

Psychiatr. Pol. 2019; 53(6): 1219–1236

PL ISSN 0033-2674 (PRINT), ISSN 2391-5854 (ONLINE)

www.psychiatriapolska.pl

DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/109818>

Ocena wpływu szkoleń antystygmatyzacyjnych prowadzonych przez „ekspertów przez doświadczenie” na postawy uczestników wobec osób chorujących psychicznie

The evaluation of the impact of anti-stigma training led by ‘experts by experience’ on participants’ attitudes towards persons with mental illness

Piotr Świtaj¹, Paweł Grygiel², Joanna Krzyżanowska-Zbucka^{1,3},
Janina Sonik¹, Anna Chrostek¹, Piotr Jahołkowski¹, Jacek Wciórka¹,
Marta Anczewska¹

¹ I Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii

² Uniwersytet Jagielloński, Instytut Pedagogiki

³ Fundacja eKropka

Summary

Aim. The purpose of this study was to evaluate the impact of anti-stigma training led by people who had previously experienced mental health crises (i.e., ‘experts by experience’) on various aspects of participants’ attitudes towards the people with mental illness.

Method. The three-hour workshops were attended by 185 people; the training was held in 17 groups, with 3–19 people in each (11 on average). Almost half of the participants (45.4%) were employees of the mental health care system. The participants were asked to fill out a set of questionnaires immediately before and after the training, which evaluated the following aspects of their attitudes: social distance, stigmatizing attributions, beliefs about self-determination/ability to attain important life goals by people with mental illness, and also beliefs about the social value of people with mental illness. The respondents were asked to complete the same set of questionnaires again online a month and six months after the training. The data were analyzed based on a piecewise latent trajectory model.

Results. Out of the 185 people who participated in the workshops, 115 (62.2%) filled out the questionnaires a month after, and 87 (47.0%) six months after the training. The analyses showed an improvement in all four measures of attitudes expressed directly after the training. In three out of the four examined aspects of attitudes (intensity of social distance, stigmatizing attributions and beliefs about self-determination of people with mental illness) the positive impact of the training continued after six months.

Conclusions. The results provide preliminary empirical evidence that the structured anti-stigma intervention under evaluation, using the elements of education and interpersonal contact can be an effective tool for improving social attitudes towards people with mental illness.

Słowa kluczowe: choroba psychiczna, stygmatyzacja, eksperci przez doświadczenie

Key words: mental illness, stigmatization, experts by experience

Wstęp

Osoby chorujące psychicznie często są obiektem stygmatyzacji (od gr. *stigma* – piętno), czyli negatywnych stereotypów, uprzedzeń i dyskryminacji [1]. Stygmatyzacja stanowi źródło przewlekłego stresu, przyczynia się do wykluczenia społecznego, izolacji i poczucia samotności, pogarsza współpracę w leczeniu, prowadzi do spadku samooceny i samoskuteczności, zaostrzenia objawów psychopatologicznych, wpływa negatywnie na jakość życia i zwiększa ryzyko samobójstwa [1–5]. W konsekwencji osłabia skuteczność podejmowanych wysiłków terapeutycznych oraz generuje wysokie koszty społeczne i ekonomiczne [6].

Niestety, mimo niewątpliwych postępów w rozumieniu natury zaburzeń psychicznych i dostępności coraz bardziej wyrafinowanych i skutecznych metod ich leczenia na świecie można zaobserwować niekorzystne tendencje w zakresie postaw społecznych wobec osób chorujących psychicznie. Dokonany przez Schomerusa i wsp. [7] systematyczny przegląd badań przeprowadzonych w różnych krajach na reprezentatywnych próbach populacji ogólnej wykazał, że chociaż w ciągu ostatnich kilku dekad wyraźnie wzrosła skłonność do postrzegania zaburzeń psychicznych w kategoriach biomedycznych oraz akceptacja dla profesjonalnych (medycznych, psychiatrycznych) metod ich leczenia, to jednocześnie postawy wobec osób z zaburzeniami psychicznymi nie uległy zmianie, a w stosunku do chorych na schizofrenię pogorszyły się.

Polska należy do dość wąskiej grupy krajów, w których wyniki sondaży przeprowadzanych na reprezentatywnych próbach społeczeństwa publikowane są regularnie co kilka lat [8–11]. Wskazują one, że niedostateczna wiedza na temat chorób psychicznych często współwystępuje z niechętnymi stereotypami, z tendencją do społecznego naznaczania i piętnowania osób chorych psychicznie oraz dystansowania się wobec nich. Znamienne, że w jednym z sondaży aż 75% respondentów wyraziło opinię, że choroby psychiczne to problem wstydlivy, który należy ukrywać [9]. W Polsce niejednokrotnie analizowano też piętno społeczne z perspektywy osób leczących się psychiatrycznie [12–17]. Badania te w znacznym stopniu odzwierciedlają wyniki badań opinii publicznej. Wynika z nich, że pacjenci powszechnie ukrywają swoją chorobę jako coś wstydlivego, akceptują i internalizują negatywne stereotypy na swój temat, obawiają się odrzucenia przez innych i martwią się, że będą źle odbierani przez otoczenie, jeśli ich choroba psychiczna wyjdzie na jaw. Obawy te trudno uznać za bezpodstawne, gdyż znaczna część ankietowanych rzeczywiście doświadczała – niekiedy w drastycznej formie – odrzucenia i dyskryminacji w takich obszarach jak relacje interpersonalne, zatrudnienie czy kontakty z wymiarem sprawiedliwości [12, 13, 17].

Ponieważ stygmatyzacja jest uważana za jedno z najważniejszych współczesnych wyzwań w dziedzinie zdrowia psychicznego [18, 19] i publicznego [20], opracowuje się

liczne programy mające na celu przeciwdziałanie jej negatywnym skutkom, zarówno na poziomie lokalnym, jak i ogólnokrajowym czy globalnym [18, 21–23]. W Polsce największy zasięg i rozgłos zyskał zainicjowany w 2000 roku program „Otwórzcie Drzwi”, stanowiący część globalnego programu (*Open the Doors*) pod auspicjami Światowego Towarzystwa Psychiatrycznego [18, 21, 24]. Po wycofaniu wsparcia finansowego przez przemysł farmaceutyczny (w 2005 r.) inicjatywy antystygmatyzacyjne nabrały bardziej ograniczonego, lokalnego charakteru [21]. Mają one często formę doraźnych akcji, a ich efekty zazwyczaj nie są poddawane starannej empirycznej ewaluacji. Opracowanie ustrukturyzowanych interwencji antystygmatyzacyjnych i udokumentowanie ich skuteczności wydaje się więc pilną potrzebą.

Na podstawie przeglądu literatury społeczno-psychologicznej Corrigan i Penn [25, zob. też 26, 27] zidentyfikowali trzy główne strategie wpływania na stygmatyzujące postawy społeczne wobec osób z zaburzeniami psychicznymi: protest, edukację i kontakt. Protest jest stosowany jako reakcja na stygmatyzujące treści pojawiające się w reklamach, filmach, programach informacyjnych, doniesieniach prasowych i innych publicznych wypowiedziach. Celem tej strategii jest powstrzymanie ekspresji negatywnych postaw w sferze publicznej przez odwołanie się do wrażliwości i moralności oraz niesprawiedliwości związanej ze stygmatyzacją. Edukacja ma na celu korektę nietrafnych, stereotypowych przekonań na temat osób leczących się psychiatrycznie i zastąpienie ich adekwatną, choć raczej prostą i łatwą do przyswojenia wiedzą. Trzecia z wymienionych strategii polega na wykorzystaniu kontaktu interpersonalnego z osobami z doświadczeniem choroby psychicznej. Opiera się ona na założeniu, że bezpośrednia interakcja z przedstawicielami stygmatyzowanej grupy przyczynia się do zmniejszenia uprzedzeń w stosunku do nich.

