jeśli leczenie jest systematyczne (n=38; 34,55%). Zdaniem 30,00% badanych leczenie jest zależne od wykazywanej chęci przez osoby chore (n=33). Pozostali ankietowani twierdzili, że leczenie powinno być przymusowe ze względu na potrzebę pomocy często nieświadomą i zagrożenie dla innych osób – Rycina 15.



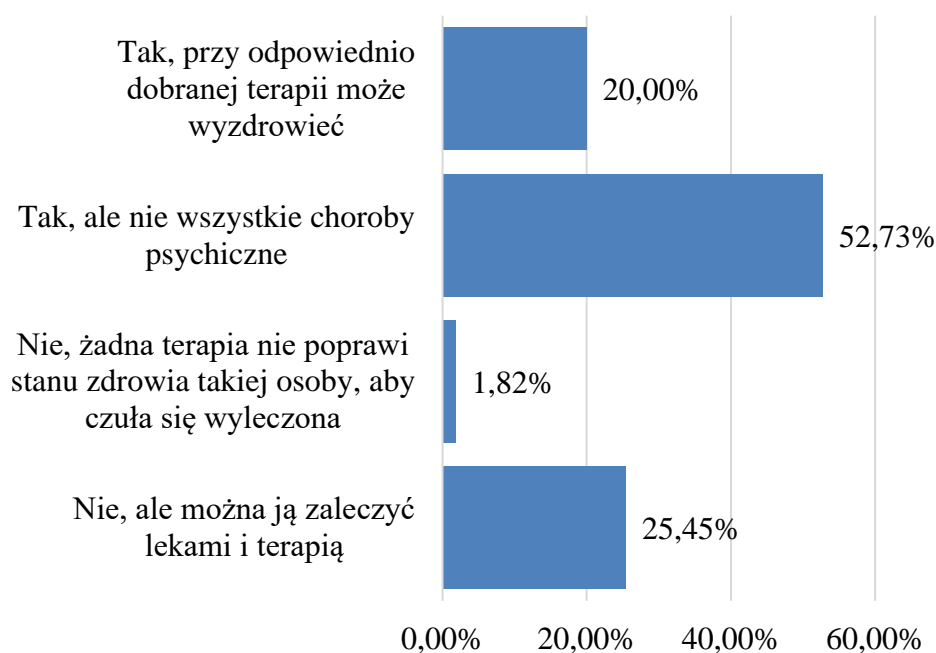
Rycina 15. Przymusowe leczenie chorych psychicznie – zdaniem respondentów.

Zaburzenia psychiczne są chorobami wstydlivymi zdaniem większości respondentów, ponieważ chory jest postrzegany inaczej/gorzej niż pozostali (n=67; 60,91%). Zdaniem 3,64% badanej populacji wstyd się przyznać, że jest się chorym psychicznie. Brak zdania zgłosiło 10 respondentów (9,09%). Z kolei 26,36% (n=29) twierdziło, że jest to choroba jak każda inna i nie powinna wywoływać wstydu u osoby chorej – Rycina 16.



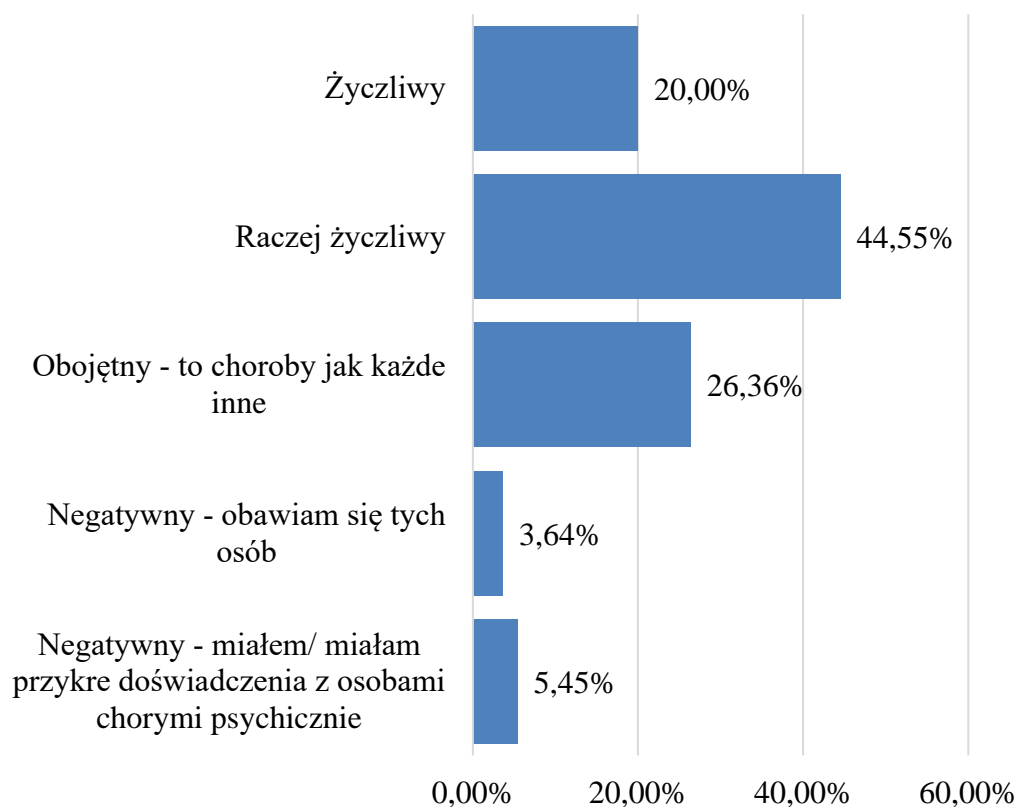
Rycina 16. Choroba psychiczna jest chorobą wstydlivą – zdaniem respondentów.

Zdaniem 52,73% badanych (n=58) osoby chore psychicznie mają szanse na wyleczenie, ale nie w każdym przypadku. Według 25,45% (n=28) chorzy nie mają możliwości wyleczenia, ale można stosować leki oraz terapie by załagodzić skutki choroby. Pozostałe odpowiedzi ukazano na Rycinie 17.



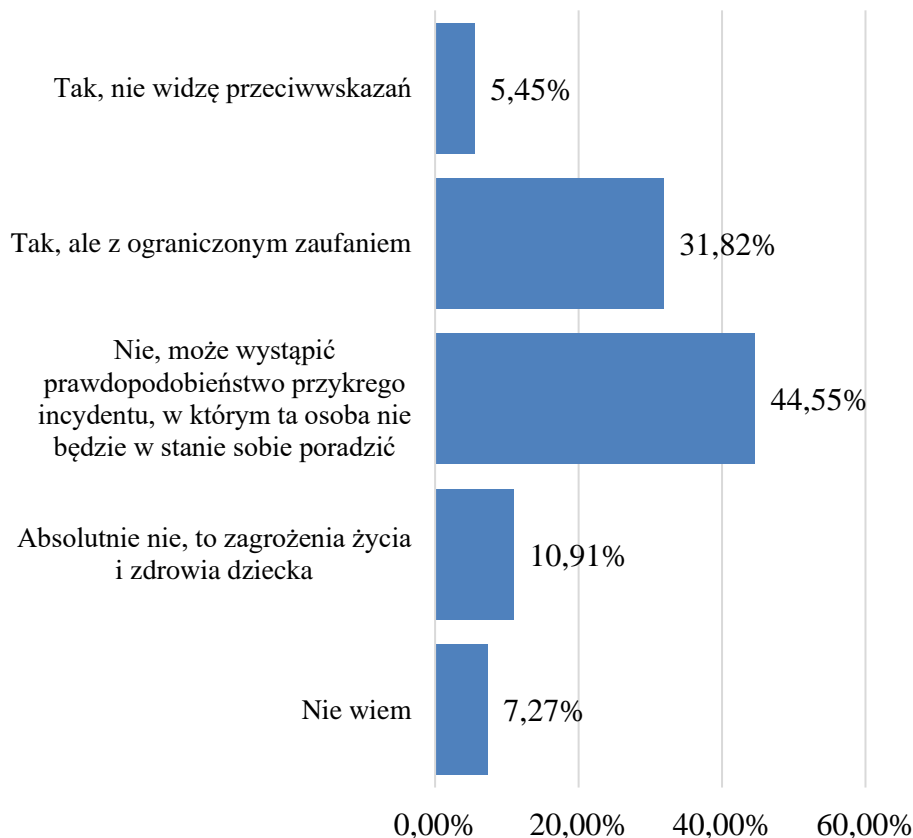
Rycina 17. Szansa na wyleczenie choroby psychicznej – zdaniem respondentów.

Większa część badanej populacji wykazała pozytywny stosunek do osób chorych psychicznie („życzliwy” n=22; 20,00%; „raczej życzliwy” n=49; 44,55%). Jednak 9,09% ankietowanych przyznało, że są nastawieni negatywnie do chorych zmagających się z zaburzeniami psychicznymi ze względu na obawy i przykre doświadczenia. Wszystkie informacje zaprezentowano na Rycinie 18.



