

Katarzyna Frączek *, Beata Hintze **

* Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie [katarzfra@gmail.com],

** Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie
[beata.hintze@interia.pl]]

Zasoby jako predyktor poczucia piętna wśród uczestników środowiskowych systemów wsparcia

Abstract: Cel: celem przeprowadzonego badania było porównanie poziomu zasobów (samooceny, poczucia własnej skuteczności, nadziei podstawowej) oraz piętna i dyskryminacji wśród uczestników dwóch różnych programów wsparcia środowiskowego: Środowiskowych Domów Samopomocy (ŚDS) oraz Warsztatów Terapii Zajęciowej (WTZ). Metody: zbadano 97 chorych psychicznie osób z województwa mazowieckiego: 52 osoby z ŚDS i 45 z WTZ. Do badania wykorzystano kwestionariusze psychologiczne: Skalę Samooceny (*Rosenberg Self-Esteem Scale*, SES), Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności (*Generalized Self-Efficacy Scale*, GSES), Kwestionariusz Nadziei Podstawowej (*Basic Hope Inventory-12*, BHI-12) i Kwestionariusz Piętna i Dyskryminacji (*Consumer Experiences of Stigma Questionnaire*, CESQ). Wyniki: osoby korzystające z dwóch typów środowiskowych systemów wsparcia: ŚDS i WTZ charakteryzują się podobnym poziomem zasobów w zakresie samooceny, samoskuteczności i nadziei podstawowej. Głównym predyktorem poczucia piętna okazał się poziom samooceny – im uczestnicy środowiskowych systemów wsparcia mieli niższą samoocenę, tym silniej odczuwali piętno. Wnioski: samoocena osób chorujących psychicznie może być kluczowa dla radzenia sobie z trudnymi społecznymi sytuacjami, takimi jak stygmatyzacja, wpływając na cały proces zdrowienia.

Słowa kluczowe: schizofrenia, zasoby, stygmatyzacja, środowiskowe systemy wsparcia.

Choroby psychiczne są wielowymiarowymi zaburzeniami o różnym przebiegu i stanie końcowym. Ze względu na nawrotowy charakter wymagają holistycznego leczenia – połączenia nowoczesnej farmakoterapii z oddziaływaniami terapeutyczno-rehabilitacyjnymi oraz środowiskowymi. W ostatnich latach w Polsce nastąpił rozwój środowiskowych systemów wsparcia dla osób chorujących psychicznie. Dotyczy to szczególnie osób z rozpoznaniem schizofrenii uzyskujących wsparcie w społecznościach lokalnych (Bronowski i in. 2017, s. 221–235). Nowoczesne systemy wspomaganie umożliwiają kontynuowanie oddziaływań terapeutyczno-rehabilitacyjnych po pobytach w placówkach medycznych. Istnieją liczne dowody, że udział w środowiskowych programach wsparcia, takich jak: Warsztaty Terapii Zajęciowej (WTZ), Środowiskowe Domy Samopomocy (ŚDS), Zespoły Leczenia Środowiskowego (ZLŚ), Kluby, Mieszkania Chronione oraz Aktywizacja Zawodowa, wzmacnia proces zdrowienia oraz poprawia funkcjonowanie psychospołeczne (Bronowski 2018). Współczesne podejście do rozumienia istoty chorób psychicznych implikuje konieczność uzupełnienia diagnozy deficytów w różnych obszarach funkcjonowania o ocenę zasobów (mocnych stron). Ich identyfikacja sprzyja procesowi zdrowienia oraz umacniania w zdrowiu (Lloyd i in. 2017, s. 1061–1072).

Do istotnych zasobów w przypadku osób chorujących psychicznie zalicza się: samoocenę, nadzieję podstawową, samoskuteczność i optymizm (Rozya i in. 2019, s. 93–104). Mają one znaczenie dla satysfakcjonującego funkcjonowania psychicznego i dobrej jakości życia (Pietras-Mrozicka 2016, s. 19–38). Rezultaty badań osób chorujących psychicznie sugerują, że mocne strony pomagają w powrocie do zdrowia, w poprawie funkcjonowania poznawczego, a także wzmacniają skuteczność oddziaływań psychoterapeutycznych i rehabilitacyjnych (Potempa, Krupka-Matuszczyk 2014, s. 259–276; Langer i in. 2017, s. 233). Wykazano także znaczenie zasobów dla przebiegu chorób psychicznych: niska samoocena związana była z utrzymywaniem się objawów psychopatologicznych, takich jak halucynacje słuchowe i nastroj depresyjny (Fannon i in. 2009, s. 174–180; Gawęda i in. 2012, s. 933–949; Watson i in. 2002, s. 185–197). Wyższe poczucie własnej skuteczności związane było ze stosowaniem efektywnych strategii radzenia sobie z chorobą (Puchalska i in. 2013, s. 65–76), z lepszym funkcjonowaniem psychospołecznym (przedchorobowym i aktualnym) oraz niższym nasileniem objawów negatywnych w schizofrenii (Pratt i in. 2005, s. 187–197). W innych doniesieniach podkreślono znaczenie nadziei jako jednego z najsilniejszych predyktorów pomyślnego efektu końcowego procesu psychoterapii (Chamodraka 2008; Trzebiński, Zięba 2003). Obecnie wzrosło zainteresowanie stosowaniem psychoterapii pozytywnej ukierunkowanej na wzmacnianie zasobów osób chorujących psychicznie, szczególnie z doświadczeniem schizofrenii (Sawicka, Żochowska 2018, s. 239–247). Jednakże podejście to jest w fazie rozwoju, stąd niewiele badań dotyczących znaczenia poziomu zasobów dla funkcjonowania tej grupy osób.

Problematyka stygmatyzacji osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego jest ciągle ważnym zagadnieniem badawczym. Nadal poszukuje się skutecznych metod

zabiegania jej negatywnym konsekwencjom. Osoby z zaburzeniami psychicznymi doświadczają piętna ze strony społeczeństwa i najbliższych osób (Quinn i in. 2015, s. 103–108). Wpływa to negatywnie na proces zdrowienia i funkcjonowania psychospołecznego (Markiewicz, Hintze 2016, s. 147–158; Podogrodzka-Niell, Tyszkowska 2014, s. 1201–1211; Świtaj i in. 2010, s. 269–274). Wykazano, że autostygmatyzacja wśród osób chorujących psychicznie przyczynia się do niskiego poczucia własnej skuteczności, obniżonej samooceny, depresji i niskiej jakości życia (Pasmatzki i in. 2016, s. 243–252; Lien i in. 2018, s. 176–185). Prowadzi również do ukrywania swojej choroby, wycofania społecznego, niepodejmowania aktywności, a w konsekwencji do zaniechania realizacji celów życiowych (Corrigan i in. 2009, s. 75–81). Stygmatyzacja ma także związek z wysokim poziomem samotności wśród osób z doświadczeniem kryzysu psychiatrycznego (Chrostek i in. 2016, s. 190–199; Świtaj i in., 2014, s. 733–740). Światowa Organizacja Zdrowia (WHO 2001) zaleciła korzystanie ze środowiskowych metod wsparcia jako najbardziej skutecznych w zwalczaniu stygmatyzacji i polepszających jakość życia osób z zaburzeniami psychicznymi. Badania wykazały, że bycie uczestnikiem takich programów zmniejsza liczbę hospitalizacji, poprawia samopoczucie, zapewnia wsparcie w trudnych sytuacjach (Bronowski i in. 2009, s. 421–434) oraz zwiększa sieci społeczne (Bronowski 2018). Nie wiadomo jednak, jaki jest wpływ owego wsparcia na odczuwanie piętna i rozwój zasobów. Z tego właśnie powodu badanie skuteczności programów środowiskowych i ich wpływu na proces zdrowienia osób chorujących psychicznie jest niezwykle ważne.

Cel

Celami prezentowanego badania¹ było porównanie poziomu zasobów (samooceny, poczucia własnej skuteczności, nadziei podstawowej) oraz poczucia piętna i dyskryminacji osób korzystających z dwóch programów wsparcia środowiskowego – Środowiskowych Domów Samopomocy (ŚDS) i Warsztatów Terapii Zajęciowej (WTZ). Dodatkowo, oceniano, który z zasobów jest najlepszym predyktorem poczucia piętna wśród uczestników środowiskowych systemów wsparcia. Postawiono następujące hipotezy badawcze:

1. Uczestnicy WTZ charakteryzują się wyższym poziomem zasobów w porównaniu z uczestnikami ŚDS.

.....

¹ Przedstawione wyniki badania są częścią projektu badawczego zrealizowanego w ramach seminarium magisterskiego i nieopublikowanej pracy magisterskiej K. Frączek (2019): „Zasoby oraz poczucie piętna i dyskryminacji u osób chorujących psychicznie korzystających ze środowiskowych metod wsparcia”, Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie. Pracy przyznano I miejsce w XVI Ogólnopolskim Konkursie „Otwarte Drzwi” na najlepsze prace magisterskie w kategorii rehabilitacji społecznej, organizowanym przez PFRON (2019).

2. Uczestnicy środowiskowych systemów wsparcia, niezależnie od jego rodzaju, doświadczają napiętnowania i dyskryminacji z powodu choroby.
3. Wysoki poziom poczucia piętna wśród uczestników środowiskowych systemów wsparcia wyjaśnia obniżony poziom zasobów (samooceny, własnej skuteczności i nadziei podstawowej).