Protest może przynosić oczekiwane efekty w sferze behawioralnej (np. wycofanie obraźliwych reklam czy filmów lub przeprosiny ze strony ich autorów czy nadawców), jednak jest mniej skuteczny w redukowaniu uprzedzeń i promowaniu pozytywnych postaw [26, 27]. Jeśli chodzi o edukację i kontakt, to z metaanalizy Corrigan i wsp. [28] wynika, że obie strategie mają pozytywny wpływ na postawy wobec osób chorujących psychicznie, przy czym kontakt jest skuteczniejszy w wypadku osób dorosłych, a edukacja w wypadku adolescentów. Ponadto autorzy wspomnianej metaanalizy wykazali, że kontakt bezpośredni („twarzą w twarz”) ma bardziej korzystny wpływ niż kontakt pośredni, za pomocą nagrań wideo. Istnieją też przesłanki świadczące o tym, że najlepsze efekty można uzyskać, łącząc w interwencjach antystygmatyzacyjnych elementy kontaktu interpersonalnego i edukacji [26, 29].

Szczególnie obiecującym rozwiązaniem, umożliwiającym połączenie strategii edukacji i kontaktu, są szkolenia antystygmatyzacyjne prowadzone przez osoby z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych jako „ekspertów przez doświadczenie” (*experts by experience*) w kwestiach związanych ze zdrowiem psychicznym i z piętnem choroby psychicznej – w odróżnieniu od „ekspertów przez wykształcenie” (*experts by training*), czyli pracowników psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Dysponując unikalną perspektywą i wiedzą, których nie da się nabyć przez formalne wykształcenie, w wielu krajach „eksperti przez doświadczenie” odgrywają coraz większą rolę – edukują personel medyczny, prowadzą kampanie na rzecz poprawy jakości usług psychiatrycznych,

aktywnie bronią praw osób chorujących psychicznie, propagują współdecydowanie i partnerstwo w leczeniu [30, 31]. Uważa się, że czynny udział osób z doświadczeniem choroby psychicznej jest *conditio sine qua non* wiarygodności i skuteczności wszelkich kampanii antystygmatyzacyjnych [32].

Celem prezentowanego badania była ocena wpływu szkoleń antystygmatyzacyjnych prowadzonych przez „ekspertów przez doświadczenie” (czyli ustrukturyzowanej interwencji opartej na edukacji i kontakcie interpersonalnym) na poprawę postaw uczestników wobec osób chorujących psychicznie, a w szczególności na następujące aspekty tych postaw: dystans społeczny, stygmatyzujące atrybucje, przekonania o możliwości samostanowienia/osiągania celów życiowych przez osoby chorujące psychicznie oraz przekonania o społecznej wartości osób chorujących psychicznie. Analizowano również, na ile trwały był ten wpływ po upływie pół roku od przeprowadzenia szkoleń.

Przyjęto następujące hipotezy badawcze:

- (1) postawy respondentów wobec osób chorujących psychicznie poprawią się bezpośrednio po szkoleniu antystygmatyzacyjnym;
- (2) pozytywny wpływ szkolenia będzie z czasem malał, jednak pozostanie istotny statystycznie po półrocznym okresie obserwacji.

Material i metoda

Uczestnicy

W okresie od lutego 2016 do marca 2017 roku w warsztatach wzięło udział 185 osób w 17 grupach, liczących od 3 do 19 osób (średnio 11 osób). Uczestnikami szkoleń byli pracownicy psychiatrycznej opieki zdrowotnej z Instytutu Psychiatrii i Neurologii oraz Szpitala Wolskiego w Warszawie (6 grup, łącznie 77 osób), studenci Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Uniwersytetu Warszawskiego i Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie (4 grupy, łącznie 42 osoby), pracownicy Urzędu Pracy m. st. Warszawy (2 grupy, łącznie 20 osób), personel dydaktyczny i administracyjny Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie (2 grupy, łącznie 21 osób) oraz osoby, które zgłosiły się na szkolenia otwarte dla chętnych (3 grupy, łącznie 25 osób).

Wśród uczestników przeważały kobiety ($N = 141$; 76,2%). Średnia wieku wynosiła 34,58 roku (odchylenie standardowe – $SD = 11,30$; rozpiętość = 19–68). Większość respondentów miała wykształcenie wyższe ($N = 135$; 73,0%, wykształcenie średnie – $N = 42$; 22,7%, wykształcenie zawodowe lub podstawowe – $N = 8$; 4,3%). Zdecydowana większość była aktywna zawodowo, zatrudniona w pełnym ($N = 114$; 61,6%) lub niepełnym ($N = 42$; 22,7%) wymiarze godzin. Blisko połowę uczestników ($N = 84$; 45,4%) stanowiły osoby zatrudnione w systemie psychiatrycznej opieki zdrowotnej (lekarze, psychologzy, pielęgniarki, terapeuci, sanitariusze).

Narzędzia

W badaniu wykorzystano zestaw samoopisowych kwestionariuszy – *Skalę Dystansu Społecznego* opracowaną przez Bognę i Jacka Wciórków [8] oraz 3 narzędzia wchodzące w skład baterii testów do pomiaru stygmatyzujących i afirmujących postaw wobec osób chorujących psychicznie autorstwa Corrigan i wsp. [33]: *Kwestionariusz Atrybucji-9* (*Attribution Questionnaire-9 – AQ-9*), *Skalę Samostanowienia* (*Self-Determination Scale – SDS*) i *Skalę Umocnienia* (*Empowerment Scale – ES*).

Skala Dystansu Społecznego zawiera 14 pytań o stopień aprobaty/dezaprobaty respondentów dla pełnienia przez osoby chorujące psychicznie określonych ról społecznych, np. nauczyciela, lekarza, szefa w pracy, współpracownika, opiekunki do dziecka, synowej/zięcia czy sąsiada. Odpowiedzi udziela się na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza „Zdecydowanie nie miał(a)bym zastrzeżeń”, a 5 oznacza „Zdecydowanie był(a)bym przeciwko temu”. Wyższy wynik całkowity oznacza wyższy poziom dystansu społecznego (możliwa rozpiętość wyników: 14–70). Wersja skali wykorzystana w opisywanym badaniu była stosowana od 1996 roku w kilku sondażach opinii publicznej w Polsce [8–11].

Kwestionariusz Atrybucji-9 [33] został oparty na atrybucyjnym modelu piętna choroby psychicznej [34, 35]. Zgodnie z tym modelem atrybucje dotyczące przyczyn choroby psychicznej i możliwości ich kontrolowania oddziałują na przekonania o stopniu osobistej odpowiedzialności jednostki za chorobę, które z kolei wpływają na reakcje emocjonalne i w efekcie na skłonność do pozytywnych lub negatywnych reakcji behawioralnych. Ankietowani zapoznają się najpierw z krótkim opisem młodego mężczyzny chorującego psychicznie: „Marek ma 30 lat, jest kawalerem, choruje psychicznie. Czasami słyszy głosy i staje się niespokojny. Mieszka sam, pracuje jako urzędnik w dużej firmie prawniczej. Z powodu swojej choroby był sześciokrotnie hospitalizowany”¹. Następnie respondenci odpowiadają na 9 pytań, określając na skali od 1 do 9, w jakim stopniu przedstawiony mężczyzna jest sam sobie winien, że choruje, w jakim stopniu budzi lęk, złość lub litość, na ile byliby skłonni mu pomóc lub trzymać się od niego z daleka etc. Wyższy wynik sumaryczny wskazuje na większe nasilenie stygmatyzujących atrybucji dotyczących osób chorujących psychicznie (możliwa rozpiętość wyników: 9–81).

Skala Samostanowienia [33] składa się z 14 pozycji oceniających, na ile ankietowani są przekonani, że osoba chorująca psychicznie (opisany powyżej „Marek”) będzie w stanie realizować swoje cele życiowe w takich dziedzinach jak np. zatrudnienie, edukacja, związki intymne, rodzicielstwo czy rekreacja i w jakim stopniu odniesie korzyść z różnych form leczenia, np. farmakoterapii czy psychoterapii. Odpowiedzi udziela się na 9-stopniowej skali. Im wyższy wynik całkowity, tym bardziej negatywne postawy wobec zdolności osób leczących się psychiatrycznie do samostanowienia (możliwa rozpiętość wyników: 14–126).