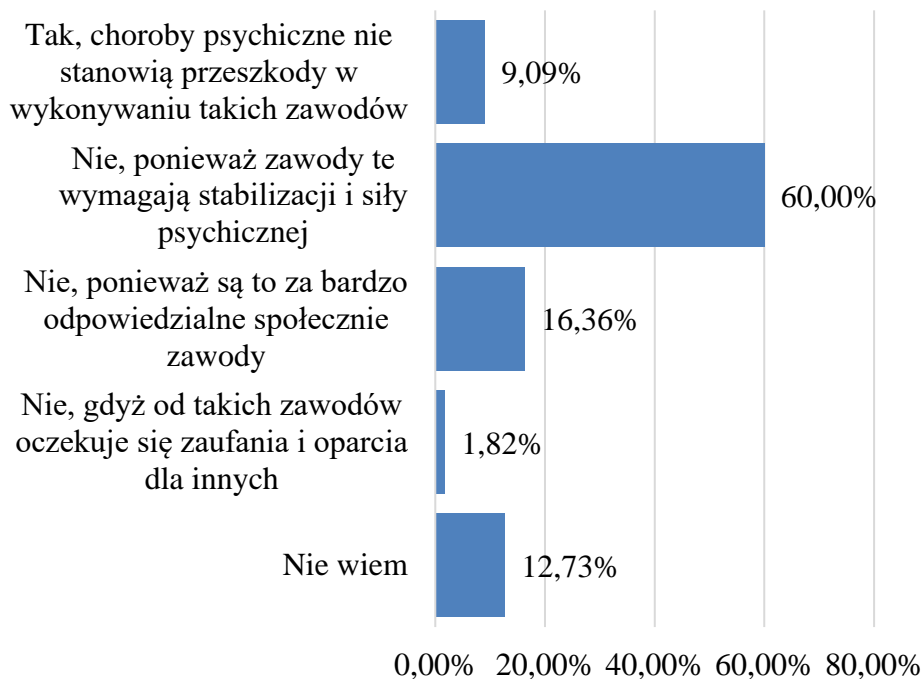
Rycina 18. Stosunek respondentów do osób chorych psychicznie.

Zdaniem respondentów osoby chore psychicznie nie mogą zajmować się dziećmi, ponieważ mogłoby dojść do przykrego incydentu, z którym chory nie potrafiłby sobie poradzić (n=49; 44,55%). O ograniczonym zaufaniu podczas opieki nad dziećmi wspomniało 35 badanych, stanowiło to 31,82% respondentów. Brak zdania wykazało 8 ankietowanych – Rycina 19.



Rycina 19. Zajmowanie się dziećmi przez osoby chore psychicznie – zdaniem respondentów.

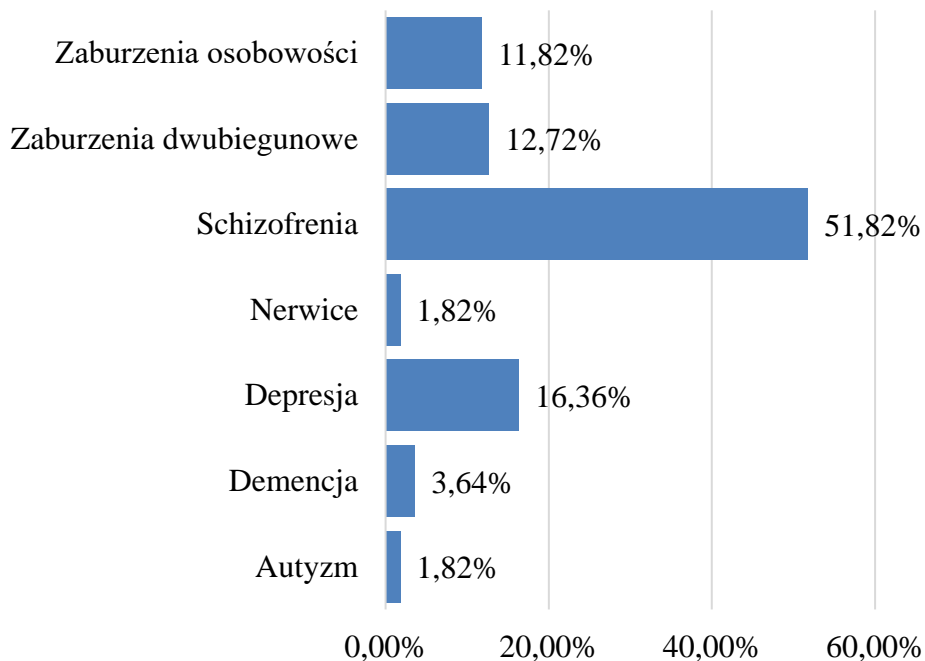
Większość ankietowanych było zdania, że osoba psychicznie chora nie może wykonywać zawodów takich jak lekarz, pielęgniarka, ratownik, ksiądz, kierownik, przełożony lub pełnić funkcji publicznych, ponieważ zawody te wymagają stabilizacji emocjonalnej i siły psychicznej (n=66; 60,00%). Kolejne 18 osób badanych również uważało, że w/w osoby nie powinny wykonywać powyższych zawodów z powodu wysokiej odpowiedzialności społecznej (16,36%). Jedynie 10 respondentów było zdania, że choroby psychiczne nie stanowią przeszkody w wykonywaniu wcześniej wspomnianych rodzajów pracy (9,09%) – Rycina 20.



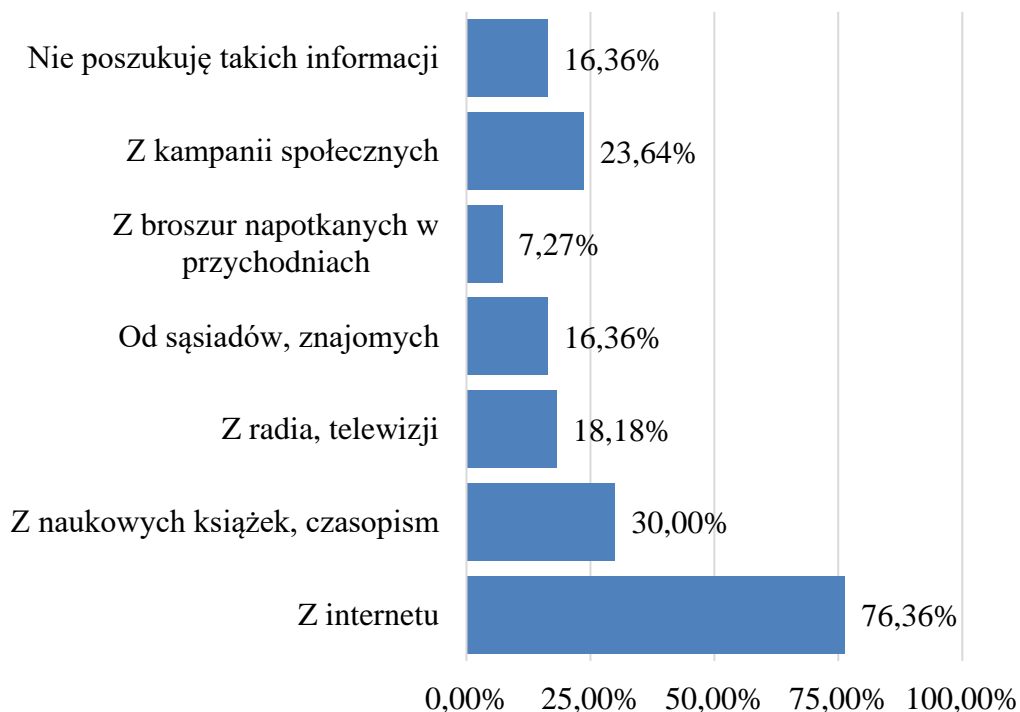
Rycina 20. Uprawianie zawodu lekarza/ pielęgniarza/ ratownika, księdza, kierownika/ przełożonego, pełnienie funkcji publicznych/ kierowniczych przez osoby z zaburzeniami psychicznymi – zdaniem respondentów.

Według uczestników badania zaburzeniem psychicznym najbardziej stygmatyzującym chorych jest schizofrenia (n=57; 51,82%). Najmniej osób ankietowanych wskazało demencję (n=4; 3,64%), autyzm oraz nerwicę (jednakowo n=2; 1,82%) – Rycina 21.

Ponad $\frac{3}{4}$ respondentów informacje na temat zaburzeń psychicznych czerpało z Internetu (n=84; 76,36%). O literaturze i czasopiśmie naukowych wspomniało 30,00% grupy (n=33). Brak zainteresowania informacjami na temat zaburzeń psychicznych wykazało 18 badanych (16,36%) – Rycina 22.



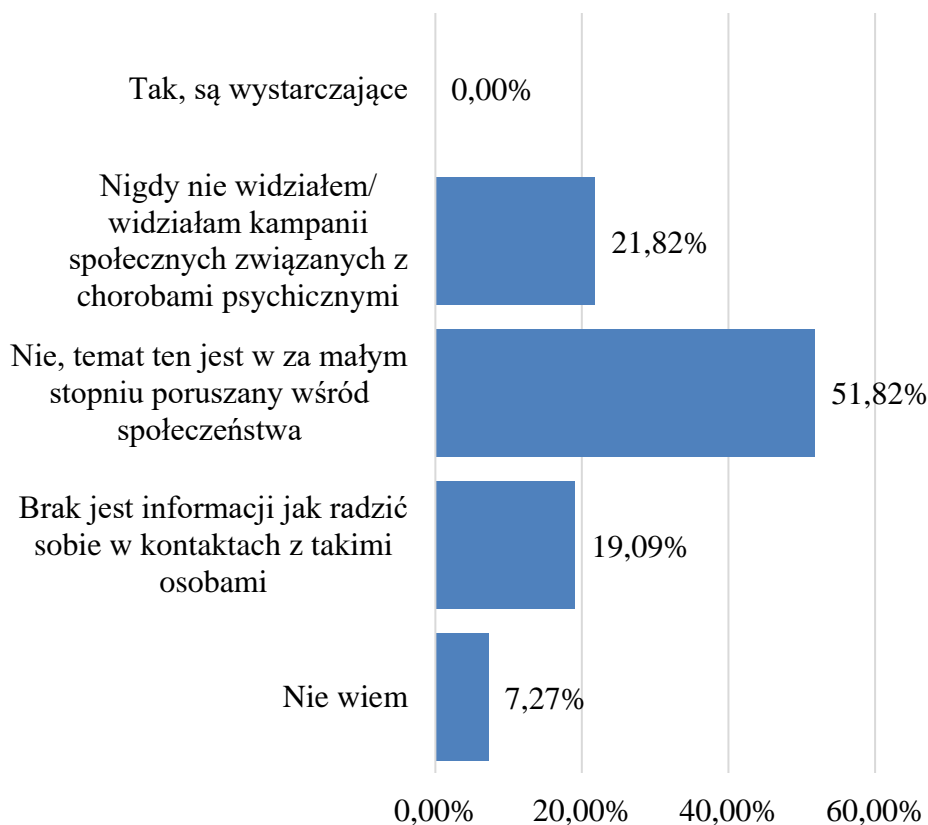
Rycina 21. Zaburzenie psychiczne najbardziej stygmatyzujące chorych – zdaniem respondentów.



