



SZKOŁA WYŻSZA PSYCHOLOGII SPOŁECZNEJ

Anna Lipska

Wpływ ukrytych przekonań na temat własnej diagnozy psychiatrycznej na autostygmatyzację, samowspółczucie, elastyczność psychologiczną oraz poczucie sensu życia

Słowa kluczowe: choroba psychiczna, diagnoza, autostygmatyzacja, elastyczność psychologiczna, poczucie sensu życia, samowspółczucie

Praca Magisterka
napisana pod kierunkiem
prof.dr hab Pawła Ostaszewskiego

Warszawa 2016

Spis Treści

Streszczenie.....	1
Summary.....	2
Choroba psychiczna- różne narracje, założenia i konsekwencje.....	3
Model bio-medyczny.....	4-9
Model kontekstualny.....	9-11
Problemy badawcze.....	12
Metoda.....	12-13
Osoby badane	
Procedura i materiały	
Wyniki.....	14-22
Dogmatyczność a autostygmatyzacja.....	14-15
Autostygmatyzacja a sens życia.....	16-17
Dogmatyczność a sens życia.....	18-19
Dogmatyczność a unikanie doświadczenia (psychologiczna elastyczność).....	20-21
Dogmatyczność a samowspółczucie.....	22-23
Podsumowanie i dyskusja.....	23-28
Bibliografia.....	29-30
Załączniki.....	31-35

Dziękuję mgr Stanisławowi Malickiemu za pomoc merytoryczną w pisaniu pracy, pomoc w doborze narzędzi badawczych oraz profesorowi Pawłowi Ostaszewskiemu za dużą dostępność i wsparcie merytoryczne na każdym etapie pracy.

Wpływ ukrytych przekonań na temat własnej diagnozy psychiatrycznej na autostygmatyzację, samowspółczucie, elastyczność psychologiczną oraz poczucie sensu życia.

Streszczenie

Problem poruszany w pracy dotyczy tego jak sposób myślenia o własnej diagnozie przez pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych, wpływa na wymiary ich funkcjonowania takie jak: autostygmatyzacja, samowspółczucie, elastyczność psychologiczna oraz poczucie sensu życia. Grupa osób z różnorodnym rozpoznaniem zaburzeń psychicznych (N=100) z internetowych stron zrzeszających osoby po kryzysie psychicznym „Shades of awakening” oraz „Icarus project” odpowiadała na pytania związane z przekonaniami na temat natury ich cierpienia psychicznego oraz prognoz. Następnie badani wypełniali kolejno kwestionariusze elastyczności psychologicznej, sensu życia, samo-współczucia oraz autostygmatyzacji. Zgodnie z przewidywaniami oraz poprzednimi badaniami (Schomerusa, Angermeyerc, Baumeistere, Stolzenburga, Linkg, Phelang, 2015), badanie korelacji wykazało, że pacjenci, których przekonania charakteryzowały się wyższym poziomem dogmatyczności (ściśle nawiązujące do paradygmatu medycznego), doświadczali niższego poczucia sensu życia, większej autostygmatyzacji, niższego samowspółczucia oraz niższej elastyczności psychologicznej. Prowadzi to do konkluzji, że należy zmienić sposób przekazywanych informacji na temat diagnozy, tak aby poziom dogmatyczności przekonań obniżyć, co będzie korzystne dla poczucia sensu życia pacjentów, ich samoakceptacji, samowspółczucia oraz elastyczności psychologicznej.

The impact of hidden beliefs about one's psychiatric diagnosis on self-stigma, self-compassion, psychological flexibility and meaning of life.

Summary

The subject of this research is whether the way patients with some sort of mental disorders think about their diagnosis has an impact on different dimensions of their functioning, such as: self-stigma, self-compassion, psychological flexibility and meaning of life. A group of subjects with different diagnosis (N=100) from internet websites dedicated to the subject of mental health crisis "Shades of awakening" and "The Icarus project" answered questions about beliefs they hold on the nature of their suffering and prognosis of their 'disorder'. Secondly, the subjects filled following questionnaires examining psychological flexibility, self-compassion and self-stigma. In conformity with the expectations as well as previous research (Schomerusa, Angermeyerc, Baumeistere, Stolzenburga, Linkg, Phelang, 2015), the research showed that patients whose beliefs were characterised by a higher level of dogma (strictly referring to the bio-medical paradigm of mental illness), experienced lower meaning of life, higher self-stigma, lower self-compassion and lower psychological flexibility. It leads to a conclusion that one should change a way in which diagnosis is communicated, in order to lower the level of dogmatic beliefs in patients, which will be beneficial for their meaning of life, self-acceptance, self-compassion and psychological fleibility.

Z poprzednich badań wiadomo, że diagnoza psychiatryczna może wywrzeć negatywny wpływ na postrzeganie pacjentów przez klinicystów, przez co powinni uważać na to w jaki sposób używają diagnozy i należy podjąć działania w celu zdestygmetyzowania określeń diagnostycznych (Lam, Poplavskaya, Salkovskis, Hogg, Panting, 2015). To samo badanie wskazuje na szkodliwy wpływ diagnozy psychiatrycznej na pacjentów, którym się ją przekazuje. Analiza wykazała, że etykietowanie pacjentów takimi terminami jak „zaburzenie osobowości” oraz „schizofrenia” może prowadzić do obniżenia efektywności leczenia. Medyczny model rozumienia cierpienia psychicznego zdaje się mieć równie negatywny wpływ na postrzeganie osób z zaburzeniami psychicznymi przez społeczeństwo. Paradoksalnie, wbrew kampaniom na rzecz antydiskryminacji osób chorych psychicznie, biomedyczna narracja tłumacząca kondycję osób cierpiących psychicznie, jak pokazały badania zamiast obniżyć uprzedzenia, nasiliła negatywne stereotypy. (Sederer, 2013). Z drugiej strony przeprowadzone na pacjentach badanie w formie interwencji przedstawienia ich stanu jako kontinuum ludzkich doświadczeń (Schomerusa i in. 2016) wykazało, że osoby które dostają informację na temat ich stanu jako kontinuum, mają niższe poczucie odstawania od reszty społeczeństwa oraz wyższą akceptację siebie w porównaniu z pacjentami, którym przekazuje się tę informację w sposób dychotomiczny.

Powyższe badania skłaniają do wniosku, że sposób przekazywania informacji zwrotnych pacjentom jest niesamowicie ważny, jako że wpływa na przyszły dobrostan pacjenta. Diagnoza psychiatryczna oparta na modelu biomedycznym wydaje się wywierać negatywny wpływ zarówno na pacjentów, ich proces leczenia, postrzeganie ich przez klinicystów jak i odbiór społeczny. To badanie ma za zadanie sprawdzić jaki wewnętrzny proces zachodzi u osób zdiagnozowanych jako chorych psychicznie w zależności od tego jakiej narracji decydują się użyć do rozumienia własnego cierpienia. Narrację dotyczącą zjawiska choroby psychicznej można podzielić najprościej na perspektywę psychiatryczną- opartą ściśle na zachodnim modelu bio-medycznym oraz alternatywną- do której między innymi należy perspektywa kontekstualna.

MODEL BIOMEDYCZNY

Biomedyczny model psychiatrii powstał około dziewiętnastego wieku i stał się dominującym modelem używanym przez lekarzy do diagnozowania chorób. Model ten postrzega zdrowie jako brak choroby, procesów takich jak psychopatologia, zaburzenia biochemiczne oraz fizjologiczne, nie biorąc pod uwagę społecznych czynników wpływających na stan pacjenta oraz jego indywidualnej subiektywnej perspektywy. W przeciwieństwie do modelu bio-psycho-społecznego, model biomedyczny nie uwzględnia zdania pacjenta w stawianiu diagnozy i nie jest przedmiotem negocjacji między lekarzem a pacjentem, co zdaje się wpływać na przebieg leczenia i dobrostan pacjenta. Model biomedyczny zdrowia skupia się jedynie na poziomie biologicznym i wyklucza psychologiczne, środowiskowe i społeczne czynniki. Jest to wiodący model medycyny w większości krajów zachodu. (Annadale, 1998)

Jak pisze Ostaszewski, Malicki i Dudek (2013, s.23):

Zdrowie fizyczne jest widziane jako brak choroby. Podobnie, zdrowie psychiczne postrzeganie jest jako brak psychopatologii, spowodowanej zaburzeniami neurotransmiterów w mózgu. Pogląd ten prowadzi do myślenia syndromowego, które oznacza poszukiwanie jedynie sygnałów i objawów, które powinny zostać naprawione, lub leczone farmakologicznie. Wynikiem tego sposobu myślenia jest wzrost liczby ludzi przekonanych o tym, że leki powinny być podstawą leczenia problemów psychicznych.