Metody

Osoby badane

W badaniu wzięło udział 97 osób chorujących psychicznie. Pierwszą grupę stanowiły 52 osoby korzystające z ŚDS, a drugą 45 osób uczestniczących w WTZ. Charakterystykę socjodemograficzną i kliniczną obu grup przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna i kliniczna badanych grup

Zmienne		Kategorie diagnostyczne		Wartość testów $t/Z/x^2$ i poziom istotności
		ŚDS (N = 52)	WTZ (N = 45)	
Wiek w latach (średnia \pm odchylenie standardowe)		52,23 \pm 14,03	37,09 \pm 9,65	$t(95) = 6,26$ $p < 0,001$
Stan cywilny (%)	Samotny(a)/singiel(ka)	30,9	41,2	$x^2 = 11,94$ $p < 0,05$
	W związku	6,2	2,1	
	Po rozwodzie	9,3	2,1	
	Wdowa/wdowiec	7,2	1	
Poziom wykształcenia (%)	Podstawowe	5,2	10,3	$x^2 = 3,26$ $p = 0,353$
	Zawodowe	9,3	5,2	
	Średnie	28,9	22,7	
	Wyższe	10,3	8,2	
Wiek zachorowania (średnia \pm odchylenie standardowe)		26,83 \pm 13,76	22,36 \pm 7,46	$Z = -1,15$ $p = 0,252$
Ilość hospitalizacji (średnia \pm odchylenie standardowe)		6,67 \pm 6,92	5,41 \pm 4,29	$Z = -0,47$ $p = 0,641$
test t-Studenta dla prób niezależnych; test x^2 ; test U-Manna-Whitneya				

Źródło: badania własne.

Osoby korzystające z ŚDS były starsze, częściej pozostawały w związkach, miały wyższy poziom wykształcenia, zachorowały w późniejszym wieku w porów-

naniu do osób korzystających z WTZ. Grupy te nie różniły się natomiast istotnie w liczbie przebytych hospitalizacji (tab. 1).

Spośród uczestników ŚDS, najwięcej osób chorowało na schizofrenię (42 osoby). U pozostałych osób rozpoznano zaburzenia depresyjne i zaburzenie afektywne dwubiegunowe. W grupie z WTZ, podobnie jak w grupie ŚDS, najwięcej uczestników chorowało na schizofrenię (39 osób).

Narzędzia

Do oceny zmiennych psychologicznych wykorzystano następujące metody psychologiczne:

- Polską wersję Skali Samooceny SES Morrisa Rosenberga (Dzwonkowska i in. 2008), która mierzy ogólny poziom samooceny za pomocą samoopisu, traktowanej jako stała cecha, a nie stan chwilowy. Kwestionariusz zawiera 10 stwierdzeń, odpowiedzi zaznacza się na 4-stopniowej skali (od 1 – „zdecydowanie zgadzam się”, do 4 – „zdecydowanie nie zgadzam się”). Im wyższy wynik w teście, tym wyższa samoocena. Charakteryzuje się dobrą rzetelnością (alfa Cronbacha = 0,81–0,83) i trafnością teoretyczną (Dzwonkowska i in. 2008).
- Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności GSES (Juczyński 2009), która mierzy siłę ogólnych przekonań jednostki, wyrażających jej postrzegane możliwości co do poradzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeciwnościami. Zawiera 10 twierdzeń, odpowiedzi zaznacza się na 4-stopniowej skali (od 1 – „nie”, do 4 – „tak”). Narzędzie to charakteryzuje się dobrą rzetelnością (alfa Cronbacha = 0,85) (Juczyński 2000, s. 11–24).
- Polską adaptację Kwestionariusza Nadziei Podstawowej BHI-12 (Trzebiński, Zięba 2003), która mierzy nadzieję podstawową, rozumianą jako przekonanie jednostki o uporządkowaniu, sensowności i przychylnego ludziom świata. Narzędzie zawiera 12 twierdzeń, a odpowiedzi zaznacza się na 5-stopniowej skali (od 1 – „zdecydowanie nie zgadzam się”, do 5 – „zdecydowanie zgadzam się”). Im więcej uzyskanych punktów, tym wyższy poziom nadziei podstawowej. Narzędzie to charakteryzuje się dobrą zgodnością wewnętrzną, rzetelnością (alfa Cronbacha = 0,70) i trafnością teoretyczną (Trzebiński, Zięba 2003).
- Pierwsze dwie części Kwestionariusza Piętna i Dyskryminacji (wykorzystane za zgodą dr. hab. n. med. Piotra Świtaja), które badają doświadczenie piętna choroby psychicznej w codziennym życiu i relacjach z innymi, przejawiających się byciem unikany przez innych, martwieniem się, negatywnymi ocenami społeczeństwa, doznawaniem obraźliwych uwag lub przekazami w mediach na temat osób z zaburzeniami psychicznymi. Pierwsza część składa się z 9 stwierdzeń dotyczących napiętnowania, druga zawiera 12 stwierdzeń dotyczących dyskryminacji. W obu odpowiedzi zaznacza się na 5-stopniowej skali, określającej częstotliwość stygmatyzacji (od 1 – „nigdy”, do 5 – „bardzo często”). Im wyższa punktacja, tym częstsze doświadczenia piętna. Narzędzie

to charakteryzuje się dobrą rzetelnością (alfa Cronbacha = 0,81), trafnością teoretyczną i czynnikową (Świtaj 2008).

- Autorski inwentarz danych socjodemograficznych i klinicznych, utworzony na potrzeby badania. Składał się z dwóch części: pierwsza umożliwiła zebranie danych ogólnych, takich jak: wiek, stan cywilny, poziom wykształcenia oraz sytuacja socjalna i/lub zawodowa, druga dotyczyła informacji o chorobie: postawionego rozpoznania, wieku zachorowania, liczby hospitalizacji, przyjmowanych leków oraz informacji o korzystaniu ze środowiskowych metod pomocy.

Procedura i przebieg badania

Badania prowadzone były od maja do października 2018 roku w Środowiskowych Domach Samopomocy i Warsztatach Terapii Zajęciowej w województwie mazowieckim. Uzyskano zgody na prowadzenie badań od kierowników środowiskowych placówek wsparcia (po wcześniejszym zapoznaniu ich z celem badania) oraz od ich uczestników. Otrzymali oni ustne i pisemne informacje dotyczące celu badania oraz dobrowolnego udziału w nim, anonimowości i możliwości wycofania się z niego na każdym etapie bez ponoszenia jakichkolwiek konsekwencji. Spośród osób, które wyraziły wstępną zgodę na udział w badaniu, 4 osoby zrezygnowały w trakcie wypełniania kwestionariuszy.

Analizy statystyczne

W opisie statystycznym uwzględniono średnie, odchylenia standardowe i frekwencje procentowe. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Analiza kształtu rozkładu zmiennych została sprawdzona przy pomocy testu Shapiro-Wilka. Do oceny istotności różnic między średnimi użyto jednoczynnikowej analizy wariancji (ANOVA) (w przypadku rozkładu normalnego) lub testu *U*-Manna–Whitneya (w przypadku rozkładu odbiegającego od normalnego). Współzmiennność między wybranymi zmiennymi sprawdzono za pomocą współczynnika korelacji *r*-Pearsona lub *rho* Spearmana, w zależności od spełnienia założeń o rozkładzie normalnym. W celu oceny, który z zasobów jest predyktorem poczucia piętna, zastosowano analizę regresji krokowej. Analizy przeprowadzono za pomocą programu IBM SPSS Statistics 25.

Wyniki

Poziom zasobów

Przeprowadzone analizy statystyczne nie wykazały istotnych różnic w poziomie zasobów: samooceny, poczucia własnej skuteczności i nadziei podstawowej między osobami korzystającymi z ŚDS i WTZ (tab. 2).

Tabela 2. Poziom zasobów u osób korzystających z ŚDS i WTZ. Różnice między grupami

Skala	Grupy badane	Średnia ± SD	Wartość statystyki F(df)	Istotność
SES	ŚDS (N = 52)	26,19 ± 4,74	F(1,95) = 2,69	p = 0,105
	WTZ (N = 45)	27,78 ± 4,77		
GSES	ŚDS (N = 52)	25,98 ± 7,30	F(1,95) = 1,06	p = 0,306
	WTZ (N = 45)	27,38 ± 5,86		
BHI-12	ŚDS (N = 52)	29,75 ± 4,61	F(1,95) = 1,06	p = 0,306
	WTZ (N = 45)	30,71 ± 4,57		
Jednoczynnikowa analiza wariancji (ANOVA)				

Źródło: badania własne.

Poziom poczucia piętna i dyskryminacji

Uczestnicy ŚDS odczuwali silniejsze piętno w porównaniu z osobami z WTZ, jednak uzyskana wartość η^2 cechuje niewielką siłę efektu, wskazującą na relatywnie niski procent wyjaśnianej wariancji – 6,4%. Pod względem poziomu dyskryminacji uczestnicy obu grup nie różnili się istotnie (tab. 3).

Tabela 3. Poziom poczucia piętna i dyskryminacji u osób korzystających z ŚDS i WTZ. Różnice między grupami

Skale (Kwestionariusz CESQ)	Grupy badane	Średnia ± SD	Wartość statystyki F(df)	Istotność
Piętno	ŚDS (N = 52)	26,73 ± 6,36	F(1,95) = 6,52 $\eta^2 = 0,064$	p < 0,05
	WTZ (N = 45)	23,53 ± 5,90		
Dyskryminacja	ŚDS (N = 52)	23,31 ± 6,37	Z = -1,51	p = 0,130
	WTZ (N = 45)	20,98 ± 3,77		
Jednoczynnikowa analiza wariancji (ANOVA); test U-Manna-Whitneya				

Źródło: badania własne.

Zasoby a poczucie piętna

Przeprowadzone analizy statystyczne w grupie osób z ŚDS i WTZ wykazały, że występują istotne związki między poczuciem piętna a zasobami. Istotną korelację zaobserwowano między piętnem a samooceną (r -Pearsona = -0,391; $p = 0,004$), poczuciem własnej skuteczności (r -Pearsona = -0,273; $p = 0,050$) i nadzieją (r -Pearsona = -0,363; $p = 0,008$). Wyniki sugerują, że im osoby z ŚDS miały wyższą samoocenę, poziom samoskuteczności oraz nadzieję podstawową, tym mniejsze odczuwały piętno.

Z kolei analizy korelacji w grupie uczestników WTZ wykazały jeden istotny związek między poczuciem piętna a samooceną (r -Pearsona = -0,439; p = 0,003). Wyniki sugerują, że im wyższą samoocenę miały osoby z WTZ, tym mniejsze odczuwały piętno. Nie znaleziono natomiast w tej grupie istotnego związku pomiędzy piętnem a poczuciem własnej skuteczności i nadzieją podstawową.

