

DOKTORI (PHD) ÉRTEKEZÉS

A SZKIZOFRÉLIA BETEGSÉG REPRESENTÁCIÓJA ÉS A MEGBÉLYEGZÉS

Sztancsik Veronika

Témavezető: Dr. Hab. Pék Győző

DEBRECENI EGYETEM BÖLCSÉSZETTUDOMÁNYI KAR

HUMÁN TUDOMÁNYOK DOKTORI ISKOLA

PSZICHOLÓGIA PROGRAM

2017

**A SZKIZOFRÉNIA BETEGSÉG REPREZENTÁCIÓJA ÉS A
MEGBÉLYEGZÉS**

Értekezés a doktori (PhD) fokozat megszerzése érdekében a pszichológia tudományágban.

Írta: Sztancsik Veronika okleveles pszichológus, angol szakfordító, klinikai szakpszichológus.

Készült a Debreceni Egyetem Humán Tudományok Doktori Iskolája

(pszichológia programja) keretében.

Témavezető: Dr. Hab. Pék Győző



Az értekezés bírálói:

Dr.

Dr.

A bírálóbizottság:

elnök: Dr.

tagok:

Dr.

Dr.

Dr.

Dr.

Az értekezés védésének időpontja: 20.....

Én, Sztancsik Veronika, teljes felelősségem tudatában kijelentem, hogy a benyújtott értekezés önálló munka, a szerzői jog nemzetközi normáinak tiszteletben tartásával készült, a benne található irodalmi hivatkozások egyértelműek és teljesek. Nem állok doktori fokozat visszavonására irányuló eljárás alatt, illetve 5 éven belül nem vontak vissza tőlem odaítélt doktori fokozatot. Jelen értekezést korábban más intézményben nem nyújtottam be és azt nem utasították el.



Sztancsik Veronika

- „– Csakhogy én nem szeretem a bolondokat – mondta Alice.
- Hiába nem szereted – mondta a Fakutya. – Itt mindenki bolond. Én is bolond vagyok. Te is bolond vagy.
- Honnan gondolja, hogy én bolond vagyok? – kérdezte Alice.
- Ha nem volnál bolond, – válaszolt a Fakutya – nem jöttél volna ide.”

Lewis Carroll: Alice Csodaországban
(Kosztolányi Dezső fordítása)

Tartalomjegyzék

Bevezetés.....	7
1. Mentális állapotok betegség definíciója.....	8
2. Az elmebetegség – szkizofrénia.....	14
2.1. A szkizofrénia diagnózisa.....	14
2.2. A szkizofrénia betegség jellemzői.....	18
2.3. A szkizofrénia magyarázatai.....	21
3. Mentális betegek megbélyegzése.....	29
3.1. Mi a stigma? A megbélyegzés jellemzői, fajtái.....	29
3.2. Kulturális különbségek a mentális betegek megbélyegzésében.....	35
3.3. A stigma és diszkrimináció fogalmának kapcsolata.....	39
3.4. A megbélyegzés és diszkrimináció jelentősége.....	41
3.5. A megbélyegzés és a diszkrimináció mérése.....	43
3.6. A szkizofrénia stigmájának tartalma.....	47
4. A stigmatizáció csökkentése.....	49
4.1. A beavatkozás lehetőségei.....	49
4.2. Antistigma programok a közelmúlt nemzetközi gyakorlatában.....	51
4.3. Antistigma kezdeményezések Magyarországon.....	57
5. A szkizofréniahoz fűződő megbélyegzés empirikus kutatása.....	59
5.1. Hipotézisek.....	60
5.2. Módszerek – a használt eszközök bemutatása.....	61
5.3. A vizsgálati minták jellemzői.....	69
5.4. Eredmények.....	71
5.4.1. Laikus személyek vizsgálatának eredményei.....	71
5.4.2. Szkizofréniaival élők komplex vizsgálatának eredményei.....	84
5.4.3. A laikus minta és a szkizofréniaival élő vizsgálati személyek attribúcióinak és vélekedéseinek összehasonlítása.....	93
5.5. Következtetések.....	101

6. Gyakorlati szempontú kitekintés	103
7. Zárzó – személyesen	105
Köszönetnyilvánítás	107
Irodalomjegyzék	108
Melléklet/1.	122
Melléklet/2.	127
Melléklet/3.	132
Melléklet/4.	133
Melléklet/5.	145
Melléklet/6.	146
Melléklet/7.	149

Bevezetés

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 bízta, jóllehet számos bizonyíték van arra, hogy van létjogosultsága a pszichológiai megközelítésnek is a szkizofréniával élők megértésében és segítésében (Kéri, 2013; Légmán, 2012; Trixler és Tényi 2009; Trixler Tényi és Gáti, 2006).