*Pytanie wielokrotnego wyboru, wyniki nie sumują się do 100%.

Rycina 22. Źródła informacji na temat zaburzeń psychicznych wśród respondentów.

Żadna osoba ankietowana nie uważała, że kampanie społecznie informujące o zaburzeniach psychicznych są wystarczające. Według 78 respondentów (70,91%) są niewystarczające ze względu na niewielki rozgłos lub brak informacji na temat radzenia sobie w kontaktach z chorymi. Aż 21,82% badanej populacji nigdy nie widziało w/w kampanii. Dane zaprezentowano na Rycinie 23.



Rycina 23. Kampanie społeczne informujące o zaburzeniach psychicznych są wystarczające – zdaniem respondentów.

Ankietowanych zapytano czy odpowiadałoby im, żeby osoba chora była ich kolegą, sąsiadem, lekarzem, kolegą dzieci, ratownikiem, pielęgniarką czy przełożonym. Nie zaobserwowano istotnej różnicy pomiędzy akceptacją przyjaciół, znajomych lub sąsiadów z chorobami psychicznymi, a personelem medycznym czy przełożonym. W każdym zaprezentowanym przypadku odpowiedzi twierdzące i przeczące rozkładały się porównywalnie. Szczegóły zawarte zostały w Tabeli 3.

Tabela 3. Akceptacja osób chorych psychicznie pełniących różne role w otoczeniu respondentów.

	Kolega		Sąsiad		Lekarz		Kolega dzieci	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tak	39	35,45%	37	33,64%	31	28,18%	25	22,73%
Raczej tak	16	14,55%	18	16,36%	22	20,00%	28	25,45%
Raczej nie	20	18,18%	25	22,73%	29	26,36%	27	24,55%
Nie	33	30,00%	28	25,45%	22	20,00%	28	25,45%
Nie wiem	2	1,82%	2	1,82%	6	5,45%	2	1,82%
	Ratownik		Pielęgniarka		Przełożony			
	N	%	N	%	N	%		
Tak	25	22,73%	29	26,36%	25	22,73%		
Raczej tak	22	20,00%	16	14,55%	24	21,82%		
Raczej nie	35	31,82%	35	31,82%	31	28,18%		
Nie	20	18,18%	18	16,36%	20	18,18%		
Nie wiem	6	5,45%	8	7,27%	6	5,45%		

Zaobserwowano, że osoby chore psychicznie są dyskryminowane w prawie do podjęcia pracy, podnoszenia wykształcenia i w prawie do poszanowania godności. Według ankietowanych w przypadku dostępu do informacji oraz posiadania i ochrony majątku w większości przypadków nie zaobserwowano dyskryminacji. Informacje zaprezentowano w Tabeli 4.

Tabela 4. Dyskryminacja osób psychicznie chorych w otoczeniu respondentów.

	Pracy		Poszanowania godności		Wykształcenia	
	N	%	N	%	N	%
Tak	25	22,73%	29	26,36%	26	23,64%
Raczej tak	53	48,18%	42	38,18%	30	27,27%
Raczej nie	18	16,36%	29	26,36%	37	33,64%
Nie	4	3,64%	4	3,64%	9	8,18%
Nie wiem	10	9,09%	6	5,45%	8	7,27%
	Posiadania i ochrony majątku		Dostępu do informacji			
	N	%	N	%		
Tak	20	18,18%	26	23,64%		
Raczej tak	22	20,00%	16	14,55%		
Raczej nie	45	40,91%	43	39,09%		
Nie	11	10,00%	19	17,27%		
Nie wiem	12	10,91%	6	5,45%		

ANALIZA STATYSTYCZNA: CZYNNIKI DEMOGRAFICZNE A OPIEKA NAD DZIEĆMI SPRAWOWANA PRZEZ OSOBY CHORE PSYCHICZNIE

Nie wykazano zależności istotnej statystycznie między wiekiem ankietowanych a udzieleniem przez nich zgody na sprawowanie opieki nad dziećmi przez osoby chore psychicznie ($p=0,5608$). W grupie wiekowej od 18 do 30 roku życia 8 respondentów wykazało brak zdania. Zaobserwowano, że starsze osoby częściej nie zdecydowałyby się na przekazanie opieki nad dziećmi osobie chorej psychicznie – Tabela 5.

Tabela 5. Wiek respondentów a zezwolenie na sprawowanie opieki nad dziećmi przez osoby chore psychicznie.

Czy wg Pana/ Pani osoby chore psychicznie mogłyby zajmować się dziećmi?	Wiek					
	18-30		31-40		41-60	
	N	%	N	%	N	%
Nie wiem	8	8,79%	0	0,00%	0	0,00%
Absolutnie nie, to zagrożenia życia i zdrowia dziecka	10	10,99%	0	0,00%	2	18,18%
Nie, może wystąpić prawdopodobieństwo jakiegoś przykrego incydentu, w którym ta osoba nie będzie w stanie sobie poradzić w odpowiedni sposób	37	40,66%	6	75,00%	6	54,55%
Tak, ale z ograniczonym zaufaniem	30	32,97%	2	25,00%	3	27,27%
Tak, nie widzę przeciwwskazań	6	6,59%	0	0,00%	0	0,00%
p	0.5608					
chi²	6.777					

Wykazano zależność istotną statystycznie pomiędzy płcią respondentów a zezwoleniem na sprawowanie opieki nad dziećmi przez osoby z zaburzeniami psychicznymi ($p=0,0084$). Kobiety nie wyrażały zgody na sprawowanie opieki nad dziećmi przez chorych psychicznie – Tabela 6.

Tabela 6. Płeć respondentów a zezwolenie na sprawowanie opieki nad dziećmi przez osoby chore psychicznie.

Czy wg Pana/ Pani osoby chore psychicznie mogłyby zajmować się dziećmi?	Płeć			
	Kobieta		Mężczyzna	
	N	%	N	%
Nie wiem	2	2,74%	6	16,22%
Absolutnie nie, to zagrożenia życia i zdrowia dziecka	6	8,22%	6	16,22%
Nie, może wystąpić prawdopodobieństwo jakiegoś przykrego incydentu, w którym ta osoba nie będzie w stanie sobie poradzić w odpowiedni sposób	38	52,05%	11	29,73%
Tak, ale z ograniczonym zaufaniem	25	34,25%	10	27,03%
Tak, nie widzę przeciwwskazań	2	2,74%	4	10,81%
p	0.0084			
chi²	13.653			

Nie wykazano zależności istotnej statystycznie między miejscem zamieszkania a zezwoleniem na sprawowanie opieki nad dziećmi przez osoby chore psychicznie ($p=0,3225$) – Tabela 7.

Tabela 7. Miejsce zamieszkania respondentów a zezwolenie na sprawowanie opieki nad dziećmi przez osoby chore psychicznie.

Czy wg Pana/ Pani osoby chore psychicznie mogłyby zajmować się dziećmi?	Miejsce zamieszkania			
	Miasto		Wieś	
	N	%	N	%
Nie wiem	8	8,16%	0	0,00%
Absolutnie nie, to zagrożenia życia i zdrowia dziecka	12	12,24%	0	0,00%
Nie, może wystąpić prawdopodobieństwo jakiegoś przykrego incydentu, w którym ta osoba nie będzie w stanie sobie poradzić w odpowiedni sposób	41	41,84%	8	66,67%
Tak, ale z ograniczonym zaufaniem	31	31,63%	4	33,33%
Tak, nie widzę przeciwwskazań	6	6,12%	0	0,00%
p	0.3225			
chi²	4.673			

Badania wykazały, że wszystkie osoby z wykształceniem podstawowym zezwoliłyby na opiekę nad dziećmi przez osoby chore psychicznie, ale z ograniczonym zaufaniem. Ponad 60,00% respondentów z wykształceniem zawodowym i średnim nie powierzyłoby dzieci pod opiekę osób chorych psychicznie. Zależność ta jest istotna statystycznie ($p=0,0013$) – Tabela 8.

Tabela 8. Miejsce zamieszkania respondentów a zezwolenie na sprawowanie opieki nad dziećmi przez osoby chore psychicznie.