Czynniki kliniczne a zasoby, poczucie piętna i dyskryminacji

W grupie ŚDS wykazano dodatnią korelację między liczbą hospitalizacji a nadzieją podstawową (ρ Spearmana = 0,329; p = 0,033). Im osoby przeżyły więcej hospitalizacji, tym cechował je wyższy poziom nadziei podstawowej. W grupie WTZ nie znaleziono żadnego istotnego związku między zmiennymi a liczbą hospitalizacji.

Predyktory poczucia piętna

Ponieważ uzyskano niską wartość siły efektu przy ocenie różnicy w odczuwanym piętnie między grupami, do sprawdzenia, który z zasobów może być najlepszym predyktorem poczucia piętna, przeprowadzono analizę regresji krokowej dla całej grupy badanej, bez podziału na rodzaj metody wsparcia (WTZ vs. ŚDS). Wśród osób korzystających ze środowiskowych systemów wsparcia istotnym predyktorem okazał się tylko poziom samooceny, wyjaśniający 18% zmienności poziomu poczucia piętna. Im wyższa była samoocena u badanych osób, tym odczuwały niższe poczucie piętna (tab. 5).

Tabela 5. Predyktory odczuwanego piętna w całej grupie badanej

Piętno	Beta	Wartość t i p -istotności	Skorygowany r^2	$F(df)$ i p -istotności
Model 1 SES	-0,44	-4,71 p = 0,000	0,18	$F(1,95) = 22,19$ p = 0,000

Źródło: badania własne.

Dyskusja

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że osoby korzystające z dwóch typów środowiskowych systemów wsparcia: ŚDS i WTZ charakteryzują się podobnym poziomem zasobów w zakresie samooceny, samoskuteczności i nadziei podstawowej. Należy podkreślić, że wymienione placówki różnią się pod względem specyfiki programów. ŚDS są ukierunkowane na poprawę codziennego funkcjonowania, zapobiegania nawrotom i kolejnym hospitalizacjom. WTZ skupiają

się na zachęcaniu do podjęcia pracy i wzmacnianiu samodzielności (Bronowski i in. 2017, s. 221–235). Zatem zadaniem środowiskowych systemów wsparcia, szczególnie WTZ, jest przygotowanie osoby do podjęcia pracy zawodowej poprzez nabywanie nowych umiejętności społecznych, poprawiających codzienne funkcjonowanie w różnych rolach. Dla tych celów wykorzystywane są techniki terapii zajęciowej, terapii kreatywnej, w tym treningi umiejętności społecznych dotyczących codziennych aktywności, utrzymania samodzielności, rozwoju kompetencji interpersonalnych, a także poczucia wartości. Realizowanie tych celów wymaga współpracy zespołów terapeutyczno-rehabilitacyjnych, w skład których wchodzi: psycholog, pedagog specjalny i pracownicy socjalni (Podgórska-Jachnik, Pietras 2014, s. 74; Banaszczyk 2018, s. 70–86). Terapia zajęciowa, definiowana jako fachowe leczenie poprzez pracę i różnorodne zajęcia (Malinowska 1982 za: Sikorska 2013, s. 134–145), stanowi istotny element aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych w środowiskowych systemach wsparcia. Według Piechowicz-Witoń (2013, s. 187–198) dążenie do zatrudnienia jest istotną częścią rehabilitacji osób z niepełnosprawnościami. Praca pełni funkcję dochodową, socjalizującą i rehabilitacyjną. Stanowi ważny element obrazu siebie, poczucia sensu życia i zapobiega wykluczeniu społecznemu. Aktywizacja zawodowa osób chorujących psychicznie jest również ważnym aspektem promocji zdrowia psychicznego, a jej brak może zwiększać ryzyko nawrotu kryzysu (Szczupał 2015, s. 179–193). W związku z tym, można przypuszczać, że programy terapeutyczne realizowane w obu typach placówek były dostosowane do potrzeb i możliwości uczestników, przez co wzmacniały i rozwijały ich zasoby.

Dotychczas w Polsce nie przeprowadzono badań porównujących poziom zasobów wśród osób chorujących psychicznie, korzystających z różnych programów środowiskowych. Wykazano jednak, że korzystanie z nich poprawia funkcjonowanie społeczne, także w zakresie liczebności sieci społecznych i ogólnej jakości życia (Bronowski 2018; Bronowski i in. 2017, s. 221–235), zmniejsza liczbę i czas trwania kolejnych hospitalizacji w oddziałach całodobowych (Bronowski i in. 2009, s. 421–434; Załuska, Paszko 2002, s. 953–966). Brak różnic w poziomie mocnych stron wśród beneficjentów można tłumaczyć również okresem uczestnictwa w programach środowiskowych, który dla osób z ŚDS i WTZ wyniósł ok. 7 lat. Kilkuletni okres korzystania z placówek mógł przyczynić się do odbudowania i wzmocnienia zasobów. Ważną korzyścią z bycia członkiem tych programów jest również zapobieganie osamotnieniu. W naszym badaniu zdecydowana większość beneficjentów ŚDS i WTZ była osobami samotnymi. Wniosek ten wydaje się ważny w kontekście opublikowanych wyników (Chrostek i in. 2016, s. 190–199; Świtaj i in. 2014, s. 733–740), wskazujących na związek samotności ze stygmatyzacją wśród pacjentów oddziałów psychiatrycznych. Zatem, przeciwdziałanie osamotnieniu dzięki udziałowi w programach wsparcia środowiskowego, staje się jednym z ważnych czynników zmniejszających poczucie piętna i stygmatyzacji. W tym zakresie istotne znaczenie ma również tworzenie pozytywnego

wizerunku osoby chorującej psychicznie w lokalnej społeczności, co sprzyjałoby akceptacji. Jest to jedno z nadrzędnych zadań pedagogiki specjalnej, aby spróbować włączyć osoby chorujące psychicznie w życie społeczne (Krause 2010; za: Witusik i in. 2015, s. 73).

W prezentowanym badaniu nie wykazano różnicy w poziomie dyskryminacji między grupami ŚDS i WTZ. Jedyna różnica dotyczyła poczucia piętna, jednak ze względu na niską wartość siły efektu przeprowadzono dla wszystkich beneficjentów analizy mające na celu ustalenie predyktora poczucia piętna. Najważniejszym czynnikiem predykcyjnym okazała się samoocena. Osoby z wyższą samooceną odczuwały mniejsze natężenie piętna. Wynik ten koresponduje z rezultatami badań, w których autostygmatyzacja była związana m.in. z obniżoną samooceną (Corrigan i in. 2006, s. 875–884; Pasmatzi i in. 2016, s. 243–252; Watson i in. 2007, s. 1312–1318; Lien i in. 2018, s. 176–185). Należy jednak zaznaczyć, że badania te nie dotyczyły *stricto* odczuwania piętna, lecz przypisywania sobie stereotypów (autostygmatyzacji). W innych doniesieniach odnotowano, że niska samoocena podtrzymywała objawy choroby psychicznej (Fannon i in. 2009, s. 174–180; Gawęda i in. 2012, s. 933–949; Watson i in. 2002, s. 185–197), a autostygmatyzacja przyczyniała się do niskiego poziomu samoskuteczności (Pasmatzi i in. 2016, s. 243–252). W prezentowanych badaniach wykazano istotne związki pomiędzy zasobami a poczuciem piętna wśród dwóch grup uczestników środowiskowych systemów wsparcia. Osoby z ŚDS o wyższym poziomie własnej skuteczności, nadziei podstawowej i samoocenie odczuwały mniejsze piętno. Wśród uczestników WTZ uzyskano jeden taki związek między samooceną a poczuciem piętna. W grupie ŚDS uzyskano również związek między liczbą hospitalizacji a nadzieją podstawową. Im osoby były częściej hospitalizowane, tym miały wyższy poziom nadziei podstawowej. Rezultat ten można rozumieć w kontekście stosowanych oddziaływań terapeutycznych podczas hospitalizacji, m.in. w oddziałach rehabilitacji psychiatrycznej. Oddziaływania terapeutyczne prawdopodobnie wpływały pozytywnie na rozumienie swojej choroby i ukazywały możliwość jej pokonywania, co mogło wzbudzać nadzieję na powrót do zdrowia. Nadzieja jako zasób może mieć istotne znaczenie dla osób chorujących na schizofrenię, ponieważ przyczynia się do poprawy funkcjonowania (Libman-Sokołowska, Nasierowski 2013, s. 933–946), zmniejszenia nasilenia objawów psychopatologicznych (Waynor i in. 2012a, s. 299–311; Waynor i in. 2012b, s. 345–348), motywuje do podejmowania działań, ocenianych jako możliwe do wykonania, np. pokonanie choroby (Noh i in. 2008, s. 69–77).

Stygmatyzowanie chorego psychicznie jako „gorszego” od lat występuje w społeczeństwie, co negatywnie wpływa na relacje interpersonalne, aktywność zawodową, proces zdrowienia, efektywność oddziaływań terapeutycznych i funkcjonowanie społeczne osób chorujących psychicznie (Babicki i in. 2018, s. 93–102; Markiewicz, Hintze 2016, s. 147–158; Świtaj, 2008). Podkreśla to wartość prezentowanych wyników zarówno w aspekcie poznawczym, jak i praktycznym. Uży-

skane dane sugerują potrzebę wzmacniania zasobów uczestników środowiskowych systemów wsparcia, w celu zmniejszenia poczucia piętna. Wniosek ten jest zgodny z obserwacjami Matyjas i Grzyb (2013, s. 345–352), które wykazały, że tworzenie pozytywnego wizerunku osób chorujących psychicznie w ŚDS przeciwdziała autostygmatyzacji. Nieliczne doniesienia sugerują, że najbardziej destygmatyzujący efekt może mieć rozpowszechnianie wiedzy na temat zaburzeń psychicznych przez osoby stygmatyzowane (Liberadzka i in. 2011). Oprócz samooceny, poczucie własnej skuteczności i nadzieja to ważne zasoby w procesie zdrowienia osób chorujących psychicznie. Potwierdzają to również doniesienia, w których wyższe poczucie samoskuteczności było związane m.in. z niższym poziomem objawów negatywnych u osób z doświadczeniem schizofrenii (Pratt i in. 2005, s. 187–197). Nadzieja była związana z samoskutecznością, co może zmniejszać poczucie stygmatyzacji (Landeem i in. 2007, s. 64–68; Villagonzalo i in. 2018, s. 354–360), a także pozytywnie wpływała na angażowanie się w relacje społeczne i ich podtrzymanie (Lencucha i in. 2008, s. 330–355). Dostępne badania sugerują znaczenie wzmacniania samoskuteczności, samooceny i nadziei osób z zaburzeniami psychicznymi, nie mniej jednak dalsze badania w tym obszarze są konieczne.