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. P. W. Corrigan, a téma neves amerikai kutatója már 2010-ben felvetette, hogy a stigma-kutatásba, sajnálatos módon, a társszakmák közül a klinikai pszichológusok vonódnak be legkevésbé, pedig kulcsszereplői a stigmacsökkentésnek (Corrigan és Shapiro, 2010). Ami igaz a globális szinten, az még inkább így van Magyarországon is.

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. A téma hazai kutatásának fontosságát hazánkban, laikusok és szkizofréniával élők körében végzett empirikus pszichológiai vizsgálatokkal támasztja alá. A szakirodalom és a kutatások alapján javaslatokat fogalmaz meg kutatás-alapú hatékony antistigma stratégia létrehozásához.

1. Mentális állapotok betegség definíciója

A mentális betegségek közvetlenül vagy közvetve sok millió ember életét érintik világszerte. Személyei lehetünk mi magunk valamilyen mentális betegségnek, vagy hozzátartozóink, barátaink, közösségünk, munkánk során válunk érintetté. Bizonyos adatok szerint a mentális betegségek súlyosabb, az életminőséget romboló formái is igen elterjedtek, körülbelül a lakosság 6 %-a kénytelen saját bőrén tapasztalni az ezzel járó negatív következményeket (Hinshaw, 2007). A viselkedés megváltozása, a lelki fájdalom, szenvedés, a társas izoláció és a megfelelő segítség időben megtalálásának problémái gyakori velejárói a különböző pszichiátriai problémáknak. A legsúlyosabb következmény mind közül mégis az öngyilkosság. Az öngyilkosságok száma csökkenő tendenciát mutat ugyan hazánkban, de a Központi Statisztikai Hivatal adatai alapján még mindig több mint 2000 ember vet véget életének évente önkezűleg Magyarországon is (2010-2013 közötti nyilvános adatok alapján www.ksh.hu). Okkal feltételezhetjük, hogy valamilyen mentális betegséggel, vagy azzal járó nehézségekkel, például a társas elszigetelődéssel összefüggnek ezek a halálesetek (Bakó, 1992; Csoboth és Susánszky 2008 valamint Susánszky és Hajnal 2008).

Az emberek, a közösség reakciója a mentális betegek viselkedésére legalább kétféle folyamat eredménye Hinshaw (2007) szerint. Egyrészt a betegek szokatlan reakciói és emocionális megnyilvánulásai majdnem automatikus, természetes félelmi reakciót váltanak ki. Leginkább akkor jelentkezik ez, ha különösen deviáns vagy fenyegető magatartásról van szó. Ilyenkor az emberek elkerülik, vagy „büntetik” a fenyegetőnek észlelt másikat. Másrészt az ember hajlamos a váratlan események okait keresni, vagyis attribúciókat hoz létre azok magyarázatára, hogy segítsen magának eligazodni a világban (Weiner, 1985). Ezek az attribúciók nem csak személyes történetünkkel és tudásunkkal, de az adott történelmi korról, kultúrával is szoros, kölcsönös kapcsolatban állnak. Az értelmezés szükségszerűen az adott kor és kultúra keretei között történik. Ahogyan tehát egy kultúrában a mentális betegséget definiálják, jelentős hatással van arra, ahogy a kultúrához tartozók reagálnak ezekre a problémákra, ahogyan a pszichés betegségekhez viszonyulnak (Hinshaw, 2007; Abdullah és Brown, 2011). A jelenleg Európában is használt mentális betegség definíció többféle szemlélet integrációjából alakult és alakul.

A statisztikai modell értelmében az a betegség, ami eléggé eltér az átlagostól, a többségitől, ami ritka (Szakács, 1998). A statisztikából ismert normális eloszlás harang görbáját magunk elé képzelve sorolhatjuk be az embereket lelki egészség szempontjából is: inkább problémásak azok, akik messze, vagy akár több szórási távolságra vannak a többségtől (mint pl. az intelligencia esetében). E modell örök korlátja, hogy a határ a mentálisan egészséges és a nem egészséges között tulajdonképpen mindig önkényesen kijelölt marad. Jellemzően a görbe egyik végét minősítjük csak abnormálisnak. Ezen kívül, ami statisztikai értelemben átlagos, gyakori, nem biztos, hogy egészséges is. Ami gyakori, az is okozhat szenvedést, lehet ártalmas, mint például a gyermeknevelésben a fizikai büntetés alkalmazása, mely bizonyos korban kifejezetten elfogadott és általános volt – s még ma sem ritka jelenség (Herczog, 2007). Másrészt a lelki egészség nem egy dimenziós, nem egy mérőszámmal megragadható, s ha sok összetevőjét egymással összefüggésben vizsgáljuk is kétséges, hogy összegezve azokat normális eloszlású, értelmes végeredményt kaphatnánk. A statisztikai modell jelenthet kiindulási alapot a mentális betegség definíciójához, de önmagában természetesen kevés hozzá.

