

**Egyetemi doktori (PhD) értekezés tézisei**

**A SZKIZOFRÉRIA BETEGSÉG REPRESENTÁCIÓJA ÉS A  
MEGBÉLYEGZÉS**

Sztancsik Veronika

Témavezető: Dr. Hab. Pék Győző



**DEBRECENI EGYETEM**

BTK, Humán Tudományok Doktori Iskola

Debrecen, 2017.

## I. Az értekezés témája, célkitűzések

A klinikai pszichológiai kutatás ma Magyarországon alig foglalkozik a súlyosabb pszichiátriai betegségek lélektanával. A kutatás főárama ezeket a betegségeket javarészt biológiailag meghatározottnak tekinti, és ezek vizsgálatát és gyógyítását is szinte kizárólag a medikális pszichiátria szakterületére bízva, jóllehet számos bizonyíték van arra, hogy van létjogosultsága a pszichológiai megközelítésnek is a szkizofréniával élők megértésében és segítésében. A számos, hazánkban pszichológusok által kevésbé kutatott, szkizofréniával élők életét fokozottan érintő lélektani szempontból is vizsgálható jelenség egyike a megbélyegzés, valamint az őket érő diszkrimináció. A mentális betegség miatti stigmatizáció és megkülönböztetés megértése és csökkentése nem nélkülözheti a probléma interdiszciplináris megközelítését. A stigma-kutatást, a klinikai pszichológiai ismeretek értő beépítése mellett a személyiség- és szociálpszichológia eszköztára is hatékonyan egészítheti ki.

Az értekezés a klinikai pszichológiai szemlélet felől közelíti meg a szkizofréniával élők megbélyegzésének kérdését. Bemutatja a ma uralkodó nézőpontok mellett a szkizofrénia betegség szemléletének történeti alakulását, és megkísérli összegezni a mentális betegség stigmájára, elsősorban a szkizofrénia megbélyegzésére vonatkozó külföldi és hazai szakirodalom legfontosabb észrevételeit, kutatásait. Bemutatja a stigma, megbélyegzés különböző vetületeit (úgy, mint nyilvános és önstigma, diszkrimináció, strukturális diszkrimináció, stb.), ismerteti a megbélyegzés és megkülönböztetés legújabb megközelítéseit, Corrigan és munkatársai négy lépcsős progresszív modelljét az önstigma kialakulásáról – mely a megbélyegzéssel, mint a megbélyegzett szubjektív élményvilága és a környezet kölcsönhatásban alakuló jelenséggel foglalkozik. Vázolja a stigma mérésének, vizsgálatának lehetőségeit. Nemzetközi kutatási eredményekre alapozva érvel a téma fontosság mellett, bemutatva a mentális betegek megbélyegzésének ártalmait.

Jones és munkatársai (1984) a „*mark*” (jelzés vagy jegy) kifejezést használták a megbélyegzés fogalmi tisztázása során. A jelzés, ebben az értelemben egy sor állapotot magában foglaló, leíró jellemzőt jelent, melyeket deviánsnak ítél egy társadalom, és ami elindíthatja a megbélyegzés folyamatát, azaz a stigmatizációt. Stigma akkor alakul ki, amikor ilyen jelzés révén, attribúciós folyamatokon keresztül nemkívánatos tulajdonságokkal ruházunk fel valakit, leértékelve, hiteltelenítve őt ezzel mások szemében. A stigma hat dimenzióját azonosították: Az *elrejtetheőség* arra vonatkozik, hogy mennyire szembetűnő, könnyen észrevehető ez a tulajdonság mások számára. A folyamat vagy *lefutás* dimenzió a megbélyegzéssel járó állapot időbeli változására, visszafordítható vagy rosszabbodó jellegére