¹ W oryginalnej wersji skali opis dotyczył mężczyzny o imieniu Harry „chorującego na schizofrenię”. W obecnym badaniu, poza wprowadzeniem polskiego imienia, zdecydowano się na niewielką modyfikację polegającą na stwierdzeniu, że opisywany mężczyzna „choruje psychicznie”, gdyż oceniana interwencja antystygmatyzacyjna nie skupiała się wyłącznie na schizofrenii, ale miała bardziej ogólny charakter.

Skala Umocnienia [33] zawiera 3 pozycje oceniające, w jakim stopniu osoby chorujące psychicznie są postrzegane przez uczestników badania jako pełnowartościowi członkowie społeczeństwa (np.: „Myślę, że ludzie chorujący psychicznie są wartościowymi osobami, przynajmniej w takim samym stopniu, co inni”). Ankietowani udzielają odpowiedzi, posługując się 9-stopniową skalą (1 – „Stanowczo zgadzam się”, 9 – „Stanowczo nie zgadzam się”). Wyższy wynik całkowity oznacza bardziej negatywne postawy odnośnie do społecznej wartości osób chorujących psychicznie (możliwa rozpiętość wyników: 3–27).

Interwencja

Warsztaty antystygmatyzacyjne zostały opracowane w Fundacji eFkropka² – organizacji zajmującej się przeciwdziałaniem stygmatyzacji osób po kryzysie psychicznym, która zrzesza specjalistów w dziedzinie ochrony zdrowia psychicznego i „ekspertów przez doświadczenie”. Ich założenia teoretyczne wywodzą się z książek *Byłam po drugiej stronie lustra. Wygrana walka ze schizofrenią* Arnhild Lauveng [36] oraz *Personal assistance in community existence: A recovery guide* Laurie Ahern i Daniela Fishera [37]. Proces opracowania warsztatów przebiegał etapowo. W pierwszym etapie w siedzibie Fundacji eFkropka odbyło się sześć zogniskowanych wywiadów grupowych (*focus groups*) z „ekspertami przez doświadczenie”, prowadzonych przez profesjonalistów w celu opracowania treści i struktury szkoleń antystygmatyzacyjnych. Ich wstępna wersja została skonsultowana z jednym z założycieli fundacji (specjalistą psychiatrą) – koordynatorem projektu „Razem wbrew stereotypom”. Kolejnym etapem było przeprowadzenie sześciu seminariów z ekspertami w dziedzinie stygmatyzacji na temat współczesnych teorii piętna społecznego i metod oddziaływań antystygmatyzacyjnych. Następnie osoby z doświadczeniem choroby psychicznej, które miały odgrywać w projekcie rolę edukatorów, zostały przeszkolone przez zespół profesjonalnych trenerów w zakresie umiejętności efektywnego dzielenia się swoją wiedzą i prowadzenia dialogu w różnych środowiskach. W dwudniowym szkoleniu (po 7 godzin dziennie) wzięło udział 15 osób, na prowadzenie warsztatów antystygmatyzacyjnych zdecydowało się 6 edukatorów.

Opracowane w toku tego procesu warsztaty antystygmatyzacyjne przybrały formę trzygodzinnego szkolenia zawierającego w swoim programie prelekcję pt. *Moje chorowanie i zdrowienie* oraz cztery ćwiczenia interaktywne („Sławni chorzy”, „Dyskryminacja”, „Rozmowa z...”, „Przydatne/przyjemne”). Prelekcja, trwająca około 30–40 minut, składa się z kilku części: przedstawienia podstawowych faktów dotyczących chorób psychicznych, osobistego świadectwa na temat przeżytego kryzysu psychicznego i różnych doświadczeń z nim związanych (w rodzinie, społeczeństwie, systemie ochrony zdrowia) oraz omówienia zindywidualizowanego procesu dochodzenia do zdrowia. Ćwiczenia, każde trwające około 25–30 minut, polegają na: omówieniu zjawiska stygmatyzacji i dyskryminacji w szerszym kontekście i porównaniu piętnowania osób chorujących psychicznie do piętnowania innych grup mniejszościowych

² www.ef.org.pl.

(„Dyskryminacja”), uświadomieniu grupie, że choroba psychiczna nie musi pozbawiać kreatywności ani uniemożliwiać osiągania sukcesów („Sławni chorzy”), odegraniu przez uczestnika warsztatów roli osoby z doświadczeniem choroby psychicznej w kontakcie z urzędnikiem, pracodawcą lub lekarzem, w które to role wciela się edukator („Rozmowa z...”), oraz analizie, które z prezentowanych wcześniej interakcji mają charakter afirmujący, a które deprecjonujący dla uczestnika jako osoby i obywatela („Przydatne/przyjemne”). Warsztaty prowadziło 2 lub 3 edukatorów, w zależności od liczby uczestników. Za każdym razem edukatorom towarzyszył i w razie potrzeby służył wsparciem specjalista w dziedzinie ochrony zdrowia psychicznego.

Procedura

Badanie zostało zaaprobowane przez Komisję Bioetyczną przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Uczestnicy szkoleń byli rekrutowani przez członków zespołu badawczego osobiście lub za pośrednictwem ogłoszenia umieszczonego na koncie Fundacji eKropka na Facebooku³. Zgłoszenie wymagało rejestracji. Nie było kryteriów wykluczających z udziału w badaniu. Warsztaty odbywały się w instytucjach, z których rekrutowali się uczestnicy, po godzinach pracy lub zajęć. Po uzyskaniu szczegółowych informacji o celach, przebiegu i poufności badania uczestnicy wypełniali zestaw samoopisowych kwestionariuszy oceniających różne aspekty postaw wobec osób chorujących psychicznie (wersja „papier-olówek”) bezpośrednio przed szkoleniem (T0) i po szkoleniu (T1). Miesiąc (T2) i pół roku (T3) po szkoleniu wypełniali ten sam zestaw kwestionariuszy online, z wykorzystaniem metody CAWI (*Computer-Assisted Web Interview*), czyli wspomaganego komputerowo wywiadu zamieszczonego na stronie WWW.

Analizy statystyczne

Do charakterystyki zmiennych wykorzystano podstawowe statystyki opisowe, takie jak: liczebności, odsetki, średnie arytmetyczne, odchylenia standardowe oraz wartości minimalne i maksymalne. Spójność wewnętrzną kwestionariuszy oceniano za pomocą współczynnika α Cronbacha. W celu sprawdzenia, czy respondenci uczestniczący w kolejnych fazach badania i osoby, które nie wzięły w nich udziału, różniły się między sobą pod względem cech społeczno-demograficznych, użyto testu χ^2 (w wypadku zmiennych nominalnych) i testu t dla prób niezależnych (w wypadku zmiennych ciągłych).

Główne analizy przeprowadzono, opierając się na modelu latentnych krzywych rozwojowych (*latent trajectory model*) [38–40]. Jego punktem wyjścia jest estymacja indywidualnych (jednostkowych) zmian w poziomie danego zjawiska jako funkcji czasu, a następnie przeciętnej (średniej) ich trajektorii. Podstawowymi parametrami modelu są stała/stan początkowy (*intercept*) oraz trend/tempo zmiany (*slope*). Stała jest średnim poziomem analizowanej cechy/zmiennej w pierwszym badanym okresie

³ <https://web.facebook.com/fundacjaekropka>.

– średnim interindywidualnym stanem początkowym. Trend zaś to średnia zmiana w poziomie cechy między poszczególnymi pomiarami.

Modele latentnych krzywych rozwojowych mogą służyć do badania trendów o charakterze liniowym (gdy dysponuje się przynajmniej trzema pomiarami wzdłużnymi). Mogą być jednak łatwo rozszerzone, umożliwiając rozpoznawanie trendów kwadratowych czy sześciennych. Ich ograniczeniem jest estymacja trajektorii wygładzonych (*smoothed trajectories*), zakładających, że ewentualna zmiana następuje w czasie stopniowo. Innymi słowy, modele te najczęściej nie uwzględniają możliwości wystąpienia nagłych zmian, których rutynowo oczekuje się w badaniach klinicznych [41–43].