A mentális betegségről való gondolkodásunk egy másik gyökere a szociológiában használt deviancia-szemlélet, mely szerint társadalmi normaszegés jellemzi azokat az állapotokat is, melyeket mentális betegségeként értelmezünk. A közösség mindig megalkotja saját írott és íratlan szabályait, hogy a közösség működését fenntartsa, ezekkel szabályozva a zökkenőmentes és hatékony együttélést, a csoport túlélését. Ezt veszélyezteti a normaszegés. A normaszegőkre a csoport nyomást gyakorol: ha azonosítja, bünteti vagy izolálja őket, míg a szabálykövetést jutalmazza, ezzel erősíti a csoportkohéziót (Myers, 1996; Yalom, 1995). Más csoportban, más-más normák mellett más minősül normaszegésnek. Ha a deviáns viselkedés különösen veszélyeztető a csoportra nézve, akkor nagyobb a valószínűsége annak is, hogy mentális betegségnek címkézi azt, mivel így az egyénhez tartozóként tekinthet a problémára, az egyént tarthatja irracionálisnak vagy kontrollálhatatlannak, nincs szükség a csoportnormák vagy társadalmi normák megkérdőjelezésére. A mentális betegség azonban nem definiálható pusztán normaszegő viselkedésként sem, hiszen az elnyomó rendszerek elleni, humanitárius szempontból nehezen kifogásolható lázadást is ilyen módon könnyen abnormalitásnak címkézhetnénk. Ez történt például a hajdani Szovjetunióban is, ahol elmebetegnek bélyegezték és „kényszergyógykezelés” címén bezárták a rezsimmel szembeszálló másképp gondolkodókat (Bloch és Reddaway, 1977). Hasonló esetre volt példa az 1956 utáni Magyarországon is (<http://www.visszaemlekezesek.hu/pakh-tibor>).

Másfelől nézve pedig, ha csak a normaszegő viselkedést tekintenénk mentális betegségnek, nem vennék figyelembe azokat a nagy szubjektív szenvedést jelentő állapotokat, ahol a szabálykövetés mégis jelen van. A szociológiai deviancia-megközelítések azonban újabban már azt is figyelembe veszik, hogy sok, akár különböző normákkal élő csoport él együtt egy-egy társadalomban, s hogy a társadalmi kontroll sem egyformán sújt le rájuk intézményein keresztül. Egyes társadalmi és kulturáli csoportok inkább ki vannak téve annak, hogy deviánsként kezeljék őket, míg mások kevésbé (Rác, 2001). Összességében a szociológiai szemlélet azt a többletet adja a mentális betegség fogalmunk alakításához, hogy a deviáns viselkedés kultúrához, társadalomhoz kötött relativitását hangsúlyozza, vagyis azt, hogy a normalitás megítélése is társadalmi konvenció kérdése (Hinshaw, 2007). Emellett a szociológia is egyre inkább azt vizsgálja, hogyan jön létre a „deviancia”, nem annyira a deviáns egyénre koncentrálva, mint inkább a dinamikus folyamatra (Rác, 2001).

A „normaszegés” szankcionálásához kötődik az eltévelyedők bűnösnek, és az eltévelyedést morális vétségként definiáló szemlélet, mely az emberiség történetében hosszú múltra tekinthet vissza. Számos, ma mentális betegségként megnevezett állapotot a középkori majd újkori keresztény Európában morális gyengeségnek, vagy egyenesen a gonoszság, az ördög megnyilvánulásának tartottak. Még ha a boszorkányüldözések véget is értek a nyugati világban, e szemléletmód nyomai máig fellelhetők több kultúrában is (Hishaw 2007). A mentális betegségek közül leginkább a függőségekre igaz, hogy azokat ma is hajlamosak az emberek morális gyengeséggel, az akarat gyengeségével magyarázni (Gerevich, 2000). Ez a modell a „jóra” való törekvésben, a gyógyulásban az egyén felelősségét hangsúlyozza leginkább, ami kedvező lehet a szenvedélybeteg személyes motiválásában a leszokás során. Veszélye, hogy hibáztató, mértéktelenül büntető is lehet az egyénnel, miközben a társas környezetet, a csoportot felmentheti, átsiklik az egyén és környezete közötti kölcsönhatások bonyolultsága fölött.