Model ten zdaje się być stanowiskiem ogólnie przyjętym i rutynowo stosowany w psychiatrii. Zadaniem psychiatry jest zebranie wywiadu z pacjentem, na podstawie którego postawi diagnozę i zapisze wybrany lek. Interwencja psychiatryczna jest więc, jakby kalką rutynowego postępowania

ogólnomedycznego, na co składa się podział pacjent/lekarz, pochyła relacja, język medyczny w nazywaniu doświadczeń psychicznych objawami choroby oraz otoczenie szpitalne. Problem z przeniesieniem problemów natury psychicznej na postępowanie medyczne w przypadku chorób somatycznych napotyka parę problemów merytorycznych. Pierwszym jest zastosowanie przez psychiatrię kalki języka medycznego do określania problemów natury psychicznej. Jest to zabieg nie do końca usprawiedliwiony, biorąc pod uwagę odmienną naturę bólu fizycznego i cierpienia o źródle psychicznym. Przełożenie języka emocji na język symptomów jest niedawnym zabiegiem psychiatrii w celu ułatwienia interwencji. Thomas Szasz, jeden z twórców antypsychiatrii, uważał, że używanie metafory choroby psychicznej służy usprawiedliwieniu psychiatrycznych interwencji i instytucji (Szasz 1961).

Kolejnym problemem jest brak narzędzi diagnostycznych stosowanych przez psychiatrię w tradycyjnym ich rozumieniu. Diagnoza w medycynie jest podstawą prawidłowej interwencji i od jej trafnego postawienia, często zależy życie klienta (Jones, film z konferencji obejrzany 30 listopada 2014). Na tym etapie wiedzy medycyna zachodu posiada obszerną wiedzę na temat chorób somatycznych oraz narzędzia w celu sprawdzenia trafności diagnozy. Nie zdarza się aby lekarz internista czy lekarz innej specjalizacji postawił diagnozę bez ówczesnego obejrzenia pacjenta, pobrania krwi czy zrobienia prześwietlenia jeśli sytuacja tego wymaga. Psychiatria pretendująca do bycia dziedziną medyczną, tego rodzaju narzędzi nie posiada, uzależniając własną diagnozę od stworzonych kwestionariuszy, obserwacji, własnych odczuć oraz ówczesnego doświadczenia. Dowód zatem na istnienie jakiejś choroby psychicznej u pacjenta jest z góry obrarzony wieloma błędami. Pierwszym jest uwikłanie w filozoficzny spór dotyczący terminu „normalność”. Ponieważ jest to termin niezwykle subiektywny, psychiatria musiała stworzyć własne wytyczne określające normę i patologię. Wytyczne te nie są wolne od głęboko zakorzenionych wartości i przekonań społecznych

panujących w danej kulturze, dlatego ciężko postrzegać je jako prawdę obiektywną mającą swoje odbicie w świecie naturalnym. Zatem kwestionariusze mające wykazać psychopatologię pacjenta bądź jej brak opierające się na tak subiektywnym określeniu co jest zachowaniem zdrowym a co zaburzonym trudno uznać jako medyczne narzędzie diagnostyczne. W proces diagnozy zaangażowane są również subiektywne odczucia i skojarzenia diagnosty, które uniemożliwiają postawienie jej w sposób zupełnie obiektywny. To tłumaczy liczne sytuacje, w których pacjent otrzymuje na przestrzeni, krótkiego okresu czasu cztery różne, nieraz wykluczające się diagnozy postawione przez czterech niezależnych diagnostów. Nie jest to zazwyczaj wynikiem niekompetencji, bądź braku doświadczenia diagnosty, a raczej ograniczeniem percepcji i skierowaniem jej na wybrane elementy funkcjonowania pacjenta. W celu podniesienia wiarygodności paradygmatu biomedycznego i podniesieniu rangi psychiatrii do dziedziny medycznej od lat prowadzi się badania w celu wykrycia genu odpowiedzialnego za kondycje takie jak schizofrenia, depresja i choroba afektywna dwubiegunowa. Do tej pory zasadność teorii neurotransmiterów i zaburzeń organicznych w mózgu mających powodować te kondycje nie została dowiedziona i pozostała jedynie na statusie wątpliwej teorii naukowej, do której nie ma przekonania wielu psychiatrów (Whitaker, 2010)., Nie ma czegoś takiego jak zaburzenie neurotransmiterów. Kiedy ludzie do mnie przychodzą i mówią „Mam zaburzenie neuroprzekaźników w mózgu”, odpowiadam „Pokaż mi wynik testu z laboratorium”. Takie testy nie istnieją. Więc czym jest zaburzenie neuroprzekaźników? (Leifer, 1969.) „Teoria zaburzenia neuroprzekaźników jest przestarzała i nie udowodniona” (Angell 2004). Badania, które ukazały się na ten temat przeprowadzone były na pacjentach psychiatrycznych od lat przyjmujących neuroleptyki, które jak dziś wiadomo powodują długotrwałe zmiany w mózgu. Co nie zostało wzięte pod uwagę w badaniach i wyciąganiu z nich wniosków. (Whitaker, 2013). Zmiany, które zostały wykryte nie są zmianami homogenicznymi dla danego zaburzenia, a raczej rozległym spektrum mikrouszkodzeń. Nieznany jest

również kierunek zależności między mózgiem a doświadczeniem. Nie wiemy na tym etapie czy zmiany neurologiczne są przyczyną zaburzenia czy raczej skutkiem traumatycznych przeżyć i przewlekłego stresu oraz wieloletniej farmakoterapii u osób z rozpoznaniem ciężkich chorób psychicznych.

Kolejną trudnością biomedycznego modelu jest nieuwzględnianie okoliczności życiowych wpływających na bieżące objawy pacjenta. Diagnoza psychiatryczna postrzega chorobę w jednostce i obarcza jedynie czynniki genetyczne za rozwinięcie się danego objawu. Współczesna psychologia posiada obszerą wiedzę na temat czynników wpływających na wczesny rozwój człowieka oraz wpływ doświadczeń traumatycznych na jego dalsze życie. Mechanizmy psychologiczne wraz z niesprzyjającymi warunkami środowiskowymi doprowadzające do rozwinięcia się określonych zaburzeń są na tym etapie na tyle dobrze rozumiane i skonceptualizowane przez psychologię, że perspektywa biofizykalna tłumacząca psychopatologię jedynie obecnością zaburzeń w mózgu zdaje się nieuzasadniona. Rozrastająca się dziedzina psychotraumatologii wskazuje na związek pomiędzy wczesnymi traumatycznymi doświadczeniami a późniejszym rozwinięciem zaburzeń psychicznych (Knapton 2016).

„Nadanie komuś etykiety osoby zaburzonej psychicznie może mieć poważne i długotrwałe konsekwencje- oprócz konsekwencji samego zaburzenia. Nie dzieje się tak w przypadku chorób fizycznych" (Zimbardo 2010, s.157). Nadanie komuś etykiety osoby psychicznie chorej nie pozostaje bez skutku na odbiór tej osoby przez społeczeństwo. Jak pisze Sederer (2013), mimo statystyk wskazujących na to, że osoby z diagnozą psychiatryczną są znacznie mniej agresywne od przeciętnej populacji i większa jest szansa, że staną się ofiarami przemocy niż jej sprawcami, ludzie nadal boją się osób z diagnozą,, Badania mówią, że ludzie nadal boją się, unikają i w inny sposób stygmatyzują osoby z chorobą psychiczną pomimo faktu, że ptak jest nadal ptakiem mimo tego, że jego pióra są

pomalowane" (Lloud 2013, s.1). Inne badania z 2010 przeprowadzone na ponad 200 000 dorosłych wskazały, że mimo generalnie pozytywnych postaw społeczeństwa względem chorych psychicznie, osoby chorujące nie czują się traktowane w sposób przyjazny i współczujący. „Czują się odrzuceni mimo publicznej świadomości na temat chorób psychicznych i ich leczenia.”(Lloud, 2013, s.1) Osoby z etykietą choroby psychicznej w widoczny sposób zajmują trudne miejsce w społeczeństwie. Mimo zgłaszanych politycznie poprawnych postaw reszty społeczeństwa, osoby te doświadczają dyskryminacji i braku poczucia akceptacji. Tematyką tą zajmował się znany badacz Ervin Goffman. W swojej książce „Piętno” trafnie przedstawia złożoność tej sytuacji:

Od stygmatyzowanej osoby wymaga się, żeby zachowywała się tak jakby jej brzemie ani nie było ciężkie ani noszenie go nie wpływało na to że jest inna od reszty; jednocześnie musi trzymać się od nas z boku, co utwierdza nas w naszej bezbolesnej egzystencji o słuszności naszych przekonań na jej temat. Mówiąc inaczej, zaleca się jej aby w naturalny sposób odpowiedziała na akceptację siebie i nas, akceptację jej, której wcale mu nie daliśmy w pierwszym miejscu. Ta fantomowa akceptacja stwarza podstawę fantomowej normalności. (Goffman, 1968).