Czy wg Pana/ Pani osoby chore psychicznie mogłyby zajmować się dziećmi?	Wykształcenie							
	Podstawowe		Zawodowe		Średnie		Wyższe	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nie wiem	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	8	15,09%
Absolutnie nie, to zagrożenia życia i zdrowia dziecka	0	0,00%	2	25,00%	8	17,02%	2	3,77%
Nie, może wystąpić prawdopodobieństwo jakiegoś przykrego incydentu, w którym ta osoba nie będzie w stanie sobie poradzić w odpowiedni sposób	0	0,00%	4	50,00%	23	48,94%	22	41,51%
Tak, ale z ograniczonym zaufaniem	2	100,00%	0	0,00%	12	25,53%	21	39,62%
Tak, nie widzę przeciwwskazań	0	0,00%	2	25,00%	4	8,51%	0	0,00%
p	0.0013							
chi^2	32.092							

ANALIZA STATYSTYCZNA: CZYNNIKI DEMOGRAFICZNE A WYKONYWANIE ZAWODÓW TAKICH JAK LEKARZ/ PIEŁĘGNIARZ/ RATOWNIK, KSIĄDZ LUB PEŁNIENIE FUNKCJI PUBLICZNYCH/ KIEROWNICZYCH PRZEZ OSOBY CHOROBY PSYCHICZNIE

Wszystkie osoby ankietowane powyżej 31 roku życia nie popierały osób chorych psychicznie pracujących jako personel medyczny lub kierowniczy. W grupie wiekowej od 18 do 30 roku życia 15,38% ankietowanych wykazało brak zdania, a 10,99% badanych uważało, że osoby chore psychicznie nie stanowią przeszkody w wykonywaniu w/w zawodów. Wykazano istotność na poziomie statystycznym ($p=0,00002$) – Tabela 9.

Tabela 9. Wiek respondentów a praca osób chorych psychicznie w zawodach medycznych lub na stanowiskach kierowniczych/publicznych.

Czy osoba psychicznie chora może uprawiać zawód lekarza, pielęgniarza, ratownika, księdza, kierownika/przełożonego, pełnić funkcje publiczne, pełnić funkcje kierownicze?	Wiek					
	18-30		31-40		41-60	
	N	%	N	%	N	%
Nie wiem	14	15,38%	0	0,00%	0	0,00%
Nie, gdyż od takich zawodów oczekuje się zaufania i oparcia dla innych	0	0,00%	2	25,00%	0	0,00%
Nie, ponieważ są to za bardzo odpowiedzialne społecznie zawody	18	19,78%	0	0,00%	0	0,00%
Nie, ponieważ zawody te wymagają stabilizacji i siły psychicznej	49	53,85%	6	75,00%	11	100,00%
Tak, choroby psychiczne nie stanowią przeszkody w wykonywaniu takich zawodów	10	10,99%	0	0,00%	0	0,00%
p	0.00002					
chi²	30.81					

Wykazano istotność na poziomie tendencji statystycznej ($p=0,0512$) między płcią a wykonywaniem poszczególnych zawodów. Ponad 10,00% więcej mężczyzn niż kobiet uważało, że osoby chore mogą pełnić funkcję lekarza, pielęgniarza, ratownika, księdza, kierownika i przełożonego – Tabela 10.

Tabela 10. Płeć respondentów a praca osób chorych psychicznie w zawodach medycznych lub na stanowiskach kierowniczych/publicznych.

Czy osoba psychicznie chora może uprawiać zawód lekarza, pielęgniarza, ratownika, księdza, kierownika/przełożonego, pełnić funkcje publiczne, pełnić funkcje kierownicze?	Płeć			
	Kobieta		Mężczyzna	
	N	%	N	%
Nie wiem	6	8,22%	8	21,62%
Nie, gdyż od takich zawodów oczekuje się zaufania i oparcia dla innych	2	2,74%	0	0,00%
Nie, ponieważ są to za bardzo odpowiedzialne społecznie zawody	12	16,44%	6	16,22%
Nie, ponieważ zawody te wymagają stabilizacji i siły psychicznej	49	67,12%	17	45,95%
Tak, choroby psychiczne nie stanowią przeszkody w wykonywaniu takich zawodów	4	5,48%	6	16,22%
p	0.0512			
chi²	9.429			

Badani zamieszkujący tereny wiejskie nie wyrażali zgody na to by osoby chore psychicznie pracowały jako medycy lub pełnili funkcje duchowne czy kierownicze. Wykazano zależność istotną statystycznie ($p=0,0006$) – Tabela 11.

Tabela 11. Miejsce zamieszkania respondentów a praca osób chorych psychicznie w zawodach medycznych lub na stanowiskach kierowniczych/publicznych.

Czy osoba psychicznie chora może uprawiać zawód lekarza, pielęgniarza, ratownika, księdza, kierownika/przełożonego, pełnić funkcje publiczne, pełnić funkcje kierownicze?	Miejsce zamieszkania			
	Miasto		Wieś	
	N	%	N	%
Nie wiem	8	8,16%	0	0,00%
Nie, gdyż od takich zawodów oczekuje się zaufania i oparcia dla innych	10	10,20%	2	16,67%
Nie, ponieważ są to za bardzo odpowiedzialne społecznie zawody	49	50,00%	0	0,00%
Nie, ponieważ zawody te wymagają stabilizacji i siły psychicznej	25	25,51%	10	83,33%
Tak, choroby psychiczne nie stanowią przeszkody w wykonywaniu takich zawodów	6	6,12%	0	0,00%
p	0.0006			
chi²	19.358			

Wykształcenie badanej populacji nie ma statystycznie istotnego wpływu na zdanie dotyczące uprawiania zawodów lekarza, pielęgniarza, ratownika, księdza, kierownika/przełożonego oraz pełnienia funkcji publicznych i kierowniczych ($p=0,6290$) – Tabela 12.

Tabela 12. Wykształcenie respondentów a praca osób chorych psychicznie w zawodach medycznych lub na stanowiskach kierowniczych/publicznych.

Czy osoba psychicznie chora może uprawiać zawód lekarza, pielęgniarza, ratownika, księdza, kierownika/przełożonego, pełnić funkcje publiczne, pełnić funkcje kierownicze?	Wykształcenie							
	Podstawowe		Zawodowe		Średnie		Wyższe	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nie wiem	0	0,00%	2	25,00%	4	8,51%	8	15,09%
Nie, gdyż od takich zawodów oczekuje się zaufania i oparcia dla innych	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	2	3,77%
Nie, ponieważ są to za bardzo odpowiedzialne społecznie zawody	0	0,00%	0	0,00%	8	17,02%	10	18,87%
Nie, ponieważ zawody te wymagają stabilizacji i siły psychicznej	2	100,00%	4	50,00%	31	65,96%	29	54,72%
Tak, choroby psychiczne nie stanowią przeszkody w wykonywaniu takich zawodów	0	0,00%	2	25,00%	4	8,51%	4	7,55%
p	0.6290							
chi²	9.851							

Podsumowanie

Zaburzenia psychiczne są schorzeniami, które wpływają destrukcyjnie nie tylko na zdrowie samego pacjenta, ale także osób z nim żyjących na co dzień. Schorzenia te cechują się dużą stygmatyzacją wśród społeczeństwa, w którym funkcjonują. Postawienie diagnozy o chorobie natury psychicznej niekiedy diametralnie zmienia dotychczasowe życie człowieka. Chory wówczas zaczyna być postrzegany w swoim środowisku domowym, pracowniczym, w sąsiedztwie jako osoba inna, nagle zmieniona.

Jak pokazują wyniki własnego badania, ponad połowa respondentów (60%) zna osoby zmagające się z zaburzeniem psychicznym. Większość ankietowanych odpowiedziała, iż osoby z zaburzeniami psychicznymi powinny wykonywać tylko określone zawody (86,36%), co od razu nasuwa myśl o wykluczeniu osób ze schorzeniem z wielu dotąd wykonywanych przez nich zawodów i funkcji społecznych. Badania przeprowadzone w 2021 roku przez Niemczyk- Zajac, wykazały, że zdiagnozowanie zaburzenia psychicznego u osoby dotąd pełniącej daną funkcję społeczną prowadzi do powstania niekontrolowanych zakłóceń w relacjach międzyludzkich, a także obniżenia wartości pracownika w postrzeganiu przez pracodawcę oraz jego współpracowników [80].

Natomiast w badaniach EZOP większość badanych posiadała sztywne i restrykcyjne postawy odnośnie osób chorych psychicznie oraz pełnienia przez nie funkcji społecznych [9]. Z badań przeprowadzonych przez Czumaj i wsp., wynika, że prawie połowa badanych (43%) zna osobę posiadającą problem natury psychicznej i jest to ich przyjaciel. 31% przyznało, iż jest to jeden z członków ich rodziny lub dalszy znajomy (18%). 4% nie miały okazji poznać takiej osoby lub jest to dla nich ktoś obcy (5%) [81].

Badania własne wykazały, iż osoby z zaburzeniami psychicznymi są gorzej postrzegane wśród społeczeństwa według 65 ankietowanych (59,09%). Zdaniem 39,09% badanych postrzeganie chorych zależne jest od sytuacji. Według badań Jankowiak i wsp. chorzy psychicznie postrzegani są gorzej (70% ankietowanych) jeśli chodzi o zatrudnienie i możliwość podjęcia pracy [71]. Według badań przeprowadzonych przez Czumaj i wsp., 37% ankietowanych nie przykładalo uwagi na dyskryminacyjne zachowania wobec innych osób w otoczeniu. 31% respondentów było świadkiem sytuacji, w której wystąpiła

dyskryminacja osób z zaburzeniami. 9% przyznało, iż bywa często świadkiem takowych sytuacji [81].

