

**WPLYW OSOBISTEGO KONTAKTU NA ZMIANĘ POSTAW WZGLĘDEM OSÓB
CHORUJĄCYCH PSYCHICZNIE**

Rafał Górniak

Instytut Psychologii

Uniwersytet Jagielloński

Praca magisterska przygotowana pod kierunkiem dr hab. Małgorzaty Kossowskiej Prof. UJ

Wrzesień, 2010

Abstrakt

Przeprowadzone badanie sprawdzało wpływ spersonalizowanego kontaktu na zmianę postaw względem osób chorujących psychicznie. W warunkach eksperymentalnych licealiści brali udział w spotkaniu z osobą chorującą psychicznie, a ich postawy względem tej grupy, zostały porównane z grupą kontrolną, która nie uczestniczyła w takim spotkaniu. Do pomiaru postaw wykorzystano trzy skale: stereotypowych przekonań o osobach chorujących psychicznie, emocji względem tej grupy oraz infrahumanizacji. Wyniki badania potwierdziły, że kontakt zmniejsza poziom stereotypowych, stygmatyzujących przekonań, powoduje wzrost empatii, a także zwiększa stopień postrzeganego człowieczeństwa osób chorującym psychicznie. Wyniki potwierdziły też silny związek pomiędzy doświadczanym lękiem, a uprzedzeniami. Badano również wpływ psychologicznej potrzeby domknięcia (NFC) i skuteczności jej realizacji (EFNC) na siłę uprzedzeń. Przewidywane interakcje nie zostały jednak potwierdzone i wymagają przeprowadzenia dalszych badań.

Wpływ osobistego kontaktu na zmianę postaw względem osób chorujących psychicznie

Niniejsza praca podejmuje zagadnienie przeciwdziałania stygmatyzacji osób chorujących psychicznie. Badany jest wpływ spersonalizowanego kontaktu (Brewer i Miller, 1984, Miller, 2002) na redukcję uprzedzeń względem tej grupy – ograniczenie negatywnych stereotypów, zmniejszenie lęku i zjawiska infrachumanizacji (Leyens i wsp., 2000, 2001). Badany jest również wpływ psychologicznej potrzeby domknięcia (NFC - Kruglanski i Webster, 1996) oraz skuteczności jej realizacji (EFNC - Bar-Tal i Kossowska, publikacja w druku) na siłę uprzedzeń względem osób chorujących psychicznie.

Stygmatyzacja osób chorujących psychicznie

Zjawisko stygmatyzacji osób chorujących psychicznie jest poważnym problemem, utrudniającym osobom korzystającym z opieki psychiatrycznej powrót do zdrowia i życia społecznego (Corrigan, 1998, Link i Phelan, 2001, Świtaj, 2005). Negatywne uprzedzenia utrudniają osobom chorującym, po ustąpieniu objawów choroby, znalezienie pracy, czy powrót do edukacji i w ten sposób często skazują je na wykluczenie i marginalizację społeczną. Proces stygmatyzacji ma też negatywny wpływ na sam przebieg leczenia, odbierając chorującym psychicznie nadzieję na powrót do zdrowia i aktywnego życia, obniżając ich poczucie własnej wartości (proces samonapiętowania – *self-stigma*).

Pojęcie piętna (*stigma*) upowszechnił w naukach społecznych kanadyjski socjolog Erving Goffman (2005). Definiuje on piętno, jako negatywny i silnie dyskredytujący atrybut, który określa społeczną tożsamość osoby – naznacza ją, przypisuje różne negatywne własności i spycha na dalszy plan jej pozostałe cechy. W swojej monografii Goffman pisze: „z założenia nie wierzymy, że osoba napiętnowana jest w pełni człowiekiem. Opierając się na takim

założeniu, stosujemy wobec niej różne formy dyskryminacji, przez co skutecznie – nawet jeśli często nieświadomie – zmniejszamy jej życiowe szanse.” (Goffman, 2005, s. 35).

Współczesną, socjologiczną koncepcję opisu stygmatyzacji osób chorujących psychicznie zaproponowali Link i Phelan (2001). Według nich na złożone zjawisko piętna składają się, łącznie, wzajemnie powiązane elementy, takie, jak: etykietowanie (*labeling*), stereotypizacja, oddzielenie („nas” od „nich”), utrata statusu i dyskryminacja, a warunkiem wystąpienia stygmatyzacji jest występowanie jakiejś formy władzy jednej grupy nad drugą.

Twórca alternatywnej koncepcji Corrigan (2000) proponuje opis zjawiska społecznego piętna choroby psychicznej (*public stigma*) oraz procesu uwewnętrznienia piętna (*self-stigma*), w terminach psychologii społecznej: atrybucji, stereotypów, uprzedzeń i dyskryminacji.

W ramach stygmatyzacji grupy osób chorujących psychicznie często wyrażane są trzy stereotypowe przekonania, że osoby te: są niebezpieczne i powinny być izolowane od społeczeństwa, są nieodpowiedzialne i inni ludzie powinni podejmować za nie decyzje, są jak dzieci i wymagają opieki (Rüsch, Angermeyer, Corrigan, 2005). Polscy autorzy (Świtaj i Waszkiewicz, 2007) stworzyli listę siedmiu typowych, stygmatyzujących przekonań na temat chorujących psychicznie:

- „są agresywni i stwarzają zagrożenie dla otoczenia;
- są nieodpowiedzialni i nieprzewidywalni;
- nie potrafią troszczyć się o swoje sprawy i świadomie kierować swoim postępowaniem;
- są mniej sprawni, zwłaszcza intelektualnie;
- są dziecinni;
- ponoszą odpowiedzialność za swoją chorobę;
- mają niewielkie szanse na wyzdrowienie.” (s. 88)

Przeciwdziałanie stygmatyzacji osób chorujących psychicznie

Stosowane są trzy strategie przeciwdziałania stygmatyzacji osób chorujących psychicznie (Corrigan i wsp., 2001, Świtaj i Waszkiewicz, 2007): protest, edukacja i kontakt. Protest jest reakcją na stygmatyzujące chorujących psychicznie wypowiedzi publiczne i treści pojawiające się w mediach (filmach, reklamach, programach informacyjnych czy artykułach prasowych). Działania te podejmowane są najczęściej przez organizacje społeczne i zawodowe zajmujące się leczeniem, rehabilitacją i różnymi działaniami na rzecz osób chorujących.

Działania edukacyjne mają na celu upowszechnianie rzetelnej wiedzy o chorobach psychicznych i ich leczeniu, a tym samym zmniejszanie nieadekwatnych, stygmatyzujących przekonań na ich temat. W działaniach tych widoczne jest dążenie do odmitologizowania choroby psychicznej, aby zaczęła być ona postrzegana, jak choroby somatyczne.

Ostatnia metoda przeciwdziałania stygmatyzacji osób chorujących psychicznie – różne formy kontaktu osób zdrowych z ludźmi, którzy doświadczyli kryzysu psychicznego, nawiązuje do wieloletniej tradycji badań psychologii społecznej, nad wpływem kontaktu międzygrupowego na redukcję różnego rodzaju uprzedzeń (rasowych, etnicznych i wielu innych).

Hipotezę, że kontakt redukuje uprzedzenia międzygrupowe (*contact hypothesis*) sformułował, ponad pięćdziesiąt lat temu, w swoim dziele *The nature of prejudice*, amerykański psycholog społeczny Gordon Allport (1954). Od tego czasu zagadnienie to było przedmiotem licznych badań i rozważań teoretycznych, zarówno rozwijających teorię kontaktu, jak i krytycznych wobec niej. Przeprowadzona metaanaliza wyników 515 badań nad skutecznością kontaktu, w których uczestniczyło ponad 250 tys. osób z 38 krajów, udowodniła pozytywny wpływ kontaktu międzygrupowego na redukcję różnego rodzaju uprzedzeń (Pettigrew i Tropp, 2006).

Wpływ kontaktu na uprzedzenia międzygrupowe

Od początku badań nad hipotezą kontaktu próbowano poznać mechanizmy mające wpływ na jego skuteczność. Allport (1954) sformułował cztery warunki skutecznego kontaktu: równy status grup, współpraca międzygrupowa, wspólne cele oraz wsparcie ze strony władz i prawa. Bardziej współczesne badania nad kontaktem, mocno koncentrowały się na poznawczych, kategoryzacyjnych mechanizmach redukcji uprzedzeń podczas kontaktu międzygrupowego. W ramach tego nurtu powstały trzy główne modele teoretyczne.

Pierwszym z nich jest koncepcja personalizacji autorstwa Brewera i Millera (1984, Miller, 2002). Badacze ci formułują tezę, że osobisty, spersonalizowany kontakt z przedstawicielami grupy obcej, powoduje, że przynależność międzygrupowa staje się nieistotna i uczestnicy kontaktu postrzegani są w sposób zindywidualizowany (następuje dekategoriacja), co skutecznie redukuje uprzedzenia.

Gaertner i Dovidio (2000) zaproponowali model wspólnej tożsamości grupowej (*common ingroup identity*). Autorzy ci dowodzą, że wzbudzenie, poprzez współpracę, poczucia przynależności do „wspólnej drużyny” skutecznie redukuje uprzedzenia. W wyniku współpracy następuje proces rekategoriacji i przedstawiciele początkowo dwóch odrębnych grup, zaczynają postrzegać siebie, jako członków jednej wspólnej, nadrzędnej grupy (kategorii społecznej). Taki kontakt jest skuteczny, ponieważ odpowiada na potrzebę pozytywnej tożsamości społecznej – poznawcze i motywacyjne tendencje, które leżą u podstaw faworyzowania grupy własnej, zostają przeniesione na nową, wspólną grupę.

Trzecią poznawczą koncepcję kontaktu międzygrupowego sformułowali Hewstone i Brown (1986). W ramach modelu obopólnej dyferencji międzygrupowej opisują oni dwa rodzaje kontaktu: interpersonalny i międzygrupowy. Badacze ci dowodzą, że tylko kontakt międzygrupowy skutecznie zmniejsza uprzedzenia, ponieważ pozytywne doświadczenie kontaktu z członkiem grupy obcej jest generalizowane na całą grupę, jedynie w przypadku,

gdy w trakcie kontaktu, zachowane są wyraziste kategorie międzygrupowe i reprezentant grupy obcej postrzegany jest, jako typowy jej przedstawiciel. Natomiast pozytywny kontakt interpersonalny poprawia jedynie relacje pomiędzy indywidualnymi osobami.

Drugi ważny nurt współczesnych badań nad skutecznością kontaktu międzygrupowego, stanowi poszukiwanie afektywnych mechanizmów działania kontaktu. Wiele uwagi poświęcono analizie wpływu lęku na uprzedzenia. Przeprowadzone badania (Islam i Hewstone, 1993, Blascovich i wsp., 2001) wykazały, że kontakt międzygrupowy zmniejsza odczuwany lęk i w ten sposób przyczynia się do redukcji uprzedzeń.