W ostatnich latach powstało wiele kampanii społecznych na rzecz obniżenia stygmatyzacji jaka krąży wokół tematu choroby psychicznej. Przedstawienie jej jako medycznej kondycji wynikającej z zaburzeń biochemicznych miało obniżyć uprzedzenia krążące w społeczeństwie. Jak pokazują badania efekt tych kampanii był odwrotny. Przedstawienie cierpienia psychicznego jako kondycji medycznej wpłynęła na podwyższenie uprzedzeń społeczeństwa względem osób z diagnozą psychiatryczną. (Haslam, Kvaale, 2015).

Wreszcie konsekwencje biomedycznego modelu ponoszą również dzieci. Jak pisze Malicki i in.

(2013, s.23) „Rodzice oczekują, że dostaną gotowe rozwiązanie, lub „magiczną tabletkę” dla ich dziecka, która rozwiąże jego psychologiczne i rozwojowe problemy”. Praktycznymi konsekwencjami takiego podejścia jest poddanie dziecka leczeniu farmakologicznemu co ma bardzo niekorzystne skutki na nieuksztalowany jeszcze mózg dziecka, utrudnienie wejścia w dorosłość przez przekaz, że nie jest w stanie sam regulować swoich stanów emocjonalnych i potrzebuje chemicznej substancji, żeby radzić sobie ze stresującymi sytuacjami (Moncrieff, dokument opublikowany 06 października 2013) oraz oddala od rozwiązania problemu występującego w systemie rodzinnym przez postrzeganie zaburzenia jedynie w dziecku. „Co więcej, medyczny model zakłada, że "zaburzenie ulokowane jest wewnątrz ciała dziecka" (Malicki i in., 2013, s.23)

„Teraźniejsze podejście do zdrowia psychicznego może skutkować stygmatyzacją, odrzuceniem społecznym, dewaluacją i etykietowaniem. Leczenie oparte na redukcji symptomów bagatelizuje funkcjonalne oraz pozytywne objawy zdrowia psychicznego. Ponadto, wpływ takiego leczenia na jakość życia i społeczne funkcjonowanie jest kwestionowalny." (Malicki i in. 2013, s.23)

MODEL KONTEKSTUALNY

Ostatnie dwa stulecia skłoniły psychologów do stworzenia nowych podejść terapeutycznych w interwencji psychologicznej (Malicki i in.2013) . Badania pokazujące, że wiele interwencji nastawionych na ściśle określone zaburzenia wpływało na wiele różnych aspektów funkcjonowania pacjentów, skłania ku uznaniu potrzeby stworzenia bardziej transdiagostycznego modelu psychopatologii. Funkcjonalny kontekstualizm będący teorią leżącą u podstawy trzeciej falii terapii poznawczo- behawioralnych, jest ideą zakorzenioną w pragmatyzmie. W jego rozumieniu zaburzenie/ wydarzenie życiowe nie może być rozumiane inaczej niż jako całość oraz rozpatrywane bez wzięcia

pod uwagę interakcji z otoczeniem. „Funkcjonalny kontekstualizm odrzuca jakąkolwiek formę redukcjonizmu, takiego jak na przykład redukcjonizm biologiczny, który stara się zrozumieć zachowanie człowieka analizując jego bio-chemiczny proces w organizmie" (Malicki i in. 2013, s.24). Dane wydarzenie życiowe bądź zaburzenie może być postrzegane jedynie jako całość i analizowane pod kątem kontekstu w jakim się znajduje. Tylko w taki sposób mogą być rozumiane problematyczne zachowania osoby oraz planowana interwencja. Można zauważyć, że to podejście znacznie różni się od redukcjonistycznego podejścia bio-medycznego, w którym zachowanie jednostki postrzegane jest wyłącznie jako wynik biologicznej predyspozycji i ulokowane jest jedynie w jednostce, z pominięciem kontekstu w jakim się znajduje. Funkcjonalny kontekstualizm w tym aspekcie bardziej przypomina podejście systemowe, które traktuje problem dziecka jako wypadkową problemów panujących w rodzinie. Problematyczne zachowania w tym kontekście postrzegane są jako strategie radzenia sobie z problemami, które wyzwała system rodzinny, w związku z tym kierowane są wewnętrzną logiką osoby, która stara się sobie poradzić z doświadczanym dyskomfortem, w przeciwieństwie do modelu biomedycznego, w którym głębsze znaczenie postrzeganych objawów i ich funkcja nie są brane pod uwagę. „Kliniczne założenia filozofii kontekstualnej zostały zredagowane przez Perez Alvarez'a i mogą być podsumowane w następujących punktach."

1) Zaburzenia psychologiczne powinny być postrzegane w kontekście osobistych okoliczności (zarówno przeszłych jak i obecnych), nie postrzegane jako wewnętrznie ulokowane biologiczne dysfunkcje. Innymi słowami, problemy nie są spowodowane „niepowodzeniem" wewnątrz osoby, ale „niepowodzeniem" wewnątrz okoliczności w jakich się znajduje.

2) „Symptomy" nie są emanacją ukrytych powodów, ale są postrzegane jako (często dramatyczne)

zachowania, które rozwijają się w trakcie życia. Symptomy, jak inne zachowania, są wynikiem historii rozwoju pacjenta ukształtowanego przez okoliczności.

3) „Symptomy” jak wszystkie zachowania, mogą być rozumiane jedynie w kontekście w jakim się pojawiają. Funkcja symptomu nie może być odkryta przez analizę samego symptomu, ale przez analizowanie go w kontekście historii i kontekstu pacjenta.

4) „Symptomy” powinny być postrzegane jako nieudane próby rozwiązania problemów. Pacjenci próbują żyć tak dobrze jak potrafią. Problemy powstają z nieskutecznych strategii, nie złych intencji

5) Chroniczność może być postrzegana raczej jako umieszczenie osoby w „symptomie” , niż „symptom” *zainstalowany w osobie. To nie pacjent uporczywie tkwi w symptomatycznym zachowaniu, ale to kontekst podtrzymuje „symptom”*

6) Leczenie jest zadaniem składającym się przede wszystkim- z pomocy pacjentowi w rozwiązaniu jego problemów. Terapeutyczna relacja nie składa się ani z prób rozwiązywania problemu za klienta, ani z postrzegania klienta jako „obiekt leczenia” (Malicki i in,2013, s.24-25)

Celem interwencji w podejściu kontekstualnym jest według powyższego artykułu „wzmocnienie osób” do rozwiązywania ich własnych trudności życiowych, co zdaje się być pozytywną przeciwwagą dla tendencji w psychiatrii do sprowadzania pacjentów do roli biernych konsumentów. Skutkiem takiego podejścia terapeutów można by spodziewać się powinnien być wyższy dobrostan pacjentów, mniejsze poczucie stygmatyzacji oraz społecznego odrzucenia, jako, że ich problemy są postrzegane jako strategie radzenia sobie z trudnymi okiczościami, nie jako genetyczna chroniczna choroba psychiczna.

PROBLEMY BADAWCZE

Celem badania było udzielenie odpowiedzi na następujące pytania:

- 1) Czy istnieje związek między przekonaniem na temat własnej diagnozy a samostygmatyzacją?
- 2) Czy istnieje związek pomiędzy samostygmatyzacją a poczuciem sensu życia?
- 3) Czy istnieje związek pomiędzy przekonaniem na temat własnej diagnozy a poczuciem sensu życia?
- 4) Czy istnieje związek pomiędzy przekonaniem na temat własnej diagnozy a elastycznością psychiczną?
- 5) Czy istnieje związek pomiędzy przekonaniem na temat własnej diagnozy a samowspółczuciem?