Uczestników własnego badania zapytano z jakimi określeniami opisującymi osoby chore psychicznie spotkali się. Uzyskano odpowiedzi, iż najczęściej wymienianymi odpowiedziami były „świr” (73,64%), „nienormlany” (69,09%) i „wariat” (61,82%). Według badań przeprowadzonych przez Jankowiak i wsp., osoby biorące udział w tamtejszym badaniu, dla podkreślenia odmienności chorych psychicznie, używały różnych epitetów, a najbardziej popularne były: „wariat” (21,3%), „niebezpieczny dla otoczenia” (19,4%), „świr” (15%) oraz „ma żółte papiery” (14,4%). Dość często chorzy określani byli także jako „obłąkany” (11,9%), „stuknięty” (10,6%) i „czubek” (10%). Wg badań Jankowiak i wsp., respondenci wśród słownictwa, które podkreśla niższość intelektualną osób psychicznie chorych, zdecydowanie najczęściej wybierali określenie „umysłowo niedorozwinięty” (18,7%). Często zaznaczali określenie „głupi”, „przygłup” (6,3%), „idiota”, „debil” (6,3%) i „półmózg” (5,6%). Postawy społeczeństwa wobec osób chorych psychicznie, użył do tej oceny słów: „niepoczytalny” (37,5%) i „nieprzewidywalny” (43,1%), co czwarty natomiast – „trudny do obcowania” (23,1%). Wśród określeń neutralnych bądź pozytywnych najczęściej stosowane były: „niesprawny umysłowo” (30,0%). Nieco rzadziej: „biedny człowiek” (23,1%), „niepełnosprawny” (21,9%) i „chory inaczej”[71].

Badania własne wykazały, że ponad połowa respondentów była zdania, że osoby ze stwierdzonymi zaburzeniami psychicznymi mają większy problem ze znalezieniem pracy, ponieważ pracodawcy nie chcą mieć „problematicznego” pracownika (52,73%). Według 26 ankietowanych (23,64%) zależy to od wymagań pracy i powierzonych zadań. Większość ankietowanych było zdania, że osoba psychicznie chora nie może wykonywać zawodów takich jak lekarz, pielęgniarka, ratownik, ksiądz, kierownik, przełożony lub pełnić funkcji publicznych, ponieważ zawody te wymagają stabilizacji emocjonalnej i siły psychicznej (60,00%). Kolejne 18 osób badanych również uważało, że w/w osoby nie powinny wykonywać powyższych zawodów z powodu wysokiej odpowiedzialności społecznej (16,36%). Jedynie 10 respondentów było zdania, że zaburzenia psychiczne nie stanowią przeszkody w wykonywaniu wcześniej wspomnianego rodzaju pracy (9,09%). Badania przeprowadzone przez Trzcinińską dowodzą, iż aż 95% pracodawców nie widzi możliwości zatrudnienia osób chorych psychicznie. Dotyczy to głównie osób chorych na schizofrenię, którym ciężko jest znaleźć pracę na dowolnym stanowisku [82]. Według badań

przeprowadzonych przez Czumaj i wsp. 39% badanych uważa, że osoby ze stwierdzonym spektrum, mogą wykonywać większość zawodów. 18% respondentów zgodziło się z tym, że osoby z zaburzeniami psychicznymi mogą wykonywać zawody plasujące się na podium ważności, jak i z tym, że mogą wykonywać każdy zawód lecz pod czyimś nadzorem. Jedynie 3% ankietowanych odpowiedziało, że takie osoby powinny być zatrudniane tylko na lekkich i niezbyt wymagających stanowiskach. 1% badanych uznało zaś, iż osoby chore psychicznie w ogóle nie powinny być zatrudniane [81].

W wyniku przeprowadzonych analiz, większa część respondentów na pytanie „Kto w Pana/Pani opinii częściej choruje na choroby psychiczne?” odpowiedziała „nie wiem” (38,18%). Warianty dotyczące kobiet, mężczyzn jak i obu płci miały podobną ilość odpowiedzi. Według badań przeprowadzonych przez Tracz- Drał, zaburzenia lękowe, zaburzenia depresyjne i zaburzenia dwubiegunowe występują częściej wśród kobiet niż wśród mężczyzn. Niektóre z tych różnic między płciami mogą wynikać z większej skłonności kobiet do zgłaszania problemów zdrowia psychicznego. Jedynym wyjątkiem są zaburzenia psychiczne związane z używaniem narkotyków i alkoholu – zaburzenia te występują ponad dwukrotnie częściej u mężczyzn niż u kobiet [83].

Według respondentów biorących udział w badaniu własnym, zaburzenia psychiczne mogą być dziedziczne oraz nabyte (83,64%). Brak wiedzy wykazało 10 uczestników badania (9,09%). Według Ducha zaburzenia psychiczne są w większości przypadków dziedziczne, aczkolwiek w wielu jednostkach chorobowych fenotypy są nie do końca znane, a badania nad dziedzicznością zaburzeń psychicznych wciąż trwają [84].

Badania własne ukazały, że najczęściej wymienianymi przez ankietowanych jednostkami chorobowymi zaliczającymi się do zaburzeń psychicznych były „zaburzenia dwubiegunowe” (88,18%), „depresja” (87,27%) oraz „schizofrenia” (86,36%). Badania przeprowadzone przez Moskaiewicz, Kiejna, Wojtyniak, wykazują, że najczęściej spotykane wśród ankietowanych były: zaburzenia związane z używaniem substancji (12,8%), w tym nadużywanie i uzależnienie od alkoholu (11,9%) oraz nadużywanie i uzależnienie od narkotyków (1,4%), zaburzenia nerwicowe- fobie specyficzne (4,3%) i fobie społeczne (1,8%) [80].

Badania własne uwiaryściły, iż większość osób badanych (84,55%) spotkała się kilka razy lub często z negatywnym nastawieniem do osób przejawiających objawy chorób psychicznych. Brak wiedzy w tym względzie zadeklarowano w 8 przypadkach (7,27%).

Większa część badanej populacji wykazała pozytywny stosunek do osób chorych psychicznie („życzliwy” 20,00%; „raczej życzliwy” 44,55%). Jednak 9,09% ankietowanych przyznało, że są nastawieni negatywnie do chorych zmagających się z zaburzeniami psychicznymi ze względu na obawy i przykre doświadczenia. Według badań przeprowadzonych przez Jankowiak i wsp., ponad połowa respondentów (51,3%) deklaruje, że ich stosunek do osób chorych psychicznie jest zdecydowanie lub raczej życzliwy. Zdecydowanych było zauważalnie mniej (13,9%). 25,9% miało obojętny stosunek do chorych. Rzadziej niż co piąty ankietowany deklaruje raczej lub zdecydowaną niechęć do chorych psychicznie (odpowiednio 12,7% i 4,4%). 39,9% badanych stosunek osób ze swojego otoczenia do chorych psychicznie uważa za niechętny, przy czym odpowiedzi „raczej niechętny” (34,4%) były udzielane zdecydowanie częściej niż „zdecydowanie niechętny” (9,5%). 26,6% badanych określało ten stosunek jako obojętny (26,6%), a prawie co piąty jako zdecydowanie lub raczej życzliwy (odpowiednio 4,4% i 13,9%) [71].

Badania własne wykazały, iż zdecydowana większość uczestników badania uważała, że w Polsce poziom edukacji na temat zaburzeń psychicznych nie jest wystarczający (92,73%). Żadna osoba ankietowana nie uważała, że poziom edukacji jest wystarczający. Z danych udostępnionych w raporcie RPO dotyczącego Ochrony Zdrowia Psychicznego w Polsce wynika, iż społeczeństwo nie posiada adekwatnej wiedzy na temat chorób psychicznych, co wiąże się z małą edukacją i prewencją [85]. Według badań przeprowadzonych przez Czumaj i wsp. w większości (38%) ankietowani byli zdania, iż edukacja o tematyce zaburzeń psychicznych w Polsce jest na bardzo złym poziomie. 36% badanych, uznało, iż jest zła. 22%) uważało zaś, że edukacja ta jest przeciętna, ale mogłaby być lepsza. Znikomy odsetek badanych (2% i 1%) uważał, że jest bardzo dobra lub dobra [81].

Badania własne wykazały, że większość badanej populacji uważała, iż osoby z zaburzeniami psychicznymi powinny uczęszczać do innych niż publiczne placówek edukacyjnych, ponieważ wymagają innego podejścia i potrzebują wykwalifikowanej kadry nauczycielskiej (60,00%). Przeciwnego zdania było 36 ankietowanych (32,73%). Nitecka-Walerych w swoim artykule wskazuje rozwiązanie problemu poprzez umieszczenie dzieci z zaburzeniami psychicznymi w odmiennym niż tradycyjnym przedszkolu, gdzie wymagania osób ze spektrum są w o wiele większym stopniu spełniane przez personel [86].

Według respondentów przeprowadzonej własnej ankiety, osoby chore psychicznie najczęściej są przygnębione i smutne (40,91%), unikają obcych osób (32,73%) oraz unikają wzroku przechodniów (30,00%). Nikt nie spotkał się z atakiem słownym oraz krzykiem na inne osoby. Większa część badanej populacji wykazała pozytywny stosunek do osób chorych psychicznie („życzliwy” 20,00%; „raczej życzliwy” 44,55%). Jednak 9,09% ankietowanych przyznało, że są nastawieni negatywnie do chorych zmagających się z zaburzeniami psychicznymi ze względu na obawy i przykre doświadczenia. Według Podogrodzkiej-Niell, chorzy psychicznie są zwykle utożsamiani z osobami niebezpiecznymi, agresywnymi i nieprzewidywalnymi. W badaniach opinii publicznej opublikowanych w artykule podkreślana jest zauważalna odmienność chorych w porównaniu z resztą społeczeństwa- odmienność zachowania i wyglądu może wynikać z choroby lub stosowanych leków (dyskinezy, dystonie, akatyzyja, otyłość). Nadal bardzo często (ponad 60% odpowiedzi twierdzących) chorzy psychicznie są opisywani w sposób obraźliwy, a zdecydowana większość ankietowanych przyznaje, że w stosunku do osób z zaburzeniami psychicznymi woli utrzymywać dystans społeczny [87].