utal. A stigmatizált állapot, vagy tulajdonság *zavaró* volta arra vonatkozik, hogy mennyire nyomja rá bélyegét a személyközi interakciókra, mennyire akadályozza azokat. Az *esztétikusság* a stigmához tartozó tulajdonság vonzóságára vagy taszítóságára reflektál, tartalmazza azt is, hogy milyen önkéntelen hangulati, érzelmi reakciót vált ki belőlünk. Az *eredet* dimenzió írja le, hogy a szemlélő vélekedése szerint hogyan alakult ki az állapot, felelősnek tartja-e az illető személyt mindezért, azaz milyen oknak, okoknak tulajdonítja azt. Végül, a stigmatizált tulajdonság(ok) *veszélyessége*, mely hatodik jellemezhető dimenzióként azt írja le, mennyire félünk, tartjuk riasztónak ezeket a tulajdonságokat, azaz mennyire veszélyeztet minket nem csak fizikailag, de olyan értelemben is, hogy kényelmetlen érzésekkel leszünk kénytelenek szembesülni (Jones és mtsai, 1984; Sztancsik és Pék, 2014).

A mentális betegség stigmáját illetően a fenti dimenziók szerepét, súlyát viszonylag kevésbé kutatták. Kivételt jelent például Feldman és Crandall (2007) vizsgálata, mely szerint az emberek nagyobb társas távolságot tartanak kívánatosnak a pszichiátriai betegektől, ha úgy gondolják, hogy a betegségükről ők maguk tehetnek (*eredet*) és ha *veszélyesnek* tartják a személyt, valamint minél inkább *ritka* betegségként gondolnak a kórképre. Eredményeik szerint ez a három tényező magyarázza a megbélyegzés varianciájának kb. 60%-át.

Link és Phelan (2001) hívták fel a figyelmet arra, hogy a korábbi stigma-meghatározások a problémát az individuuum szintjére korlátozták, valamint a külső szemlélő információfeldolgozásának kognitív folyamatára helyezték a hangsúlyt, kevés figyelmet szenteltek a diszkriminációnak, kirekesztésnek és a megbélyegzett személy saját tapasztalatának, szubjektív élményének. Definíciójuk szerint stigma akkor jön létre, amikor a következő, egymással kölcsönösen kapcsolatban álló tényezők, együtt valósulnak meg. Ezek az összetevők szerintük a *címkézés* (valamilyen társas jelentőséggel bíró tulajdonság alapján), *sztereotipizálás* (elsősorban negatív, nemkívánatos tulajdonság kapcsolása a címkéhez), *elkülönítés* (a címkézés nyomán a „mi” és az „ők” kettéválasztása), *státusz-vesztés és diszkrimináció* (azaz a megbélyegzett leértékelése, vele szemben negatív irányú megkülönböztetés, kirekesztő viselkedés tanúsítása), ezeken kívül számolnak a stigma *hatalom-függésével* is. Ez utóbbi arra a jelenségre utal, hogy mindig a kisebb hatalommal bíró csoport a megbélyegzett, szemben a nagyobb hatalommal bírókkal. Később kiegészítették koncepciójukat a stigmához kapcsolódó *érzelmi reakciókkal* (Link, Yang, Phelan, Collins, 2004). A kapcsolódó érzelmi reakciók azért sem hanyagolhatók el, mivel az érzelmi kifejezéseket (mint elsősorban nonverbális jelzéseket) a stigmatizált személy is észleli, felismeri, és a másik ember állásfoglalásaként észlelheti magáról, mint emberről. A másik

oldalról pedig érzelmeink, a megbélyegzett személlyel vagy csoporttal kapcsolatos későbbi viselkedésünkre is hatással vannak, attribúciós folyamatainkon keresztül (Weiner, 1986).

A mentális betegség stigmája is jellemezhető a fentebb ismertetett dimenziók és összetevők mentén. Ez a jelenség a mentális betegségekkel foglalkozó szakemberek számára megkerülhetetlen, mert a mentális problémákkal, lelki gondokkal küzdő embert a megbélyegzéstől való félelem visszatarthatja a segítség-kéréstől, akadályozhatja kezelését, a megkezdett kezelés során együttműködését és felépülését is befolyásolhatja (Thornicroft, 2006).