Założenie o ważności przekonań na temat własnej diagnozy wynika z poprzednich badań wskazujących na to, że charakter uwewnętrznionej diagnozy wpływa istotnie na dobrostan pacjentów. W mojej pracy przekonania bezpośrednio odwołujące się do modelu bio-medycznego nazywam wymiarem „dogmatyczności”. Używam tego słowa w pracy w specyficznym kontekście, wskazując na bezpośrednie nawiązanie przekonań pacjenta do paradygmatu bio-medycznego.

METODA

Osoby badane

Przebadalam drogą internetową 100 osób, które są członkami internetowego forum „Shades of awakening” oraz „The Icarus Project” zrzeszającego osoby po kryzysie psychicznym. Strony

poświęcone są dyskusji na temat wielu perspektyw postrzegania choroby psychicznej, którego członkami są osoby z różnych krajów (przede wszystkim USA i Wielka Brytania), mające różnorodne podejście do tematu diagnozy psychiatrycznej od ścisłe medycznej po perspektywę duchową.

Procedura i materiały

Osoby badane pytane były o to czy zostało u nich kiedykolwiek zdiagnozowane jakiegoś rodzaju zaburzenie/ choroba psychiczna. Badani mieli trzy możliwe odpowiedzi do wyboru:

„TAK"/„NIE"/„NIE, ale czuję, że mnie to dotyczy. "

95 osob odpowiedziało TAK, 5 „Nie, ale czuję że to mnie dotyczy" Odpowiedzi „NIE" nie udzieliła żadna osoba badana (Na początku badania przedstawiona została instrukcja informująca, że jest to ankieta przeznaczona dla osób, które mają rozpoznanie zaburzenia psychicznego.) Brano również pod uwagę w badaniu osoby odpowiadające „Nie, ale czuję, że mnie to dotyczy" stwarzając miejsce dla osób, które nigdy nie wybrały się do specjalisty jednak doświadczają dystresu psychicznego w sposób znaczący. Uznano to za odpowiedź kwalifikującą do badania.

W badaniu skorzystano z czterech dostępnych kwestionariuszy- ISMI (Internalized Stigma of Mental illness), skala Neff (Self-compassion Scales Kristian Neff), Skala Meaning in life questionnaire (The Meaning in Life Questionnaire (MLQ-10) by M. F. Steger, P. Frazier, & S. Oishi.), The 7-item Acceptance and Action Questionnaire - II (AAQ-II) oraz kwestionariusza składającego się z serii pytań badających poziom dogmatyczności w myśleniu o własnej diagnozie (myślenie ściśle związane z paradygmatem psychiatrycznym) stworzonego przeze mnie. Kwestionariusz został ułożony opierając się na kluczowych założeniach paradygmatu biomedycznego odnoszących się przede wszystkim do

kondycji postrzeganych jako poważne choroby psychiczne, takich jak schizofrenia czy choroba afektywna dwóbiegunowa. Badanie alfa Cronbacha wykazało, że kwestionariusz jest rzetelny (alfa Cronbacha= 0.81). Razem pytania z poszczególnych kwestionariuszy utworzyły ankietę składającą się z 72 pytań. Pierwsza w kolejności była ankietą Dogmatyczności (12 pytań), następnie AAQ-II (7 pytań), MLQ-10 (10 pytań), Neff (12 pytań), a na końcu ISMI (30 pytań).

WYNIKI

Dogmatyczność a autostygmatyzacja

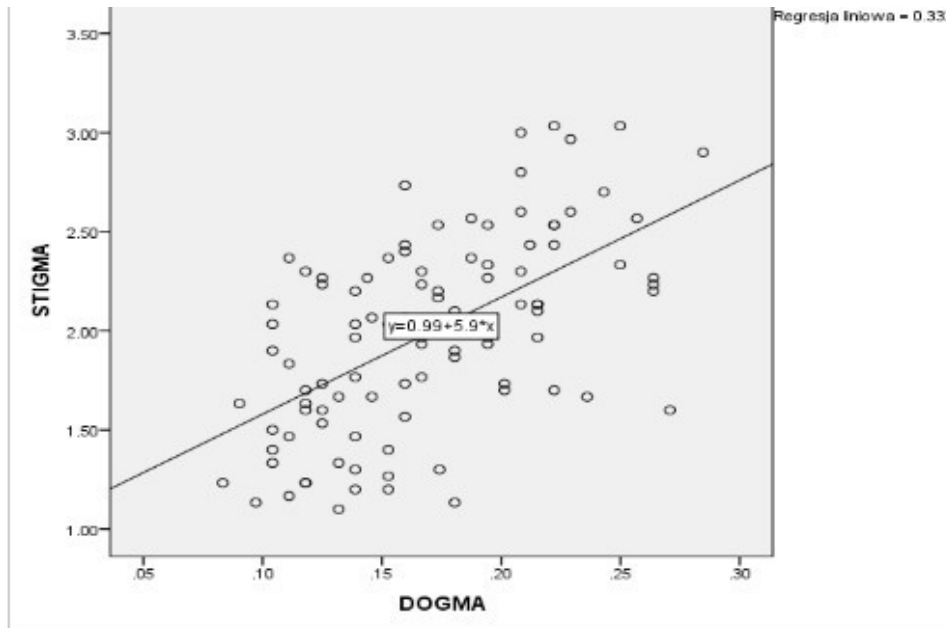
Analiza korelacji Pearsona, wskazała zależność zgodną z przewidywaniami. Jak ilustruje tabela 1, istnieje dodatnia, silna ($R=0.58$), istotna ($p<0.05$) korelacja pomiędzy poziomem dogmatyczności w myśleniu o własnej kondycji, a poziomem autostygmatyzacji u osób z diagnozą zaburzenia psychicznego. Można zatem przewidywać, że im wyższy poziom dogmatycznych przekonań na temat własnej diagnozy, tym wyższy osoba będzie przejawiać poziom autostygmatyzacji

Tabela 1

Korelacje

		DOGMA	STIGMA
DOGMA	Korelacja Pearsona	1	.577*
	Istotność (dwustronna)		0.000
	N	100	100
STIGMA	Korelacja Pearsona	.577*	
	Istotność (dwustronna)	0.000	
	N	100	100

Wykonano analizę regresji zmiennej, w której zmienną wyjaśnianą była autostygmatyzacja, a zmienną wyjaśniającą poziom dogmatyczności przekonań na temat własnej diagnozy. Zaproponowany model regresji okazał się dobrze dopasowany do danych $F(1,98) = 48,8$ $p < 0.001$. Na podstawie współczynników regresji można stwierdzić, że poziom dogmatyczności jest umiarkowanie powiązany z autostygmatyzacją ($\beta = 0.58$, $p < 0.01$). Oznacza to, że osoba mająca wysoki poziom dogmatycznych przekonań na temat własnej diagnozy, ma wysoki poziom autostygmatyzacji.



Rysunek 1. Związek pomiędzy odpowiedziami osób badanych na pytania dotyczące przekonań na temat własnej diagnozy, a wynikiem na skali samo- stygmatyzacji.

Korelacja dogmatyzmu z poszczególnymi wymiarami kwestionariusza samostygmatacji

Aby sprawdzić czy dogmatyczne przekonania na temat własnej diagnozy mają tak samo silny związek z różnymi podwymiarami autostygmatacji, przeprowadzono analizę korelacji dla każdego podwymiaru oddzielnie. Siła korelacji pomiędzy autostygmatacją, a dogmatyzmem okazała się być różna w zależności od podwymiarów kwestionariusza Samostygmatacji ISMI. Dogmatyczność najsilniej korelowała z podwymiarem "Social Alienation" $R=0.58$, $p<0.05$ oraz „Social Withdrawal" $R=0.53$; $p<0.05$, Umiarkowanie natomiast korelowała z podwymiarem „Stereotype Endorsement" $R=0.47$; $p<0.05$ oraz „Stigma Resistance" $R=0.46$; $p<0.05$ i Słabo z „Discrimination Experience" $R=0.25$; $p<0.05$. Osoby badane, których odpowiedzi na temat ich zaburzenia charakteryzowały się wysoką dogmatycznością, doświadczały znacznie silniejszego społecznej alienacji oraz wycofania, niż osoby o przekonaniach mniej osadzonych w paradygmacie biomedycznym. Osoby preferujące medyczne tłumaczenie doświadczanych trudności charakteryzowała również wyższa skłonność do generalnie stereotypowego myślenia, niż osoby mniej przekonane co do biologicznego podłoża własnego cierpienia i jego nieuleczalności. Co ciekawe, wysoka dogmatyczność w myśleniu o własnym cierpieniu w istotnym stopniu przyczynia się do większej odporności na stygmatację. Przekonania mają niewielki wpływ na poziom doświadczanej dyskryminacji przez osoby badane.