Gdy przewiduje się wystąpienie określonych punktów przejścia, np. zmian pod wpływem bodźców eksperymentalnych czy interwencji, z powodzeniem może być stosowany tzw. segmentowy model latentnych krzywych rozwojowych (*piecewise latent trajectory model*) [44]. W modelach segmentowych nieliniowość jest modelowana przez uwzględnienie dwóch (lub więcej) powiązanych ze sobą nachyleń odzwierciedlających trajektorie przed wybranym punktem i po wybranym punkcie (a więc w ramach określonych segmentów). Model segmentowy daje także możliwość zbadania wpływu zmiennych niezależnych zarówno na stan początkowy, jak i na tempo zmian interesującego nas zjawiska (w ramach wyodrębnionych segmentów). W niniejszym badaniu wykorzystano tę możliwość, wprowadzając do modelu następujące zmienne jako zmienne kontrolne (kowarianty): płeć, wiek, wykształcenie oraz zatrudnienie w psychiatrycznej opiece zdrowotnej.

W przeprowadzonych analizach czas obserwacji został podzielony na dwa segmenty w punkcie T1. Pierwszy segment obejmował więc pomiary w punktach T0 i T1, czyli zmianę między pomiarami bezpośrednio przed szkoleniem i po szkoleniu (S1 – zmiana w obrębie pierwszego segmentu). Z kolei drugi segment obejmował pomiary w punktach T1, T2 i T3, czyli zmianę między pomiarem przeprowadzonym bezpośrednio po interwencji oraz kolejnymi punktami pomiarowymi – miesiąc i pół roku po interwencji (S2 – średnia zmiana w obrębie drugiego segmentu). Informacje o zmianach w ramach poszczególnych segmentów pozwalają zatem ustalić bezpośredni efekt szkolenia (pierwszy segment) oraz trwałość uzyskanego efektu (drugi segment). Należy zauważyć, że w wypadku wszystkich wykorzystanych miar dokonano porównania liniowej krzywej wzrostu (tj. zakładającej jeden proces) z modelem segmentowym (tj. zakładającym dwa procesy w celu uchwycenia potencjalnie nieliniowych zmian).

Analizy statystyczne wykonano z wykorzystaniem programu Mplus 8.1 [45] oraz estymatora bayesowskiego [46]. Zastosowano statystyki bayesowskie, ponieważ są one odpowiednie do analiz przeprowadzanych na relatywnie małych próbach i odporne na brak normalności rozkładu zmiennych [47]. W celu oceny dopasowania modelu do danych obliczono wskaźniki PPP (*Posterior Predictive P-value*) [48] i DIC (*Deviance Information Criterion*) [49, 50]. Idealna wartość PPP wynosi 0,5, a wartości zbliżające się do 0,05 lub niższe wskazują na słabe dopasowanie. DIC jest z kolei miarą użyteczną w porównywaniu modeli. Preferowane są modele z niższymi wartościami DIC.

Braki danych uzupełniono metodą wielokrotnych podstawień [51]. Dwadzieścia imputowanych zbiorów danych zostało wykorzystanych do estymacji modeli. We wszystkich analizach przyjęto poziom istotności statystycznej 0,05.

Wyniki

W pierwszej fazie badania wzięło udział 185 osób, które wypełniły zestaw kwestionariuszy bezpośrednio przed szkoleniem (T0) i po (T1) szkoleniu. Po miesiącu od szkolenia (T2) kwestionariusze w wersji elektronicznej wypełniło 115 osób (62,2%), a po pół roku (T3) 87 osób (47,0%). Test χ^2 i test t dla prób niezależnych nie wykazały istotnych różnic w zakresie żadnej ze zmiennych społeczno-demograficznych między osobami, które uczestniczyły w poszczególnych etapach badania, a tymi, które nie wzięły w nich udziału (wszystkie wartości $p > 0,05$).

We wszystkich fazach badania wykorzystane narzędzia wykazywały zadowalające wskaźniki spójności wewnętrznej: współczynnik α Cronbacha przyjmował wartości od 0,94 do 0,95 dla *Skali Dystansu Społecznego*, od 0,74 do 0,81 dla *Kwestionariusza Atrybucji-9*, od 0,85 do 0,89 dla *Skali Samostanowienia* oraz od 0,82 do 0,88 dla *Skali Umocnienia*.

W tabeli 1 przedstawiono wyniki analizy segmentowego modelu latentnych krzywych rozwojowych dla wszystkich uwzględnionych w badaniu miar postaw społecznych wobec osób chorujących psychicznie.

Tabela 1. Segmentowe modele latentnych krzywych rozwojowych czterech analizowanych w badaniu miar postaw

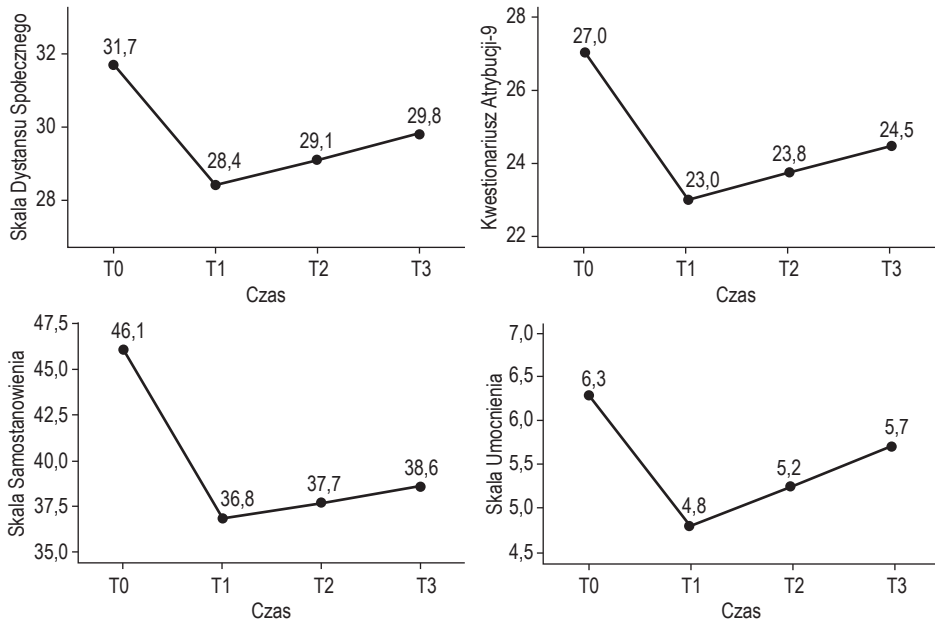
	Skala Dystansu Społecznego				Kwestionariusz Atrybucji-9				Skala Samostanowienia				Skala Umocnienia			
	Est	SD	95% CI		Est	SD	95% CI		Est	SD	95% CI		Est	SD	95% CI	
			Dolny 2,5%	Górny 2,5%			Dolny 2,5%	Górny 2,5%			Dolny 2,5%	Górny 2,5%			Dolny 2,5%	Górny 2,5%
Średnie																
I	31,70'	0,88	29,97	33,43	27,04'	0,70	25,66	28,43	46,09'	1,22	43,70	48,48	6,29'	0,31	5,69	6,89
S1	-3,29'	0,54	-4,34	-2,24	-3,99'	0,55	-5,06	-2,91	-9,27'	0,80	-10,84	-7,71	-1,50'	0,27	-2,02	-0,98
S2	0,69	0,44	-0,16	1,56	0,71	0,38	-0,02	1,45	0,87	0,73	-0,53	2,31	0,46'	0,22	0,02	0,89
Wariancje																
I	130,62'	17,34	98,86	167,14	77,09'	12,81	53,33	102,91	238,14'	37,29	168,39	313,75	13,72'	2,76	8,38	19,01
S1	16,42'	8,24	2,83	34,05	19,23'	10,32	2,88	41,33	43,28'	26,16	6,16	102,65	5,67'	2,58	1,37	11,05
S2	10,73'	3,90	4,61	19,73	4,70'	3,06	0,75	12,23	38,36'	11,81	16,57	63,42	1,14'	0,83	0,20	3,34
Korelacje																
I z S1	-0,40	0,20	-0,66	0,15	-0,41	0,22	-0,70	0,17	-0,34	0,25	-0,69	0,34	-0,78'	0,12	-0,94	-0,49
I z S2	-0,40'	0,13	-0,65	-0,13	0,19	0,23	-0,25	0,67	-0,16	0,13	-0,41	0,09	0,35	0,26	-0,15	0,88
S1 z S2	0,49	0,31	-0,18	0,94	-0,41	0,36	-0,91	0,50	-0,25	0,35	-0,81	0,64	-0,50	0,31	-0,93	0,23

W tabeli nie uwzględniono modeli z kowariantami.