Rezultaty przeprowadzonego badania wskazują, że samoocena ma najistotniejsze znaczenie w zakresie przeciwdziałania piętnu osób chorujących psychicznie, korzystających z różnych programów środowiskowych. Wynik ten podkreśla znaczenie pracy psychoterapeutycznej w uzyskaniu adekwatnej samooceny u osób chorujących psychicznie. Doświadczenia z pracy klinicznej sugerują, że osoby chorujące psychicznie mają często znacznie obniżoną samoocenę, ponieważ po zachorowaniu same oceniają się w kategoriach diagnozy, nadając sobie etykietę „jestem schizofrenikiem” (Hintze 2015, s. 350–379). Ważnym działaniem, wzmacniającym samoocenę, jest również zaangażowanie osób z doświadczeniem choroby psychicznej w ruch samopomocowy, co potwierdziły już badania (Omeni i in. 2014). Przykładem grupy samopomocowej, aktywnie działającej na Mazowszu, jest Grupa Wsparcia Osób z Doświadczeniem Choroby Psychiczej TROP (Witusik i in. 2015, s. 102; Bronowski, Bednarzak 2018, s. 35–44). Tworzą ją głównie osoby chorujące na schizofrenię oraz sojusznicy. Grupa Wsparcia TROP na wielu płaszczynach współpracuje z Akademią Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie. Do najważniejszych oddziaływań antystygmatyzacyjnych Grupy należy prowadzenie prelekcji destygmatyzacyjnych dla uczniów i studentów oraz spotkania dla różnych organizacji i instytucji.

Podsumowanie

Na podstawie uzyskanych rezultatów można wnioskować, że samoocena jest kluczowa dla radzenia sobie z trudnymi sytuacjami w postaci odrzucenia i stygmatyzacji. Jednak rozwój adekwatnej samooceny jest procesem, który wy-

maga długoterminowych oddziaływań terapeutycznych. Z tego powodu programy środowiskowe powinny być w większym stopniu ukierunkowane na wzmacnianie konkretnych zasobów, a także na rozwijanie różnych zdolności i zainteresowań osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego.

Abstract: Resources as a predictor of stigma in people with mental illness using community-based support system

Purpose: The aim of the study was to compare the level of resources (self-esteem, self-efficacy, basic hope), stigma and discrimination among people using one of two community-based support system (Community Self-Help Center and Occupational Therapy Workshops). **Methods:** In total 97 subjects with mental illness in in the Mazowieckie Province (52 from Community Self-Help Center and 45 from Occupational Therapy Workshops) were examined with the use of the *Rosenberg Self-Esteem Scale (SES)*, *Generalized Self-Efficacy Scale (GSES)*, *Basic Hope Inventory-12 (BHI-12)* and *Consumer Experiences of Stigma Questionnaire (CESQ)*. **Results:** Results shows no differences in the level of resources (self-esteem, self-efficacy, basic hope) between the study groups. Whereas for the entire study group the predictor of the stigma was the level of self-esteem – the lower the self-esteem people using community-based support systems had, the more stigma they felt. **Conclusions:** Self-esteem can be crucial for coping with difficult social situations, such as stigmatization, which affects the entire recovery.

Key words: schizofrenia, resources, stigma, community-based support system.

Bibliografia

- [1] Babicki M., Kotowicz K., Piotrowski P., Stramecki F., Kobyłko A., Rymaszewska J., 2018, *Obszary stygmatyzacji i dyskryminacji osób chorujących psychicznie wśród respondentów internetowych w Polsce*, „Psychiatria Polska”, 52(1), s. 93–102.
- [2] Banaszczyk M., 2018, *Pedagogika wobec schizofrenii*, „Kultura i Wychowanie”, 2, s. 70–86.
- [3] Bronowski P., 2018, *Środowiskowe systemy wsparcia w procesie zdrowienia osób chorych psychicznie*, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa.
- [4] Bronowski P., Bednarzak J., 2018, *Grupa Wsparcia TROP – pięć lat doświadczeń*, „Zeszyty Pracy Socjalnej”, 23(1), s. 35–44.
- [5] Bronowski P., Chotkowska K., Rowicka M., 2017, *Patient’s Clubs – underestimated support programmes*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 26(4), s. 221–235.
- [6] Bronowski P., Sawicka M., Kluczyńska S., 2009, *Charakterystyka populacji objętej środowiskowym systemem rehabilitacji i wsparcia społecznego*, „Psychiatria Polska”, 43(4), s. 421–434.
- [7] Chamodraka M., 2008, *Hope Development in Psychotherapy: A Grounded Theory Analysis of Client Experiences*, McGill University, Montreal.
- [8] Chrostek A., Grygiel P., Anczewska M., Wciórka J., Świtaj P., 2016, *The intensity and correlates of the feelings of loneliness in people with psychosis*, „Comprehensive Psychiatry”, 70, s. 190–199.

- [9] Corrigan P.W., Larson J.E., Rüsch N., 2009, *Self-stigma and the „why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices*, „World Psychiatry”, 8(2), s. 75–81.
- [10] Corrigan P.W., Watson A.C., Barr L., 2006, *The Self-Stigma of Mental Illness: Implications for Self-Esteem and Self-Efficacy*, „Journal of Social and Clinical Psychology”, 25(8), s. 875–884.
- [11] Dzwonkowska I., Lachowicz-Tabaczek K., Łaguna M., 2008, *Samoocena i jej pomiar: Polska adaptacja skali SES M. Rosenberga*. Podręcznik, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa.
- [12] Fannon D., Hayward P., Thompson N., Green N., Surguladze S., Wykes T., 2009, *The self or the voice? Relative contributions of self-esteem and voice appraisal in persistent auditory hallucinations*, „Schizophrenia Research”, 112(1-3), s. 174–180.
- [13] Gawęda Ł., Holas P., Kokoszka A., 2012, *Dysfunkcyjne przekonania metapoznawcze oraz lęk, depresja i samoocena u osób zdrowych psychicznie mających doświadczenia podobne do omamów*, „Psychiatria Polska”, 46(6), s. 933–949.
- [14] Hintze B., 2015, *Poradnictwo psychologiczne dla osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi i dla ich rodzin*, [w:] *Poradnictwo psychologiczne*, (red.) C. Czabała, S. Kluczyńska, Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa.
- [15] Juczyński Z., 2000, *Poczucie własnej skuteczności – teoria i pomiar*, „Folia Psychologica”, 4, s. 11–24.
- [16] Juczyński Z., 2009, *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa.
- [17] Landeen J., Seeman M., Goering P., Streiner D., 2007, *Schizophrenia: Effect of perceived stigma on two dimensions of recovery*, „Clinical Schizophrenia & Related Psychoses”, 1(1), s. 64–68.
- [18] Langer Á.I., Schmidt C., Mayol R. et al., 2017, *The effect of a mindfulness-based intervention in cognitive functions and psychological well-being applied as an early intervention in schizophrenia and high-risk mental state in a Chilean sample: study protocol for a randomized controlled trial*, „Trials”, 18.
- [19] Lencucha R., Kinsella E. A., Sumsion T., 2008, *The formation and maintenance of social relationships among individuals living with schizophrenia*, „American Journal of Psychiatric Rehabilitation”, 11(4), s. 330–355.
- [20] Liberadzka A., Szuba M., Cechnicki A., Kaszyński H., Bielańska A., 2011, *Through education to social inclusion: The anti-stigma program implemented by community psychiatry workers and users in Krakow*, „Psychiatrische Praxis”, 38.
- [21] Libman-Sokołowska M., Nasierowski T., 2013, *Rola nadziei w zmaganiach ze schizofrenią*, „Psychiatria Polska”, 47(5), s. 933–946.
- [22] Lien Y.J., Chang H.A., Kao Y.C., et al., 2018, *Insight, self-stigma and psychosocial outcomes in Schizophrenia: a structural equation modelling approach*, „Epidemiology and Psychiatric Sciences”, 27, s. 176–185.
- [23] Lloyd H., Lloyd J., Fitzpatrick R., Peters M., 2017, *The role of life context and self-defined well-being in the outcomes that matter to people with a diagnosis of schizophrenia*, „Health Expect”, 20, s. 1061–1072.
- [24] Markiewicz A., Hintze B., 2016, *Piętno a wsparcie społeczne – podobieństwa i różnice w grupach kobiet chorujących przewlekłe*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 25(3), s. 147–158.
- [25] Matyjas B., Grzyb A., 2013, *Formy aktywizacji osób niepełnosprawnych intelektualnie i z zaburzeniami psychicznymi (na przykładzie środowiskowego domu samopomocy)*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne”, 3(4), s. 345–352.