Autostygmatacja a sens życia

Aby sprawdzić prawdziwość hipotezy o zależności pomiędzy autostygmatacją a sensem życia osób badanych wykonano analizę korelacją Pearsona. Analiza wykazała istotną ($p<0.05$), ujemną korelację

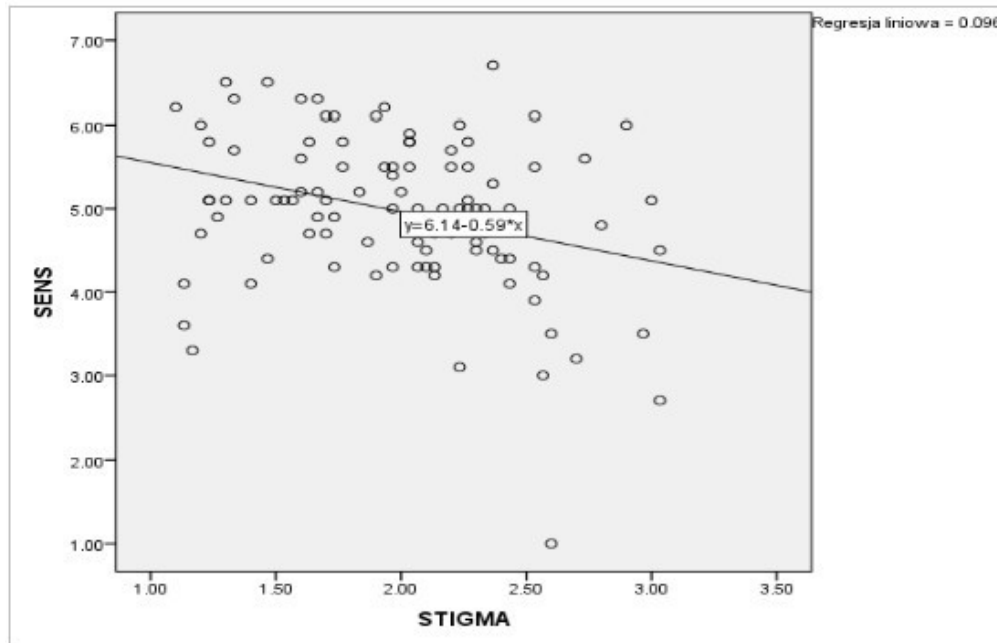
o umiarkowanej sile ($R = -0.31$). Można zatem uznać, że im wyższy wymiar stygmatyzacji, tym niższe subiektywne poczucie sensu życia osób badanych.

Tabela 2

Korelacje

		STIGMA	SENS
STIGMA	Korelacja Pearsona	1	-.310**
	Istotność (dwustronna)		.002
	N	100	100
SENS	Korelacja Pearsona	-.310**	1
	Istotność (dwustronna)	.002	
	N	100	100

Wykonano analizę regresji zmiennowej, w której zmienną wyjaśnianą był sens życia, a zmienną wyjaśniającą poziom autostygmatyzacji. Zaproponowany model regresji okazał się dobrze dopasowany do danych $F(1, 98) = 10.41, p < 0.05$. Na podstawie współczynników regresji można stwierdzić, że poziom autostygmatyzacji jest słabo powiązany z sensem życia ($\beta = 0.32, p < 0.01$). Oznacza to, że osoba mająca wysoki poziom autostygmatyzacji, ma niższy poziom sensu życia.



Rysunek 2. Związek pomiędzy odpowiedziami osób badanych na pytania dotyczące samostygmatazacji, a wynikiem na skali sensu życia

Dogmatyczność a poczucie sensu życia

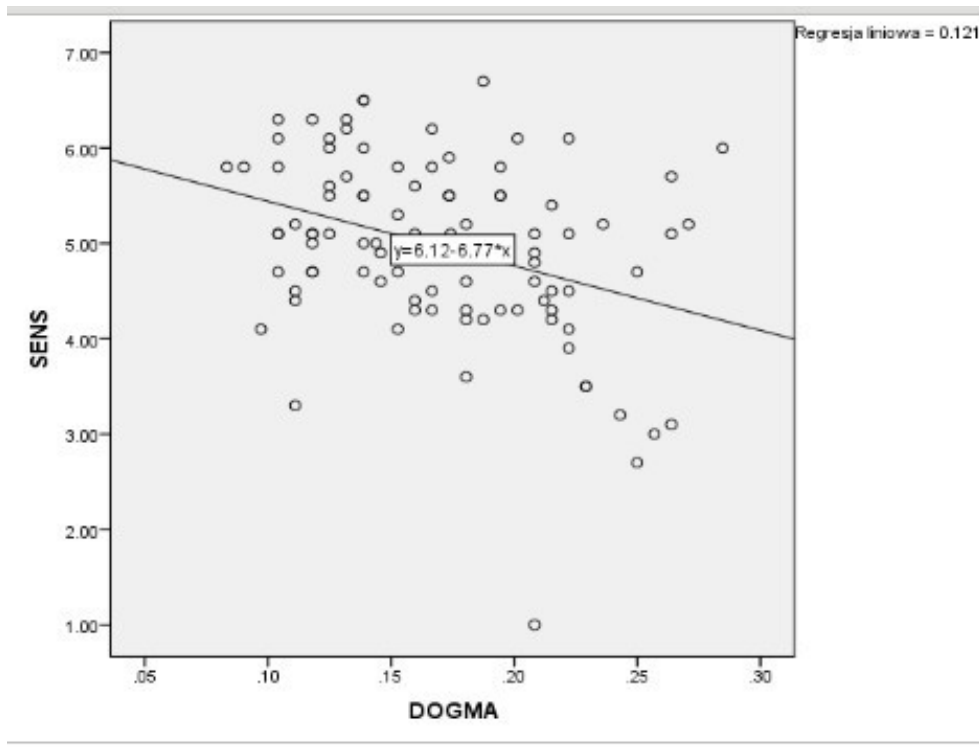
Analiza korelacji potwierdziła hipotezę związku między dogmatycznością przekonań na temat własnej diagnozy, a poczuciem sensu życia. Jak ilustruje Tabela 3, istnieje istotna ($p < 0.05$), umiarkowana ($R = -0.35$) ujemna korelacja między poziomem dogmatyczności, a poczuciem sensu życia. Im wyższa dogmatyczność na temat własnej diagnozy, tym niższe poczucie sensu życia.

Tabela 3

Korelacje

		SENS	DOGMA
SENS	Korelacja Pearsona	1	-.348**
	Istotność (dwustronna)		.000
	N	100	100
DOGMA	Korelacja Pearsona	-.348**	1
	Istotność Dwustronna	.000	
	N	100	100

Wykonano analizę regresji zmiennej, w której zmienną wyjaśnianą był sens życia a zmienną wyjaśniającą poziom dogmatyczności w myśleniu o własnej diagnozie. Zaproponowany model regresji okazał się dobrze dopasowany do danych $F(1,98) = 13.52, p < 0.01$. Na podstawie współczynników regresji można stwierdzić, że poziom dogmatyczności jest słabo powiązany z sensem życia ($\beta = 0.35, p < 0.01$). Oznacza to, że osoba mająca wysoki poziom dogmatyczności ma niższy poziom sensu życia.



Rysunek 3. Związek pomiędzy odpowiedziami osób badanych na pytania dotyczące przekonań na temat własnej diagnozy a poczuciem sensu życia.