Badania własne dowodzą, iż zdaniem respondentów choroby psychiczne nie są zależne od wieku oraz dotyczą osób w każdym przedziale wiekowym (77,27%). Według 8,18% ankietowanych choroby psychiczne ujawniają się w wieku dziecięcym i młodzieńczym. Brak wiedzy na ten temat odnotowano w 10 przypadkach (9,09%). Według badań przeprowadzonych przez Kužel, na depresję mogą zachorować ludzie w każdym wieku (93,5% badanych), 3,5% uznało, że tylko ludzie w podeszłym wieku, a 3% odpowiedziało, że jedynie osoby dorosłe. Żaden z ankietowanych nie uważał, iż chorobą tą mogą być obciążone jedynie dzieci lub tylko młodzież [88].

Badania własne wykazały, że zaburzenia psychiczne są jednostkami wstydlivymi zdaniem większości respondentów, ponieważ chory jest postrzegany inaczej/gorzej niż pozostali (60,91%). Zdaniem 3,64% badanej populacji wstyd się przyznać, że jest się chorym psychicznie. Brak zdania zgłosiło 10 respondentów (9,09%). Z kolei 26,36% twierdziło, że jest to choroba jak każda inna i nie powinna wywoływać wstydu u osoby chorej. W badaniach przeprowadzonych przez Jankowiak i wsp. ponad połowa badanej grupy (54,1%) stwierdziła, że choroby psychiczne nie należą do wstydlivych i nie powinny być ukrywane przed innymi. Jednak prawie co czwarta osoba z badanej grupy (23,9%) uzależniła wstydliwość, czy ukrywanie choroby od jej rodzaju [71]. Badania

przeprowadzone przez Czumaj i wsp. dowodzą zaś, iż 94% respondentów zdecydowanie uważała, że korzystanie z pomocy psychologicznej nie jest powodem do wstydu [81].

Według respondentów przeprowadzonej własnej ankiety, wykazano, iż osoby chore psychicznie mają szanse na wyleczenie (52,73%), ale nie w każdym przypadku. Według 25,45% chorzy nie mają możliwości wyleczenia, ale można stosować leki oraz terapie by załagodzić skutki choroby. W badaniach przeprowadzonych przez Grabowską większość badanych, choć w sposób mało zdecydowany, była przekonana, że chorzy psychicznie mają szanse na wyzdrowienie (58%) [89].

Badania własne wykazały, że zaburzeniem psychicznym najbardziej stygmatyzującym chorych jest schizofrenia (51,82%). Najmniej osób ankietowanych wskazało demencję (3,64%), autyzm oraz nerwicę jednakowo 1,82%. Zdaniem respondentów w badaniach Świtaj i wsp., dotyczących doświadczeń stygmatyzacji chorych na schizofrenię i chorych z innymi problemami zdrowotnymi, tylko uzależnieni od narkotyków wzbudzają bardziej negatywne reakcje od chorych psychicznie [90]. Natomiast Angenmeyer i wsp. badający występowanie stereotypów i dystansu społecznego w społeczeństwie względem chorych na schizofrenię zauważyli że spośród pięciu komponentów stereotypu, postrzeganie osób ze schizofrenią jako nieprzewidywalnych i niekompetentnych a kolejno niebezpiecznych było najczęściej popierane przez opinię publiczną, podobnie jak dystans społeczny i obarczanie jednostki odpowiedzialnością za chorobę było najsilniejszym predyktorem akceptacji dyskryminacji strukturalnej [91].

Badania własne wykazały, iż ponad $\frac{3}{4}$ ankietowanych informacje na temat zaburzeń psychicznych czerpało z Internetu (76,36%). O literaturze i czasopismach naukowych wspomniało 30,00% uczestników. Brak zainteresowania informacjami na temat zaburzeń psychicznych wykazało 18 badanych (16,36%). Według badań przeprowadzonych przez Kuźel i wsp. respondenci najczęściej wiedzę na temat depresji czerpali z mediów (66,5%), Internetu (60,5%), prasy (46,5%), zajęć na uczelni (35%) i od znajomych (29,5%). Rzadziej od rodziny (18,5%), lekarzy (13,5%) i pielęgniarki (4%) [88]. Badania przeprowadzone przez Czumaj i wsp. dowodzą, iż 54% ankietowanych wiedzę na temat zdrowia psychicznego czerpie z Internetu, a 49% z mediów społecznościowych. 45% badanych korzysta z artykułów i publikacji naukowych, a 41% posiada informacje od znajomych i rodziny. 37% odpowiedzi wskazywało na korzystanie z wiedzy specjalistów. Najmniejszy odsetek odpowiedzi wskazywało na telewizję- 5% [81].

Wnioski

Analiza zebranego materiału badawczego pozwoliła na wysunięcie następujących wniosków:

1. Zjawisko stygmatyzacji osób chorych psychicznie wśród społeczeństwa występuje często.
2. Na zjawisko stygmatyzacji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi mają wpływ utarte stereotypy, brak odpowiedniej edukacji w zakresie chorób psychicznych, specyficzne zachowanie chorych ze spektrum psychicznym, strach i obawa nieprzewidywalności objawów chorób.
3. Zdecydowaną większość uczestników badania stanowiły kobiety w przedziale wiekowym pomiędzy 18 a 30 rokiem życia.
4. Kobiety nie wyrażały zgody na sprawowanie opieki nad dziećmi przez osoby chore psychicznie.
5. Miejsce zamieszkania wpływa na zaufanie do chorych psychicznie odnośnie sprawowania opieki nad dzieckiem przez osobę chorą.
6. Chorzy psychicznie nie powinni zdaniem respondentów wykonywać określonych, ważnych społecznie zawodów (ksiądz, lekarz, pielęgniarka, przełożony) oraz mają większy problem ze znalezieniem zatrudnienia.

Piśmiennictwo

1. Jarema M.: Psychiatria. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016.
2. Aronson E: Człowiek istota społeczna. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa, 2020.
3. Grzywa A.: Jak powstało napiętnowanie i błędne rozumienie chorób psychicznych? Psychiatria, 2018: 15 (4), s.211-219.
4. Obara-Gołębiowska M.: Employment discrimination against obese women in obesity clinic's patients perspective. Rocznik Państwowego Zakładu Higieny, 2016: 67 (2), s.147-153.
5. Flaga- Gieruszyńska K., Karakiewicz B., Klich A.: Problematyka osób z zaburzeniami psychicznymi. Aspekty medyczne i prawne. Currenda, Sopot 2017.
6. Stradomska M.: Uwarunkowania prób samobójczych w grupie studentów- program profilaktyczny prowadzony na uniwersytecie. Psychiatria i Psychologia Kliniczna, 2019: 19 (3), s.293-307.
7. Babicki M., Kotowicz K., Piotrowski P., Stramecki F., Kobyłko A., Rymaszewska J.: Obszary stygmatyzacji i dyskryminacji osób chorujących psychicznie wśród respondentów internetowych w Polsce. Psychiatria Polska, 2018: 52 (1,) s.93-102.
8. Mroczek B., Wróblewska I., Kędzierska A., Kurpas D.: Postawy dorosłych Polaków wobec osób chorych psychicznie. Family Medicine & Primary Care Review, 2014: 16 (3), s.263-265.
9. Kiejna A., Moskalewicz J., Rabczenko D. i wsp.: Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „*Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska*”. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012, 19–41.
10. *Zdrowie Psychiczne w Unii Europejskiej*, Kancelaria Senatu, Warszawa 2019, 5-6; https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/175/plik/ot-674_zdrowie_psychiczne.pdf (dostęp 10.03.2023).
11. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> (dostęp 10.03.2023).

12. Wojewódzka Stacja Sanitarno- Epidemiologiczna w Warszawie: Zdrowie psychiczne [online]. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/wsse-warszawa/zdrowie-psychiczne>. Data pobrania: 06.03.2023r.
13. Ostrowska A.: Niepełnosprawni w społeczeństwie 1993-2013. Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa, 2015.
14. Rymaszewska J., Dudek D.: Psychiatria w medycynie. Medical Education, Warszawa 2022.
15. Żaroń A.: Psychiatria środowiskowa z punktu widzenia wybranych potrzeb psychologicznych. Psychiatria, 2018: 15 (1), s.45-49.
16. Kancelaria Senatu: Zdrowie Psychiczne w Unii Europejskiej, Warszawa 2019, s. 5-6. [online] Dostępne: https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/175/plik/ot-674_zdrowie_psychiczne.pdf. Data pobrania: 06.05.2023r.
17. Tyszkowska M., Podogrodzka M.: Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych- czynniki bezpośrednio związane z leczeniem psychiatrycznym. Psychiatria Polska, 2013: 47 (6), s.1011-1022.
18. Szaulińska K., Szafrąński T.: Medytacje nad treścią fantazmatu schizofrenii. W poszukiwaniu granic destygmatyzacji. Postępy Psychiatrii i Neurologii, 2015: 24 (2), s.45-61.
19. Szkulciecka-Dębek M., Walczak J., Augustyńska J., Miernik K., Stelmachowski J., Pieniążek I. i wsp.: Assessment of quality of life in patients with schizophrenia and their caregivers in selected Central and Eastern European countries: A literature review. : International Journal of Health Policy and Management, 2015: 1, s.76-92.
20. Chotkowska K.: Experienced and perceived stigma among people suffering from schizophrenia. Advances in Psychiatry and Neurology, 2018: 27 (4), s.304-317.
21. Suwalska J., Suwalska A., Neumann-Podczaska A., Łojko D.: Studenci medycyny a stygmatyzacja z powodu depresji. Psychiatria Polska, 2017: 51 (3), s.495-502.
22. Mazurek M., Papuć E., Rejdak K.: Demencja - problemy diagnostyczne i terapeutyczne. Wiadomości Lekarskie, 2018: 71 (6), s.1235-1238.
23. Mazurek M., Papuć E.: Stygmatyzacja osób z demencją. Wiadomości Lekarskie, 2018: 71 (6), s.1275-1278.
24. Iwanicka A., Soroka E.: Rola mediów społecznościowych w procesie kształtowania się "kultu ciała" wśród młodych kobiet. Current Problems of Psychiatry, 2020: 21 (1), s.15-21.