Batson ze współpracownikami (1997) dowodzą, że afektywny mediatorem kontaktu jest też empatia. W przeprowadzonych eksperymentach, wykazali oni, że wzbudzenie empatii względem stygmatyzowanych grup społecznych poprawia postawy względem nich.

Pettigrew i Tropp (2008) w kolejnej przeprowadzonej metaanalizie badań nad skutecznością kontaktu potwierdzili, że obniżenie lęku i wzbudzenie empatii są kluczowymi czynnikami warunkującymi skuteczność kontaktu w redukcji uprzedzeń międzygrupowych.

Wpływ kontaktu na postawy względem osób chorujących psychicznie

Strategia kontaktu ma tę zaletę, że często łączy bezpośredni kontakt interpersonalny (forma spotkania, interwencji) z działaniami edukacyjnymi (treść spotkania).

Działania mające na celu zmniejszenie uprzedzeń, poprzez spotkania z osobami chorującymi psychicznie, adresowane są najczęściej do grup społecznych i zawodowych, które mają największy wpływ na proces leczenia i powrotu do życia społecznego osób chorujących: profesjonalistów (którzy bynajmniej nie są wolni od przekonań i zachowań stygmatyzujących): personelu medycznego, psychologów, pracowników socjalnych; studentów kierunków medycznych i społecznych; rodzin osób chorujących i potencjalnych pracodawców.

Strategia kontaktu od wielu lat wykorzystywana jest również w Polsce – krakowska społeczność psychiatrii i opieki środowiskowej ma kilkunastoletnie doświadczenie w pracy metodą tzw. grup edukacyjnych, polegającą na tym, że osoby chorujące psychicznie prowadzą spotkania edukacyjne dla różnych odbiorców, w trakcie których opowiadają o własnym doświadczeniu choroby psychicznej i powrotu do zdrowia (Kaszyński, 2004). Działania te, nie tylko przeciwdziałają stygmatyzacji osób chorujących, lecz mają również pozytywny wpływ na osoby prowadzące spotkania, pomagają im radzić sobie z doświadczeniem choroby, wzmacniają je i ułatwiają im powrót do aktywnego życia społecznego.

Badania nad wpływem kontaktu z osobami chorującymi psychicznie na uprzedzenia oraz czynnikami warunkującymi jego skuteczność, prowadzone są przez badaczy z różnych krajów (np. Callaghan i wsp., 1997, Shor, Sykes, 2002). Ze zrealizowanego przez Corrigan i wsp. badania (2001) wynika, że kontakt jest najskuteczniejszą strategią redukcji uprzedzeń względem osób chorujących psychicznie.

Couture i Penn (2003) dokonali szczegółowego przeglądu dotychczasowych badań w tym obszarze. Poddane analizie badania retrospektywne wykazały, że osoby badane, które, w codziennym życiu, miały kontakt z osobami chorującymi psychicznie, mają mniej uprzedzeń względem tej grupy. Autorzy formułują jednak zastrzeżenie, że nie wiadomo, czy bardziej pozytywne postawy są skutkiem kontaktu z osobami chorującymi, czy też może jego przyczyną, bo osoby już wcześniej mniej uprzedzone chętniej wchodziły w kontakt z chorującymi. Couture i Penn dokonali również przeglądu badań prospektywnych (eksperymentalnych), których wyniki nie są już jednoznaczne, ponieważ część z nich nie wykazała istotnych różnic pomiędzy postawami osób badanych, które miały kontakt z chorującymi psychicznie i tych, którzy tego kontaktu nie mieli. Analiza ta niewątpliwie pokazuje potrzebę dalszych badań, w tym obszarze.

W swoim artykule West, Hewstone i Holmes (2010) formułują tezę, że niejednoznaczne wyniki dotychczasowych badań nad wpływem kontaktu na postawy względem osób chorujących psychicznie, są wynikiem braku precyzyjnego zdefiniowania względem, której grupy osób chorujących chcemy zredukować uprzedzenia. Zwracają oni uwagę na to, że różne zaburzenia psychiczne, spotykają się z różnymi stygmatyzującymi przekonaniem lub różnym natężeniem tych samych stereotypów.

Postulat precyzyjnego określania, z jaką grupą osób chorujących ma miejsce kontakt, którego skuteczność badamy, jest niewątpliwie zasadny, nie wydaje się jednak jedynym możliwym wyjaśnieniem, dlaczego wyniki dotychczasowych badań są niejednoznaczne.

Redukcja uprzedzeń poprzez kontakt spersonalizowany

Brewer i Miller (1984, Miller, 2002) w ramach wspomnianej wcześniej koncepcji personalizacji, opisują trzy rodzaje kontaktu międzygrupowego. W kontakcie opartym na kategoriach, grupa obca jest postrzegana, jako niezróżnicowana i wyraźnie odrębna od grupy własnej. Osoba postrzega siebie, jako typowego przedstawiciela grupy własnej.

W kontakcie opartym na zróżnicowanym postrzeganiu, osoba zaczyna dostrzegać różnice pomiędzy przedstawicielami grupy obcej i grupy własnej. Postrzeganie członków obu grup staje się bardziej zróżnicowane, a granice między grupami mniej wyraźne.

Natomiast w kontakcie spersonalizowanym przynależność grupowa przestaje mieć znaczenie.

Osoby uczestniczące w kontakcie są postrzegane, jako podobne lub niepodobne do Ja.

Niektórzy członkowie grupy obcej są postrzegani, jako równie podobni do Ja, jak członkowie grupy własnej. W kontakcie spersonalizowanym istotne stają się osobiste cechy uczestników kontaktu, a nie stereotypowe atrybuty wynikające z przynależności grupowej.

Wyniki badań dowodzą, że efektem takiego kontaktu jest redukcja uprzedzeń i poprawa relacji międzygrupowych (Bilewicz, 2006). Koniecznym warunkiem personalizacji kontaktu

(Miller, 2002) jest osobiste odsłonięcie (*self-disclosure*), oznaczające, w trakcie kontaktu interpersonalnego, powiedzenie, przekazanie o sobie rzeczy mających charakter osobisty i intymny, które zazwyczaj mówimy osobom bliskim. Takie osobiste odsłonięcie buduje zaufanie i skutecznie zmniejsza lęk związany z kontaktem.

Te rozważania prowadzą do sformułowania dwóch hipotez badawczych, że bezpośredni, osobisty kontakt z osobą chorującą psychicznie obniży poziom lęku w stosunku do grupy osób chorujących psychicznie oraz spowoduje zmniejszenie stereotypowego (stygmatyzującego) postrzegania tej grupy.

Zjawisko infrahumanizacji

Jak pisze Goffman (2005) w proces stygmatyzacji, wpisane jest *implicite*, postrzeganie osób napiętnowanych, jako nie będących w pełni ludźmi. Współcześni psycholodzy społeczni prowadzą badania i rozważania teoretyczne, nad różnymi formami dehumanizacji, w ramach relacji międzygrupowych. Interesującą koncepcję infrahumanizacji zaproponował Jacques-Philippe Leyens. W prowadzonych ze współpracownikami badaniach (Leyens i wsp., 2000, 2001) wykazał on istnienie subtelnej formy infahumianizowania grupy obcej w porównaniu z grupą własną, polegającej na tym, że grupie własnej przypisuje się więcej typowo ludzkich emocji wtórnych, niż grupie obcej. Zjawisko to ma miejsce w przypadku, zarówno pozytywnych, jak i negatywnych, emocji wtórnych. Nie ma natomiast istotnych różnic w atrybucji, grupie własnej i obcej, emocji pierwotnych, które są doświadczane przez ludzi, jak i zwierzęta. Zdaniem Leyensa infrahumanizacja grupy obcej świadczy o tym, że jej przedstawiciele są postrzegani, jako mniej ludzcy.

Zjawisko infrahumanizacji jest powszechne i może mieć miejsce nawet w przypadku braku realnego konfliktu międzygrupowego, choć wyniki badań sugerują (Cortes i in., 2005), że infrahumanizacja grupy obcej występuje wtedy, kiedy ta grupa jest postrzegana, jako będąca

powiązana z grupą własną. Castano i Giner-Sorolla (2006) w swoim badaniu pokazali, że poczucie odpowiedzialności za zbrodnie popełnione przez przedstawicieli grupy własnej na członkach grupy obcej, wzmacnia tendencję do infrachumanizowania grupy obcej.

Brown i jego współpracownicy (2007), w jednym z badań nad wpływem kontaktu międzygrupowego na uprzedzenia, jako jedną z zastosowanych metod pomiaru postaw międzygrupowych wykorzystali zjawisko infrachumanizacji. Wyniki badania pokazały, że kontakt z przedstawicielami grupy obcej zwiększa atrybucję emocji wtórnych w tej grupie, a tym samym redukuje zjawisko infrachumanizacji.

Koncepcja infrachumanizacji i wyniki badań umożliwiają sformułowanie dwóch kolejnych hipotez. Pierwszej, że istnieje zjawisko infrachumanizacji osób chorujących psychicznie, polegające na mniejszym przypisywaniu emocji wtórnych grupie osób chorujących niż grupie osób zdrowych. Drugiej, że kontakt z osobą chorującą psychicznie spowoduje zmniejszenie zjawiska infrachumanizacji grupy osób chorujących psychicznie.

Psychologiczna potrzeba domknięcia a uprzedzenia

Współczesna psychologia poznania społecznego podejmuje liczne próby wyjaśnienia mechanizmów powstawania uprzedzeń. Jednym z kierunków badań są poszukiwania osobowościowego i motywacyjnego podłoża kształtowania się i utrzymywania uprzedzeń (Kossowska, 2006).

Stworzona przez Kruglanskiego (Kruglanski i Webster, 1996) koncepcja psychologicznej potrzeby domknięcia (*Need for Cognitive Closure – NFC*) proponuje wyjaśnienie mechanizmów poznawczo-motywacyjnych mających wpływ na poznanie międzygrupowe. „Kruglanski definiuje potrzebę domknięcia, jako dążenie jednostki do posiadania wiedzy, która pozwala uniknąć niepewności w konfrontacji z informacjami płynącymi z otoczenia i co więcej, umożliwia sformułowanie sądu i podjęcie działania. (...) Potrzeba domknięcia

opisywana poprzez pryzmat procesów poznawczych zawsze prowadzi do uproszczeń, a tym samym sprzyja uprzedzeniom, gdyż te powstają w wyniku właśnie takiego prostego, heurystycznego powierzchownego poznawania.” (Kossowska, 2006, s. 105). Realizację psychologicznej potrzeby domknięcia umożliwiają dwa procesy poznawcze: „chwytanie” dostępnej informacji (*seizing*) i jej „zamrażanie” (*freezing*) w istniejących już strukturach wiedzy (Kruglanski i Webster, 1996).