Dogmatyczność a unikanie doświadczenia (psychologiczna elastyczność)

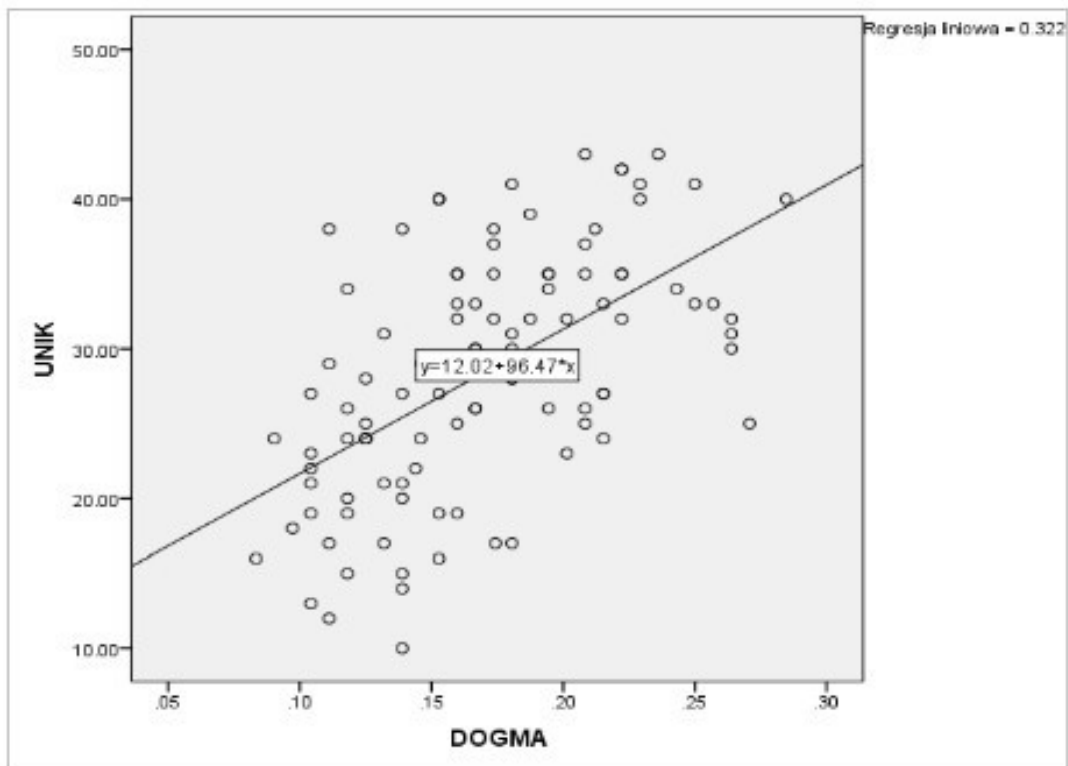
Badanie potwierdza związek pomiędzy dogmatycznością, a psychologiczną elastycznością (inaczej unikaniem doświadczenia). Istnieje istotna ($p < 0.05$) silna ($R = 0.57$) korelacja między wysoką dogmatycznością a psychologiczną sztywnością (inflexibility)

Tabela 4

Korelacje

		DOGMA	UNIK
DOGMA	Korelacja Pearsonna	1	.568**
	Istotność dwustronna	0.000	
	N	100	100
UNIK	Korelacja Pearsonna	.568**	1
	Istotność dwustronna	0.000	
	N	100	100

Wykonano analizę regresji zmiennej, w której zmienną wyjaśnianą było unikanie doświadczenia (psychologiczna elastyczność), a dogmatyczność zmienną wyjaśniającą. Zaproponowany model regresji okazał się dobrze dopasowany do danych $F(1,98) = 30,10$ $p < 0.01$. Na podstawie współczynników regresji można stwierdzić, że poziom dogmatyczności jest umiarkowanie powiązany z elastycznością psychologiczną ($\beta = 0.49$ $p < 0.01$). Oznacza to, że osoba mająca wysoki poziom dogmatyczności wykazuje się wyższym poziomem unikania doświadczenia (niższą psychologiczną elastycznością).



Rysunek 4. Związek pomiędzy odpowiedziami osób badanych na pytania dotyczące przekonań na temat własnej diagnozy a unikaniem doświadczenia

Dogmatyczność a samowspółczucie

Istotna ujemna ($R = -0.40$; $p = 0.00$) średnia korelacja pomiędzy dogmatycznością, a samowspółczuciem, Im wyższa dogmatyczność tym niższe samowspółczucie

Tabela 5

Korelacje

		DOGMA	COMPAS
DOGMA	Korelacja Pearsona	1	-.397**
	Istotności (dwustronna)		0.000
	N	100	100
COMPAS	Korelacja Pearsona	-.397**	1
	Istotność dwustronna	.000	
	N	100	100

Wykonano analizę regresji zmiennej, w której zmienną wyjaśnianą było samowspółczucie a zmienną wyjaśniającą dogmatyczność. Zaproponowany model regresji okazał się dobrze dopasowany do danych $F(1,98) = 18,29$ $p < 0.01$. Na podstawie współczynników regresji można stwierdzić, że poziom dogmatyczności jest umiarkowanie powiązany z samowspółczuciem ($\beta = 0.40$ $p < 0.01$). Oznacza to, że osoba mająca wysoki poziom dogmatyczności wykazuje się niższym samowspółczuciem.

PODSUMOWANIE I DYSKUSJA

Przedstawione tu badania empiryczne miały za zadanie odpowiedzieć na cztery pytania badawcze, które razem składały się na pytanie o to czy to w jaki sposób pacjenci z rozpoznaniem diagnozy psychiatrycznej myślą na temat swojej kondycji wpływa na ich dobrostan psychiczny. Badanie wykazało istotną korelację pomiędzy poziomem dogmatyczności (w myśleniu o własnej diagnozie) a dobrostanem psychicznym. Im bardziej przekonania na temat diagnozy osób, które ją otrzymały są oparte na modelu biomedycznym (dogmatyzm), tym niższy ich dobrostan psychiczny na wymiarach:

autostygmatyzacja, samowspółczucie, poczucie sensu życia i elastyczność psychologiczna.

Pierwszym pytaniem badawczym było sprawdzenie czy przekonania na temat własnej diagnozy wpływają na poziom autostygmatyzacji. Analiza korelacyjna i regresja liniowa wykazały istotną dodatnią zależność pomiędzy dogmatycznym (dychotomicznym) sposobem rozumieniem własnego cierpienia a wyższym poziomem autostygmatyzacji. Wysoka dogmatyczność najsilniej korelowała z wymiarem Społecznej Alienacji (Social Alienation) oraz Społecznego wycofania (Social Withdrawal). Przekonania na temat własnej diagnozy nie wpływały na poziom doświadczanej stygmatyzacji w życiu codziennym, a wyższa dogmatyczność zdaje się uodparniać na doświadczanie jej (Stigma Resistance). Zależność ta potwierdza wcześniejsze badania na temat wpływu dychotomicznego rozumienia choroby psychicznej a dobrostanem pacjentów. (Schomerusa i in. 2015). Przekonania mniej dogmatyczne korelowały z wyższym dobrostanem i niższą autostygmatyzacją. Moje badanie w przeciwieństwie do powyższego nie dzieliło badanych na oddzielne grupy eksperymentalne, które otrzymywały odmienne komunikaty dotyczące ich zdrowia psychicznego, a raczej obserwacją korelacji pomiędzy cechami osób, które diagnozę otrzymały na długo przed badaniem. W związku z tym wnioski z mojego badania nie mają charakteru przyczynowo skutkowego, jednak wcześniejsze badania wskazują na to, że zależność ta powtarza się w warunkach eksperymentalnych.

Drugim problemem było odpowiedzenie na pytanie czy istnieje związek pomiędzy autostygmatyzacją a poczuciem sensu życia. Badanie wykazało istotną zależność między wysokim poziomem autostygmatyzacji a obniżonym poczuciem sensu życia u osób badanych. Poprzednie badania wskazują na znaczącą korelację pomiędzy auto-stygmatyzacją, a dobrostanem psychicznym (Perez, Molero, Bos 2015). Uznając sens życia jako znaczącą składową dobrostanu psychicznego, można uznać, że wyniki mojego badania oddają powyższą zależność. Cytowane tu badanie dowiodło, że auto-stygmatyzacja koreluje negatywnie z dobrostanem psychicznym przede wszystkim

przejawiając się subiektywnym poczuciem alienacji. Moje badanie wskazało na związek pomiędzy dogmatycznymi przekonaniem na temat własnej diagnozy a wyższym poziomem autostygmatyzacji przede wszystkim na poziomie społecznej alienacji (Social Alienation), zatem można uznać, że doszło w moim badaniu do powtórzenia dotychczasowych wyników wskazujących na korelację między autostygmatyzacją a dobrostanem, z rozszerzeniem tej zależności na ukryte przekonania wpływające na poziom autostygmatyzacji pacjentów.