25. Makara-Studzińska M., Podstawka D., Goclon K.: Czynniki wpływające na postrzeganie obrazu ciała u osób otyłych. *Polski Merkurusz Lekarski*, 2013: 35 (209), s.313-315.
26. Urbańska A., Żurawska vel Dziurawiec K.: Otyłość a obraz ciała. *Current Problems of Psychiatry*, 2019: 20 (4), s.301-308.
27. Ambroziak K., Kołakowski A., Siwek K.: *Nastolatek a depresja*. GWP, Sopot 2018.
28. Małek A., Golińska P.: : Depresja w przebiegu zespołu Tourette'a. *Psychiatria Polska*, 2020: 54 (1), s.69-82.
29. Tomczyszyn D.: Problemy matek wychowujących dziecko z niepełnosprawnością intelektualną. *Health Problems of Civilization*, 2019: 13 (4), s.254-263.
30. Mazurkiewicz D. W., Marek A., Miela R. J., Wójcik H.: An attempt to evaluate the acceptance of homosexuality in Polish society. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne Nursing and Public Health*, 2013: 123 (2), s.194-201.
31. Iniewicz G., Grabski B.: Psychoterapia osób nieheteroseksualnych z perspektywy terapeutów i pacjentów- wzajemne oczekiwania i obawy. *Psychiatria Polska*, 2015: 49 (3), s.585-597.
32. Pisaniak P., Żołądź J., Tarczoń A., Ozga D.: Stigmatization of mentally ill people by paramedics- pilot study. *Emergency Medical Service*, 2021: 8 (1), s.5-11.
33. Pięta P.: Sposoby rozwiązywania problemów dnia codziennego wynikających z doświadczania przewlekłej choroby psychicznej- schizofrenii. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2017 (3), s.537-543.
34. Rodak J., Witusik A., Nowakowska-Domagala K., Pietras T., Mokros Ł.: Związek profilu psychopatologicznego i leczenia przeciwpsychotycznego z internalizacją piętna wśród pacjentów ze schizofrenią- badanie przekrojowe. *Advances Psychiatry and Neurology*, 2018: 27 (2) s.77-86.
35. Tylec A., Dubas- Ślemp H., Wójcicka A., Drop B., Kucharska K.: Trudności drugorzędowej profilaktyki raka szyjki macicy u kobiet leczonych z powodu schizofrenii paranoidalnej- opis przypadku. *Psychiatria Polska*, 2018: 52 (2), s.251-259.
36. Markiewicz A., Gryglicka H., Hozyasz K. K.: Napiętnowanie społeczne w chorobach przewlekłych. *Pediatrics Polska*, 2017: 92 (3), s.316-320.
37. Urbańska K., Szcześniak D., Rymaszewska J.: The stigma of dementia. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 2015: 24 (4), s.225-230.

38. Cybula-Fujiwara A., Merecz- Kot D., Walusiak- Skorupa J., Marcinkiewicz A., Wiszniewska M.: Pracownik z chorobą psychiczną- możliwości i bariery w pracy zawodowej. *Medycyna Praktyczna*, 2015: 66 (1), s.57-69.
39. Dyga K., Opoczyńska M.: Znaczenie diagnozy dla tożsamości pacjenta. *Psychoterapia*, 2015: 3, s.87-97.
40. Bronowski P., Kaszyński H., Maciejewska O.: Kryzys psychiczny: odzyskiwanie zdrowia, wsparcie społeczne, praca socjalna. Warszawa, Difin 2019.
41. Pawlus B.: Wstyd z powodu dziecka niepełnosprawnego cz. 2. *Wiadomości Lekarskie*, 2016: 69 (2), s.306-313.
42. Ben-Ezra M., Anavi- Goffer S., Arditi E., Ron P., Atia Rachel P., Rate Y., Kaniasty K.: Revisiting stigma: exposure to Tourette in an ordinary setting increases stigmatization. *Psychiatry Research*, 2017: 248 s.95-97.
43. Kocharński A., Cechnicki A.: Postawy polskich psychiatrów wobec osób chorujących psychicznie. *Psychiatria Polska*, 2017: 51 (1), s.29-44.
44. Reszczyński R.: Wyższe dawki aripiprazolu- silniejszy efekt antypsychotyczny. Doświadczenia własne w leczeniu aripiprazolem pacjentów chorujących na schizofrenię paranoidalną. *Psychiatria*, 2017: 14 (4), s.204-208.
45. Dearing R.L., Tangney J. P.: Wstyd podczas sesji terapeutycznej. Edra Urban & Partner, Wrocław 2019.
46. Colom F., Vieta E.: Podręcznik psychoedukacji w zaburzeniach afektywnych dwubiegunowych. Warszawa: MediPage, 2009, s. 25 -31.
47. Sikorski W.: Mózg a ciało w psychoterapii. Difin, Warszawa 2018.
48. Dąbrowska K., Wieczorek Ł.: Przekonania pacjentów i profesjonalistów o wpływie społecznej stygmatyzacji na podejmowanie leczenia z powodu zaburzeń związanych z hazardem. *Psychiatria Polska*, 2021: 55 (1), s.181-196.
49. Jacob G., Lieb K., Berger M.: Trudne dialogi. Rozmowy psychiatrów i psychoterapeutów z pacjentami. Edra Urban & Partner, Wrocław 2019.
50. Remberk B.: Chyba już czas na zmiany? *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 2017: 17 (4), s.256-259.
51. Ostrzyżek A., Marcinkowski J. T.: Jakość życia a doświadczanie schizofrenii. *Hygea Public Health*, 2014: 49 (4), s.679-684.
52. Lickiewicz J.: Agresywny pacjent. Metody i techniki postępowania. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017.

53. Kramarczyk K., Ćwiek A., Kurczab B., Czok M., Bratek A., Kucia K.: Czy popkultura wpływa na postrzeganie procedur medycznych? Raport o stanie wiedzy i nastawieniu polskich studentów do terapii elektrowstrząsowej. *Psychiatria Polska*, 2020: 54 (3), s.603-612.
54. Bańbura A., Opoczyńska-Morasiewicz M.: Stygmatyzacja osób chorujących psychicznie i jak jej przeciwdziałać- analiza wypowiedzi osób starszych. *Psychiatria Polska*, 2020: 54 (4), s.807-820.
55. Mendonça Lima C. A., Teixeira Lopes E. S.: Systematic review on origin of stigma and discrimination against old persons with mental disorders. *Psychogeriatrics Polska*, 2012: 9 (3), s.87-105.
56. Soroka E., Stepulak M. Z.: Psychiatryczne, psychologiczne i etyczne uwarunkowania zjawiska autostygmatyzacji chorobą psychiczną- przegląd piśmiennictwa. *Current Problems of Psychiatry*, 2020: 21 (2), s.59-69.
57. Zwoliński A.: Samobójstwo jako problem osobisty i publiczny. Wydawnictwo WAM, Kraków 2013.
58. Wojda P.: Przeciwdziałanie stygmatyzacji chorych psychicznie w praktyce pielęgniarstwa. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2020 (1), s.41-47.
59. Wieczorek Ł.: Stygmatyzacja osób uzależnionych od alkoholu oraz systemu leczenia uzależnień w Warszawie i w społeczności lokalnej. *Alkoholizm i Narkomania*, 2015: 28 (2), s.103-117.
60. Kielan A., Olejniczak D.: Czynniki ryzyka oraz konsekwencje zachowań samobójczych z uwzględnieniem problematyki samobójstw dzieci i młodzieży. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 2018: 17, 3, s. 9-21.
61. Semple D., Smyth R., Darjee R., Mcintosh A.: Oxfordzki podręcznik psychiatrii. Czelej, Lublin 2007.
62. Goffman E.: Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005..
63. Szewetowska K.: Stygmatyzacja społeczna, *Edukacja i dialog*, 2009, 4, http://sztuka_zycia.netbird.pl/?app_id=82&app_type=article&article_id=10933&article_page=1&no_original_params=true&widget_id=41, data pobrania: 23.01.2021.
64. Aggleton P.: HIV and AIDS-related stigmatization, discrimination and denial: forms, context and determinants. Research study from Uganda and India, *UNAIDS/00-16E*, 2000: 9.