Liczne przeprowadzone badania potwierdziły, że wysoka potrzeba poznawczego domknięcia zwiększa faworyzowanie własnej grupy i sprzyja dyskryminowaniu grupy obcej (Shah, Kruglanski i Thompson, 1998, Kruglanski, 2004). Osoby o większej potrzebie domknięcia, uzyskują ważne dla nich poczucie pewności, poprzez większą identyfikację z własną grupą, a bycie członkiem tej grupy jest dla nich, tym bardziej gratyfikujące, im większa jest w niej zgodność przekonań. Silna identyfikacja z własną grupą powoduje też, że odmienność grupy obcej jest źródłem niepewności, której osoby z silną potrzebą poznawczego domknięcia starają się właśnie uniknąć, co rodzi negatywne uczucia względem grupy obcej i tendencję do jej deprecjonowania.

Bar-Tal i Kossowska (publikacja w druku) zaproponowali wzbogacenie opisanej powyżej koncepcji o nowy konstrukt: skuteczność realizacji potrzeby domknięcia (*Efficacy at Fulfilling the Need for Closure – EFNC*). Dowodzą oni, że realizacja potrzeby poznawczego domknięcia zależy od postrzegania własnej zdolności do jej realizacji. Osoby, które mają wysoką potrzebę domknięcia i wysoką zdolność jej realizacji (wysoki poziom NFC i EFNC), a także osoby o niskiej potrzebie domknięcia i niskiej skuteczności jej realizacji (niski poziom NFC i EFNC), zachowują się podobnie – dokonują powierzchownej analizy docierających do nich informacji i mają tendencję do poszukiwania wiedzy zgodnej z dotychczasowymi, często stereotypowymi przekonaniami. Przewidywania te prowadzą do sformułowania kolejnej, ostatniej już, hipotezy, że osoby z wysoką psychologiczną potrzebą domknięcia (NFC) i

wysoką skutecznością jej realizacji (EFNC) oraz osoby o niskim poziomie NFC i EFNC będą bardziej stereotypowo postrzegać grupę osób chorujących psychicznie niż pozostali uczestnicy badania, czyli osoby z wysokim poziomem NFC i niskim EFNC lub niskim NFC i wysokim EFNC.

Hipotezy

- H1. Bezpośredni, osobisty kontakt z osobą chorującą psychicznie spowoduje zmniejszenie stereotypowego (stygmatyzującego) postrzegania grupy osób chorujących psychicznie.
- H2a. Osobisty kontakt z osobą chorującą psychicznie spowoduje obniżenie lęku w stosunku do grupy osób chorujących psychicznie.
- H2b. Osobisty kontakt z osobą chorującą psychicznie spowoduje wzrost emocji pozytywnych względem grupy osób chorujących psychicznie.
- H3a. Istnieje zjawisko infrahumanizacji osób chorujących psychicznie, polegające na mniejszym przypisywaniu emocji wtórnych grupie osób chorujących niż grupie osób zdrowych.
- H3b. Kontakt z osobą chorującą psychicznie spowoduje zmniejszenie zjawiska infrahumanizacji grupy osób chorujących psychicznie.
- H4. Osoby z wysoką psychologiczną potrzebą domknięcia (NFC) i wysoką skutecznością jej realizacji (EFNC) oraz osoby o niskim poziomie NFC i EFNC będą bardziej stereotypowo postrzegać grupę osób chorujących psychicznie niż osoby z wysokim poziomem NFC i niskim EFNC oraz niskim NFC i wysokim EFNC.

Metoda

Uczestnicy badania

Uczestnikami badania było 65 uczniów z drugich klas XV Liceum Ogólnokształcącego w Krakowie, w tym 22 mężczyzn i 43 kobiety. Średni wiek osób badanych to 17,7 lat (SD = 0,54). Uczestnicy badania zostali przydzieleni klasami do dwóch grup: eksperymentalnej (33 osoby) i kontrolnej (32 osoby). Przydział do danej grupy zależał od dostępności danej klasy w terminach, w których mogło odbyć się spotkanie z osobą chorującą psychicznie. Przy doborze do grup kontrolowano zmienną profil klasy i w każdym warunku znalazły się po trzy klasy (jedna o profilu ścisłym, jedna o profilu humanistycznym i jedna o profilu biologicznym/ przyrodniczym).

Narzędzia badawcze

W badaniu zostały wykorzystane dwa narzędzia badawcze (przedstawione w aneksie): autorski kwestionariusz postaw względem osób chorujących psychicznie oraz kwestionariusz mierzący psychologiczną potrzebę domknięcia (NFC) i skuteczność realizacji tej potrzeby (EFNC).

Kwestionariusz postaw

Kwestionariusz postaw względem grupy osób chorujących psychicznie składał się z trzech instrumentów badawczych: skali do pomiaru infrahumanizacji, skali stereotypowych przekonań o osobach chorujących psychicznie oraz skali emocji względem grupy chorujących psychicznie.

Skala infrahumanizacji składała się z dwunastu emocji (Emocje pierwotne pozytywne: ufność, ciekawość, radość; Emocje pierwotne negatywne: cierpienie, lęk, złość; Emocje wtórne pozytywne: nadzieja, fascynacja, miłość; Emocje wtórne negatywne: rozpacz, wstyd upokorzenie). Uczestnicy badania oceniali (na 6-stopniowej skali od 1 – bardzo rzadko do

6 – bardzo często) na ile często, te emocje są doświadczane przez osoby chorujące psychicznie oraz osoby zdrowe. W badaniu zostały użyte dwa warianty kwestionariusza, w pierwszym (wariant A) osoby badane najpierw przypisywały emocje grupie osób chorujących, a potem grupie osób zdrowych, a w drugim (wariant B) na odwrót, najpierw osobom zdrowym, a potem chorującym.

Użyta w badaniu lista emocji została stworzona na podstawie wcześniejszych polskich badań nad zjawiskiem infrahumanizacji (Baran, 2007, Bilewicz, 2008), w trakcie których dla wielu emocji dokonano oceny, na ile są one postrzegane, jako typowo ludzkie oraz jaka jest przypisywana im walencja (na ile dana emocja jest przyjemna i w jakim stopniu jest ona akceptowana społecznie). Przy projektowaniu kwestionariusza, wybrano te emocje, których nazwy (słowa je opisujące) są powszechnie używane, a jednocześnie są one adekwatne do kontekstu choroby psychicznej.

Skala stereotypowych przekonań o osobach chorujących psychicznie zawierała listę siedmiu stereotypów, często przypisywanych osobom chorującym psychicznie w ramach stygmatyzacji tej grupy (Świtaj i Waszkiewicz, 2007). Uczestnicy badania oceniali, czy zgadzają się z tymi przekonaniami i udzielali odpowiedzi na 4-stopniowej skali Likerta: „zdecydowanie tak”; „raczej tak”; „raczej nie”; „zdecydowanie nie”.

Skala emocji względem grupy osób chorujących psychicznie składała się z sześciu emocji w ramach dwóch podskal: emocji wyrażających lęk (niepokój, niepewność, zakłopotanie) oraz emocji pozytywnych, wyrażających otwartość na kontakt (zainteresowanie, sympatia, współczucie). Uczestnicy badania oceniali (na 7-stopniowej skali od 1 – bardzo słabe uczucie do 7 – bardzo silne uczucie) intensywność swoich emocji związanych z wyobrażonym, bezpośrednim kontaktem, z osobą chorującą psychicznie.

Kwestionariusz NFC i EFNC

Kwestionariusz badający poznawcze wymiary osobowości: psychologiczną potrzebę domknięcia (NFC) i skuteczność realizacji tej potrzeby (EFNC) powstał z połączenia stworzonej przez Webstera i Kruglanskiego skali NFC (1994; polska wersja: Kossowska, 2003) – w badaniu zostały wykorzystane dwie podskale z tego narzędzia: preferowanie porządku (*need for order*) i preferowanie przewidywalności (*need for predictability*) oraz stworzonej przez Kossowską i Bar-Talę skali EFNC (publikacja w druku), w której jedno z pytań zostało zmodyfikowane, celem dostosowania go do doświadczenia uczestników badania (kontekstu szkolnego). Użyty w badaniu kwestionariusz składał się z 24 twierdzeń, a osoby badane oceniały, w jakim stopniu się z nimi zgadzają (1 – zdecydowanie nie zgadzam się, 2 – nie zgadzam się; 3 – raczej nie zgadzam się; 4 – raczej zgadzam się; 5 – zgadzam się; 6 – zdecydowanie zgadzam się). Rzetelność obu użytych w badaniu skal jest wysoka: skala NFC (współczynnik α Cronbacha = 0,80), a skala EFNC (α Cronbacha = 0,90).

Procedura

Uczestnicy badania zostali podzieleni na dwie grupy: kontrolną i eksperymentalną. W grupie kontrolnej dokonano wyłącznie pomiaru postaw względem osób chorujących psychicznie oraz poznawczych wymiarów osobowości (NFC + EFNC). Natomiast osoby z grupy eksperymentalnej, podzielone na dwie mniejsze podgrupy (18 i 15 osób), uczestniczyły w spotkaniu z osobą, która choruje psychicznie i bezpośrednio po zakończeniu spotkania, wypełniały kwestionariusze identyczne, jak w grupie kontrolnej. Każde z przeprowadzonych spotkań miało formę ustrukturyzowaną, w pierwszej części (trwającej pół godziny) osoba z doświadczeniem choroby psychicznej opowiadała o swoim życiu (początki choroby, chorowanie, radzenie sobie z chorobą i zdrowienie), a w drugiej części (również trwającej pół godziny) osoba chorująca odpowiadała na pytania uczestników

spotkania (i badania zarazem). Spotkanie, szczególnie jego druga część, były moderowane przez osobę z dużym doświadczeniem w prowadzeniu spotkań, których celem jest zmiana postaw względem osób chorujących psychicznie.

Dwie podgrupy eksperymentalne uczestniczyły w spotkaniach z dwiema różnymi osobami chorującymi psychicznie, w pierwszej podgrupie osobą opowiadającą o własnym doświadczeniu była kobieta w wieku 39 lat, a w drugim mężczyzna w wieku 38 lat.

Do udziału w spotkaniach świadomie zaproszono dwie różne osoby, aby badany wpływ kontaktu, nie był zależny, od indywidualnego oddziaływania jednej osoby.

Obie osoby chorujące mają diagnozę schizofrenii, chorują kilkanaście lat i przeszły kilka kryzysów psychicznych, kilka razy też były hospitalizowane. Osoby chorujące oraz prowadzący spotkanie moderator działają w Stowarzyszeniu "Otwórzcie Drzwi" (www.otworzcie drzwi.org), które od kilku lat działa na rzecz zmiany postaw społecznych względem osób chorujących psychicznie i organizuje spotkania z osobami po kryzysach psychicznych, adresowane do różnych grup zawodowych i społecznych. Zorganizowane w ramach badania spotkania, były jednak pierwszymi, których uczestnikami byli licealiści.