A pszichiátriai betegség kezelése és a vele összefüggő megbélyegzés, nem csak a kezelés alatt álló súlyos pszichés zavarral küzdő egyéneket érinti, hanem a felépülőben lévő vagy gyógyult betegeket is, valamint hozzátartozóikat, családjuk életét, a kezelő személyzetet, közvetve vagy közvetlenül az egész társadalmat. Közvetlen hatásnak tekinthető például, ha közeli családtag (szülő, testvér) mentális betegsége esetén rosszallják az (egyébként egészséges) fiatalok párkapcsolatát, míg közvetve a társadalom minden tagját érinti a kérdés: ha beteg leszek/vagyok, nehéz helyzetbe kerülök, mire, milyen társadalmi szolidaritásra számíthatok?

Corrigan és mások arra mutattak rá, hogy a mentális betegség stigmája legalább kétféle módon hat az érintettek életére: mint úgynevezett *önstigma* „self-stigma” és mint *nyilvános* azaz „public stigma”, ami a közvéleményben megjelenő megbélyegzés (Corrigan és Watson, 2002; Corrigan, 2004,2007; Corrigan, Kerr, Knudsen, 2005; Wahl, 1999).

A dolgozat áttekinti a külföldön megvalósuló stigmacsökkentő programok eredményeit, tapasztalatait és a hazai – csekély – kutatást és szakmai tevékenységet, mely a mentális betegek megbélyegzését vizsgálja, vagy annak csökkentését tűzi ki célul.

A dolgozat fel kívánja hívni a figyelmet a hazai szisztematikus kutatás megkezdésének fontosságára, hogy a hazai kutatási eredmények tükrében stigmacsökkentő programok legyenek tervezhetőek! A vizsgálódást Kelet-Magyarországon, Debrecenben végzett kutatásokkal kezdi meg. Hangsúlyozza, hogy a nyilvános stigma és az érintettek önstigmája egymással összefüggésben vizsgálандók.

A kutatás alapkérdései: a pszichiátriai betegség, különösen *a szkizofrénia diagnózisa: stigma, megbélyegzéssel jár-e Magyarországon is?* Milyen pszichológiai eszközökkel mérhető fel pontosan a jelenség? A betegségről vallott mely nézetek játszhatnak fontos szerepet a megbélyegzés és a megbélyegzettség alakulásában?

## I. Hipotéziscsoport

1. A pszichiátriai betegség ténye kedvezőtlenebb személyiség-megítélést hív elő az emberekből, mint ha nem tudnak egy adott személy ilyen jellegű betegségéről. Ez a hatás még inkább jellemző, ha a szkizofrénia diagnózisa is jelen van.
2. A pszichiátriai betegség mellett, kevésbé támogatóan viszonyulnak egy adott személy gyermekvállalásához, mint az egyébként ugyanolyan jellemzőkkel bíró nem beteg személyéhez, s ez a hatás még inkább jellemző, ha a szkizofrénia diagnózisa is jelen van.
3. A fenti válaszok összefüggésben állnak a kívánatos társas távolság választásával.
4. Ezek a hatások nem függenek össze a válaszadók korával, nemével, iskolai végzettségével, a kitöltés módjával, de összefügghetnek azzal, ismernek-e személyesen a kérdéses problémával küzdő személyt.
5. Szkizofrénia diagnózis mellett, a betegség kialakulásában más okoknak tulajdonítanak hangsúlyosabb szerepet, más kimenetelt, prognózist tételeznek fel a vizsgálati személyek (mint ismeretlen diagnózisú pszichiátriai betegség esetén).
6. A szkizofréniaival élő személy veszélyességének megítélése összefüggést mutat a kedvezőtlenebb személyiség-értékeléssel, azaz a megbélyegzés folyamatában kulcstényező.
7. A szkizofrénia diagnózis megléte vagy hiánya és a pszichiátriai betegség veszélyességének megítélése, mint stigma, befolyással van a segítségkérési hajlandóságra – elképzelt hasonló helyzetben.