65. Alonzo A.A., Reynolds N.R.: Stigma HIV and AIDS. An explanation and elaboration of stigma trajectory. *Soc. Sci. Med.*, 1995: 41, s.303-313.
66. Czykwin E.: *Stygmata społeczne*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 1-455.
67. Scambler G., Heijnders M., van Brakel W.H. i wsp.: Understanding and tackling health-related stigma. *Psychol. Health Med.*, 2006: 11, s.269-270.
68. Kowalik S.: *Psychologia rehabilitacji*. Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2007.
69. Dyduch A., Grzywa A.: Stygmatyzacja i czynniki ją warunkujące na przykładzie stygmatyzacji związanej z chorobą psychiczną. *Pol. Merk. Lek.*, 2009; XXVI, s.263–267.
70. Zaburzenia psychiczne: rodzaje, objawy <https://mindhealth.pl/blog/zaburzenia-psychiczne-rodzaje-objawy> data pobrania:29.08.2023
71. Jankowiak B., Bujalska D., Kondzior D., Kowalewska B. i wsp.: Postawy społeczeństwa wobec osób chorych psychicznie [w:] *W drodze do brzegu życia*, Tom X, Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Lewko J., Kułak W. (red.). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2015, s. 599-613.
72. Link B.G., Phelan J.C., Bresnahan M., Stueve A., Pescosolido B.A.: Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health*, 1999: 89 (9), s.1328-1333.
73. Pescosolido B.A., Monahan J., Link B.G., Stueve A., Kikuzawa S.: The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. *Am J Public Health.*, 1999: 89 (9), s. 1339-1345.
74. Crisp A.H., Gelder M.G., Rix S., Meltzer H.I., Rowlands O.J.: Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry*, 2000: 177 (1), s. 4-7.
75. Wciórka B, Wciórka J. Sondaż opinii publicznej: społeczny obraz chorób psychicznych i osób chorych psychicznie w roku 2005. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 2006; 15 (4), s.255-267.
76. Brzezińska A. I., Zwolińska K.: Marginalizacja osób z ograniczeniami sprawności na skutek zaburzeń psychicznych. *Polityka Społeczna*, 2010: 2, s.16-22.
77. Wciórka B., Wciórka J.: *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie*. Warszawa; Komunikat z badań CBOS; 2008.

78. Cechnicki A., Angermeyer M.C., Bielańska A.: Anticipated and experienced stigma among persons with schizophrenia: its nature and correlates. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2011; 46:643–650.
79. Schulze B., Angermeyer M.C.: Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Soc. Sci. Med.* 2003; 56(2): 299–312.
80. Niemczyk- Zajac A.: Sytuacja osób z zaburzeniami psychicznymi. *Zeszyty Naukowe WSG*, 2021: 39, 6, s. 228- 234.
81. Czumaj J., Mironiuk K., Kowalska N., Truskolaski P., Trzewik B.: Świadomość samopoczucia psychicznego młodych Polaków i ich stosunek do osób chorych psychicznie. Raport przygotowany w ramach zaliczenia zajęć przedmiotu: Projekt badawczy pod kierunkiem dr hab. Emilii Paprzyckiej. Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie Wydział Socjologii i Pedagogiki, Warszawa 2023.
82. Trzcńska E.: Osoby z chorobami psychicznymi na rynku pracy. *Zeszyty Naukowe. Zbliżenia Cywilizacyjne*, 2017: 13 (1), s. 92-107.
83. Tracz- Dral J.: Zdrowie psychiczne w Unii Europejskiej. Opracowania tematyczne OT-674. Kancelaria Senatu. Biuro Analiz, Dokumentacji i Korespondencji, Warszawa 2019.
84. Duch W., Dobosz K.: Sieci neuronowe w modelowaniu chorób psychicznych. Wyd. Exit, Uniwersytet Śląski, Katowice 2013.
85. Wciórka J.: Ochrona Zdrowia Psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO. Rzecznik Praw Obywatelskich, Warszawa, 2014.
86. Nitecka- Walerych A.: Leśne przedszkola- odpowiedź edukacji na potrzeby dzieci. *Pedagogika. Studia i Rozprawy* 2019, 28, s. 229-239.
87. Podogrodzka- Niell M., Tyszkowska M.: Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym. *Psychiatria Polska* 2014: 48(6), s.1201–1211.
88. Kužel A., Krajewska- Kułak E., Śmigielska- Kuzia J.: Percepcja depresji w wybranych grupach społecznych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2015: 21, 3, s. 295–302.
89. Grabowska M, CBOS.: Stosunek do osób chorych psychicznie. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 2019. Dostępne: https://cbos.pl/PL/wydarzenia/79_spotkanie/MG_Stosunek_do_osob_chorych_psychicznie_6_11_2019.pdf . Data pobrania 24.04.2023r.

90. Świtaj P., Wciórka J., Grygiel P., Smolarska-Świtaj J., Anczewska M., Chrostek A.: Częstość doświadczeń stygmatyzacji u chorych na schizofrenię w porównaniu do pacjentów z innymi problemami zdrowotnymi. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2010, 19, s.269- 274.
91. Angermeyer M.C., Matschinger H.: The stereotype of schizophrenia and its impact on discrimination against people with schizophrenia: Results from a representative survey in germany. *Schizophr. Bull.* 2004; 30, 4, s. 1049–1060.

Wykaz rycin

Rycina 1. Znajomość respondentów z osobami zmagającymi się z chorobami psychicznymi.....	38
Rycina 2. Doświadczenie respondentów dotyczące ogólnego oceniania osoby chorej psychicznie.....	39
Rycina 3. Zdanie respondentów na temat wykonywania każdego rodzaju zawodu przez osoby z chorobami psychicznymi.....	39
Rycina 4. Zdanie respondentów dotyczące gorszego postrzegania przez społeczeństwo osób z chorobami psychicznymi.....	40
Rycina 5. Określenia opisujące osoby chore psychicznie z jakimi spotkali się respondenci.....	41
Rycina 6. Czynniki wpływające na negatywne nastawienie do osób z chorobami psychicznymi – zdaniem respondentów.....	42
Rycina 7. Osoby ze stwierdzonymi chorobami psychicznymi mają większy problem ze znalezieniem pracy – zdaniem respondentów.....	42
Rycina 8. Płeć, która częściej choruje na choroby psychiczne – zdaniem respondentów.....	43
Rycina 9. Pochodzenie chorób psychicznych – zdaniem respondentów.....	43
Rycina 10. Jednostki chorobowe zaliczające się do chorób psychicznych znane przez respondentów.....	44
Rycina 11. Doświadczenie przez respondentów negatywnego nastawienia do osób przejawiających objawy chorób psychicznych.....	45
Rycina 12. Placówki edukacyjne do których powinny uczęszczać osoby z chorobami psychicznymi – zdaniem respondentów.....	45

Rycina 13. Placówki edukacyjne do których powinny uczęszczać osoby z chorobami psychicznymi – zdaniem respondentów.....	46
Rycina 14. Zależność choroby psychicznej od wieku – zdaniem respondentów.....	48
Rycina 15. Przymusowe leczenie chorych psychicznie – zdaniem respondentów.....	49
Rycina 16. . Choroba psychiczna jest chorobą wstydliwą – zdaniem respondentów.....	49
Rycina 17. Szansa na wyleczenie choroby psychicznej – zdaniem respondentów.....	50
Rycina 18. Stosunek respondentów do osób chorych psychicznie.....	51
Rycina 19. Zajmowanie się dziećmi przez osoby chore psychicznie – zdaniem respondentów.....	52
Rycina 20. Osoba psychicznie chora może uprawiać zawód lekarza/pielęgniacza/ratownika, księdza, kierownika/przełożonego, pełnić funkcje publiczne/ kierownicze – zdaniem respondentów.....	53
Rycina 21. Choroba psychiczna najbardziej stygmatyzująca chorych – zdaniem respondentów.....	54
Rycina 22. Źródła informacji na temat chorób psychicznych wśród respondentów.....	54
Rycina 23. Kampanie społeczne informujące o chorobach psychicznych są wystarczające – zdaniem respondentów.....	55

Wykaz tabel

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna respondentów	37
Tabela 2. Zachowanie osoby chorej psychicznie wśród społeczeństwa- według respondentów	47
Tabela 3. Akceptacja osób chorych psychicznie pełniących różne role w otoczeniu respondentów	56
Tabela 4. Dyskryminacja osób psychicznie chorych w otoczeniu respondentów.....	57
Tabela 5. Wiek respondentów a zezwolenie na sprawowanie opieki nad dziećmi przez osoby chore psychicznie	58
Tabela 6. Płeć respondentów a zezwolenie na sprawowanie opieki nad dziećmi przez osoby chore psychicznie	59
Tabela 7. Miejsce zamieszkania respondentów a zezwolenie na sprawowanie opieki nad dziećmi przez osoby chore psychicznie.....	60
Tabela 8. Miejsce zamieszkania respondentów a zezwolenie na sprawowanie opieki nad dziećmi przez osoby chore psychicznie.....	61
Tabela 9. Wiek respondentów a praca osób chorych psychicznie w zawodach medycznych lub na stanowiskach kierowniczych/publicznych.....	62
Tabela 10. Płeć respondentów a praca osób chorych psychicznie w zawodach medycznych lub na stanowiskach kierowniczych/publicznych.....	63
Tabela 11. . Miejsce zamieszkania respondentów a praca osób chorych psychicznie w zawodach medycznych lub na stanowiskach kierowniczych/publicznych.....	64
Tabela 12. Wykształcenie respondentów a praca osób chorych psychicznie w zawodach medycznych lub na stanowiskach kierowniczych/publicznych.....	65



ISBN 978-83-67454-55-1