- [26] Noh C., Choe K., Yang B., 2008, *Hope from the perspective of people with schizophrenia (Korea)*, „Archives of Psychiatric Nursing”, 22(2), s. 69–77.
- [27] Omeni E., Barnes M., MacDonald D., Crawford M., Rose D., 2014, *Service user involvement: Impact and participation: A survey of service user and staff perspectives*, „BMC Health Services Research”, 14.
- [28] Pasmatzis E., Koulierakis G., Giaglis G., 2016, *Self-stigma, self-esteem and self-efficacy of mentally ill*, „Psychiatriki”, 27, s. 243–252.
- [29] Piechowicz-Witoń D., 2013, *Trener pracy jako skuteczna metoda aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnością*, [w:] *Pedagogiczne, medyczne i ekonomiczne aspekty niepełnosprawności*, (red.) R. Czepczarz, W. Duczmal, S. Śliwa, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Opolu, Opole.
- [30] Pietras-Mrozicka A., 2016, *Posiadane zasoby osobiste (optymizm i poczucie własnej skuteczności) a ocena jakości życia. Analiza współzależności*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica”, 57, s. 19–38.
- [31] Podgórska-Jachnik D., Pietras T., 2014, *Praca socjalna z osobami z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinami*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa.
- [32] Podogrodzka-Niehl M., Tyszkowska M., 2014, *Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym*, „Psychiatria Polska”, 48(6), s. 1201–1211.
- [33] Potempa K., Krupka-Matuszczyk I., 2014, *Prozdrowotna rola optymizmu u osób z zaburzeniami psychicznymi*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, 14(4), s. 259–276.
- [34] Pratt S.I., Mueser K.T., Smith T.E., Lu W., 2005, *Self-efficacy and psychosocial functioning in schizophrenia: A mediational analysis*, „Schizophrenia Research”, 78, s. 187–197.
- [35] Puchalska L., Tartas M., Wichowicz H., Wasilewko I., 2013, *Strategie radzenia sobie opiekunów osób chorych na depresję*, „Annales Academiae Medicae Gedanensis”, 43, s. 65–76.
- [36] Quinn D.M., Williams M.K., Weisz B.M., 2015, *From discrimination to internalized mental illness stigma: The mediating roles of anticipated discrimination and anticipated stigma*, „Psychiatric Rehabilitation Journal”, 38(2), s. 103–108.
- [37] Rozya P., Sawicka M., Żochowska A., Bronowski P., 2019, *Mocne strony osób chorych na schizofrenię i osób zdrowych – podobieństwa i różnice*, „Psychiatria Polska”, 53(1), s. 93–104.
- [38] Sawicka M., Żochowska A., 2018, *Positive Interventions in the Therapy of Schizophrenia Patients*, „Current Problems of Psychiatry”, 19(4), s. 239–247.
- [39] Sikorska A., 2013, *Wielowymiarowa rehabilitacja osób niepełnosprawnych w warsztatach terapii zajęciowej*, [w:] *Pedagogiczne, medyczne i ekonomiczne aspekty niepełnosprawności*, (red.) R. Czepczarz, W. Duczmal, S. Śliwa, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Opolu, Opole.
- [40] Szczupał B., 2015, *Aktywizacja społeczno-zawodowa i zatrudnienie osób z zaburzeniami psychicznymi – wybrane uwarunkowania i rozwiązania praktyczne*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J – Paedagogia-Psychologia”, 28(1), s. 179–193.
- [41] Świtaj P., 2008, *Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- [42] Świtaj P., Grygiel P., Anczewska M., Wciórka J., 2014, *Loneliness mediates the relationship between internalised stigma and depression among patients with psychotic disorders*, „International Journal of Social Psychiatry”, 60(8), s. 733–740.

- [43] Świtaj P., Wciórka J., Grygiel P., Smolarska-Świtaj J., Anczewska M., Chrostek A., 2010, *Częstość doświadczeń stygmatyzacji u chorych na schizofrenię w porównaniu do pacjentów z innymi problemami zdrowotnymi*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 19(4), s. 269–274.
- [44] Trzebiński J., Zięba M., 2003, *Kwestionariusz Nadziei Podstawowej – BHI-12*. Podręcznik, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa.
- [45] Villagonzalo K.A., Leitan N., Farhall J., Foley F., McLeod B., Thomas N., 2018, *Development and validation of a scale for self-efficacy for personal recovery in persisting mental illness*, „Psychiatry Research”, 269, s. 354–360.
- [46] Watson A.C., Corrigan P.W., Larson J.E., Sells M., 2007, *Self-Stigma in People With Mental Illness*, „Schizophrenia Bulletin”, 33(6), s. 1312–1318.
- [47] Watson D., Suls J., Haig J., 2002, *Global self-esteem in relation to structural models of personality and affectivity*, „Journal of Personality and Social Psychology”, 83, s. 185–197.
- [48] Waynor W.R., Gao N., Dolce J.N., 2012a, *The paradoxical relationship between hope and the educational level of people in recovery*, „American Journal of Psychiatric Rehabilitation”, 15(3), s. 299–311.
- [49] Waynor W.R., Gao N., Dolce J.N., Haytas L.A., Reilly A., 2012b, *The relationship between hope and symptoms*, „Psychiatric Rehabilitation Journal”, 35(4), s. 345–348.
- [50] Witusik A., Leszto S., Podgórska-Jachnik D., Pietras T., 2015, *Schizofrenia w kontekście nauk społecznych: osoba chora na schizofrenię w obszarze zainteresowań pedagogiki specjalnej*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław.
- [51] World Health Organization, 2001, *Mental Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope*, World Health Organization, Genewa.
- [52] Załuska M., Paszko J., 2002, *Znaczenie środowiskowych placówek rehabilitacji i oparcia społecznego dla ograniczenia hospitalizacji psychiatrycznych*, „Psychiatria Polska”, 36(6), s. 953–966.

Katarzyna Frączek *, Beata Hintze **

* The Institute of Psychiatry and Neurology in Warsaw [katarzfra@gmail.com],

** The Maria Grzegorzewska University in Warsaw [beata.hintze@interia.pl]

Resources as a predictor of stigma in people with mental illness using community-based support system

Abstract: Purpose: The aim of the study was to compare the level of resources (self-esteem, self-efficacy, basic hope), stigma and discrimination among people using one of two community-based support system (Community Self-Help Center and Occupational Therapy Workshops). **Methods:** In total 97 subjects with mental illness in the Mazowieckie Province (52 from Community Self-Help Center and 45 from Occupational Therapy Workshops) were examined with the use of the Rosenberg Self-Esteem Scale (SES), Generalized Self-Efficacy Scale (GSES), Basic Hope Inventory-12 (BHI-12) and Consumer Experiences of Stigma Questionnaire (CESQ). **Results:** Results shows no differences in the level of resources (self-esteem, self-efficacy, basic hope) between the study groups. Whereas for the entire study group the predictor of the stigma was the level of self-esteem – the lower the self-esteem people using community-based support systems had, the more stigma they felt. **Conclusions:** Self-esteem can be crucial for coping with difficult social situations, such as stigmatization, which affects the entire recovery.

Key words: schizophrenia, resources, stigma, community-based support system.

Mental illness is a multidimensional disorder of different course and final state. Due to their recurrent nature, they require holistic treatment – a combination of modern pharmacotherapy with therapeutic and rehabilitation as well as

community-based measures. In recent years, Poland has seen the development of community-based support systems for mentally ill people. This is especially true for people with diagnosed schizophrenia finding support in local communities (Bronowski et al. 2017, pp. 221–235). Modern support systems enable the continuation of therapeutic and rehabilitation measures after stays in medical facilities. There is ample evidence that participation in community-based support programs, such as Occupational Therapy Workshops (OTW), Community Self-Help Centers (CSHC), Community Treatment Teams (CTT), Clubs, Sheltered Housing and Employment Support Programs, strengthens the recovery process and improves psychosocial functioning (Bronowski, 2018). The modern approach to understanding the essence of mental illness implies the need to supplement the diagnosis of deficits in various areas of functioning with an assessment of resources (strengths). Their identification promotes the process of healing and strengthening in health (Lloyd et al. 2017, pp. 1061–1072).

Important resources for the people with mental disorders include: self-esteem, basic hope, self-efficacy and optimism (Rozya et al. 2019, pp. 93–104). They are important for satisfactory mental functioning and good quality of life (Pietras-Mrozicka 2016, pp. 19–38). The results of studies involving people with mental disorders suggest that the strengths help to recover, improve cognitive functioning, and strengthen the effectiveness of psychotherapeutic and rehabilitation measures (Potempa, Krupka-Matuszczyk 2014, pp. 259–276; Langer et al. 2017, p. 233). The importance of resources for the course of mental illness was also demonstrated: low self-esteem was associated with the persistence of psychopathological symptoms such as auditory hallucinations and depressive moods (Fannon et al. 2009, pp. 174–180; Gawęda et al. 2012, s. 933–949; Watson et al. 2002, pp. 185–197). A higher self-efficacy was associated with the use of effective disease coping strategies (Puchalska et al. 2013, pp. 65–76), with better psychosocial functioning (pre-disease and current) and lower intensity of negative symptoms in schizophrenia (Pratt et al. 2005, pp. 187–197). Other reports stress the importance of hope as one of the strongest predictors of the successful outcome of the psychotherapy process (Chamodraka 2008; Trzebiński, Zięba 2003). Currently, there is an increased interest in the use of positive psychotherapy aimed at strengthening the resources of mental disorders people, people suffer from schizophrenia (Sawicka, Żochowska 2018, p. 239–247). However, this approach is in its development phase, hence little research on the importance of the level of resources for the functioning of this group of people.

The issue of stigmatization of people experiencing mental crisis is still an important research problem. Effective methods of dealing with its negative consequences are still being sought. People with mental disorders experience stigma from society and their family (Quinn et al. 2015, pp. 103–108). This has a negative impact on recovery and psychosocial functioning (Markiewicz, Hintze 2016, pp. 147–158; Podogrodzka-Niell, Tyszkowska 2014, pp. 1201–1211; Świtaj et al.

2010, pp. 269–274). It has been shown that self-stigma among the people with mental disorders contributes to low self-efficacy, decreased self-esteem, depression and low quality of life (Pasmatzi et al. 2016, pp. 243–252; Lien et al. 2018, pp. 176–185). It also leads to hiding one's illness, social withdrawal, inactivity, and, as a consequence, to abandoning one's life goals (Corrigan et al. 2009, pp. 75–81). The stigmatization is also related to the high level of loneliness among people experiencing psychotic crisis (Chrostek et al. 2016, pp. 190–199; Świtaj et al., 2014, pp. 733–740). The World Health Organization (WHO 2001) recommends community-based support methods as the most effective in combating stigma and improving the quality of life of people with mental disorders. Research has shown that being a participant in such programs reduces the number of hospitalizations, improves well-being, provides support in difficult situations (Bronowski et al., 2009, pp. 421–434) and reinforce social networks of social networks (Bronowski, 2018). The impact of this support on feelings of stigma and development of resources is, however, unknown. For this reason, it is extremely important to study the effectiveness of community-based programs and their impact on the recovery of people with mental illness.