## II. Hipotéziscsoport

1. A Self-Stigma of Mental Illness Scale – Short Form, (SSMIS-SF), azaz Mentális Betegség Östigmája kérdőív magyar fordítása alkalmas és megbízható mérőeszköz az önstigma mérésére, az eredményei igazodnak Corrigan és munkatársai eredményeihez és elméleti modelljéhez.
2. A súlyosabb önstigma alacsonyabb mértékű általános jólléttel jár együtt.
3. A diszkrimináció tapasztalatok mennyisége és jellege összefügg az önstigma súlyosságával, de hiányuk nem feltétlenül jelenti az önstigma hiányát is.
4. Az önstigma súlyossága összefügg azzal, hogy milyen okokat, kimenetelt, prognózist tételeznek fel a vizsgálati személyek szkizofréniaiban, azaz mit gondolnak a betegségről.

## III. Hipotéziscsoport

1. A szkizofréniával élő diagnosztizált betegek általában pozitívabban ítélnék meg egy szkizofrén személyt, mint a laikusok, és gyermekvállalását is inkább támogatják.
2. Ez a hatás összefüggésben áll a kívánatos társas távolság beállításával is.
3. Tapasztalataik okán a szkizofréniával élők sokkal inkább tisztában vannak a betegség multifaktoriális meghatározottságával, és a kezelés lehetőségeivel, de mindkét csoportban (nem érintett laikusok és érintettek) alapvetően a biomedikális szemlélet az uralkodó.

## II. Alkalmazott módszerek

Az értekezés szerzője a *nyilvános stigmát*, azaz az *I. Hipotéziscsoport* feltevéseit pszichiátriai szempontból laikus személyek körében, kísérleti elrendezésű vinyettás, kérdőíves vizsgálattal kutatja. A résztvevők, random módon kerülve valamelyik kísérleti vagy a kontroll csoportba, független változóként kétféle teszt- vagy egy kontroll leírást olvashattak egy minden esetben azonos fiktív személyről, aki 1) szkizofrénia diagnózissal rendelkező pszichiátriai beteg, 2) pszichiátriai beteg, 3) nem volt beteg. Ezt követően mindegyik csoportban felmérésre került, milyen személyiségvonásokat tulajdonítanak ennek a személynek, hogyan viszonyulnak gyermekvállalásához, valamint mindezek és a kívánatos szociális távolság összefüggései. Az 1)-es és 2)-es teszhelyzetekben, ahol a független változó röviden pszichiátriai betegségről is írt, és a két vinyetta közötti különbség csupán „*a szkizofrénia egyik formáját diagnosztizálták nála*” szövegrész megléte vagy hiánya volt, azt is felméri a vizsgálat, milyen szóba jöhető okoknak, kiváltó és fenntartó tényezőknek tulajdonítanak szerepet az olvasott betegség esetében. Milyen kezelési lehetőségeket, prognózist feltételeznek róla? Kezelés nélkül vagy amellet veszélyesnek tartják-e, és önálló életvezetésre alkalmasnak-e a vinyettán megszemélyesített embert? Ezek vizsgálatára egyedileg kialakított skálákat használ.