Est – estymowany parametr; SD – odchylenie standardowe; 95% CI – 95% przedział ufności; I – stała; S1 – zmiana w obrębie pierwszego segmentu (między T0 a T1); S2 – średnia zmiana w obrębie drugiego segmentu (między T1 a T3)

* $p < 0,05$

Estymowane zmiany wyników w poszczególnych skalach w kolejnych etapach badania ilustruje wykres 1.



Wykres 1. Estymowane zmiany wyników w poszczególnych skalach w kolejnych etapach badania

W wypadku wszystkich skal wyższe wyniki oznaczają bardziej negatywne postawy wobec osób chorujących psychicznie. Wykres nie uwzględnia oddziaływania kowariantów.

T0 – pomiar bezpośrednio przed szkoleniem; T1 – pomiar bezpośrednio po szkoleniu; T2 – pomiar miesiąc po szkoleniu; T3 – pomiar pół roku po szkoleniu

Wpływ interwencji na wyniki w Skali Dystansu Społecznego

W wypadku *Skali Dystansu Społecznego* model liniowy (PPP < 0,01; 95% CI [confidence interval, przedział ufności dla różnic między obserwowanymi i replikowanymi wartościami χ^2]: od 24,87 do 55,98; DIC = 4027,15) okazał się gorzej dopasowany do danych niż model segmentowy (PPP = 0,44; 95% CI: od -13,84 do 16,55; DIC = 3987,17), co świadczy o nieliniowym charakterze występujących zmian. Zmiana w ramach pierwszego segmentu, tj. między T0 a T1, wyniosła -3,29 ($SD = 0,54$) i była istotna statystycznie ($p < 0,05$). Nie odnotowano natomiast istotnych różnic ($p > 0,05$) w poziomie dystansu społecznego w ramach drugiego segmentu – średnia zmiana między T1 a T3 wyniosła jedynie 0,69 ($SD = 0,44$). Z kolei między T0 a T3 zmiana w zakresie dystansu społecznego wyniosła -1,90 ($SD = 0,93$) i była istotnie różna od zera ($p < 0,05$). Dystans społeczny uległ więc

pod wpływem interwencji trwałemu, utrzymującemu się przynajmniej 6 miesięcy po szkoleniu, zmniejszeniu.

Wprowadzenie kowariantów nie wpłynęło znacząco na parametry zmiany. Podobnie jak w modelu bez kowariantów, poziom dystansu społecznego najpierw (między T0 a T1) znacząco spadł ($S_1 = -6,23$; $SD = 2,08$; $p < 0,05$), a następnie (między T1 a T3) ustabilizował się ($S_2 = -2,27$; $SD = 1,73$; $p > 0,05$)⁴.

Wpływ interwencji na wyniki w *Kwestionariuszu Atrybucji-9*

Również w wypadku wyników w *Kwestionariuszu Atrybucji-9* model segmentowy (PPP = 0,36; 95% CI: od -12,74 do 18,25; DIC = 3878,34) okazał się lepiej dopasowany do danych niż liniowy (PPP < 0,01; 95% CI: od 440,68 do 474,05; DIC = 4334,17). Między T0 a T1 odnotowano znaczący ($p < 0,05$) spadek natężenia negatywnych atrybucji wynoszący -3,99 ($SD = 0,55$). Nie stwierdzono natomiast istotnych zmian ($p > 0,05$) w obrębie drugiego segmentu. Przeciętna zmiana między T1 a T3 wyniosła jedynie 0,71 ($SD = 0,38$). Estymowany spadek natężenia stygmatyzujących atrybucji między T0 a T3 wyniósł więc łącznie -2,56 ($SD = 0,72$) i był istotnie różny od zera ($p < 0,05$). Tym samym pod wpływem przeprowadzonego szkolenia odnotowano znaczący i trwały spadek w zakresie negatywnych atrybucji dotyczących choroby psychicznej.

Wprowadzenie do modelu zmiennych kontrolnych nie spowodowało istotnych różnic w oszacowaniu parametrów zmian, jakim podlegały atrybucje. Tak samo jak w wypadku modelu bez kowariantów stwierdzono istotną korzystną zmianę między T0 a T1 ($S_1 = -5,20$; $SD = 2,04$; $p < 0,05$). Nieistotne okazały się z kolei zmiany w okresie po szkoleniu, tj. między T1 a T3 ($S_2 = 2,26$; $SD = 1,52$; $p > 0,05$).

Wpływ interwencji na wyniki w *Skali Samostanowienia*

W wypadku *Skali Samostanowienia* model segmentowy (PPP = 0,49; 95% CI: od -14,76 do 15,20; DIC = 4504,59) także był lepiej dopasowany do danych niż liniowy (PPP < 0,01; 95% CI: od 84,65 do 117,30; DIC = 4607,16). Zaobserwowano istotny statystycznie spadek wyników w omawianej skali (wskazujący na poprawę postaw wobec zdolności osób leczących się psychiatrycznie do samostanowienia/realizacji swoich celów życiowych) po interwencji, tj. między T0 a T1 ($S_1 = -9,27$; $SD = 0,80$; $p < 0,05$). Zmiany zachodzące między T1, T2 i T3 okazały się nieistotne statystycznie ($S_2 = 0,87$; $SD = 0,73$; $p > 0,05$). Innymi słowy, wyniki w *Skali Samostanowienia* początkowo się obniżyły (po interwencji), a następnie utrzymywały się na zbliżonym poziomie. Co

⁴ Interesujące jest to, że przynależność do grupy pracowników psychiatrycznej opieki zdrowotnej nie wykazywała istotnego statystycznie wpływu ani na stan początkowy, ani na późniejsze zmiany w nasileniu dystansu społecznego. Co więcej, podobna sytuacja wystąpiła w wypadku wszystkich wykorzystanych w badaniu miar postaw. Ze względu na ograniczone rozmiary artykułu szczegółowe dane o wpływie poszczególnych kowariantów na dystans społeczny i pozostałe zmienne zależne zostały w nim pominięte – osoby zainteresowane proszone są o kontakt z pierwszym autorem.

ważne, między T0 a T3 odnotowano znaczący ($p < 0,05$) spadek wyników wynoszący $-7,52$ ($SD = 1,43$), co świadczy o skuteczności badanej interwencji antystygmatyzacyjnej.

Wprowadzenie do modelu kowariantów niemal nie wpłynęło na oszacowania analizowanych zmian. Nadal między T0 a T1 uwidaczniał się istotny spadek wyników ($S1 = -7,49$; $SD = 3,02$; $p < 0,05$) oraz brak znaczących zmian w okresie między T1 a T3 ($S2 = 0,08$; $SD = 2,83$; $p > 0,05$).

Wpływ interwencji na wyniki w *Skali Umocnienia*

Zmiany w wynikach *Skali Umocnienia* również cechowała nieliniowość, o czym świadczy lepsze dopasowanie do danych modelu segmentowego (PPP = 0,38; 95% CI: od $-13,11$ do $18,06$; DIC = 3004,54) niż liniowego (PPP < 0,01; 95% CI: od $18,74$ do $50,31$; DIC = 3035,71). W pierwszym z segmentów, tj. między T0 a T1, odnotowano znaczący ($p < 0,05$) spadek wyników w omawianej skali (oznaczający poprawę postaw odnośnie do społecznej wartości osób chorujących psychicznie), wynoszący $-1,50$ ($SD = 0,27$). Zaobserwowano więc analogiczny, pozytywny trend jak w kontekście wszystkich dotychczas analizowanych miar postaw. Inaczej jednak niż w wypadku *Skali Dystansu Społecznego*, *Kwestionariusza Atrybucji-9* czy *Skali Samostanowienia*, akurat w *Skali Umocnienia* istotny ($p < 0,05$) okazał się współczynnik zmiany w drugim segmencie, obejmującym półroczny okres po ukończeniu szkolenia, który osiągnął wartość $0,46$ ($SD = 0,22$). Dodatnia wartość estymowanego parametru świadczy o tym, że w analizowanym okresie (od T1 do T3) wyniki w *Skali Umocnienia* stopniowo rosły. Interwencja powodowała więc poprawę w tym aspekcie postaw, lecz po jej zakończeniu następowało stopniowe pogorszenie. W efekcie sumaryczna zmiana między T0 a T3 okazała się nieistotna statystycznie ($p > 0,05$) i wynosiła jedynie $0,58$ ($SD = 0,43$), co świadczy o braku długotrwałych pozytywnych efektów udziału w szkoleniu.