Objective

The objectives of the presented study¹ were to compare the level of resources (self-esteem, self-efficacy, basic hope) and experiences of stigma and discrimination between people participating in two community-based support programs – Community Self-Help Centers (CSHC) and Occupational Therapy Workshops (OTW). In addition, it was assessed which of the resources is the best predictor of experiences of stigma among the participants of community-based support systems. The following research hypotheses were formulated:

1. The OTW participants have a higher level of resources compared to the CSHC participants.
2. Community-based support systems participants, regardless of the type, experience stigma and discrimination due to illness.
3. The high level of an experience of stigma among community-based support systems participants explains the reduced level of resources (self-esteem, self-efficacy and basic hope).

.....

¹ The presented study results are part of a research project carried out within the framework of M.A. seminar and an unpublished master's thesis by Frączek, K. (2019) entitled "Zasoby oraz poczucie piętna i dyskryminacji u osób chorujących psychicznie korzystających ze środowiskowych metod wsparcia" (*Resources and experiences of stigma and discrimination in people with mental disorders using community-based support methods*), the Maria Grzegorzewska University, Warsaw. The work was awarded first place in the 16th National "Otwarte Drzwi" Competition for the best master's theses in the social rehabilitation category, organized by PFRON (2019).

Methods

Research subjects

A total of 97 people with mental disorders took part in the study. The first group consisted of 52 CSHC participants and the second group of 45 OTW participants. Sociodemographic and clinical characteristics of both groups are presented in Table 1.

Table 1. Sociodemographic and clinical characteristics of the studied groups

Variables		Diagnostic categories		Test value t/Z/x ² and significance level
		CSHC (N = 52)	OTW (N = 45)	
Age in years (mean ± standard deviation)		52.23 ± 14.03	37.09 ± 9.65	t(95) = 6,26 p < 0.001
Marital status (%)	Lonely person(s)/single(s)	30.9	41.2	x ² = 11.94 p < 0.05
	In relationship	6.2	2.1	
	Divorced	9.3	2.1	
	Widow/widower	7.2	1	
Educational attainment (%)	Primary	5.2	10.3	x ² = 3.26 p = 0.353
	Vocational	9.3	5.2	
	Moderate	28.9	22.7	
	Higher	10.3	8.2	
Age of illness onset (mean ± standard deviation)		26.83 ± 13.76	22.36 ± 7.46	Z = -1.15 p = 0.252
Number of hospitalizations (mean ± standard deviation)		6.67 ± 6.92	5.41 ± 4.29	Z = -0.47 p = 0.641
t-Student test for independent samples; x ² test; Mann-Whitney U test				

Source: author's own research

CSHC participants were older, they were more often in relationships, had a higher level of education, became ill at a later age in comparison with OTW participants. However, these groups did not differ significantly in the number of hospitalizations (Table 1).

Among the CSHC participants, most people had schizophrenia (42 people). The remaining people were diagnosed with depression disorder and bipolar disorder (BD). In the OTW group, similarly as in the BD group, most of the participants had schizophrenia (39 people).

Tools

The following psychological methods were used to assess psychological variables:

- Polish version of the Rosenberg self-esteem scale (SES) (Dzwonkowska et al. 2008), which measures, by means of self-description, the overall level of self-esteem treated as a permanent feature rather than a temporary state. The questionnaire contains 10 statements and uses a scale of 1–4 (from 1 – “I strongly agree” to 4 – “I strongly disagree”). The higher the score in the test, the higher the self-esteem. It is characterized by good reliability (Cronbach’s alpha = 0.81–0.83) and theoretical accuracy (Dzwonkowska et al. 2008).
- Generalized Self-Efficacy Scale (GSE) (Juczyński 2009). It measures the strength of an individual’s general beliefs, expressing his or her perceived ability to cope with difficult situations and adversities. It contains 10 statements and uses a scale of 1–4 (from 1 – ‘no’ to 4 – ‘yes’). This tool is characterized by good reliability (Cronbach’s alpha = 0.85) (Juczyński 2000, pp. 11–24).
- Polish adaptation of the Basic Hope Questionnaire BHI-12 (Trzebiński, Zięba 2003). It measures basic hope, understood as the individual’s conviction that all is well with the world which is organized, meaningful and benevolent. The tool contains 12 statements and uses a scale of 1–5 (from 1 – “I strongly disagree” to 5 – “I strongly agree”). The more points scored, the higher the level of basic hope. This tool is characterized by good internal consistency, reliability (Cronbach’s alpha = 0.70) and theoretical accuracy (Trzebiński, Zięba 2003).
- The first two parts of the Consumer Experiences of Stigma Questionnaire – CESQ (used with the consent of dr. hab. n. med. Piotr Świtaj), which studies the experiences of stigma of mental illness in everyday life and relations with others, manifested by being avoided by others, worrying, negative opinions of the society, feeling offended by offensive remarks or media reports about people with mental disorders. The first part consists of 9 statements on stigmatization and the second part contains 12 statements on discrimination. Both these parts use a scale of 1–5, which determines the frequency of stigmatization (from 1 – “never” to 5 – “very often”). The higher the score, the more frequent the experiences of stigma. This tool is characterized by good reliability (Cronbach’s alpha = 0.81), theoretical and factorial accuracy (Świtaj 2008).
- The author’s own inventory of sociodemographic and clinical data, created for the study. It consisted of two parts, the first of which made it possible to collect general data such as: age, marital status, educational attainment and social and/or occupational activity or situation. The second part concerned information about the disease: the diagnosis made, the age of illness onset, the number of hospitalizations, medicines taken and information about the use of community-based support methods.

Procedure and conduct of the study

The study was conducted from May to October 2018 in Community Self-Help Centers and Occupational Therapy Workshops in the Mazowieckie Province. Consents to conduct the study have been obtained from the managers of community support institutions (after having familiarized them with the purpose of the study) and from their participants. They have received oral and written information about the purpose of the study and voluntary participation, anonymity and the possibility to withdraw from it at any stage without any consequences. From among all the people who gave their initial consent to take part in the study, 4 people resigned while completing the questionnaires.

Statistical analyses

The statistical description includes averages, standard deviations and percentages. The significance level $p < 0.05$ was assumed. The analysis of the shape of the distribution of variables was verified using the Shapiro-Wilk test. The one-way analysis of variance (ANOVA) (for normal distribution) or the Whitney U-Mann test (for abnormal distribution) was used to assess the significance of differences between the averages. The covariance between the selected variables was checked using the r-Pearson or rho Spearman correlation coefficient, depending on the fulfillment of normal distribution assumptions. A step-by-step regression analysis was used to assess which resource is the predictor of experiences of stigma. The analyses were performed using the IBM SPSS Statistics 25.

Results

Level of resources

The statistical analyses did not show any significant differences in the level of resources: self-esteem, self-efficacy and basic hope between CSHC and OTW participants (Table 2).

Table 2. The level of resources in CSHC and OTW participants. Differences between groups

Scale	Studied groups	Mean \pm SD	Statistics value F(df)	pSignificance
SES	CSHC (N = 52)	26.19 \pm 4.74	F(1.95) = 2.69	p = 0.105
	OTW (N = 45)	27.78 \pm 4.77		
GSES	CSHC (N = 52)	25.98 \pm 7.30	F(1.95) = 1.06	p = 0.306
	OTW (N = 45)	27.38 \pm 5.86		

Scale	Studied groups	Mean \pm SD	Statistics value F(df)	pSignificance
BHI-12	CSHC (N = 52)	29.75 \pm 4.61	F(1.95) = 1.06	p = 0.306
	OTW (N = 45)	30.71 \pm 4.57		
One-way analysis of variance (ANOVA)				

Source: author's own research

Experiences of stigma and discrimination

The CSHC participants j more severe stigma in comparison with OTW participants, however, the obtained value of η^2 is characterized by a small force of effect indicating a relatively low percentage of the explained variance – 6.4%. The participants of both groups did not differ significantly in terms of the level of discrimination (Table 3).

Table 3. The level of experiences stigma and discrimination in CSHC and OTW participants. Differences between groups

Scales (CESQ Questionnaire)	Studied groups	Mean \pm SD	Statistics value F(df)	pSignificance
Stigma	CSHC (N = 52)	26.73 \pm 6.36	F(1.95) = 6.52 $\eta^2 = 0.064$	p < 0.05
	OTW (N = 45)	23.53 \pm 5.90		
Discrimination	CSHC (N = 52)	23.31 \pm 6.37	Z = -1.51	p = 0.130
	OTW (N = 45)	20.98 \pm 3.77		
One-way analysis of variance (ANOVA); U-Mann Whitney test				

Source: author's own research

Resources and experiences of stigma

The statistical analyses carried out in the group of CSHC and OTW participants showed that there are significant relationships between the experiences of stigma and resources. A significant correlation was observed between stigma and self-esteem (Pearson's $r = -0.391$; $p = 0.004$), self-efficacy (Pearson's $r = -0.273$; $p = 0.050$) and hope (Pearson's $r = -0.363$; $p = 0.008$). The results suggest that the higher the self-esteem, self-efficacy and basic hope levels in CSHC participants, the less stigma they experienced.

In turn, correlation analyses in the group of OTW participants showed one significant relationships between the experiences of stigma and self-esteem (Pearson's $r = -0.439$; $p = 0.003$). The results suggest that the higher the self-esteem of OTW participants, the less stigma they experienced. However, no significant link was found in this study group between stigma and self-efficacy and basic hope.