Míg a fenti nézőpontok inkább a közösségi ítélkezés, a közösség megzavarásának mértéke, a közösségen belüli másság felől, azaz kívülről közelítenek a mentális betegségekhez, az újabb kori ökológiai szemléletű definíciók egyre nagyobb hangsúlyt helyeznek az egyén személyes élményeire, alkalmazkodási funkcióinak alakulására és az egyén-környezet kölcsönhatásaira. Eszerint a deviancia, a másság akkor tekinthető mentális zavarnak, ha az a beteg személy életében károkat, szubjektív szenvedést okoz. Károkat a közeli kapcsolataiban, a tanulmányi előmenetelében, a foglalkozási funkcióiban, az általános jóllétében. Ha nincs ilyenfajta károsodás,

lehet a viselkedés normaszegő, vagy néhány tekintetben abnormális, de nem beszélhetünk mentális betegségről (Szakács, 1998; Hinshaw, 2007). Emellett az ökológiai megközelítésre a fejlődés szempontú pszichopatológiai gondolkodás is jelentős hatással van. Ez a megközelítés veszi leginkább figyelembe, hogy a személyiség nem statikus, hanem dinamikusan változik. A mentális betegségeket és az azzal járó jellemző reakciókat, érzéseket is folyamatoknak tekint. Ennek megfelelően azt vizsgálja, hogy milyen előzmények, fázisok jellemzik a pszichés betegségek alakulását, és hogyan befolyásolják ezt a folyamatot az interakciók, kölcsönhatások a környezettel. Ebben a szemléletben tehát nem csak az egyén vagy a környezet hatása, szerepe hangsúlyozódik, hanem a kettő illeszkedésének minősége is (Cicchetti és Cohen, 2006).

A kritikus mentális állapotok *betegséggént* kezelése, már önmagában is *medikális* szemléletet tükröz, még a laikus perspektívából is. Az orvostudományon belül a pszichiátria, a pszichológiában pedig az ebből kibontakozó klinikai pszichológia foglalkozik a mentális betegségek azonosításával, megértésével és gyógyításával. A pszichiátria nagyobb részben medikális, a klinikai pszichológia többnyire lélektani eszközökkel dolgozik. Az orvosi, medikális gyakorlatot a kezdetektől a biomedikális tudományok alapozták meg. Ez a tudomány sokat változott az idők során, de az orvosi szemléletnek mindig része volt, hogy biológiai, azaz testi működések eltéréseivel magyarázza a lelki állapotok különbözőségét, így a lelki betegségeket is. Hasonlóképpen gondolkodtak erről a pszichológiában is. William James, *The Principles of Psychology* című munkájának előszavában így írt erről, 1890-ben: „Az a gondolat, hogy a mentális tevékenységek az agyhoz, mint testi szervhez köthetők, olyan széles körben elfogadott világszerte, hogy nem kell bizonyítanom, elegendő, ha általánosan elfogadott tényként kijelentem.” (idézi Amador, 2008, 21. oldal). A medikális modell szerint a baj természete tehát viselkedéses és mentális ugyan, de az érintett, rosszul funkcionáló szerv az agy (Hinshaw, 2007). Az emberi idegrendszer és az agy működésének egyre részletesebb megismerésével ez a biológiai megközelítés bár mind hangsúlyosabbá vált, de emellett a lelki problémák, a személyiség alakulásának környezettel való interakciója már a kezdetektől jelen volt ebben a szemléletben is – gondoljunk például Hippokratész milió elméletére (Halász és Marton, 1978). A XXI. századi pszichiátria a *lélekről*, mint az *agy* működéséről gondolkodik, elismeri a kettő elválaszthatatlanságát, de azt is, hogy mégsem azonosak egymással. Test és lélek elválaszthatatlanságában biológiai és környezeti, pszichoszociális stresszorok, szoros kölcsönhatásban alakítják élményeinket. Az agy, az idegrendszer működése megfigyelhető

„kívülről”, a harmadik személy perspektívájából, ám a lélek „magántermészetű”, csak „belülről”, szubjektív élményekből ismerhető meg (Gabbard, 2008).