Trzecim problemem było sprawdzenie czy dogmatyczny sposób postrzegania własnej diagnozy koreluje z poczuciem sensu życia. Analiza korelacyjna wykazała istotną zależność pomiędzy postrzeganiem własnego cierpienia zgodnie z paradygmatem bio-medycznym, a niższym poczuciem sensu życia. Można spowiedzać się, że wynik taki wynika z bardziej pesymistycznym oczekiwań co do prognoz na przyszłość osób, które postrzegają własne cierpienie jako chroniczną chorobę psychiczną. To skolei można się spodziewać koreluje z niższym poczuciem nadziei, która jest ważnym składnikiem poczucia sensu życia. Związek dogmatycznych przekonań na temat własnej diagnozy a poziomem nadziei jest zależnością wartą sprawdzenia w kolejnych badaniach. Warto również zbadać czynniki mediujące.

Czwartym pytaniem badawczym było określenie czy przekonania na temat własnej diagnozy korelują z elastycznością psychiczną. Powyższe badanie sugeruje, że postrzeganie własnej diagnozy w sposób „mainstreamowy” (biomedyczny) obniża psychiczną elastyczność i nasila unikanie doświadczeń. Ciekawym pytaniem badawczym było by sprawdzenie ogólnego poziomu dogmatyczności, jako cechy, u osób badanych aby sprawdzić czy jest to czynnik odpowiedzialny za preferowany sposób rozumienia własnej diagnozy, czy mediują tutaj przede wszystkim wydarzenia życiowe i sposób przekazania diagnozy przez diagnostów, lub inne czynniki.

Ostatnim pytaniem było określenie czy podejście do własnej diagnozy koreluje z

samowspółczuciem. Badanie wykazało, że i na tym wymiarze dogmatyczne przekonania na temat własnej diagnozy nie sprzyjają dobrostanowi, w tym przypadku konkretnie samo-współczuciu. W badaniu zabrakło uwzględnienia drugiego krańca kontinuum dogmatyczności, którym byłoby całkowite wyparcie doświadczanego cierpienia. Z jednej strony sztywne przekonania na temat własnej diagnozy mogą utrudniać odczuwanie współczucia względem siebie, przez doświadczaną auto-stygmatyzację, z drugiej zaś strony porzucenie narracji biomedycznej przy jednoczesnym zaprzeczeniu doświadczanemu dystresowi psychicznemu również wydaje się, powinno korelować negatywnie z samo-współczuciem. Stworzony przeze mnie kwestionariusz dogmatyczności nie wyłapuje tej grupy osób dzieląc badanych jedynie według nasilenia dogmatycznych przekonań, nie pytając o ukryte pod nimi postawy i stosunek do własnego cierpienia.

Im wyższy dogmatyzm w przekonaniach pacjentów, tym wyższa ich autostygmatyzacja oraz niższe samowspółczucie, poczucie sensu życia i elastyczność psychologiczna. Powyższe wyniki badań skłaniają do zastanowienia nad korzyścią interwencji psychiatrycznej, podczas której pacjent otrzymuje informacje na temat swojego zdrowia w sposób dychotomiczny i upewniany jest co do nieuleczalności własnej „choroby”. Wykonane przeze mnie badanie wskazuje na zależność między internalizacją tego rodzaju przekazu a późniejszym dobrostanem psychicznym, postrzeganiem siebie, negatywnymi oczekiwaniami przyszłości oraz społeczną alienacją. Badania te pokrywają się z wynikami badania wykonanego przez Schomerusa i in. (2015), w którym pacjenci, którzy otrzymali informację na temat własnego zdrowia w sposób dychotomiczny doświadczali większego dystresu psychicznego niż grupa pacjentów, która otrzymała informację w oparciu o model kontinuum. W moim badaniu podobnie, pacjenci, którzy zinternalizowali przekaz dychotomiczny (dogmatyczny) doświadczali niższego dobrostanu psychicznego i wyższej autostygmatyzacji.

Badanie obarczone jest pewnymi ograniczeniami. Pierwszym jest niewielka próba badanych

(N=100), kolejnym brak kontroli prawdomówności (brak skal kontrolnych) oraz autorski kwestionariusz bez danych psychometrycznych (brak analizy trafności, normalizacji i standaryzacji).

Ciekawym pytaniem jakie można by zadać jest sprawdzenie z jakiego powodu niektóre osoby zinternalizowały dychotomiczny (biomedyczny) przekaz na temat własnej kondycji, a inni nie- czy wpłynęły na to doświadczenia z systemem zdrowia psychicznego, kontekst kulturowy i rodzinny w jakim pacjenci się wychowali, poziom wykształcenia, dostępu do informacji na temat psychologii i psychiatrii oraz przekonania religijne/duchowe. W kolejnych badaniach można by sprawdzić jakiego rodzaju cechy osobowości, lub okoliczności życiowe wpływają na poszukiwanie alternatywnych sposobów rozumienia własnego stanu i dążenie do porzucenia autostygmatyzacji. Warto byłoby spytać o wiek osób badanych i sprawdzić czy w jakikolwiek sposób mediuje z podejściem do własnej diagnozy (jak zmienia się to podejście na przestrzeni życia).

Ostatnie tendencje w środowisku psychologicznym dążą w kierunku normalizacji cierpienia psychicznego i stanów postrzeganych jako „patologiczne”. Do normalizacji cierpienia w znaczący sposób przyczyniła się Terapia Akceptacji i Zaangażowania trzeciej falii poznawczo-behawioralnej oparta na modelu funkcjonalno-kontekstualnym odrzucając redukcjonistyczny model biomedyczny. W jej założeniach jest uznanie cierpienia jako naturalnej kondycji ludzkiej, a raczej brak cierpienia jako wyraz patologii. (Hayes 2014). Terapia ta nie zajmuje się diagnozą problemu w rozumieniu nozologicznym a raczej poszukiwaniem kontekstualnego zrozumienia sytuacji w jakiej znajduje się osoba. W Finlandii zapoczątkowane zostało podejście psychoterapeutyczne „Open Dialogue”, które w radykalny sposób różni się od tradycyjnej interwencji psychiatrycznej opartej na izolacji i medykalizacji cierpienia. Działania zespołu „Otwartego Dialogu” opierają się na udzieleniu natychmiastowej pomocy psychologicznej w kryzysie psychotycznym w celu nadania osobie przechodzącej przez niego subiektywnego sensu doświadczanych przeżyć. Osobie w kryzysie zostaje

udzielona natychmiastowa pomoc na miejscu, w którym się znajduje. Na miejsce przyjeżdża zespół terapeutów, którzy odbywają kolejne wizyty u osoby przechodzącej kryzys w takim samym składzie, co daje osobie badanej poczucie ciągłości, bezpieczeństwa i podmiotowości (Jaakko, Mary,2 003)

Udzielenie pomocy w środowisku rodzinnym oraz włączenie w nią członków rodziny przełamuje schemat diagnozowania, odosobnienia i medykalizacji przez, który nadal przechodzi większość osób doświadczająca kryzysu, co nasila poczucie auto-stygmatyzacji, wykluczenia i niższego sensu życia.

Działania w środowisku psychologiczno-psihiarycznym w kierunku zmiany paradygmatu biomedycznego ku bardziej kontekstualnemu zapowiadają się jako potencjalnie korzystne dla dobrostanu pacjentów oraz ich rokowań.

Bibliografia:

Annandale, The Sociology of Health and Medicine: A Critical Introduction, Polity Press, 1998

Goffman Erving (1963) Stigma- Notes of the management of spoiled identity

Haslam, N., & Kvaale, E. P. (2015). Biogenetic Explanations of Mental Disorder The Mixed-Blessings Model. *Current Directions in Psychological Science*, 24(5), 399-404.