Zmienne

H1. Zmienna niezależna: kontakt z osobą chorującą psychicznie

Zmienne zależne: stereotypowe przekonania o osobach chorujących psychicznie;

wskaźnik stereotypowych przekonań (stygmatyzacji) – średnia ze wszystkich przekonań

H2a/b. Zmienna niezależna: kontakt z osobą chorującą psychicznie

Zmienne zależne: emocje wyrażające lęk (niepokój, niepewność, zakłopotanie) oraz

wskaźnik lęku – średnia z tych trzech emocji; emocje pozytywne, wyrażające otwartość

na kontakt (zaciekawienie, sympatia, współczucie) oraz wskaźnik chęci kontaktu –

średnia z tych trzech emocji

H3a/b. Zmienna niezależna: kontakt z osobą chorującą psychicznie

Zmienne zależne: pierwotne i wtórne emocje przypisywane grupie osób chorujących oraz grupie osób zdrowych – średnie z wartości przypisanych emocji z danej kategorii;
wskaźnik infrahumanizacji – stosunek emocji pierwotnych i wtórnych przypisanych grupie osób chorujących oraz grupie osób zdrowych

H4. Zmienne niezależne: poziom NFC, poziom EFNC

Zmienna zależna: wskaźnik stereotypowych przekonań

Wyniki

Analizy statystyczne wyników badania zostały dokonane w programie Statistica, wykorzystano następujące metody statystyczne: statystyki opisowe, test t-Studenta, korelację r-Pearsona, analizę wariancji ANOVA i analizę regresji.

Stereotypy

Zaczynając do hipotezy pierwszej zakładającej, że kontakt z osobą chorującą psychicznie spowoduje zmniejszenie stereotypowego (stygmatyzującego) postrzegania tej grupy, wyższy poziom stereotypowych przekonań o osobach chorujących psychicznie jest w grupie kontrolnej niż eksperymentalnej. Wskaźnik stygmatyzacji wynosi odpowiednio $M = 2,42$ i $M = 2,24$, różnica ta nie wydaje się przypadkowa, jednak nie realizuje w pełni kryterium istotności statystycznej ($p = 0,07$).

Tabela 1

Porównanie poziomu stereotypowych przekonań o osobach chorujących psychicznie w grupie kontrolnej (K) i grupie eksperymentalnej (E)

Stereotypowe przekonania	Grupa kontrolna			Grupa eksperymentalna			p
	M	SD	N	M	SD	N	
są nieodpowiedzialne i nieprzewidywalne	2,94	0,76	32	2,64	0,65	33	0,09
nie potrafią troszczyć się o swoje sprawy i świadomie kierować swoim postępowaniem	2,78	0,66	32	2,67	0,78	33	0,52
są mniej sprawne, zwłaszcza intelektualnie	2,44	0,72	32	2,24	0,83	33	0,31
są dziecinne	2,44	0,80	32	2,15	0,67	33	0,12
są agresywne i stwarzają zagrożenie dla otoczenia	2,45	0,71	32	2,18	0,64	33	0,11
mają niewielkie szanse na wyzdrowienie	2,47	0,72	32	1,88	0,70	33	0,001
ponoszą odpowiedzialność za swoją chorobę	1,47	0,67	32	1,94	0,90	33	0,02
Wskaźnik stereotypowych przekonań (stygmatyzacji)	2,42	0,36	32	2,24	0,44	33	0,07

Różnice w stereotypach składających się na wskaźnik stygmatyzacji nie są jednorodne.

W przypadku sześciu przekonań, niższe wyniki są w warunku eksperymentalnym, natomiast w przypadku sądu, że osoby chorujące psychicznie „ponoszą odpowiedzialność za swoją chorobę” prawidłowość jest odwrotna, w grupie eksperymentalnej ta opinia jest częściej podzielana niż w warunku kontrolnym i jest to różnica istotna statystycznie.

Interesujących wyników dostarcza porównanie wpływu obu spotkań na stereotypowe przekonania. W pierwszej podgrupie (E1) uczestniczącej w spotkaniu z osobą chorującą, wskaźnik stygmatyzacji wynosi $M = 2,32$ i jest niższy, ale nieistotnie statystycznie, niż w grupie kontrolnej. Natomiast w drugiej podgrupie eksperymentalnej (E2) wskaźnik ten wynosi $M = 2,13$ i jest istotnie statystycznie niższy ($p = 0,03$) niż w warunku kontrolnym.

Tabela 2

Porównanie poziomu stereotypowych przekonań o osobach chorujących psychicznie w grupie kontrolnej (K) i pierwszej podgrupie eksperymentalnej (E1)

Stereotypowe przekonania	Grupa kontrolna (K)			Grupa eksperymentalna (E1)			p
	M	SD	N	M	SD	N	
są nieodpowiedzialne i nieprzewidywalne	2,94	0,76	32	2,89	0,47	18	0,81
nie potrafią troszczyć się o swoje sprawy i świadomie kierować swoim postępowaniem	2,78	0,66	32	3,00	0,59	18	0,25
są mniej sprawne, zwłaszcza intelektualnie	2,44	0,72	32	2,33	0,77	18	0,63
są dziecinne	2,44	0,80	32	2,28	0,75	18	0,49
są agresywne i stwarzają zagrożenie dla otoczenia	2,45	0,71	32	2,28	0,67	18	0,40
mają niewielkie szanse na wyzdrowienie	2,47	0,72	32	1,83	0,71	18	0,004
ponoszą odpowiedzialność za swoją chorobę	1,47	0,67	32	1,67	0,69	18	0,33
Wskaźnik stereotypowych przekonań (stygmatyzacji)	2,42	0,36	32	2,32	0,39	18	0,36

Tabela 3

Porównanie poziomu stereotypowych przekonań o osobach chorujących psychicznie w grupie kontrolnej (K) i pierwszej podgrupie eksperymentalnej (E2)

Stereotypowe przekonania	Grupa kontrolna			Grupa eksperymentalna			p
	M	SD	N	M	SD	N	
są nieodpowiedzialne i nieprzewidywalne	2,94	0,76	32	2,33	0,72	15	0,01
nie potrafią troszczyć się o swoje sprawy i świadomie kierować swoim postępowaniem	2,78	0,66	32	2,27	0,80	15	0,02
są mniej sprawne, zwłaszcza intelektualnie	2,44	0,72	32	2,13	0,92	15	0,22
są dziecinne	2,44	0,80	32	2,00	0,53	15	0,06
są agresywne i stwarzają zagrożenie dla otoczenia	2,45	0,71	32	2,07	0,59	15	0,07
mają niewielkie szanse na wyzdrowienie	2,47	0,72	32	1,93	0,70	15	0,02
ponoszą odpowiedzialność za swoją chorobę	1,47	0,67	32	2,27	1,03	15	0,003
Wskaźnik stereotypowych przekonań (stygmatyzacji)	2,42	0,36	32	2,13	0,48	15	0,03

Te znaczne różnice wyników w obu podgrupach eksperymentalnych otwierają pole do ciekawych interpretacji, które zostaną przedstawione w dalszej części pracy.

Lęk i otwartość na kontakt

W grupie eksperymentalnej jest niższy poziom lęku i większa otwartość na kontakt z osobami chorującymi psychicznie w porównaniu z grupą kontrolną. Wskaźnik lęku wynosi odpowiednio: $M = 4,15$ i $M = 3,98$. A wskaźnik chęci kontaktu: $M = 4,03$ i $M = 4,32$. Różnice te nie są jednak istotne statystycznie.

Tabela 4

Porównanie poziomu emocji (wyrażających lęk i otwartość na kontakt) względem osób chorujących psychicznie w grupie kontrolnej (K) i grupie eksperymentalnej (E)

Emocje	Grupa kontrolna			Grupa eksperymentalna			p
	M	SD	N	M	SD	N	
Niepewność	4,09	1,59	32	4,00	1,58	33	0,81
Współczucie	4,81	1,57	32	5,21	1,39	33	0,28
Zakłopotanie	4,59	1,72	32	4,36	1,73	33	0,59
Zaciekawienie	3,56	1,72	32	4,06	1,71	33	0,25
Niepokój	3,75	1,70	32	3,58	1,64	33	0,68
Sympatia	3,72	1,51	32	3,70	1,13	33	0,95
Wskaźnik lęku	4,15	1,34	32	3,98	1,38	33	0,61
Wskaźnik chęci kontaktu	4,03	0,99	32	4,32	1,03	33	0,26

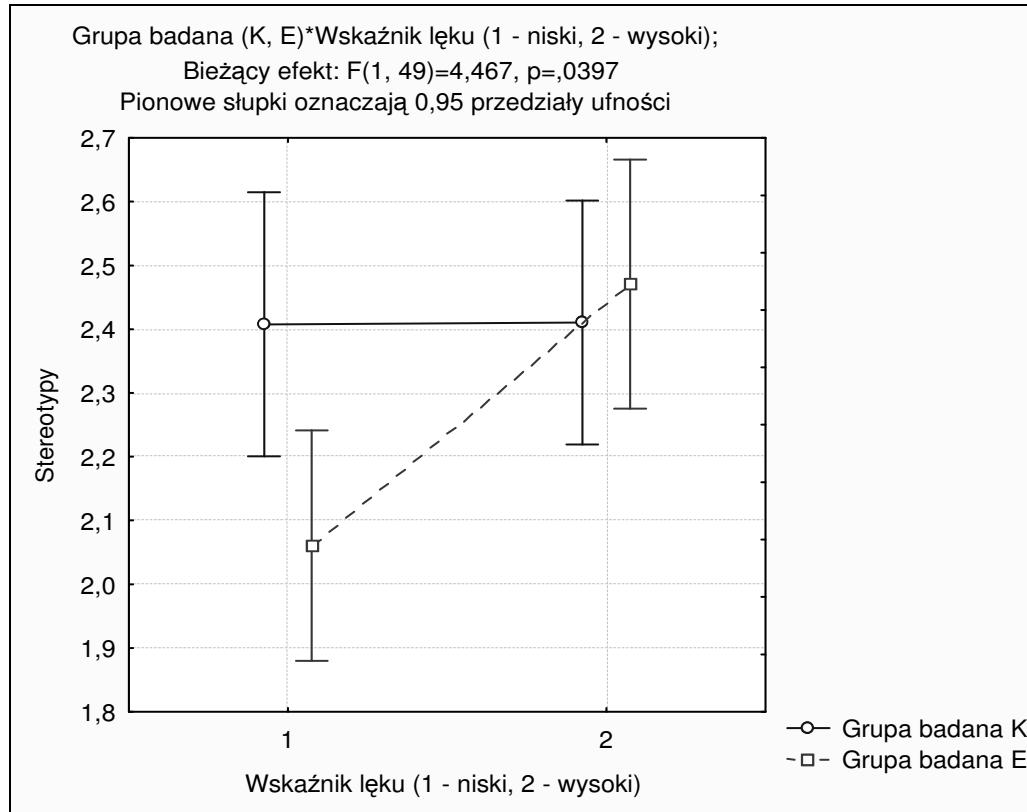
Poziom wskaźników emocji w obu podgrupach eksperymentalnych jest różny. Lęk jest niższy w drugiej podgrupie (E2) $M = 3,87$ niż w pierwszej (E1) $M = 4,07$. Również wskaźnik chęci kontaktu jest wyższy w podgrupie E2 ($M = 4,48$) niż podgrupie E1 ($M = 4,19$). Jednak różnice te nie są istotne statystycznie, ani między sobą, ani z grupą kontrolną.