A *II. Hipotéziscsoport* feltevései az *önstigma* és a *tapasztalt diszkrimináció* szubjektív élményeit vizsgálják, szkizofréniával élők körében végzett kutatással. Ezek vizsgálatához a szerző elkészítette az angol nyelvterületen validált Mentális Betegség Önstigmája kérdőív rövidített változatának, a SSMIS-SF (Self-Stigma of Mental Illness Scale – Short Form) -nek a magyar fordítását. Emellett még a WHO Általános Jólét Indexének rövidített változatát (WBI-5), és a Diszkrimináció és Stigma Becslő Skála 12-es verzióját (a továbbiakban DISC-12) használta, melyeket nemzetközi kutatásokban már használtak és validáltak. Ezekkel együtt az

első vizsgálat 1)-es kísérleti csoportjának teljes kérdőíves tesztanyagát is kitöltötték a szkizofréniával élő vizsgálati személyek is.

A *III. Hipotéziscsoport* a két kutatás azonos tesztanyagának válaszkülönbségeit, azaz szkizofréniával élő érintettek és a betegségben nem érintett laikusok vélekedéseinek és esetleges stigmatizáló nézeteinek hasonlóságait és különbségeit vizsgálja.

A hipotézisellenőrzés statisztikai elemzése az SPSS programcsomaggal történt.

### **III. Eredmények, tézisek**

A pszichiátriai, klinikai pszichológiai ismereteit tekintve *laikus minta* válaszai alapján a kísérleti elrendezésű vizsgálat eredményiből levonható következtetések:

- A pszichiátriai betegség ténye, és még inkább a szkizofrénia diagnózisa kedvezőtlenebb személyiség-megítélést, kedvezőtlenebb attribúciókat hív elő az egyébként képzetesebb emberekből is.
- A kísérleti elrendezés és az egyedileg kialakított skálák alkalmas mérőeszköznek bizonyultak, hogy a „pszichiátriai betegség” és a „szkizofrénia diagnózis” attribúció és attitűd módosító hatását mérjük.
- Pszichiátriai betegséggel élők szabad gyermekvállalási döntését a kérdezettek kevésbé támogatják, mint az ugyanolyan körülmények között élő nem beteg emberét.
- A társas távolság skála önmagában nem alkalmas arra, hogy ezt a különböző értékelést megragadja. Az eleve jellemző válaszadási stílus szerint „távolságtartóbb”, a személyiségértékelésben is óvatosabban pontozó emberek sem mind stigmatizálnak: egy részük pszichiátriai betegség esetén közelebb engedné a kérdéses személyt (nevezhetjük ezt „jóindulatú” viszonyulásnak). Az óvatos pontozók másik csoportja a pszichiátriai betegség hatására még nagyobb társas távolságot tartana, ők lehetnek azok, akik fel is vállalják kedvezőtlenebb attitűdjeiket, akiket érdemes lehet antistigma intervenció tesztelésekor hatékonyságvizsgálatokba is bevonni.
- A *szkizofrénia címke* a genetikailag meghatározott, veleszületett idegfejlődési rendellenesség irányába tolja a laikus oki vélekedéseket a betegségről, és nem változtat azon, hogy mennyiben vélik úgy a válaszadó emberek: társas kapcsolati

vagy családi kommunikációs jellemzők játszanak szerepet a pszichiátriai betegség kialakulásában.

- A szkizofréniáról, mint visszaesésekkel jellemezhető krónikus betegségről gondolkodnak, ami gyógyszeres kezelést is igényel, de pszichoterápiásan is kezelhető. Általában véglegesen nem gyógyíthatónak gondolják. Ha a betegséget nem kezelik, a szkizofrénia címke mellett mind önmagára és másokra is inkább veszélyesnek gondolják a leírt személyt.
- Az *veszélyesség* megítélése kulcstényező a kedvezőtlenebb megítélésben.
- A szkizofrénia diagnózis megadása mellett inkább gondolják úgy a válaszadók, hogy hasonló helyzetben ők is keresnének segítséget. Eszerint a diagnózis, mint „címke” nem tart vissza, inkább növeli a segítségkeresés valószínűségét.
- Válaszadóink többségében úgy gondolják, a vinyettán bemutatott szkizofréniával élő személy is önálló életvezetést valósíthat meg, és nem kizárólag biológiailag determinálnak tekintik a szkizofrénia kialakulását és további alakulását.