Hayes Steven C. (2014) „W pułapce myśli". Sopot: GWP

Knapton (2016) Mental illness caused mostly by life events not genetics argue psychologists

pozyskane z: www.telegraph.co.uk/news/2016/03/28/mental-illness-mostly-caused-by-life-events-not-genetics-argue-p/

Malicki Stanisław, Dudek- Głębicka Joanna, Ostaszewski Paweł (2013). Funkcjonalno-kontekstualne rozumienie problemów zdrowotnych . *Postępy Nauk Medycznych 1/2013*, s. 22-27

Lam, Poplavskaya, Salkovskis, Hogg (2016) "An experimental Investigation of the Impact of Personality Disorder Diagnosis on Clinicians: Can We See Past the Borderline?" *Behavioral Cognitive Psychotherapy 2016 May;44(3):361-73*.

Lloyd (2013) The painted bird- Stigma and mental health, *Psychiatric Times Nov 13, 2013*

Perez-Garin, Molero, Bos (2015) Internalized mental illness stigma and subjective well-being: The mediating role of psychological well-being, *Psychiatry research Aug2015, Vol. 228 issue 3, p325-331. 7p*.

Szasz Thomas (1961) The myth of mental illness, : Foundations of a Theory of Personal Conduct. New York: Harper & Row.

Schomerusa, Angermeyerc, Baumeistere, Stolzenburga, B.G Linkg, J.C Phelang (2016) An online intervention using information on the mental health- mental illness continuum to reduce stigma, *European Psychiatry 2016 Feb;32:21-7*

Seikkula Jaakko, Olsen Mary (2003), Family process", Vol 42, No.3

Whitaker Robert (2002) Mad in America: Bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill.

Whitaker Robert (2012), Rethinking brain research in psychiatry January 12; 2012

pozyskane z: <http://www.madinamerica.com/2012/01/rethinking-brain-research-in-psychiatry/>

Zimbardo Philip, Johnson. Robert Vivian McCann (2012), „Psychologia" kluczowe koncepcje, część IV,

Wydawnictwo naukowe PWN

ZAŁĄCZNIKI

Załącznik A

AAQ-II

Below you will find a list of statements. Please rate how true each statement is for you by circling a number next to it. Use the scale below to make your choice.

1	2	3	4	5	6	7
never true	very seldom true	seldom true	sometimes true	frequently true	almost always true	always true

1. My painful experiences and memories make it difficult for me to live a life that I would value.	1	2	3	4	5	6	7
2. I'm afraid of my feelings.	1	2	3	4	5	6	7
3. I worry about not being able to control my worries and feelings.	1	2	3	4	5	6	7
4. My painful memories prevent me from having a fulfilling life.	1	2	3	4	5	6	7
5. Emotions cause problems in my life.	1	2	3	4	5	6	7
6. It seems like most people are handling their lives better than I am.	1	2	3	4	5	6	7
7. Worries get in the way of my success.	1	2	3	4	5	6	7

This is a one-factor measure of psychological inflexibility, or experiential avoidance. Score the scale by summing the seven items. Higher scores equal greater levels of psychological inflexibility.

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (in press). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*.

Załącznik B

Internalized Stigma of Mental Illness Inventory (ISMI)

We are going to use the term "mental illness" in the rest of this questionnaire, but please think of it as whatever you feel is the best term for it.

For each question, please mark whether you strongly disagree (1), disagree (2), agree (3), or strongly agree (4).

	Strongly disagree	Disagree	Agree	Strongly agree
1. I feel out of place in the world because I have a mental illness.	1	2	3	4
2. Mentally ill people tend to be violent.	1	2	3	4
3. People discriminate against me because I have a mental illness.	1	2	3	4
4. I avoid getting close to people who don't have a mental illness to avoid rejection.	1	2	3	4
5. I am embarrassed or ashamed that I have a mental illness.	1	2	3	4
6. Mentally ill people shouldn't get married.	1	2	3	4
7. People with mental illness make important contributions to society.	1	2	3	4
8. I feel inferior to others who don't have a mental illness.	1	2	3	4
9. I don't socialize as much as I used to because my mental illness might make me look or behave "weird."	1	2	3	4
10. People with mental illness cannot live a good, rewarding life.	1	2	3	4
11. I don't talk about myself much because I don't want to burden others with my mental illness.	1	2	3	4
12. Negative stereotypes about mental illness keep me isolated from the "normal" world.	1	2	3	4
13. Being around people who don't have a mental illness makes me feel out of place or inadequate.	1	2	3	4
14. I feel comfortable being seen in public with an obviously mentally ill person.	1	2	3	4
15. People often patronize me, or treat me like a child, just because I have a mental illness.	1	2	3	4
16. I am disappointed in myself for having a mental illness.	1	2	3	4
17. Having a mental illness has spoiled my life.	1	2	3	4
18. People can tell that I have a mental illness by the way I look.	1	2	3	4
19. Because I have a mental illness, I need others to make most decisions for me.	1	2	3	4
20. I stay away from social situations in order to protect my family or friends from embarrassment.	1	2	3	4
21. People without mental illness could not possibly understand me.	1	2	3	4
22. People ignore me or take me less seriously just because I have a mental illness.	1	2	3	4
23. I can't contribute anything to society because I have a mental illness.	1	2	3	4
24. Living with mental illness has made me a tough survivor.	1	2	3	4
25. Nobody would be interested in getting close to me because I have a mental illness.	1	2	3	4
26. In general, I am able to live my life the way I want to.	1	2	3	4
27. I can have a good, fulfilling life, despite my mental illness.	1	2	3	4
28. Others think that I can't achieve much in life because I have a mental illness.	1	2	3	4
29. Stereotypes about the mentally ill apply to me.	1	2	3	4

Reference:Ritsher (Boyd), J. Otilingam, P. O., Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121, 31-49.

Załącznik C

SELF-COMPASSION SCALE–Short Form (SCS–SF) 2 HOW I TYPICALLY ACT TOWARDS MYSELF IN DIFFICULT TIMES

Please read each statement carefully before answering. To the left of each item, indicate how often you behave in the stated manner, using the following scale:

Almost never 1 2 3 4 5 Almost always

- _____ 1. When I fail at something important to me I become consumed by feelings of inadequacy.
- _____ 2. I try to be understanding and patient towards those aspects of my personality I don't like.
- _____ 3. When something painful happens I try to take a balanced view of the situation.
- _____ 4. When I'm feeling down, I tend to feel like most other people are probably happier than I am.
- _____ 5. I try to see my failings as part of the human condition.
- _____ 6. When I'm going through a very hard time, I give myself the caring and tenderness I need.
- _____ 7. When something upsets me I try to keep my emotions in balance.
- _____ 8. When I fail at something that's important to me, I tend to feel alone in my failure
- _____ 9. When I'm feeling down I tend to obsess and fixate on everything that's wrong.
- _____ 10. When I feel inadequate in some way, I try to remind myself that feelings of inadequacy are shared by most people.
- _____ 11. I'm disapproving and judgmental about my own flaws and inadequacies.
- _____ 12. I'm intolerant and impatient towards those aspects of my personality I don't like.

Załącznik D

The Meaning in Life Questionnaire MLQ

Please take a moment to think about what makes your life feel important to you.
Please respond to the following statements as truthfully and accurately as you can, and also please remember that these are very subjective questions and that there are no right or wrong answers.
Please answer according to the scale below:

Absolutely Untrue 1	Mostly Untrue 2	Somewhat Untrue 3	Can't Say True or False 4	Somewhat True 5
Mostly True 6	Absolutely True 7			

1. I understand my life's meaning.
2. I am looking for something that makes my life feel meaningful.
3. I am always looking to find my life's purpose.
4. My life has a clear sense of purpose.
5. I have a good sense of what makes my life meaningful.
6. I have discovered a satisfying life purpose.
7. I am always searching for something that makes my life feel significant.
8. I am seeking a purpose or mission for my life.
9. My life has no clear purpose.
10. I am searching for meaning in my life.

Załącznik E

Dogma Scale

1. I believe my suffering is a life-long medical condition
2. My suffering is mainly caused by biological abnormalities
3. There is no cure for my condition
4. The only thing that helps me manage my condition is medication
5. People diagnosed with mental illness who don't take prescribed medication put themselves in a great danger
6. Suffering resulting from my mental illness qualitatively differs from suffering experienced by healthy people
7. My suffering is caused by abnormalities in my brain
8. If I stopped taking medications i wouldn't be able to function
9. I will never be the same person I used to be before my breakdown, I have to mourn my old self
10. I shouldn't hope for too much in life because of my illness
11. I inherited my illness from my parents (they passed their "bad" genes on me)
12. I shouldn't listen to my feelings because they are ill