Poziom lęku a stereotypy

Wskaźnik stereotypowych przekonań, w grupie eksperymentalnej, silnie, pozytywnie koreluje ($r = 0,46$) ze wskaźnikiem lęku i jest to wynik istotny statystycznie ($p < 0,05$). Nie ma natomiast takiej prawidłowości w grupie kontrolnej, gdzie korelacja tych dwóch wskaźników wynosi $r = 0,02$. Wyniki te potwierdza analiza ANOVA w schemacie 2 (grupa kontrolna vs. grupa eksperymentalna) x 2 (niski poziom lęku vs. wysoki poziom lęku): $F(1, 49) = 4,47$; $p = 0,04$.

Wykres 1

Związek pomiędzy lękiem a wskaźnikiem stereotypowych przekonań w zależności od grupy badanej



Infrahumanizacja

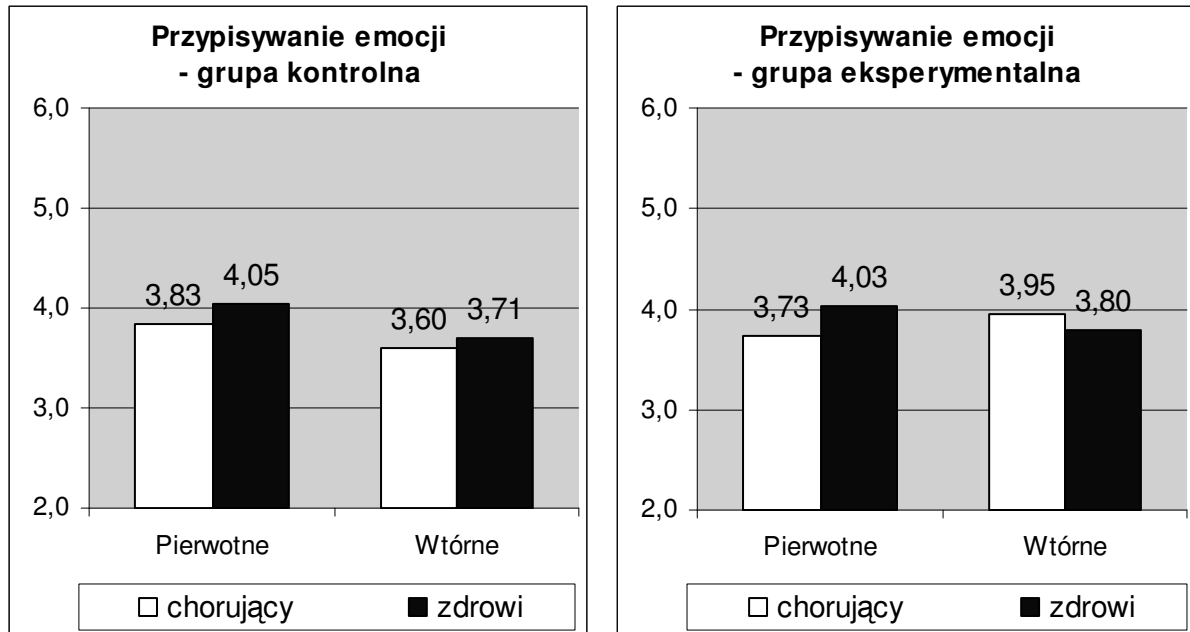
W grupie kontrolnej emocje wtórne przypisywane są trochę częściej grupie osób zdrowych ($M = 3,71, SD = 0,65$) niż grupie osób chorujących ($M = 3,60, SD = 0,70$), nie jest to jednak różnica istotna statystycznie i podobna, a nawet trochę mocniejsza tendencja występuje w przypadku emocji pierwotnych – zdrowi ($M = 4,05$), a chorujący ($M = 3,83$).

Natomiast w grupie eksperymentalnej emocje wtórne są przypisywane osobom chorującym ($M = 3,95, SD = 0,53$) częściej niż osobom zdrowym ($M = 3,80, SD = 0,52$). Atrybucja emocji wtórnych w grupie eksperymentalnej jest istotnie większa niż w grupie kontrolnej ($p = 0,03$). W przypadku emocji pierwotnych takie różnice nie występują i są one trochę

częściej przypisywane osobom zdrowym, zarówno w grupie kontrolnej, jak i eksperymentalnej.

Wykres 2

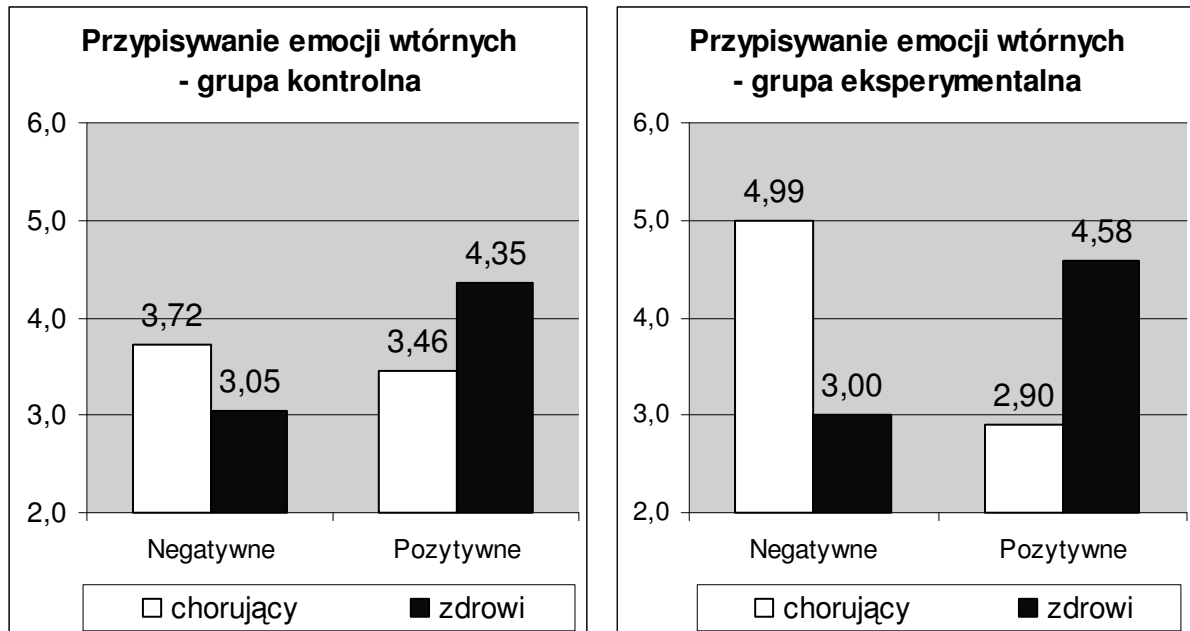
Przypisywanie emocji pierwotnych i wtórnych w grupie kontrolnej (K) i grupie eksperymentalnej (E)



Wyniki badania pokazują duże różnice w atrybucji emocji osobom zdrowym i chorującym psychicznie w zależności od ich walencji. Zarówno w warunku kontrolnym, jak i eksperymentalnym, emocje negatywne (pierwotne i wtórne), są częściej przypisywane osobom chorującym psychicznie, niż osobom zdrowym, natomiast emocje pozytywne (pierwotne i wtórne) są częściej przypisywane osobom zdrowym i te różnice w każdym przypadku są istotne statystycznie. Ta tendencja jest silniejsza w grupie eksperymentalnej, w której w porównaniu z grupą kontrolną, osobom chorującym bardziej przypisywane są emocje negatywne, a mniej pozytywne. Na przykładzie atrybucji emocji wtórnych, w warunku kontrolnym osobom chorującym przypisywane są emocje negatywne $M = 3,72$ i pozytywne $M = 3,46$, a w warunku eksperymentalnym emocje negatywne $M = 4,99$ i pozytywne $M = 3,00$ i różnice te są istotne statystycznie.

Wykres 3

Przypisywanie emocji (wtórnych) pozytywnych i negatywnych w grupie kontrolnej (K) i grupie eksperymentalnej (E)



Badanie przyniosło interesujące wyniki dotyczące atrybucji złości. W warunku kontrolnym jest ona przypisywana niemal na identycznym poziomie grupie osób zdrowych ($M = 4,22$) i chorych ($M = 4,19$). A w warunku eksperymentalnym jest trochę częściej przypisywana osobom chorującym ($M = 4,21$) niż zdrowym ($M = 3,82$), ale to jedyna z wszystkich emocji, dla której ta różnica jest nieistotna statystycznie. Co więcej za cały efekt odpowiadają wyniki w pierwszej podgrupie eksperymentalnej (E1) $M = 4,56$ versus $M = 3,80$ (E2).