Clinical factors and resources, experiences of stigma and discrimination

In the CSHC group, there was a positive correlation between the number of hospitalizations and basic hope (Spearman's $\rho = 0.329$; $p = 0.033$). The higher the number of hospitalizations, the higher the level of basic hope. In the OTW group, no significant relationships between variables and the number of hospitalizations was found.

The predictors of experiences of stigma

Since a low value of the strength of the effect was obtained when evaluating the difference in experienced stigma between the groups, in order to verify which of the resources may be the best predictor of experiences of stigma, a step-by-step regression analysis was carried out for the whole study group, without any division into the type of support method (WOT vs. CSHC). Among people who use community-based support systems, only the level of self-esteem, which explains 18% of the variability in the level of experiences of stigma, proved to be an important predictor. The higher the self-esteem of the subjects, the lower the experience of stigma (Table 5).

Table 5. Predictors of experienced stigma in the entire study group

Stigma	Beta	t Value and p-significance	Coefficient of determination r^2	F(df) and p-significance
Model 1 SES	-0.44	-4.71 $p = 0.000$	0.18	F(1.95) = 22.19 $p = 0.000$

Source: author's own research

Discussion

The results of the conducted studies indicate that persons using two types of community-based support systems: CSHC and OTW are characterized by a similar level of resources in terms of self-esteem, self-efficacy and basic hope. It should be stressed that these institutions differ in terms of the specificity of the programs. CSHCs are aimed at improving daily functioning, preventing relapses and subsequent hospitalizations. OTWs focus on encouraging people to work and strengthening independence (Bronowski et al. 2017, pp. 221–235). Therefore, the task of community-based support systems, especially OTW, is to prepare a person for occupational activity by acquiring new social skills that improve daily functioning

in different roles. Occupational and creative therapy techniques are used for these purposes, including social skills training for daily activities, maintaining independence, developing interpersonal skills, as well as a sense of value. The realization of these goals requires the cooperation of therapeutic-rehabilitation teams consisting of psychologists, special educators and social workers (Podgórska-Jachnik, Pietras 2014, p. 74; Banaszczyk 2018, pp. 70–86). Occupational therapy, defined as professional treatment through work and various activities (Malinowska 1982 as cited in: Sikorska 2013, pp. 134–145), is an important element of professional activation of disabled people in community-based support systems. According to Piechowicz-Witoń (2013, pp. 187–198), striving for employment is an important part of rehabilitation of people with disabilities. Work has a profit-making, socializing and rehabilitation function. It is an important element of self-image, sense of meaning in life and prevents social exclusion. Professional activation of people with mental illness is also an important aspect of mental health promotion, and its lack may increase the risk of a recurrence of the crisis (Szczupał 2015, pp. 179–193). Therefore, it can be assumed that the therapeutic programs implemented in both types of facilities were tailored to the needs and capabilities of participants, thus strengthening and developing their resources.

So far in Poland there have been no studies comparing the level of resources among people with mental disorders using different community-based programs. However, it has been shown that being their participants improves social functioning, also in terms of the number of social networks and the overall quality of life (Bronowski 2018; Bronowski et al. 2017, pp. 221–235). Moreover, it reduces the number and duration of subsequent hospitalizations in psychiatric wards (Bronowski et al. 2009, pp. 421–434; Załuska, Paszko 2002, pp. 953–966). The lack of differences in the level of strengths among beneficiaries can also be explained by the period of participation in community-based programs, which for CSHC and OTW participants was about 7 years. Several years of use of the facilities could contribute to the restoration and strengthening of resources. An important benefit of participation in these programs is also to prevent loneliness. In our study, the vast majority of beneficiaries of CSHC and OTW were single people. This conclusion seems important in the context of the published results (Chrostek et al. 2016, pp. 190–199; Świtaj et al. 2014, pp 733–740), indicating a relationship between loneliness and stigmatization among patients of psychiatric wards. Thus, preventing loneliness through participation in community-based support programs is becoming one of the important factors reducing experiences of stigma. In this respect, it is also important to create a positive image of the mental disorders in the local community, which would promote acceptance. This is one of the primary tasks of special education to try to integrate the mental illness into society (Krause, 2010; as cited in: Vitusik et al. 2015, p. 73).

In the presented study there was no difference in the level of discrimination between the CSHC and OTW groups. The only difference was in experiences

of stigma, but due to the low strength of the effect, analyses were carried out for all beneficiaries to determine the predictor of experiences of stigma. Self-esteem turned out to be the most important predictive factor. People with higher self-esteem experienced less intense stigma. This result corresponds to the results of research in which self-stigmatization was associated, among others, with reduced self-esteem (Corrigan et al. 2006, pp. 875–884; Pasmatzki et al. 2016, pp. 243–252; Watson et al. 2007, pp. 1312–1318; Lien et al. 2018, pp. 176–185). It should be noted, however, that these studies did not strictly concern experiences of stigma, but the attribution of stereotypes (self-stigmatization). Other reports indicated that low self-esteem sustained symptoms of mental illness (Fannon et al. 2009, pp. 174–180; Gawęda et al. 2012, pp. 933–949; Watson et al. 2002, pp. 185–197) and self-stigmatization contributed to a low level of self-efficacy (Pasmatzki et al. In the presented studies, significant relationship between resources and experiences of stigma among two groups of community-based support systems participants were shown. CSHC participants with a higher level of self-efficacy, basic hope and self-esteem experienced less stigma. Among OTW participants there was one such relationship between self-esteem and experiences of stigma. In the CSHC group, there was also a correlation between the number of hospitalizations and basic hope. The more often people were hospitalized, the higher the level of basic hope they had. This result can be understood in the context of applied therapeutic measures during hospitalization, e.g. in psychiatric rehabilitation wards. The therapeutic measures were likely to have a positive effect on the understanding of one's own illness and to show the possibility of overcoming it, which may have raised hopes for recovery. Hope as a resource may be important for people suffering from schizophrenia, because it contributes to the improvement of functioning (Libman-Sokołowska, Nasierowski 2013, pp. 933–946), reduction of psychopathological symptoms (Waynor et al. 2012a, pp. 299–311; Waynor et al. 2012b, pp. 345–348), motivates to take action assessed as feasible e.g. to overcome the illness (Noh et al. 2008, pp. 69–77).

For years people with mental disorders have been labeled as “inferior” by society, which negatively affects interpersonal relations, professional activity, the process of healing, the effectiveness of therapeutic measures and social functioning of people with mental illness (Babicki et al. 2018, pp. 93–102; Markiewicz, Hintze 2016, p 147–158; Świtaj, 2008). This highlights the value of the presented results in both cognitive and practical terms. The data obtained suggest that there is a need to strengthen the resources of community-based support system participants in order to reduce experiences of stigma. This conclusion is consistent with the observations of Matyjas and Grzyb (2013, pp. 345–352), which showed that creating a positive image of mental illness CSHC participants counteracts self-stigmatization. Few reports suggest that the best destigmatizing effect can be obtained by the spread of knowledge about mental disorders by stigmatized people themselves (Liberadzka et al. 2011). In addition to self-esteem, self-efficacy and hope are im-

portant resources in the healing by mental illness people. This is also confirmed by reports in which higher sense of self-efficacy was associated, among other things, with lower levels of negative symptoms in people suffer from schizophrenia (Pratt et al. 2005, pp. 187–197). Hope was associated with self-efficacy, which can reduce experiences of stigmatization (Landeem et al. 2007, pp. 64–68; Villagonzalo et al. 2018, pp. 354–360), and also had a positive impact on engaging in social relations and sustaining them (Lencucha et al. 2008, pp. 330–355). Available studies suggest the importance of enhancing self-efficacy, self-esteem and hope of people with mental disorders, but more research is needed in this area.

The results of the study indicate that self-esteem is of the utmost importance to counteract the stigma of people with mental illness using different community-based programs. This result underlines the importance of psychotherapeutic work in obtaining adequate self-esteem in people with mental illness. Experience from clinical work suggests that people with mental illness often have a significantly reduced self-esteem, because after getting ill they judge themselves in terms of diagnosis, labeling themselves “I am schizophrenic” (Hintze 2015, pp. 350–379). An important action, which strengthens self-esteem, is also the involvement of people with mental illness in self-help movement, as already confirmed by the studies (Omeni et al. 2014). An example of a self-help group, actively operating in Mazovia, is the Support Group for Persons with Mental Disease Experience TROP (Witusik et al. 2015, p. 102; Bronowski, Bednarzak 2018, pp. 35–44). It is formed mainly by people suffering from schizophrenia and allies. The TROP Support Group cooperates on many levels with the Maria Grzegorzewska University in Warsaw. The most important anti-stigmatization effects of the Group include conducting destigmatization lectures for pupils and students and meetings for various organizations and institutions.

Conclusions

From the results obtained, it can be concluded that self-esteem plays a key role in dealing with difficult situations in the form of rejection and stigmatization. However, the development of adequate self-esteem is a process that requires long-term therapeutic measures. For this reason, community-based systems should be more focused on strengthening specific resources, as well as on developing various abilities and interests of people experiencing mental crisis.

References

- [1] Babicki M., Kotowicz K., Piotrowski P., Stramecki F., Kobyłko A., Rymaszewska J., 2018, *Obszary stygmatyzacji i dyskryminacji osób chorujących psychicznie wśród respondentów internetowych w Polsce*, „Psychiatria Polska”, 52(1), s. 93–102.