Laikusokkal végzett kísérleti elrendezésű vizsgálatunk tehát azt bizonyítja, valóban, hazánkban is valószínűleg kedvezőtlenebb megítélésre számíthat egy olyan személy, akiről tudják, hogy szkizofréniával él – még egy tét nélküli helyzetben is. Ez az eredmény felhívja a figyelmet arra, hogy valószínűen van megbélyegzés, érdemes vele foglalkozni Magyarországon is! Ez a vinyettát alkalmazó kísérleti elrendezés és a használt eszközök alkalmasak lehetnek arra, hogy akár szélesebb körben felmérjük a megítélés különbségeit különböző pszichiátriai zavarokra nézve is, vagy antistigma intervenciót követően detektáljuk annak hatását. A betegségről való gondolkodás jellemzői a szélesebb lakosság körében kijelölhetnék azokat a témákat, amiket érdemes megcélozni edukációval, hogy a pszichiátriai betegségekről minél tárgyilagosabb képet alakíthassunk ki egy jövőbeli kampány során. Eredményeink megerősítik, amit nemzetközileg már tapasztaltak: a szkizofrénia esetében ezek között szerepelnie kell a „veszélyesség” és a „kezelhetőség” kérdésének is.

*A szkizofréniával élők körében végzett kutatás kimutatta:*

- A SSMIS-SF magyar változata megbízhatóan működik a betegséggel élők megbélyegzettség élményének mérésében, eredményeink a nemzetközi adatokkal egybehangzóak, és támogatják az önstigma kialakulásának négylépcsős progresszív modelljét, azzal a módosítással, hogy inkább három

lépcsőfok látszik igazolódni: akik önmagukra alkalmazzák a stigmatizáló sztereotípiákat, azoknak ezzel együtt önbecsülése is párhuzamosan romlik.

- Ez a vizsgálat próbavizsgálatnak tekinthető, felhívja a figyelmet egy gyakorlatba is jól használható, validálandó önstigma mérő eszközre, melynek fordítását az értekezés szerzője végezte el és használta először magyar mintán.
- A súlyosabb önstigma a szubjektív jóllét rosszabbodásával jár együtt, érdemes ezt is figyelembe venni a betegek terápiájának tervezésekor.
- Eredményeink szerint az elszigetelődés lehet az oka annak, hogy a Hajdú-Bihar Megyében szkizofréniával élő minta nem, vagy alig számol be diszkrimináció tapasztalatokról.
- A betegek szubjektív stigma-élményének mérésére a SSMIS-SF alkalmasabb mérőeszköz, mint a DISC-12.
- A szkizofrén beteg „veszélyességével” és a betegség „gyógyíthatatlanságával” való egyetértés a szkizofréniával élők körében is súlyosabb önstigmával járt együtt, ami megerősítheti azt a vélekedésünket, hogy ezekkel a témákkal az antistigma programok során foglalkozni kell.
- A súlyosabb önstigmával jellemezhető vizsgálati személyeink értenek egyet nagyobb arányban azzal is: a szkizofréniával élő ember tartós lelki támogatásra szorul.

*A laikus és a szkizofréniával élő minta szkizofréniára vonatkozó válaszainak összehasonlítása a várt módon megerősíti:*

- aki maga is tapasztalja a betegséget, pozitívabban vélekedik a hasonló cipőben járó másiktól, mint aki nem ismeri saját tapasztalatából, mit jelenthet szkizofréniával élni.
- Mindegyik csoportban jelen van a szkizofrénia biomedikális szemlélete mellett a pszichoszociális tényezők (pl. bántalmazás, családi kommunikáció zavara) figyelembe vétele, de a betegséggel élők azok, akiknél ez utóbbiak gyakrabban megjelennek, a szkizofrénia magyarázatában hangsúlyosabbak.
- A lelki és társas támogatás szükségességét is a szkizofréniával élők jelzik sokkal nagyobb arányban, mint a nem beteg laikusok. A segítő szakembereknek érdemes erre a véleményre, mint igényre reagálni, folyamatosan elérhetővé, és ha kell, tartóssá tenni a rendszeres lelki – nem csak gyógyszeres – támogatást, szkizofréniával élők számára is.