Az egészségügyi ellátásban dolgozó szakemberek, így a klinikai pszichológusok is, elsősorban medikális modellben, azaz betegségekben gondolkodnak. A jelenlegi tudásunkat és gondolkodásunkat a mentális betegségekről, a fentebb tárgyalt modellek mind befolyásolják. A Betegségek Nemzetközi Osztályozásának mentális zavarokra vonatkozó fejezetei mellett nemzetközileg is elsősorban a Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyvének ötödik kiadása, és ennek fogalmai képviselik azt a közös nyelvet a társszakmákkal, azt a gondolkodási keretet, amelyen belül a lelki működés problémáit értelmezzük (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013; Nussbaum, 2013). A medikális modellen belül ugyan, de ez a kézikönyv „zavarokról” beszél betegségek vagy bajok helyett, mivel megalkotói úgy vélik, ez jobban lefedi ezeknek a problémáknak a rendkívül összetett jellegét. Ez a komplexitás úgy értendő, hogy a kutató és gyakorló szakemberek szerint a lelki szenvedés létrejöttében, egész alakulásában, egyaránt szerepet játszanak az egymással kölcsönhatásban álló biológiai, szociális, kulturális és pszichikus faktorok is. Ugyanakkor még emellett is igaz: ha „diagnózist” adnak egy ember szenvedésének, az mindig hordoz egy olyan kulturális funkciót is, amivel engedélyezi számára a beteg-szerep felvételét (Nussbaum, 2013). A beteg-szerep megváltoztatja az egyén helyét a közösségben: aki beteg, azt általában kevésbé tartjuk felelősnek állapotáért, mert a betegséget többnyire az ember irányításán kívülállónak tekintjük. A beteg-szerep elismerése azt is jelenti, hogy az illető segítségre, orvosi kezelésre szorul (Parsons, 1951). A mentális betegségek globális – nemzetközileg elfogadott – osztályozására törekedve is maradnak különbségek abban, hogy a különböző kultúrákban élő emberek hogyan viszonyulnak a mentális betegségekhez. Érdekes példája ennek, hogy az európaiakkal való találkozás előtt a mentális betegség fogalma egyáltalán nem létezett az amerikai őslakos indiánok kultúráiban. Ezzel magyarázható például, hogy ez a (korántsem homogén) népcsoport ma sem egységes a mentális betegségeket illető hiedelmeit, attitűdjeit tekintve, hiszen az évszázadok során más-más mértékben, különböző módon hatotta át az amerikai őslakos népcsoportok életét az európai kultúra növekvő jelenléte (Grandbois, 2005). „...minden diagnózis a személy élményeinek absztrakciója, és magán hordozza annak a kornak a jegyeit, amelyben megalkották.” (Nussbaum, 2013 17. oldal)

A DSM-5 meghatározása szerint az egyén és a környezet, társadalom konfliktusai önmagukban nem mentális zavarok, ha nem az egyén diszfunkciójából fakadnak. Nem mentális

zavarok a jelentős stresszorra adott gyakori vagy a veszteségre adott kulturálisan elfogadott válaszok sem. A mentális zavar olyan szindróma, melyben klinikailag jelentős zavar tapasztalható az egyén kognitív működéseiben, érzelemszabályozásában, viselkedésében, ami a mentális működések háttérben álló biológiai, pszichológiai vagy fejlődési folyamatok diszfunkcióját tükrözi (American Psychiatric Association, 2013; Nussbaum, 2013). Ez a definíció természeténél fogva soha nem lehet objektív, hiszen örök szubjektív mérlegelés tárgya marad, hogy hol a határ a *klinikailag jelentős* károsodás és a rendben lévő – normális – működés között. A mindezek háttérben álló folyamatokat sem tudjuk könnyedén teljes bizonyossággal rövid idő alatt feltérképezni. Ugyanakkor a pszichiátriában ma használt DSM-5 alapvetően *idiografikus* diagnosztikus szemléletet tükröz. Hangsúlyozza, hogy egyénileg kell meghatározni azt, hogy mi a diszfunkció és milyen mértékű a károsodás. Emellett alapvetőnek tartja, hogy a gyakorló szakember érdeklődjön a személyiség egyedi tapasztalata iránt, az iránt, hogy mit jelent az egyén számára a saját szenvedése, ahelyett, hogy külső szemlélőként spekulálna róla. A személyiség tiszteletén alapuló interaktív viszony teremtheti meg azt a légkört, amelyben a beteg úgy érezheti, hogy a gyógyító szakember (ápoló, orvos, pszichológus stb.) elkötelezett az ő megértése és jóllétének megteremtése felé vezető közös úton (Nussbaum, 2013). Ez, mint ideális attitűd, minden szakember célja lehet, ugyanakkor sosem szabad elfelejtenünk, hogy a „diagnózis” óhatatlanul elindít egy olyan címkézési folyamatot, melynek negatív következményei is lehetnek, például a stigmatizáció révén (ld. később) – ennek a negatív hatásnak a kivédése csak fokozott tudatossággal kísérelhető meg.