Po uwzględnieniu w modelu kowariantów istotny okazał się jedynie spadek wyników w *Skali Umocnienia* w pierwszym segmencie ($S1 = -3,17$; $SD = 0,96$; $p < 0,05$), nie stwierdzono natomiast istotnych zmian w obrębie drugiego segmentu ($S2 = 1,09$; $SD = 0,91$; $p > 0,05$). Jednocześnie w takim modelu sumaryczna zmiana między T0 a T3 wyniosła $0,98$ ($SD = 1,74$) i była – podobnie jak w modelu bez kowariantów – nieistotna statystycznie ($p > 0,05$).

Omówienie wyników

Opisywane badanie miało na celu ocenę wpływu ustrukturyzowanej interwencji antystygmatyzacyjnej w formie trzygodzinnych warsztatów prowadzonych przez „ekspertów przez doświadczenie” na różne aspekty postaw uczestników wobec osób chorujących psychicznie. Zgodnie z przewidywaniami przeprowadzone analizy wykazały poprawę we wszystkich uwzględnionych miarach postaw (tj. *Skali Dystansu Społecznego*, *Kwestionariuszu Atrybucji-9*, *Skali Samostanowienia* i *Skali Umocnienia*) bezpośrednio po szkoleniu. Poprawa w zakresie dystansu społecznego, stygmatyzujących atrybucji i przekonań o możliwości samostanowienia (realizowania istotnych celów życiowych) przez osoby leczące się psychiatrycznie zmniejszyła się z czasem,

jednak pozostała istotna statystycznie po pół roku. Tylko w zakresie przekonań o społecznej wartości osób chorujących psychicznie mierzonych *Skalą Umocnienia* pozytywny efekt szkolenia zanikł po sześciomiesięcznym okresie obserwacji.

Uzyskane wyniki generalnie przemawiają więc za skutecznością szkoleń antystygmatyzacyjnych prowadzonych przez osoby z doświadczeniem choroby psychicznej i wspierają dane z literatury przedmiotu dotyczące pozytywnych efektów interwencji łączących elementy edukacji i kontaktu interpersonalnego [26, 29]. Nieoczywista jest odpowiedź na pytanie, dlaczego *Skala Umocnienia* była wyjątkiem, jeśli chodzi o trwałość korzystnego wpływu interwencji. Być może przynajmniej częściowym wyjaśnieniem jest fakt, że w odróżnieniu od pozostałych wykorzystanych w badaniu skal, które są bardziej rozbudowane i odnoszą się do konkretnych przekonań i uczuć respondentów oraz deklarowanych przez nich zachowań w dość precyzyjnie opisanych sytuacjach, *Skala Umocnienia* zawiera tylko 3, do tego bardzo ogólne pytania o to, w jakim stopniu osoby chorujące psychicznie są w opinii ankietowanych pełnowartościowymi członkami społeczeństwa. Możliwe, że takie ogólne przekonania są głębiej zakorzenione i w mniejszym stopniu podatne na zmiany. Przeprowadzone przez Corrigan i wsp. [52] analizy czułości na zmiany *Skali Umocnienia* dały niejednoznaczne rezultaty. Wskazuje to na potrzebę dalszych badań nad właściwościami psychometrycznymi tego narzędzia.

Wyniki badania są obiecujące i mogą mieć duże znaczenie praktyczne, gdyż stygmatyzacja jest uważana za jedną z głównych przeszkód w rozwoju psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz w poprawie jakości życia osób chorujących psychicznie i ich bliskich [18, 21]. Jak wynika z dokonanego przez Beldie i wsp. [21] przeglądu programów antystygmatyzacyjnych realizowanych w Europie, choć są one liczne i zróżnicowane, ich zasadniczą słabością jest brak starannej ewaluacji. Wśród przyczyn takiego stanu rzeczy autorzy wymieniają trudności metodologiczne, brak odpowiednich środków, niechęć części organizatorów programów do stosowania skomplikowanych metod oceny efektów podejmowanych działań oraz brak tradycji ewaluacji programów w dziedzinie zdrowia w ogóle, a w obszarze stygmatyzacji w szczególności.

O tym, jak ważna jest ewaluacja programów antystygmatyzacyjnych, świadczy m.in. fakt, że niektóre z nich, np. opierające się na edukacji odwołującej się do biologicznych czy genetycznych wyjaśnień przyczyn chorób psychicznych, okazały się przeciwnie skuteczne [53]. Wstępne empiryczne potwierdzenie pozytywnych efektów ocenianej w niniejszym badaniu interwencji antystygmatyzacyjnej może być więc zachętą do wykorzystania jej na szerszą skalę, zwłaszcza że ma ona ustrukturyzowaną formę i odbywa się według szczegółowo opisanego scenariusza. Może więc, po odpowiednim przeszkoleniu, być stosowana przez osoby nieuczestniczące w jej opracowaniu. Udokumentowana skuteczność szkoleń antystygmatyzacyjnych może być też przekonującym argumentem w staraniach o uzyskanie środków na ich rozpowszechnienie, doskonalenie i kontynuację badań nad ich wpływem na postawy różnych grup społecznych.

Warto podkreślić, że testowana interwencja – choć oparta w znacznym stopniu na danych z literatury światowej i doświadczeniach zgromadzonych w innych krajach – ma charakter oryginalny i została opracowana przez polskich ekspertów w dziedzinie stygmatyzacji. To ważne, gdyż piętno choroby psychicznej jest wprawdzie fenomenem uniwersalnym, jednak jego konkretne przejawy zależą w dużej mierze od czynników

lokalnych i specyficznego kontekstu kulturowego [54]. Nie mniej istotny jest fakt, że znaczącą rolę w opracowaniu i przeprowadzeniu warsztatów antystygmatyzacyjnych odegrały osoby po kryzysach psychicznych, a więc znające problem stygmatyzacji z własnego doświadczenia. Schulze [32] zwraca uwagę, że zarezerwowanie roli ekspertów w dziedzinie stygmatyzacji dla psychiatrów może nawet wzmacniać negatywne stereotypy, gdyż sugeruje, że osoby chorujące psychicznie nie są zdolne do zabierania głosu w kwestii, która dotyczy ich najbardziej bezpośrednio, albo że to, co mają w tej materii do powiedzenia, jest bez większego znaczenia. Autorka wskazuje też, że wyniki badań przemawiają za tym, że interwencje antystygmatyzacyjne stworzone wyłącznie na podstawie wiedzy i doświadczenia profesjonalistów w dziedzinie ochrony zdrowia psychicznego mogą mieć pozytywny wpływ na wiedzę o zaburzeniach psychicznych (*mental health literacy*), ale są prawdopodobnie mniej skuteczne w osłabianiu negatywnych stereotypów i zmniejszaniu dystansu społecznego. W tym kontekście należy zauważyć, że udział w warsztatach prowadzonych przez osoby z doświadczeniem choroby psychicznej przyczynił się do poprawy postaw respondentów, wśród których prawie połowę stanowili pracownicy psychiatrycznej opieki zdrowotnej, przy czym przynależność do grupy profesjonalistów nie wpływała na nasilenie zmian w postawach. Stanowi to przyczynek do dyskusji nad szerszym wykorzystaniem „ekspertów przez doświadczenie” w edukacji personelu medycznego, a zwłaszcza profesjonalistów w dziedzinie ochrony zdrowia psychicznego. Doświadczenia z innych krajów wskazują, że może się to przyczynić nie tylko do pozytywnych zmian w postawach wobec osób chorujących psychicznie, lecz także do większej empatii i lepszego zrozumienia doświadczeń pacjentów, mniejszej skłonności do posługiwania się profesjonalnym żargonem w praktyce klinicznej oraz bardziej holistycznego, skoncentrowanego na pacjencie podejścia do opieki psychiatrycznej [30].