Az eredmények alátámasztják, hogy Magyarországon, Hajdú-Bihar Megyében, az élet több területén is valószínűen „rosszabb” megítélésre számíthat egy szkizofréniával élő pszichiátriai beteg, mint egy ugyanolyan sajátosságokkal rendelkező nem beteg ember. Ez, a feltehetően stigma miatti, negatív megítélés lehetőségektől foszthatja meg, tovább ronthatja a pszichiátriai betegséggel élők életminőségét, jóllétét, a betegséggel járó egyéb terhek mellett. A vizsgálati csoportokban nem kizárólag a betegség biomedikális szemlélete uralkodik, és igényként megfogalmazódik a társas- és pszichológiai, pszichoterápiás támogatás széleskörű szükségessége.

A disszertáció kutatásának eredményei szerint a használt eszközök alkalmasak lehetnek a mentális betegség miatti megbélyegzés szélesebb körű vizsgálatára. Emellett empirikusan igazolja, hogy szükség van a téma hangsúlyosabb megjelenésére a hazai szakmai és társadalmi diskurzusban, hogy a megbélyegzés káros hatásai ellen fel tudjuk venni a küzdelmet.

#### IV. A tézisfüzetben felhasznált irodalmak jegyzéke

CORRIGAN, P. W. (2004) How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59 (7) 614-625.

CORRIGAN, P. W. (2007) How clinical diagnosis might exacerbate the stigma of mental illness. *Social Work*, 52 (1) 31-39.

CORRIGAN, P. W., KERR, A., KNUDSEN, L. (2005) The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology*, 11, 179-190.

CORRIGAN, P. W., WATSON, A. C. (2002) The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology - Science & Practice*, 9, 35-53.

FELDMAN, D. B., CRANDALL, C. S. (2007) Dimensions of mental illness stigma: What about mental illness stigma causes social rejection? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(2), 137-154.

JONES, E. E., FARINA, A., HASTORF, A. H., MARCUS, H., MILLER, D. T., SCOTT, R. A. (1984) *Social Stigma: The Psychology of Marked Relationships*. New York, NY: Freeman and Company.

LINK, B.G., PHELAN, J.C. (2001) Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-365.

LINK, B.G., YANG, L.H., PHELAN, J.C., COLLINS, P.Y. (2004) Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30 (3), 511-541.

SZTANCSIK V., PÉK GY. (2014) A mentális betegek és a megbélyegzés: az észlelt, a tapasztalt és a belsővé tett stigma jellemzői és vizsgálati lehetőségei. In Münnich Ákos (szerk.) *Pszichológiai kutatások*, Debreceni Egyetemi Kiadó, Debrecen, 25-38.

THORNICROFT, G., (2006) *Shunned: Discrimination against people with mental illness*, Oxford University Press, New York.

WAHL, O.F. (1999) Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 467-478.

WEINER, B. (1986) *An Attributional Theory of Motivation and Emotion*. New York, NY: Springer-Verlag.