2. Az elmebetegség – szkizofrénia

A szkizofrénia súlyos elmebetegségként ismert, de korántsem pontosan ismert betegség a hétköznapi emberek számára. Világszerte körülbelül 0,3-0,7%-ban fordul elő a lakosságban (Sartorius és mtsai, 1986; Eaton és Chen 2006; van Os és Kapur, 2009; Réthelyi, 2011). Tünetei (téveszmék, hallucinációk, inkohereus beszéd, szétesett viselkedés, hangulati üresség, társas kapcsolatoktól való visszahúzódás, stb.) az egész életvezetést érinthetik, változatosak, a szkizofrén személyek rejtélyesnek és furcsának tűnhetnek. A betegség kezdetén a szokatlan viselkedések tűnnek fel a környezetnek, ezek késztetik őket segítségkérésre. Meglehető, ismereteik hiányosak a mentális zavarokról, nem is feltétlenül ismerik fel azokat, s nem tudják, hová forduljanak segítségért. Tapasztalataink szerint, amikor a pszichiátria felkeresése először szóba kerül, az érintett emberek és a családtagok többsége igyekszik azt minél tovább elkerülni, akár súlyosnak tűnő mentális problémák esetén is. Ugyanakkor ebben éppúgy szerepet játszhat a betegszerep hátrítása, az önbecsülés fenntartásának igénye – hiszen mindannyian szeretünk „normálisként” gondolni magunkra – mint a megbélyegzéstől való félelmek (Thornicroft, 2006; Harangozó és mtsai, 2014). Szkizofréniaival élni Magyarországon jelentősen rosszabb életminőséget jelent, nem csak az egészségesekhez képest, de a más betegséggel élőkhez képest is (Péntek és mtsai, 2012). A fejezet azt mutatja be, mi a szakmai diskurzusban a szkizofrénia, ami bizonyára hatással van arra is, hogyan jelenik meg a jelenség a kultúrában. Cél, hogy pontosabban megértsük, mit jelenthet szkizofréniaival élni.

2.1. A szkizofrénia diagnózisa

Stone (2006) a „szkizofrénia” diagnózis történetének összefoglalása során hangsúlyozza, hogy tulajdonképpen viszonylag rövid (kb. 110 éves) múltta visszatekintő diagnózisról beszélhetünk (Hoenig, 1995 idézi Stone 2006). A betegség, valószínűen már az ókorban is létezett, de pontos esetleírásokat, egyértelműen a mai diagnózist bizonyító kórismertetést a korai forrásokban nem lehet találni. Az első ismert, határozottan szkizofréniaira utaló esetleírás Thomas Willistől származik, 1672-ből, de még itt sem különíthető el egyértelműen, hogy mániás pszichotikus állapotról vagy szkizofréniairól volt-e szó. A mentális betegségek leírása a

felvilágosodás korától vált mind pontosabbá. A XVIII. század második felében Thomas Arnold diagnosztikus kategóriáit kognitív, affektív és viselkedéses tünetek is jellemezték már. William Cullen az 1700-as évek vége felé az angol szaknyelvbe bevezette a *paranoia* fogalmát, és a betegségek egy csoportjáról, mint „*insania*”-ról írt, mely igen közel állt a mai szkizofrénia diagnózishoz (Stone, 2006). A XIX. század végén, a rendszerező leírás sokféleségében, számos, elsősorban kognitív jellegű zavarral jellemezhető pszichotikus állapot leírásában a közös jellemzőt keresve Morel nyomán Kraepelin teremtette meg a *dementia praecox* diagnózisát, amely határozottan a szkizofrénia korabeli elnevezése lett. Kraepelin a paranoid, hebefrén és katatón típus mellett a negyedik, simplex formát is ide sorolta. Ő még a fiatal korban kezdődő mentális leépülést tartotta vezető tünetnek. A betegségcsoportra Bleuler ajánlotta a *szkizofrénia* elnevezést, aki a kórlefolyásra vonatkozó tapasztalatok és a betegség keresztmetszeti jellemzőinek leírásával pontosította tovább az ismereteket és a szkizofrénia változataiban a közös jegyeket kereste, a tünetekről kontinuumban gondolkodott. Ő írta le a szkizofrénia jellemző „4A”-t, vagyis az *asszociációk*, az *affektusok* zavarát és az *ambivalenciát* valamint az *autisztikus* jegyeket a környező világgal való kapcsolatokban. A névvel a pszichés funkciók működésének szétesettségét próbálta megragadni (Stone, 2006; Trixler és Tényi, 2009; Réthelyi, 2011). Később Karl Jaspers és Kurt Schneider nyomán osztották a pszichopatológiai jellegzetességeket *elsőrangú* tünetekre, melyek a realitás-érzék torzulásával járnak (mint például hanghallások, téveszmék, gondolatelvonás stb.) és *másodrangú* tünetekre (egyéb percepciózavarok, érzelmi elsivárosodás, hangulati labilitás, ambivalencia), melyek a DSM-III kritériumokban már megjelentek. A DSM-IV és revideált változata tovább árnyalta a képet, amikor Andreasen és munkatársai modelljét alkalmazva *pozitív* (pl. hallucinációk) és *negatív* tünetek (pl. érzelmi elsivárosodás, indítékszegénység) mentén is kategorizált. A pozitív és negatív tünetek etiológiai, neurobiológiai szempontból is különböznek, két jól elkülönülő kontinuumot képeznek. Míg a pozitív tünetek akut állapotban jellemzik inkább a betegséget, a negatív tünetek krónikus szkizofrénia vezető tünetei inkább, de kevert tüneti kép is előfordul (Andreasen és Olsen, 1982; Trixler és Tényi, 2009; Réthelyi, 2011).