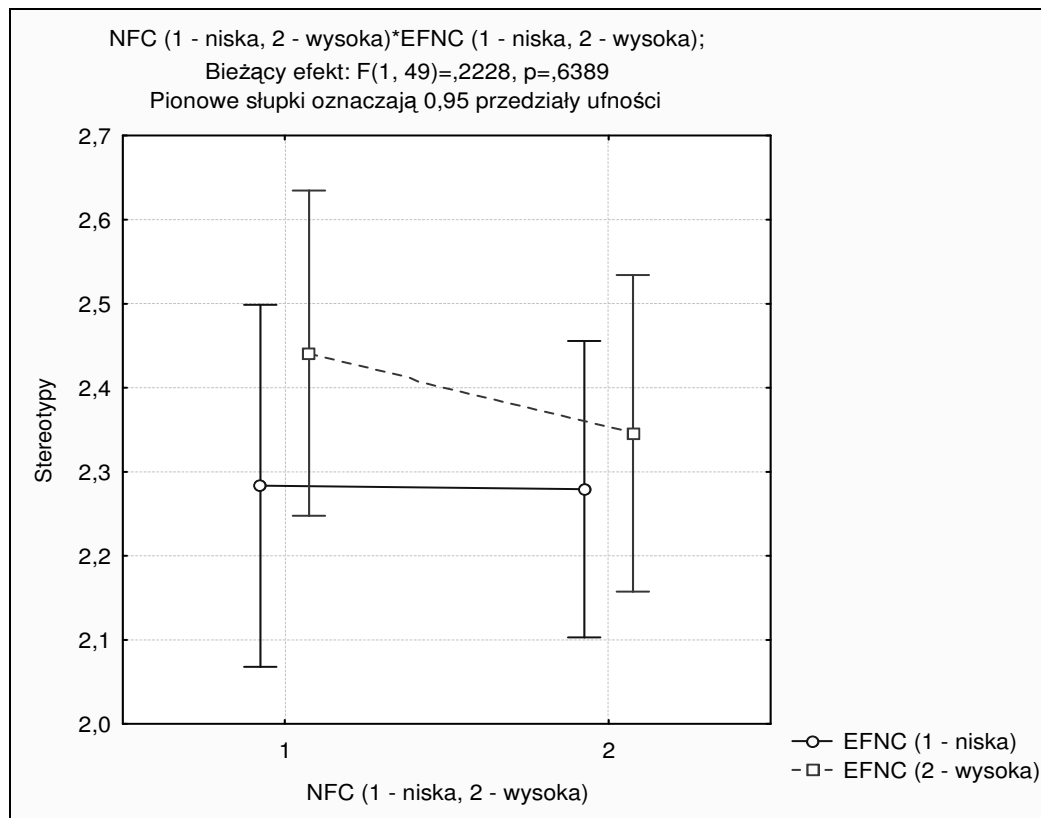
Atrybucja złości osobom chorującym psychicznie pozytywnie koreluje z dwoma stereotypowymi przekonaniem, które wyrażają poczucie zagrożenia przez tą grupę – że osoby te: „są nieodpowiedzialne i nieprzewidywalne” ($r = 0,36$); „są agresywne i stwarzają zagrożenie dla otoczenia” ($r = 0,39$). Te prawidłowości są istotne statystycznie ($p < 0,05$).

NFC i EFNC

Wyniki analizy ANOVA w schemacie 2 (niski poziom NFC vs. wysoki poziom NFC) x 2 (niski poziom EFNC vs. wysoki poziom EFNC): $F(1, 49) = 2,22$; $p = 0,64$ nie potwierdziły hipotezy, że osoby z wysoką psychologiczną potrzebą domknięcia (NFC) i wysoką skutecznością jej realizacji (EFNC) oraz osoby o niskim poziomie NFC i EFNC będą bardziej stereotypowo postrzegać grupę osób chorujących psychicznie niż osoby z wysokim poziomem NFC i niskim EFNC oraz niskim NFC i wysokim EFNC.

Wykres 4

Zależność pomiędzy wskaźnikiem stereotypowych przekonań a poziomem NFC i EFNC



Natomiast analiza regresji przyniosła interesujący rezultat, że jednym z dwóch, istotnych statystycznie, predyktorów poziomu wskaźnika stereotypów jest skuteczność realizacji psychologicznej potrzeby domknięcia (EFNC) $\beta = 0,28$, $t(62) = 2,35$, $p = 0,02$.

Tabela 5

Zależność pomiędzy wskaźnikiem stereotypowych przekonań a poziomem EFNC i wskaźnikiem lęku

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: Stereotypy R= ,3893 R ² = ,1516 Skoryg. R ² = ,1242 F(2,62)=5,5374 p<,0061 Błąd std. estymacji: ,3821			
	BETA	t(62)	poziom p
W. wolny		49,11	0,000
Wskaźnik lęku	0,33	2,79	0,007
EFNC	0,28	2,35	0,022

Dyskusja wyników

Kontakt a stereotypowe postrzeganie osób chorujących psychicznie

Wyniki badania nie pozwalają na przyjęcie, bez zastrzeżeń, hipotezy, że kontakt z osobą chorującą psychicznie, zawsze powoduje istotne zmniejszenie stygmatyzującego postrzegania tej grupy. Pokazują jednak, że osobisty, spersonalizowany kontakt ma wpływ na zmianę stereotypów i dostarczają wiedzy o czynnikach kształtujących skuteczność tego kontaktu.

Analiza możliwych przyczyn tego, że drugie spotkanie miało zdecydowanie większy wpływ na obniżenie stereotypowych przekonań niż spotkanie pierwsze, prowadzi do interesujących wniosków. Źródło tych różnic tkwi prawdopodobnie w dwóch aspektach: różnicach pomiędzy osobami chorującymi, z którymi mieli kontakt uczestnicy badania oraz w samej treści spotkania.

Zacznijmy od tego, że osoby opowiadające o doświadczeniu choroby istotnie różniły się poziomem zdrowia, w czasie kiedy odbywało się spotkanie. Osoba, która uczestniczyła w pierwszym spotkaniu (E1), była w stanie całkowitej remisji i w jej zachowaniu nie było widać żadnych przejawów tego, że choruje, czy kiedyś chorowała psychicznie. Natomiast osoba spotykająca się z drugą grupą (E2), była w trakcie kryzysu – w okresie przed badaniem jej stan zdrowia psychicznego pogorszył się na tyle, że nie było pewne, czy będzie w stanie

uczestniczyć w zaplanowanym spotkaniu. Ostatecznie zdecydowała się w nim uczestniczyć i dobrze radziła sobie z kontaktem z grupą, choć w jej zachowaniu było widoczne większe pobudzenie i z większą łatwością opowiadała o doświadczeniu psychotycznym np. demonstrowała przykłady urojeń. Ta wyjątkowa i niemożliwa do zaplanowania sytuacja, bo trudno wyobrazić sobie, żeby celowo zapraszać na spotkania osoby w trakcie kryzysu psychicznego, jest źródłem cennej wiedzy.

Wyjaśnienia, dlaczego widoczne różnice w stanie zdrowia osób, z którymi mieli kontakt uczestnicy badania, mają duży wpływ na skuteczność interwencji, dostarcza koncepcja Hewstone'a i Browna (1986). Autorzy tego podejścia krytykują model personalizacji (Brewer i Miller 1984, Miller, 2000) i twierdzą, że osobisty, personalny kontakt obniża uprzedzenia jedynie względem konkretnej osoby, natomiast nie sprzyja generalizacji tego doświadczenia na całą dyskryminowaną grupę. Hewstone i Brown dowodzą, że skuteczna redukcja uprzedzeń międzygrupowych, w wyniku kontaktu, wymaga zachowania wyrazistych kategorii międzygrupowych, żeby reprezentant grupy obcej był jednoznacznie z nią kojarzony, bo inaczej pozytywne doświadczenie kontaktu traktowane jest, jako wyjątek od reguły i nie jest uogólniane na innych przedstawicieli dyskryminowanej grupy. W przeprowadzonym badaniu osoba spotykająca się z drugą grupą (E2) w sposób wyrazisty prezentowała zachowania osoby chorującej psychicznie, natomiast osoba uczestniczącą w pierwszym spotkaniu (E1), bardziej kojarzyła się z osobą zdrową niż chorującą. I w tym drugim przypadku, osoby badane nie zmniejszyły istotnie swoich stereotypowych przekonań o grupie chorujących psychicznie, z wyjątkiem zmiany opinii, że „mają one niewielkie szanse na wyzdrowienie”.

Jest też alternatywne, a może raczej uzupełniające, wyjaśnienie różnic we wpływie obu spotkań na stereotypowe przekonania uczestników badania. W trakcie pierwszego spotkania (E1) dwa razy pojawiły się treści, które mogły zaktywizować i potwierdzić przekonanie, że osoby chorujące psychicznie są nieprzewidywalne i mogą stanowić zagrożenie dla otoczenia.

Osoba, z którą było spotkanie, w trakcie opowiadania o doświadczeniu choroby, przedstawiła historię również chorującej koleżanki, która była w stanie remisji, czuła się dobrze, zawarła związek małżeński, a po urodzeniu dziecka doświadczyła ostrego nawrotu choroby, w trakcie którego miała myśli, żeby zrobić dziecku krzywdę. W trakcie zadawania pytań, jedna z uczennic powiedziała, że oglądała kiedyś film o osobie chorującej psychicznie (horror), w którym osoba z osobowością wielokrotną (dysocjacyjną) próbowała zabić własną rodzinę, i w trakcie spotkania nie zostało w żaden sposób sprostowane, że był to przypadek wyobraźni scenarzysty, a nie przykład rzeczywistej, chorującej osoby. Te dwie sytuacje niewątpliwie musiały wpłynąć na aktywizację i potwierdzenie stereotypów, że osoby chorujące psychicznie są nieprzewidywalne i mogą stanowić zagrożenie dla otoczenia. Potwierdzają to wyniki atrybucji złości, która w podgrupie E1 była zdecydowanie częściej przypisywana osobom chorującym niż podgrupie E2 i warunku kontrolnym.

Powyższa interpretacja wyników badania może być dodatkowym głosem w dyskusji (Couture i Penn, 2003, West, Hewston i Holmes, 2010) o możliwych przyczynach tego, że w dotychczasowych badaniach, kontakt z osobami chorującymi psychicznie, nie zawsze skutkuje istotną redukcją uprzedzeń. Badanie pokazało, że na skuteczność kontaktu znaczący wpływ ma wyrazistość cech osoby chorującej psychicznie. Z drugiej jednak strony taki kontakt, z wyrazistością choroby, może aktywizować stereotypowe przekonania, zamiast je redukować.

Kontakt a poziom lęku i chęć kontaktu z osobami chorującymi psychicznie

Wyniki badania nie pozwalają na przyjęcie hipotez, że osobisty kontakt z osobami chorującymi psychicznie znacząco obniża poziom lęku i zwiększa emocjonalną otwartość na kontakt z tą grupą. Widoczne różnice pomiędzy grupą eksperymentalną i grupą kontrolną,

pozwalają przypuszczać, że założone prawidłowości występują, różnice wyników nie są jednak na tyle duże, żeby potwierdzić je w sposób bezsporny.

Przyczyna stosunkowo niewielkiego spadku lęku w wyniku kontaktu, prawdopodobnie tkwi w tym, że początkowy poziom lęku, uczestniczącej w badaniu młodzieży licealnej, względem osób chorujących psychicznie, jest już niski (najbardziej wyrażająca lęk emocja: „niepokój” w grupie kontrolnej średnio została oceniona na 3,75, czyli w dolnej połowie skali od 1 do 7). Możemy założyć, że spersonalizowany kontakt międzygrupowy najbardziej obniża lęk, kiedy początkowo jest on wysoki lub bardzo wysoki.

Poziom lęku a stereotypy

Wyniki badania pokazały silny związek pomiędzy poziomem lęku, a stygmatyzującymi przekonaniem w grupie eksperymentalnej, który zupełnie nie występuje w grupie kontrolnej. Możliwym wyjaśnieniem tych zależności jest to, że w grupie kontrolnej przekonania i emocje względem osób chorujących psychicznie były bardzo uogólnione – nie była to grupa obca wyraźnie istniejąca w świadomości uczestników badania i postrzegana przez nich, jako realnie, czy symbolicznie zagrażająca. Natomiast w grupie eksperymentalnej, kontakt z osobą chorującą, spowodował, że grupa ta stała się realna i emocje względem niej zostały powiązane z przekonaniem. Prawdopodobnie, osoby u których kontakt wzbudził większy lęk wyrażały bardziej negatywne, stygmatyzujące przekonania i/lub na odwrót uczestnicy badania, którzy wyrobili sobie bardziej negatywne, zagrażające przekonania o osobach chorujących psychicznie, wyrażali większy lęk myśląc o wyobrażonym kontakcie z nimi.