Istotną zaletą opisywanego badania jest wszechstronny pomiar postaw społecznych za pomocą uznanych i sprawdzonych w licznych wcześniejszych badaniach narzędzi, uwzględniających zarówno poznawcze aspekty postaw (np. stereotypowe przekonania, że osoby chorujące psychicznie są niebezpieczne, osobiście odpowiedzialne za swoją chorobę, nie są w stanie samodzielnie decydować o sobie i realizować swoich celów życiowych), emocje (np. lęk, złość, litość), jak i intencje behawioralne (np. skłonność do udzielania pomocy, wchodzenia w bliskie relacje lub dystansowania się i izolowania). Co więcej, nie ograniczono się do oceny bezpośrednich efektów interwencji, ale obserwowano dynamikę zmian w postawach badanej grupy przez pół roku. Wreszcie do analizy danych wykorzystano zaawansowane modele statystyczne uwzględniające potencjalnie nieliniowy charakter zmian.

Oprócz wspomnianych mocnych stron badanie ma też niewątpliwe ograniczenia. Najpoważniejszym jest brak grupy kontrolnej, co powoduje, że trudno jednoznacznie stwierdzić, w jakim stopniu obserwowane zmiany w postawach respondentów wskazywały na skuteczność testowanej interwencji antystygmatyzacyjnej, a na ile wynikały z wpływu czynników zewnętrznych czy niespecyficznych czynników związanych z udziałem w warsztatach. Uzyskane wyniki należy zatem traktować jako wstępne, wymagające potwierdzenia w badaniu randomizowanym, najlepiej z wykorzystaniem aktywnej grupy kontrolnej. Czas obserwacji był stosunkowo krótki, nie wiadomo więc, jakie są długo-

terminowe efekty ocenianej interwencji. Należy też mieć na uwadze relatywnie wysokie odsetki uczestników warsztatów, którzy nie wypełnili zestawu kwestionariuszy miesiąc, a zwłaszcza pół roku po szkoleniu. W badaniu wykorzystano tylko kwestionariusze samoopisowe, a te mogą podlegać efektowi społecznych oczekiwań i mierzą jedynie różne aspekty deklarowanych postaw, które niekoniecznie muszą mieć ścisły związek z zachowaniami ankietowanych w sytuacjach kontaktu z osobami chorującymi psychicznie. Stanowi to zresztą istotną słabość zdecydowanej większości dotychczasowych badań nad skutecznością oddziaływań antystygmatyzacyjnych [28, 53]. Ocena wpływu interwencji na rzeczywiste zachowania uczestników rodzi wprawdzie wiele wyzwań natury metodologicznej i z pewnością wymaga większych nakładów finansowych, pozwoliłaby jednak na wyciągnięcie znacznie mocniejszych wniosków niż ewaluacja oparta na skalach samooceny. Ponadto wśród respondentów przeważały kobiety i osoby z wyższym wykształceniem, tak więc w przyszłych badaniach należałoby zadbać o bardziej równomierny rozkład zmiennych społeczno-demograficznych wśród uczestników warsztatów. Cenne byłoby również porównanie efektów interwencji w różnych grupach zawodowych, których postawy mogą mieć znaczny wpływ na osoby chorujące psychicznie i dla których wolny od stereotypów i uprzedzeń stosunek do tych osób stanowi istotny aspekt kompetencji zawodowych. Chodzi tu w szczególności o pracowników psychiatrycznej i niepsychiatrycznej opieki zdrowotnej, urzędników, nauczycieli i wykładowców, pracodawców, duchownych, policjantów czy przedstawicieli wymiaru sprawiedliwości.

Wnioski

Pomimo wspomnianych ograniczeń przeprowadzone analizy wskazują, że oceniana interwencja może być użytecznym środkiem służącym poprawie postaw społecznych wobec osób leczących się psychiatrycznie i przeciwdziałaniu szkodliwym skutkom piętna choroby psychicznej. Jeśli jej efektywność zostanie potwierdzona w kolejnych badaniach z wykorzystaniem bardziej rygorystycznej metodologii (przede wszystkim uwzględniającej randomizację i grupę kontrolną), to może być wykorzystywana na szerszą skalę i stać się integralnym elementem szkolenia grup zawodowych mających regularny kontakt z osobami chorującymi psychicznie. Uzyskane wyniki stanowią też ważki argument za włączaniem osób po kryzysach psychicznych jako „ekspertów przez doświadczenie” w proces kształcenia kadr medycznych.

Podziękowania

Autorzy dziękują wolontariuszom Fundacji eFkropka, którzy uczestniczyli w procesie opracowywania warsztatów i odgrywali rolę edukatorów w projekcie: Annie Patkowskiej, Katarzynie Parzuchowskiej, Ewie Piskorskiej, Annie Morawskiej, Maciejowi Matraszkowi i Piotrowi Żrebcowi. Wdzięczność należy się też firmie „Szkoła Trenerów – Grupa TROP” za nieodpłatne przeszkolenie edukatorów Fundacji eFkropka w ramach przygotowań do projektu i za dalsze wspieranie ich rozwoju.

Piśmiennictwo

1. Corrigan PW, Kleinlein P. *The impact of mental illness stigma*. W: Corrigan PW. red. *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*. Washington: American Psychological Association; 2005. S. 11–44.
2. Thornicroft G. *Shunned: Discrimination against people with mental illness*. Oxford: Oxford University Press; 2006.
3. van Zelst C. *Stigmatization as an environmental risk in schizophrenia: A user perspective*. Schizophr. Bull. 2009; 35(2): 293–296.
4. Rüsç N, Zlati A, Black G, Thornicroft G. *Does the stigma of mental illness contribute to suicidality?* Br. J. Psychiatry 2014; 205(4): 257–259.
5. Zäske H. *The influence of stigma on the course of illness*. W: Gaebel W, Rössler W, Sartorius N. red. *The stigma of mental illness – end of the story?* Cham: Springer; 2017. S. 141–155.
6. Sharac J, McCrone P, Clement S, Thornicroft G. *The economic impact of mental health stigma and discrimination: A systematic review*. Epidemiol. Psychiatr. Soc. 2010; 19(3): 223–232.
7. Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A, Corrigan PW, Grabe HJ, Carta MG i wsp. *Evolution of public attitudes about mental illness: A systematic review and meta-analysis*. Acta Psychiatr. Scand. 2012; 125(6): 440–452.
8. Wciórka B, Wciórka J. *Stereotyp i dystans – choroby psychiczne i choroby psychiczne w opinii społeczeństwa polskiego (1996 i 1999)*. Post. Psychiatr. Neurol. 2000; 9(3): 353–382.
9. Wciórka B, Wciórka J. *Sondaż opinii publicznej: społeczny obraz chorób psychicznych i osób chorych psychicznie w roku 2005*. Post. Psychiatr. Neurol. 2006; 15(4): 255–267.
10. Wciórka B, Wciórka J. *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie*. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej; 2008. Komunikat BS/124/2008. http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2008/K_124_08.PDF.
11. Wciórka J. *Postawy wobec osób chorych psychicznie, chorób psychicznych i instytucji psychiatrycznych*. W: Moskalewicz J, Kiejna A, Wojtyński B red. *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2012. S. 171–184.
12. Cechnicki A, Angermeyer MC, Bielańska A. *Anticipated and experienced stigma: Its nature and correlates*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2011; 46(7): 643–650.
13. Świtaj P, Wciórka J, Grygiel P, Anczewska M, Schaeffer E, Tyczyński K i wsp. *Experiences of stigma and discrimination among users of mental health services in Poland*. Transcult. Psychiatry 2012; 49(1): 51–68.
14. Świtaj P, Chrostek A, Grygiel P, Wciórka J, Anczewska M. *Exploring factors associated with the psychosocial impact of stigma among people with schizophrenia or affective disorders*. Community Ment. Health J. 2016; 52(3): 370–378.
15. Świtaj P, Grygiel P, Chrostek A, Nowak I, Wciórka J, Anczewska M. *The relationship between internalized stigma and quality of life among people with mental illness: Are self-esteem and sense of coherence sequential mediators?* Qual. Life Res. 2017; 26(9): 2471–2478.
16. Rodak J, Witusik A, Nowakowska-Domagala K, Pietras T, Mokros Ł. *Psychopathological profile and antipsychotic treatment may be linked to internalized stigma in schizophrenia – a cross-sectional study*. Adv. Psychiatry Neurol. 2018; 27(2): 77–86.
17. Chotkowska K. *Experienced and perceived stigma among people suffering from schizophrenia*. Adv. Psychiatry Neurol. 2018; 27(4): 304–317.
18. Sartorius N, Schulze H. *Reducing the stigma of mental illness: A report from a global programme of the World Psychiatric Association*. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.