A pszichopatológiát tekintve, a korábbi megközelítések alapján kidolgozott, gyakorlati pszichodiagnosztikai szempontból jól használható felosztásuknak megfelelően, a tünetek jellemzően öt csoportba sorolhatók Lindenmayer és Khan (2006) szerint. Ezek a pozitív tünetek, negatív tünetek, kognitív tünetek, excitációs tünetek és a szorongásos-depresszív tünetek. Ez az öt tünetcsoport nem egymást kizáró kategóriák, hanem dimenziókat jelentenek, melyek mentén a

különböző szkizofréniák leírhatók. A *pozitív tünetek* általában valamilyen normál funkció eltúlzásaiként, excesszív kifejezéseként vagy „pluszaként” jellemezhetők. Ezek közé tartoznak a különböző modalitású hallucinációk, a téveszmék számos fajtája, bizarr viselkedések. A *negatív tünetek* a normál funkciók „elszegényesedett”, csökkent működései inkább: az affektusok eltompulása, ellaposodása, amit a gesztusok, mozgások szegényessége, a gyenge szemkontaktus-tartás és a hanghordozás egyhangúsága jeleznek, a gyenge rapport-készség, az apátia, szociális visszahúzódás, a gondolkodás sztereotipizáltsága, a beszéd szegényessége, az energia és a késztetések, személyes érdeklődés jelentős csökkenése. Ezekkel párhuzamosan az önellátás és a személyes higiéné iránti érdeklődés is csökkenhet, a beteg elhanyagoltnak tűnhet. Az általános anergia is ide sorolható, mindezeknek következménye lehet az iskolai vagy a munkahelyi teljesítményben is. A *kognitív tünetek* közé sorolják alapvetően a gondolkodási és nyelvi kifejezésben megnyilvánuló problémákat, melyek egy részét korábban a pozitív tünetek között tartották számon, például a gondolkodás formai zavarait, mint a fellazult asszociációkat, a beszéd dezorganizációját, de a korábbi szemlélet negatív tüneteiként számon tartott figyelemzavar és az absztrakt gondolkodás nehézségei is ebbe a csoportba tartoznak, valamint a mondatszintű kontextus-feldolgozás problémája. A kognitív tünetek közé sorolható a mozgáspercepciós és mentalizációs deficit is, ami a szkizofréniával élők szociális funkcióinak romlásában is szerepet játszik, ilyen módon összefüggésben áll a negatív tünetekkel is (Kéri, 2008). Az *excitációs tünetek* a nyugtalanság, az impulzus-kontroll zavara, az esetleges ellenségesség, agresszió és az együttműködés hiánya. Tulajdonképpen ezek azok a viselkedések, amik a társas környezetet leginkább zavarják, és amik, mint látni fogjuk, lényeges szerepet játszhatnak a megbélyegzés folyamatában is. Ezek, mint tünetek, csak ineperszonális történések összefüggéseiben értelmezhetők, csakúgy, mint az ötödik, következő csoport: A *depresszív és szorongásos tünetek*, a lehangoltság, bűnösség érzés és a feszültség érzése, bár végig kísérhetik, de a betegség meghatározott szakaszaihoz jellemzően kapcsolódnak, és kiemelten fontosak az öngyilkossági veszélyeztetettség szempontjából (ld. később).