Infrahumanizacja osób chorujących psychicznie

Uzyskane wyniki nie potwierdziły hipotezy, że grupa osób chorujących psychicznie jest infrahumanizowana przez młodzież licealną. Sugerują one raczej, że jeżeli infrahumanizacja

ma miejsce, to jest ona niewielka. Uczestnicy badania nie czują się zagrożeni przez tą grupę i być może nie postrzegają jej, jako esencjalnie różną od grupy osób zdrowych. Pozytywnym rezultatem badania jest to, że osobisty, spersonalizowany kontakt powoduje istotny wzrost humanizowania, przypisywania cech ludzkich grupie osób, z których reprezentantem był kontakt.

Osobiste spotkanie z osobą chorującą psychicznie, owocuje dużym wzrostem empatii, co widoczne jest w tym, że osobom chorującym przypisywane są częściej emocje negatywne, a osobom zdrowym częściej pozytywne, co wskazuje na większe zrozumienie cierpienia doświadczanego w trakcie choroby psychicznej. Wyniki te zgodne są z wcześniejszymi badaniami nad skutecznością kontaktu, które wykazały, że empatia jest jednym z istotnych czynników wpływających na zmniejszenie uprzedzeń (Batson i wsp., 1997, Pettigrew i Tropp, 2008).

Ostatnim wartym omówienia wynikiem w obszarze atrybucji emocji jest przypisywanie złości, na tym samym poziomie, osobom chorującym i zdrowym. Ten zaskakujący rezultat i wyraźna korelacja atrybucji złości z przekonaniami o nieprzewidywalności i agresywności osób chorujących psychicznie, potwierdza, że młodzież licealna w niewielkim stopniu ma poczucie zagrożenia przez tą grupę osób i w związku z tym w niewielkim stopniu ją stygmatyzuje.

Psychologiczna potrzeba domknięcia a stereotypy

Przeprowadzone badanie nie potwierdziło przewidywanej interakcji pomiędzy psychologiczną potrzebą domknięcia (NFC) i skutecznością jej realizacji (EFNC), a stygmatyzacją osób chorujących psychicznie. Uzyskane wyniki wskazują natomiast na to, że wyższa skuteczność realizacji potrzeby domknięcia skutkuje wyższym poziomem uprzedzeń.

Wyniki te sugerują, że zależność pomiędzy psychologiczną potrzebą domknięcia i skutecznością jej realizacji a uprzedzeniami może mieć inny charakter niż przewidywano. Bardzo prawdopodobne jest też, że zależności pomiędzy NFC i EFNC, a stereotypami zależy od tego, na ile istotna oraz w jakim stopniu zagrażająca jest grupa obca, względem której wyrażane są uprzedzenia. W zrealizowanym badaniu miała miejsce szczególna sytuacja, ponieważ grupa chorujących psychicznie nie była grupą obcą, wyraźnie istniejącą w świadomości licealistów, o czym świadczy brak związku pomiędzy lękiem a stereotypami w grupie kontrolnej. Wydaje się, że uczestnicy badania, dopiero w jego trakcie, formułowali swoje opinie o osobach chorujących psychicznie i czasami, w zależności od przebiegu spotkania z osobą chorującą psychicznie, pewne przekonania były adekwatne do uzyskanej, nowej wiedzy, pomimo ich zgodności ze stygmatyzującymi stereotypami. Takim przykładem jest opinia, że osoby chorujące psychicznie ponoszą odpowiedzialność za swoją chorobę, która była najczęściej wyrażana w drugiej podgrupie eksperymentalnej, w której to, osoba chorująca, z którą uczestnicy badania mieli kontakt, opowiadała o tym, że jej pierwszy epizod choroby nastąpił w wyniku doświadczeń z narkotykami. I w tym przypadku przekonanie o odpowiedzialności za własną chorobę, mogło wynikać zarówno z powierzchownej analizy, jak i być wynikiem pogłębionej refleksji. Rozważania te są zgodne z wcześniejszymi badaniami nad związkiem psychologicznej potrzeby domknięcia i stereotypów, które wykazały, że jest on zależny od treści stereotypów (Kossowska, 2006). Potrzebne są dalsze badania nad związkiem pomiędzy psychologiczną potrzebą domknięcia i skutecznością jej realizacją a uprzedzeniami. Zasadne wydaje się przeprowadzenie ich na grupach o silnych, jednoznacznych stereotypach względem grupy obcej.

Wnioski

Przeprowadzone badanie pokazało, że osobisty kontakt z osobami chorującymi psychicznie ma pozytywny wpływ na postawy względem tej grupy – zmniejsza poziom stygmatyzujących przekonań, powoduje wzrost empatii, a także zwiększa stopień przypisywanego człowieczeństwa osobom chorującym. Wyniki badania potwierdzają, że metoda kontaktu spersonalizowanego (Brewer i Miller, 1984, Miller, 2002), to skuteczne narzędzie przeciwdziałania stygmatyzacji osób chorujących psychicznie.

Wskazane są dalsze badania nad wpływem lęku na uprzedzenia względem tej grupy. W przyszłości warto empirycznie sprawdzić, czy wzrost poczucia zagrożenia będzie skutkował większą stygmatyzacją chorujących psychicznie oraz zbadać wpływ spersonalizowanego kontaktu na osoby o wyższym poziomie lęku.

Warto też przeprowadzić badanie, w którym świadomie manipulowano by wyrazistością międzygrupową, aby potwierdzić jej wpływ na skuteczność kontaktu z osobami chorującymi psychicznie. Celowe wydaje się też przeprowadzenie badań na grupach osób dorosłych, którzy mogą mieć bardziej ukształtowane i mniej podatne na zmianę przekonania o osobach chorujących psychicznie.

Podziękowania

Chciałbym serdecznie podziękować członkom Stowarzyszenia "Otwórzcie Drzwi", bez pomocy których realizacja tego badania nie byłaby możliwa: dr Hubertowi Kaszyńskiemu i osobom, które podzieliły się własnym doświadczeniem choroby psychicznej w trakcie spotkań z licealistami.

Literatura cytowana

- Allport, G.W. (1954). *The nature of prejudice*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Bar-Tal, Y. & Kossowska, M. (in press). The efficacy to fulfill need for structure: The concept and its measurement. In: Frank Columbus (Ed.) *Personality Traits: Classification, Effects and Changes*. Nova Publishers.
- Baran, T. (2007). *Dehumanizacja w stosunkach międzygrupowych. Czy "obcy" to też człowiek?* Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego
- Batson, C. D., Polycarpou, M. P., Harmon-Jones, E., Imhoff, H. J., Mitchener, E. C., Bednar, L. L., Klein, T. R., & Highberger, L. (1997). Empathy and attitudes: Can feeling for a member of a stigmatized group improve feelings toward the group? *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 105-118.
- Blascovich, J., Mendes, W. B., Hunter, S. B., Lickel, B., Kowai-Bell, N. (2001). Perceiver threat in social interactions with stigmatized others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 253–267.
- Bilewicz, M. (2006). Kiedy kontakt osłabia uprzedzenia? Kategoryzacje społeczne i temporalne jako warunki skuteczności kontaktu międzygrupowego. *Psychologia Społeczna*, 2, 63-74.
- Bilewicz, M. (2008). *Być gorszymi. O reakcjach na zagrożenie statusu grupy własnej*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego
- Bilewicz, M. (2009). Ku zmienności i zróżnicowaniu: współczesna psychologia poznania międzygrupowego. W: M. Kofta i M. Kossowska (red.). *Psychologia poznania społecznego: Nowe tendencje*. Warszawa: PWN.
- Brewer, M. B., Miller, N. (1984). Beyond the contact hypothesis: Theoretical perspectives on desegregation. W: N. Miller, M. B. Brewer (red.), *Groups in contact: The psychology of desegregation* (s. 281–302). Orlando, FL: Academic Press

- Brown, R., Eller, A., Leeds, S. & Stace, K. (2007). Intergroup contact and intergroup attitudes: a longitudinal study. *European Journal of Social Psychology*, 37, 692-703.
- Callaghan, P., Shan, C.S., Yu, L.S., Ching, L.W. & Kwan, T.L. (1997). Attitudes towards mental illness: Testing the contact hypothesis among Chinese student nurses in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 33 – 40.
- Castano, E., & Giner-Sorolla, R. (2006). Not quite human: Infra-humanization as a response to collective responsibility for intergroup killing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90, 804-818.
- Couture, S.M., Penn, D.L. (2003). Interpersonal contact and the stigma of mental illness: a review of the literature. *Journal of Mental Health*, 12, 3, 291–305.
- Corrigan, P.W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5(2), 201 – 222.
- Corrigan, P.W. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology Science and Practice*, 7, 48 – 67.
- Corrigan, P.W., River, L.P., Lundin, R.K., Penn, D.L., Uphoff-Wasowski, K., Campion, J., Mathisen, J., Gagnon, Ch., Bergman, M., Goldstein, H., Kubiak, M.A. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27 (2), 187–95.
- Cortes, B. P., Demoulin, S., Rodriguez, R. T., Rodriguez, A. P., & Leyens, J. P. (2005). Infrahumanization or familiarity? Attribution of uniquely human emotions to the self, the ingroup, and the outgroup. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 243–253.
- Gaertner, S. L., Dovidio, J. (2000). *Reducing intergroup bias: The common ingroup identity model*. Philadelphia, PA: Psychology Press.
- Goffman, E. (2005). *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Hewstone, M., Brown, R. (1986). *Contact and conflict in intergroup encounters*. Oxford: Basil Blackwell.

Islam, M.R. & Hewstone, M. (1993). Dimensions of contact as predictors of intergroup anxiety, perceived out-group variability, and out-group attitude: An integrative model. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 19, 700–710.

Kaszyński, H. (2004). *Socjologiczna praca socjalna w trosce o zdrowie psychiczne. Zeszyty Pracy Socjalnej (zeszyt dziewiąty)*, Kraków: Uniwersytet Jagielloński, Instytut Socjologii.

Kossowska, M. (2003). Różnice indywidualne w potrzebie poznawczego domknięcia. *Przegląd Psychologiczny*, 46, 355 - 375.

Kossowska, M. (2006). O motywach sprzyjających vs. przeciwdziałających powstawaniu uprzedzeń. *Psychologia Społeczna*, 2, 101-111.

Kossowska, M. (2009). Nowe poznawcze wymiary osobowości a społeczne poznanie i działanie. W: M. Kofta i M. Kossowska (red.). *Psychologia poznania społecznego: Nowe tendencje*. Warszawa: PWN.