19. Wykes T, Haro JM, Belli SR, Obradors-Tarragó C, Arango C, Ayuso-Mateos JL i wsp. *Mental health research priorities for Europe*. *Lancet Psychiatry* 2015; 2(11): 1036–1042.
20. Link BG, Phelan JC. *Stigma and its public health implications*. *Lancet*. 2006; 367(9509): 528–529.
21. Beldie A, den Boer JA, Brain C, Constant E, Figueira ML, Filipic I i wsp. *Fighting stigma of mental illness in midsize European countries*. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2012; 47(Suppl 1): 1–38.
22. Borschmann R, Greenberg N, Jones N, Henderson RC. *Campaigns to reduce mental illness stigma in Europe: A scoping review*. *Die Psychiatr.* 2014; 11(1): 43–50.
23. Gronholm PC, Henderson C, Deb T, Thornicroft G. *Interventions to reduce discrimination and stigma: The state of the art*. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2017; 52(3): 249–258.
24. Cechnicki A. *pozytywna kampania edukacyjna. Bilans czterech lat polskiego programu „Schizofrenia – Otwórzcie Drzwi”*. W: Cechnicki A, Bomba J. red. *Schizofrenia – różne konteksty, różne terapie*, cz. 3. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego; 2004. S. 157–169.
25. Corrigan PW, Penn DL. *Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma*. *Am. Psychol.* 1999; 54(9): 765–776.
26. Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. *Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma*. *Eur. Psychiatry* 2005; 20(8): 529–539.
27. Watson AC, Corrigan PW. *Challenging public stigma: A targeted approach*. W: Corrigan PW. red. *On the stigma of mental illness. Practical strategies for research and social change*. Washington: American Psychological Association; 2005. S. 281–295.
28. Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ, Rafacz JD, Rüsch N. *Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies*. *Psychiatr. Serv.* 2012; 63(10): 963–973.
29. Pinfold V, Toulmin H, Thornicroft G, Huxley P, Farmer P, Graham T. *Reducing psychiatric stigma and discrimination: Evaluation of educational interventions in UK secondary schools*. *Br. J. Psychiatry* 2003; 182(4): 342–346.
30. Simpson A, Reynolds L, Light I, Attenborough J. *Talking with the experts: Evaluation of an online discussion forum involving mental health service users in the education of mental health nursing students*. *Nurse Educ. Today* 2008; 28(5): 633–640.
31. Noorani T. *Service user involvement, authority and the ‘expert-by-experience’ in mental health*. *J. Polit. Power.* 2013; 6(1): 49–68.
32. Schulze B. *Stigma and mental health professionals: A review of the evidence of an intricate relationship*. *Int. Rev. Psychiatry* 2007; 19(2): 137–155.
33. Corrigan PW, Powell KJ, Michaels PJ. *Brief battery for measurement of stigmatizing versus affirming attitudes about mental illness*. *Psychiatry Res.* 2014; 215(2): 466–470.
34. Weiner B, Perry RP, Magnusson J. *An attributional analysis of reactions to stigmas*. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1988; 55(5): 738–748.
35. Corrigan P, Markowitz FE, Watson A, Rowan D, Kubiak MA. *An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness*. *J. Health Soc. Behav.* 2003; 44(2): 162–179.
36. Lauveng A. *Byłam po drugiej stronie lustra. Wygrana walka ze schizofrenią*. Sopot: Smak Słowa – Fundacja Inicjatyw Społecznie Odpowiedzialnych; 2008.
37. Ahern L, Fisher D. *Personal assistance in community existence: A recovery guide*. Lawrence: National Empowerment Center; 1999.
38. Bollen KA, Curran PJ. *Latent curve models: A structural equation perspective*. Hoboken: Wiley-Interscience; 2006.
39. Konarski R. *Modele równań strukturalnych: teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2009.

40. Preacher KJ, Wichman AL, MacCallum RC, Briggs NE. *Latent growth curve modeling*. Los Angeles: SAGE; 2008.
41. Eccles JS, Midgley C, Wigfield A, Buchanan CM, Reuman D, Flanagan C i wsp. *Development during adolescence: The impact of stage-environment fit on young adolescents' experiences in schools and in families*. Am. Psychol. 1993; 48(2): 90–101.
42. Jones CJ, Meredith W. *Developmental paths of psychological health from early adolescence to later adulthood*. Psychol. Aging. 2000; 15(2): 351–360.
43. Shadish WR, Cook TD. *The renaissance of field experimentation in evaluating interventions*. Annu. Rev. Psychol. 2009; 60(1): 607–629.
44. Diallo TMO, Morin AJS. *Power of latent growth curve models to detect piecewise linear trajectories*. Struct. Equ. Modeling. 2015; 22(3): 449–460.
45. Muthén LK, Muthén BO. *Mplus user's guide*, 8th ed. Los Angeles: Muthén & Muthén; 2017.
46. Schoot van de R, Kaplan D, Denissen J, Asendorpf JB, Neyer FJ, Aken van MAG. *A gentle introduction to Bayesian analysis: Applications to developmental research*. Child Dev. 2014; 85(3): 842–860.
47. Schoot van de R, Broere JJ, Perryck KH, Zondervan-Zwijenburg M, Loey van NE. *Analyzing small data sets using Bayesian estimation: The case of posttraumatic stress symptoms following mechanical ventilation in burn survivors*. Eur. J. Psychotraumatol. 2015; 6: 25216.
48. Gelman A, Meng X-L, Stern H. *Posterior predictive assessment of model fitness via realized discrepancies*. Stat. Sin. 1996; 6(4): 733–760.
49. Spiegelhalter DJ, Best NG, Carlin BP, Linde van der A. *Bayesian measures of model complexity and fit*. J. R. Stat. Soc. Ser. B Stat. Methodol. 2002; 64(4): 583–639.
50. Spiegelhalter DJ, Best NG, Carlin BP, Linde van der A. *The deviance information criterion: 12 years on*. J. R. Stat. Soc. Ser. B Stat. Methodol. 2014; 76(3): 485–493.
51. Kenward MG, Carpenter J. *Multiple imputation: Current perspectives*. Stat. Methods Med. Res. 2007; 16(3): 199–218.
52. Corrigan PW, Gause M, Michaels PJ, Buchholz BA, Larson JE. *The California Assessment of Stigma Change: A short battery to measure improvements in the public stigma of mental illness*. Community Ment. Health J. 2015; 51(6): 635–640.
53. Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D i wsp. *Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination*. Lancet 2016; 387(10023): 1123–1132.
54. Koschorke M, Evans-Lacko S, Sartorius N, Thornicroft G. *Stigma in different cultures*. W: Gaebel W, Roessler W, Sartorius N. red. *The stigma of mental illness – end of the story?* Heidelberg: Springer; 2017. S. 67–82.

Adres: Piotr Świtaj
I Klinika Psychiatryczna
Instytut Psychiatrii i Neurologii
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9
e-mail: switaj@ipin.edu.pl

Otrzymano: 12.04.2019
Zrecenzowano: 14.05.2019
Otrzymano po poprawie: 3.06.2019
Przyjęto do druku: 4.06.2019