- [2] Banaszczyk M., 2018, *Pedagogika wobec schizofrenii*, „Kultura i Wychowanie”, 2, s. 70–86.
- [3] Bronowski P., 2018, *Środowiskowe systemy wsparcia w procesie zdrowienia osób chorych psychicznie*, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa.
- [4] Bronowski P., Bednarzak J., 2018, *Grupa Wsparcia TROP – pięć lat doświadczeń*, „Zeszyty Pracy Socjalnej”, 23(1), s. 35–44.
- [5] Bronowski P., Chotkowska K., Rowicka M., 2017, *Patient’s Clubs – underestimated support programmes*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 26(4), s. 221–235.
- [6] Bronowski P., Sawicka M., Kluczyńska S., 2009, *Charakterystyka populacji objętej środowiskowym systemem rehabilitacji i wsparcia społecznego*, „Psychiatria Polska”, 43(4), s. 421–434.
- [7] Chamodra M., 2008, *Hope Development in Psychotherapy: A Grounded Theory Analysis of Client Experiences*, McGill University, Montreal.
- [8] Chrostek A., Grygiel P., Anczewska M., Wciórka J., Świtaj P., 2016, *The intensity and correlates of the feelings of loneliness in people with psychosis*, „Comprehensive Psychiatry”, 70, s. 190–199.
- [9] Corrigan P.W., Larson J.E., Rüsch N., 2009, *Self-stigma and the „why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices*, „World Psychiatry”, 8(2), s. 75–81.
- [10] Corrigan P.W., Watson A.C., Barr L., 2006, *The Self-Stigma of Mental Illness: Implications for Self-Esteem and Self-Efficacy*, „Journal of Social and Clinical Psychology”, 25(8), s. 875–884.
- [11] Dzwonkowska I., Lachowicz-Tabaczek K., Łąguna M., 2008, *Samoocena i jej pomiar: Polska adaptacja skali SES M. Rosenberga. Podręcznik*, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa.
- [12] Fannon D., Hayward P., Thompson N., Green N., Surguladze S., Wykes T., 2009, *The self or the voice? Relative contributions of self-esteem and voice appraisal in persistent auditory hallucinations*, „Schizophrenia Research”, 112(1-3), s. 174–180.
- [13] Gawęda Ł., Holas P., Kokoszka A., 2012, *Dysfunkcyjne przekonania metapoznawcze oraz lęk, depresja i samoocena u osób zdrowych psychicznie mających doświadczenia podobne do omamów*, „Psychiatria Polska”, 46(6), s. 933–949.
- [14] Hintze B., 2015, *Poradnictwo psychologiczne dla osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi i dla ich rodzin*, [w:] *Poradnictwo psychologiczne*, (red.) C. Czabała, S. Kluczyńska, Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa.
- [15] Juczyński Z., 2000, *Poczucie własnej skuteczności – teoria i pomiar*, „Folia Psychologica”, 4, s. 11–24.
- [16] Juczyński Z., 2009, *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa.
- [17] Landeen J., Seeman M., Goering P., Streiner D., 2007, *Schizophrenia: Effect of perceived stigma on two dimensions of recovery*, „Clinical Schizophrenia & Related Psychoses”, 1(1), s. 64–68.
- [18] Langer Á.I., Schmidt C., Mayol R. et al., 2017, *The effect of a mindfulness-based intervention in cognitive functions and psychological well-being applied as an early intervention in schizophrenia and high-risk mental state in a Chilean sample: study protocol for a randomized controlled trial*, „Trials”, 18.
- [19] Lencucha R., Kinsella E. A., Sumsion T., 2008, *The formation and maintenance of social relationships among individuals living with schizophrenia*, „American Journal of Psychiatric Rehabilitation”, 11(4), s. 330–355.

- [20] Liberadzka A., Szuba M., Cechnicki A., Kaszyński H., Bielańska A., 2011, *Through education to social inclusion: The anti-stigma program implemented by community psychiatry workers and users in Krakow*, „Psychiatrische Praxis”, 38.
- [21] Libman-Sokołowska M., Nasierowski T., 2013, *Rola nadziei w zmaganiach ze schizofrenią*, „Psychiatria Polska”, 47(5), s. 933–946.
- [22] Lien Y.J., Chang H.A., Kao Y.C., et al., 2018, *Insight, self-stigma and psychosocial outcomes in Schizophrenia: a structural equation modelling approach*, „Epidemiology and Psychiatric Sciences”, 27, s. 176–185.
- [23] Lloyd H., Lloyd J., Fitzpatrick R., Peters M., 2017, *The role of life context and self-defined well-being in the outcomes that matter to people with a diagnosis of schizophrenia*, „Health Expect”, 20, s. 1061–1072.
- [24] Markiewicz A., Hintze B., 2016, *Piętno a wsparcie społeczne – podobieństwa i różnice w grupach kobiet chorujących przewlekłe*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 25(3), s. 147–158.
- [25] Matyjas B., Grzyb A., 2013, *Formy aktywizacji osób niepełnosprawnych intelektualnie i z zaburzeniami psychicznymi (na przykładzie środowiskowego domu samopomocy)*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne”, 3(4), s. 345–352.
- [26] Noh C., Choe K., Yang B., 2008, *Hope from the perspective of people with schizophrenia (Korea)*, „Archives of Psychiatric Nursing”, 22(2), s. 69–77.
- [27] Omeni E., Barnes M., MacDonald D., Crawford M., Rose D., 2014, *Service user involvement: Impact and participation: A survey of service user and staff perspectives*, „BMC Health Services Research”, 14.
- [28] Pasmatzis E., Kouliarakis G., Giaglis G., 2016, *Self-stigma, self-esteem and self-efficacy of mentally ill*, „Psychiatriki”, 27, s. 243–252.
- [29] Piechowicz-Witoń D., 2013, *Trener pracy jako skuteczna metoda aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnością*, [w:] *Pedagogiczne, medyczne i ekonomiczne aspekty niepełnosprawności*, (red.) R. Czepczarz, W. Duczmal, S. Śliwa, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Opolu, Opole.
- [30] Pietras-Mrozicka M., 2016, *Posiadane zasoby osobiste (optymizm i poczucie własnej skuteczności) a ocena jakości życia. Analiza współzależności*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica”, 57, s. 19–38.
- [31] Podgórska-Jachnik D., Pietras T., 2014, *Praca socjalna z osobami z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinami*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa.
- [32] Podogrodzka-Niell M., Tyszkowska M., 2014, *Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym*, „Psychiatria Polska”, 48(6), s. 1201–1211.
- [33] Potempa K., Krupka-Matuszczyk I., 2014, *Prozdrowotna rola optymizmu u osób z zaburzeniami psychicznymi*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, 14(4), s. 259–276.
- [34] Pratt S.I., Mueser K.T., Smith T.E., Lu W., 2005, *Self-efficacy and psychosocial functioning in schizophrenia: A mediational analysis*, „Schizophrenia Research”, 78, s. 187–197.
- [35] Puchalska L., Tartas M., Wichowicz H., Wasilewko I., 2013, *Strategie radzenia sobie opiekunów osób chorych na depresję*, „Annales Academiae Medicae Gedanensis”, 43, s. 65–76.
- [36] Quinn D.M., Williams M.K., Weisz B.M., 2015, *From discrimination to internalized mental illness stigma: The mediating roles of anticipated discrimination and anticipated stigma*, „Psychiatric Rehabilitation Journal”, 38(2), s. 103–108.

- [37] Rozya P., Sawicka M., Żochowska A., Bronowski P., 2019, *Mocne strony osób chorych na schizofrenię i osób zdrowych – podobieństwa i różnice*, „Psychiatria Polska”, 53(1), s. 93–104.
- [38] Sawicka M., Żochowska A., 2018, *Positive Interventions in the Therapy of Schizophrenia Patients*, „Current Problems of Psychiatry”, 19(4), s. 239–247.
- [39] Sikorska A., 2013, *Wielowymiarowa rehabilitacja osób niepełnosprawnych w warsztatach terapii zajęciowej*, [w:] *Pedagogiczne, medyczne i ekonomiczne aspekty niepełnosprawności*, (red.) R. Czepczarz, W. Duczmał, S. Śliwa, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Opolu, Opole.
- [40] Szczupał B., 2015, *Aktywizacja społeczno-zawodowa i zatrudnienie osób z zaburzeniami psychicznymi – wybrane uwarunkowania i rozwiązania praktyczne*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J – Paedagogia-Psychologia”, 28(1), s. 179–193.
- [41] Świtaj P., 2008, *Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- [42] Świtaj P., Grygiel P., Anczewska M., Wciórka J., 2014, *Loneliness mediates the relationship between internalised stigma and depression among patients with psychotic disorders*, “International Journal of Social Psychiatry”, 60(8), s. 733–740.
- [43] Świtaj P., Wciórka J., Grygiel P., Smolarska-Świtaj J., Anczewska M., Chrostek A., 2010, *Częstość doświadczeń stygmatyzacji u chorych na schizofrenię w porównaniu do pacjentów z innymi problemami zdrowotnymi*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 19(4), s. 269–274.
- [44] Trzebiński J., Zięba M., 2003, *Kwestionariusz Nadziei Podstawowej – BHI-12. Podręcznik*, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa.
- [45] Villagonzalo K.A., Leitan N., Farhall J., Foley F., McLeod B., Thomas N., 2018, *Development and validation of a scale for self-efficacy for personal recovery in persisting mental illness*, „Psychiatry Research”, 269, s. 354–360.
- [46] Watson A.C., Corrigan P.W., Larson J.E., Sells M., 2007, *Self-Stigma in People With Mental Illness*, „Schizophrenia Bulletin”, 33(6), s. 1312–1318.
- [47] Watson D., Suls J., Haig J., 2002, *Global self-esteem in relation to structural models of personality and affectivity*, „Journal of Personality and Social Psychology”, 83, s. 185–197.
- [48] Waynor W.R., Gao N., Dolce J.N., 2012a, *The paradoxical relationship between hope and the educational level of people in recovery*, „American Journal of Psychiatric Rehabilitation”, 15(3), s. 299–311.
- [49] Waynor W.R., Gao N., Dolce J.N., Haytas L.A., Reilly A., 2012b, *The relationship between hope and symptoms*, „Psychiatric Rehabilitation Journal”, 35(4), s. 345–348.
- [50] Witusik A., Leszto S., Podgórska-Jachnik D., Pietras T., 2015, *Schizofrenia w kontekście nauk społecznych: osoba chora na schizofrenię w obszarze zainteresowań pedagogiki specjalnej*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław.
- [51] World Health Organization, 2001, *Mental Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope*, World Health Organization, Genewa.
- [52] Załuska M., Paszko J., 2002, *Znaczenie środowiskowych placówek rehabilitacji i oparcia społecznego dla ograniczenia hospitalizacji psychiatrycznych*, „Psychiatria Polska”, 36(6), s. 953–966.