Kossowska, M., Van Hiel, A., Chun, W. Y. & Kruglanski, A. (2002). The Need for Cognitive Closure Scale: Structure, cross-cultural invariance, and comparison of mean ratings between European–American and East Asian Samples. *Psychologica Belgica*, 42, 267-286.

Kruglanski, A.W. (1989). *Lay epistemics and human knowledge: Cognitive and motivational bases*. New York: Plenum.

Kruglanski, A.W. (2004). *The psychology of closed mindedness*. New York: Psychology Press.

Kruglanski, A.W., & Webster, D. (1996). Motivated closing of the mind: ‘Seizing’ and ‘freezing.’ *Psychological Review*, 103, 263-283.

Leyens, J. Ph., Paladino, M. P., Rodriguez, R. T., Vaes, J., Demoulin, S., Rodriguez, A. P., & Gaunt, R. (2000). The emotional side of prejudice : The attribution of secondary

- emotions to ingroups and outgroups. *Personality and Social Psychology Review*, 4, 186-197.
- Leyens, J. Ph., Rodriguez, A. P., Rodriguez, R. T., Gaunt, R., Paladino, M. P., Vaes, J., & Demoulin, S. (2001). Psychological essentialism and the differential attribution of uniquely human emotions to ingroups and outgroups. *European Journal of Social Psychology*, 31, 395-411.
- Link, B.G., Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 1, 363–85.
- Miller, N. (2002). Personalization and the promise of contact theory. *Journal of Social Issues*, 58, 387–410.
- Pettigrew, T. F., & Tropp, L. R. (2006). A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90, 751–783.
- Pettigrew, T. F., & Tropp, L. R. (2008). How does intergroup contact reduce prejudice? Meta-analytic tests of three mediators. *European Journal of Social Psychology*, 38, 922-934.
- Rüsch N., Angermeyer M.C., Corrigan P.W. (2005): Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20, 529-539.
- Shah, J. Y., Kruglanski, A. W., & Thompson, E. P. (1998). Membership has its (epistemic) rewards: Need for closure effects on ingroup bias. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 383–393.
- Shor, R. & Sykes, I.J. (2002). Introducing structured dialogue with people with mental illness into the training of social work students. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26, 63 – 69.
- Świtaj, P. (2005). Piętno choroby psychicznej. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 14 (2), 137-144.

Świtaj, P., Waszkiewicz, J. (2007). *O walce z piętnem choroby psychicznej*.

W: M. Anczewska, J. Wiórka (red.) *Umacnianie nadziei czy uprzedzenia*. Warszawa:

Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Webster, D. M., & Kruglanski, A. W. (1994). Individual differences in need for cognitive closure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1049–1062.

West, K., Hewstone, M., & Holmes, E. A. (2010). Rethinking ‘mental health stigma’.

European Journal of Public Health, 20, 131 - 132.

Aneks – Narzędzia badawcze

Narzędzie 1 – Kwestionariusz postaw względem osób chorujących psychicznie.

Badanie postaw względem osób chorujących psychicznie.

Prowadzimy badanie dotyczące postaw względem osób chorujących psychicznie i chcielibyśmy poznać Twoje odczucia i opinie związane z tym tematem. Poniższy kwestionariusz zawiera różne pytania, prosimy zaznaczyć odpowiedzi, tak jak je widzisz, czujesz. Zależy nam na Twoich szczerych i prawdziwych odpowiedziach.

1. Jak często, Twoim zdaniem, osoby chorujące psychicznie odczuwają emocje, które zostały poniżej wymienione? ¹

Prosimy o ocenę na skali od **1 – bardzo rzadko** do **6 – bardzo często**.

Cierpienie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Wstyd	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Ciekawość	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Fascynacja	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Rozpacz	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Lęk	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Miłość	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Ufność	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Złość	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Upokorzenie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Nadzieja	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Radość	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

¹ W wersji B kwestionariusza pytanie 1 brzmiało: „Jak często, Twoim zdaniem, osoby zdrowe (osoby, które nie chorują psychicznie), odczuwają emocje, które zostały poniżej wymienione?”

2. A jak często, Twoim zdaniem, osoby zdrowe (osoby, które nie chorują psychicznie) odczuwają te same emocje? ²

Prosimy o ocenę na skali od 1 – **bardzo rzadko** do 6 – **bardzo często**.

Cierpienie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Wstyd	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Ciekawość	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Fascynacja	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Rozpacz	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Lęk	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Miłość	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Ufność	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Złość	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Upokorzenie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Nadzieja	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Radość	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

3. Czy, Twoim zdaniem, o osobach, które chorują psychicznie często można powiedzieć, że:

są nieodpowiedzialne i nieprzewidywalne	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Raczej nie	Zdecydowanie nie
nie potrafią troszczyć się o swoje sprawy i świadomie kierować swoim postępowaniem	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Raczej nie	Zdecydowanie nie
są mniej sprawne, zwłaszcza intelektualnie	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Raczej nie	Zdecydowanie nie
są dziecinne	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Raczej nie	Zdecydowanie nie
są agresywne i stwarzają zagrożenie dla otoczenia	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Raczej nie	Zdecydowanie nie
mają niewielkie szanse na wyzdrowienie	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Raczej nie	Zdecydowanie nie
ponoszą odpowiedzialność za swoją chorobę	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Raczej nie	Zdecydowanie nie

² W wersji B kwestionariusza pytanie 2 miało formę: „A jak często, Twoim zdaniem, osoby chorujące psychicznie odczuwają te same emocje?”

4. Kiedy myślisz o bezpośrednim kontakcie, bezpośredniej rozmowie z osobą chorującą psychicznie, to jakie są Twoje uczucia?

Prosimy oceń je na skali na skali od **1 – bardzo słabe uczucie** do **7 – bardzo silne uczucie**:

Niepewność	1	2	3	4	5	6	7
Współczucie	1	2	3	4	5	6	7
Zakłopotanie	1	2	3	4	5	6	7
Zaciekawienie	1	2	3	4	5	6	7
Niepokój	1	2	3	4	5	6	7
Sympatia	1	2	3	4	5	6	7

Prosimy o podanie kilku informacji o Tobie:

Płeć: Kobieta Mężczyzna

Wiek:

Czy kiedykolwiek miałeś/miałaś bezpośredni kontakt z osobą chorującą psychicznie?

Tak Nie

Jak określił(a)byś swoje odczucia z związane z tym kontaktem?

- Pozytywne lub raczej pozytywne
 Negatywne lub raczej negatywne
 Neutralne (obojętne)

Narzędzie 2 – Kwestionariusz psychologicznej potrzeby domknięcia (NFC) i skuteczności realizacji tej potrzeby (EFNC).

MÓJ STYL DZIAŁANIA

Proszę przeczytaj uważnie każde z poniższych stwierdzeń. Nie ma w tym kwestionariuszu odpowiedzi dobrych czy złych. Ludzie są różni, a my pytamy o Ciebie i Twoje własne doświadczenia. Przy każdym zdaniu otocz kółkiem odpowiedź, która najlepiej wyraża Twoją opinię. **Proszę ustosunkuj się do wszystkich twierdzeń.** Jeżeli się pomylisz, wyraźnie przekreśl pierwszą odpowiedź i zaznacz właściwą.

- | | |
|---|-------------------------------------|
| 1 - zdecydowanie nie zgadzam się | 4 - raczej zgadzam się |
| 2 - nie zgadzam się | 5 - zgadzam się |
| 3 - raczej nie zgadzam się | 6 - zdecydowanie zgadzam się |

1. Myślę, że aby osiągnąć sukces w pracy zawodowej, konieczne jest posiadanie jasnych reguł i ich przestrzeganie.	1 2 3 4 5 6
2. Nawet ważne decyzje podejmuję szybko i pewnie.	1 2 3 4 5 6
3. Cenię sobie przyjaciół, którzy są nieprzewidywalni.	1 2 3 4 5 6
4. Nie zaprzątam sobie głowy prostymi sprawami, zwykle od razu wiem co zrobić.	1 2 3 4 5 6
5. Myślę, że dobrze uporządkowane życie jest zgodne z moim temperamentem.	1 2 3 4 5 6
6. Zawsze kiedy idę zjeść coś na mieście, wybieram miejsce, w którym wcześniej byłem/am i wiem czego można się tam spodziewać.	1 2 3 4 5 6
7. Zwykle wiem od razu, które rozwiązanie jest właściwe, a które nie.	1 2 3 4 5 6
8. Unikam brania udziału w wydarzeniach, nie wiedząc czego mogę się po nich spodziewać.	1 2 3 4 5 6
9. Myślę, że zabawnie jest zmieniać plany w ostatnim momencie.	1 2 3 4 5 6
10. Nie mam skłonności do rozwodzenia się nad ważnymi decyzjami przed ich podjęciem.	1 2 3 4 5 6
11. Bawi mnie niepewność związana z nowymi sytuacjami.	1 2 3 4 5 6
12. Moje własne otoczenie jest nieuporządkowane i niezorganizowane.	1 2 3 4 5 6
13. Mam skłonność do odkładania ważnych decyzji aż do ostatniej chwili i nawet wtedy wciąż mam z nimi kłopot.	1 2 3 4 5 6
14. Wierzę, że najważniejsze cechy ucznia to zdyscyplinowanie i	1 2 3 4 5 6

- 1** - zdecydowanie nie zgadzam się **4** - raczej zgadzam się
2 - nie zgadzam się **5** - zgadzam się
3 - raczej nie zgadzam się **6** - zdecydowanie zgadzam się

zorganizowanie.	
15. Unikam przebywania wśród ludzi, którzy są zdolni do nieoczekiwanych działań.	1 2 3 4 5 6
16. Preferuję kontakty ze znanymi sobie ludźmi, gdyż wiem czego mogę się po nich spodziewać.	1 2 3 4 5 6
17. Waham się z podjęciem ważnych decyzji, nawet po długim wcześniejszym zastanawianiu się.	1 2 3 4 5 6
18. Dopiero ustalenie spójnych reguł umożliwia mi cieszenie się życiem.	1 2 3 4 5 6
19. Cenię sobie zorganizowany styl życia.	1 2 3 4 5 6
20. Czasami irytują mnie moje wahania przy podejmowaniu decyzji.	1 2 3 4 5 6
21. Często odczuwam stres, kiedy muszę podjąć jednoznaczną decyzję.	1 2 3 4 5 6
22. Lubię mieć miejsce dla wszystkiego i wszystko na swoim miejscu.	1 2 3 4 5 6
23. Unikam sytuacji, których konsekwencji nie da się przewidzieć.	1 2 3 4 5 6
24. Nawet jeśli wcześniej skończę pisanie sprawdzianu, do końca czasu czytam swoje odpowiedzi, gdyby mi przyszło do głowy zmienić zdanie.	1 2 3 4 5 6