Nyilvántartási szám: DEENK/16/2017.PL  
Tárgy: PhD Publikációs Lista

Jelölt: Sztancsik Veronika  
Neptun kód: OWJM61  
Doktori Iskola: Humán Tudományok Doktori Iskola  
MTMT azonosító: 10032106

### A PhD értekezés alapjául szolgáló közlemények

#### Magyar nyelvű könyvrészletek (1)

1. **Sztancsik, V.**, Pék, G.: A mentális betegek és a megbélyegzés: az észlelt, a tapasztalt és a belsővé tett stigma jellemzői és vizsgálati lehetőségei.  
In: Pszichológiai kutatások. Szerk.: Münnich Ákos, Debreceni Egyetemi Kiadó, Debrecen, 25-38, 2014. ISBN: 9789633184158

#### Idegen nyelvű, külföldi könyvrészletek (1)

2. **Sztancsik, V.**, Máth, J., Pék, G.: Stigmatization of psychiatric patients and schizophrenic people in Hungary.  
In: Interdisciplinary Research in Humanities. Ed.: Gergely Angyalosi, Ákos Münnich, Gabriella Pusztai, Constantine the Philosopher University in Nitra, Nitra, 297-310, 2013.

#### Magyar nyelvű tudományos közlemények hazai folyóiratban (2)

3. **Sztancsik, V.**, Máth, J., Pék, G.: Szkitofréniával élők megbélyegzettségének mérése.  
*Alk. pszichol. [Megjelenés alatt]*, [25], 2017. ISSN: 1419-872X.
4. **Sztancsik, V.**, Máth, J., Pék, G.: A "szkitofréniá" diagnózis jelentésének vizsgálata laikus vizsgálati személyek körében.  
*Alk. pszichol.* 15 (2), 73-85, 2015. ISSN: 1419-872X.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.17627/ALKPSZICH.2015.2.73>

#### Magyar nyelvű absztrakt kiadványok (2)

5. **Sztancsik, V.**, Máth, J., Pék, G.: A megbélyegzettség (önstigma) és a diszkrimináció tapasztalatok összefüggéseinek vizsgálata szkitofréniával élők körében.  
In: Múlt és jelen összeér: Magyar Pszichológiai Társaság XXV. Jubileumi Országos Tudományos Nagygyűlése: Kivonatkiötet / fel. szerk. Vargha András, Magyar Pszichológiai Társaság, Budapest, 268, 2016. ISBN: 9786158024129



6. **Sztancsik, V.**, Máth, J., Pék, G.: Laikus vizsgálati személyek a pszichiátriai betegek gyermekvállalásáról.  
In: Kapcsolataink világa : a Magyar Pszichológiai Társaság XXII. Országos tudományos nagygyűlése : kivonatkötet / fel. szerk. Vargha András, Magyar Pszichológiai Társaság, Budapest, 176, 2013.

### További közlemények

#### Magyar nyelvű könyvek (2)

7. **Sztancsik, V.**: Személyiséglélektan II. Debreceni Egyetemi Kiadó, Debrecen, 105 p., 2016. ISBN: 9789633186114
8. Kórmendi, A., **Sztancsik, V.**: Személyiséglélektan I. Debreceni Egyetemi Kiadó, Debrecen, 115 p., 2013. ISBN: 9789633183762

#### Magyar nyelvű könyvrészek (1)

9. Szemán-Nagy, A., **Sztancsik, V.**: A klinikai pszichológusnak feltett kérdéstől a pszichológiai leletig vezető út.  
In: Pszichológiai módszertani tanulmányok. Szerk.: Balázs Katalin, Kovács Judit, Münnich Ákos, Debreceni Egyetemi Kiadó, Debrecen, 203-224, 2015. ISBN: 9789633185209

#### Magyar nyelvű közlemények hazai folyóiratban (1)

10. **Sztancsik, V.**, Várkonyi, H.: A költiszbetegség pszichoszomatikus szemléletű megközelítése, a betegek pszichés jellemzőinek vizsgálata a klinikai pszichológus szemével.  
*Psychiatr. Hung.* 27 (4), 263-276, 2012. ISSN: 0237-7896.

A DEENK a Jelölt által az IDEa Tudóstérbe feltöltött adatok bibliográfiai és tudományometriai ellenőrzését a tudományos adatbázisok és a Journal Citation Reports Impact Factor lista alapján elvégezte.

Debrecen, 2017.01.30.