A Betegségek Nemzetközi Osztályozása jelenleg is érvényben lévő tizedik kiadása az F20-29-es betegségkategóriák, azaz a *Szkizofrénia, szkizotípiás és paranoid (delusiv) rendellenességek* csoportjában tárgyalja ezt a heterogén betegséget. A kraepelini kategóriákat megtartva hebefrén, katatón és paranoid, valamint szimplex formát különít el, emellett külön diagnosztizálja a szkizofrénia utáni depressziót. Ebben a csoportban ad helyet más pszichotikus paranoid vagy

delusiv rendellenességeknek és a szkizofreniform pszichózisnak is (mely a 6 hónapos fennállási kritériumnak még nem felel meg), valamint az affektív tünetek markáns jelenlétével is jellemezhető szkizoaffektív zavarnak. A DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) a szkizofréniát olyan zavarnak tekinti, melyben jellemző lehet, hogy inkább negatív vagy pozitív tünetekkel írható le, de az altípusok használatát a gyakorlatban már nem tartja indokoltnak. Finomabb, a tünetek dimenziókban való megközelítését preferálja, és az ezekben való mennyiségi eltérések alapján differenciál-diagnosztizál (Nussbaum, 2013). A szkizofréniára, mint spektrumra tekint. A szkizofrénia diagnosztizálásának alapvető kritériumai és az időbeli lefolyáshoz kötött diagnózisalkotási javaslatok nem változtak a DSM korábbi kiadásaihoz képest, azaz a tüneteknek legalább 6 hónapig kell fennállniuk a szkizofrénia diagnózis felállításához (vagy sikeres kezelés esetén 1 hónapig). A „Szkizofrénia spektrum és más pszichotikus zavarok” (American Psychiatric Association, 2013/a) című fejezetben szerepelnek tehát a szkizotípiás (személyiség) zavar, a paranoid pszichotikus zavar, rövid pszichotikus zavar, szkizofreniform zavar, szkizofrénia, szkizoaffektív zavar és a szer/gyógyszer kiváltotta pszichotikus zavarok, illetve a katatónia, mint állapot, külön kategóriát alkot. A kategóriák közötti különbségekkel, a diagnosztizálás nehézségeivel, és az osztályozás körüli vitákkal, kutatásokkal jelen dolgozatban nem áll módunkban részletesen foglalkozni. A szkizofréniához fűződő megbélyegzés későbbi vizsgálata azonban indokolja, hogy ide idézzük a szkizofrénia diagnosztikus leírását:

„Szkizofrénia

- A. Az alábbiak közül kettő (vagy több) jelen van egy egy hónapos (vagy sikeres kezelés esetén rövidebb) időszak jelentős részében. Ezek közül legalább az egyik az (1), (2) vagy a (3):
1. Téveszmék
 2. Hallucinációk
 3. Inkoherens beszéd (pl. gyakori kisiklások vagy inkoherencia)
 4. Durván szétesett vagy katatón viselkedés
 5. Negatív tünetek (pl. csökkent érzelmkifejezés vagy indítékszegénység)
- B. A zavar kezdete óta eltelt idő jelentős részében a tevékenység színvonala egy vagy két olyan fő területen, mint a munka, interperszonális kapcsolatok vagy öngondoskodás, jelentősen alacsonyabb a zavar kezdetét megelőző színvonalnál (vagy ha a kezdet

gyermek- vagy kamaszkorra esik, akkor nem éri el az interperszonális, tanulmányi vagy foglalkozásbeli tevékenység elvárt színvonalát).

- C. A zavar jelei legalább hat hónapon át folyamatosan fennállnak. E hat hónap során legalább egy hónapon (vagy sikeres kezelés esetén rövidebb időn) keresztül jelen kell lenniük az A kritériumnak megfelelő tüneteknek (vagyis az aktív fázis tüneteinek), és előfordulhatnak prodromális vagy reziduális tüneti időszakok is. E prodromális vagy reziduális tüneti időszakok során előfordulhat, hogy a zavar jelei csak negatív tünetekben vagy az A kritériumban felsoroltak közül legalább két, attenuált formában jelen lévő tünetben nyilvánulnak meg (pl. furcsa hiedelmek, szokatlan perceptuális élmények).
- D. A szkizoaffektív zavar és a pszichotikus jegyekkel jelentkező depresszív vagy bipoláris zavar kizárásra került, mert vagy 1) nem jelentkezett major depresszív vagy mániás epizód az aktív fázis tüneteivel egyidejűleg, vagy 2) ha hangulati epizódok jelentkeztek az aktív fázis tünetek során, ezek a betegség aktív és reziduális periódusai teljes hosszának csak töredékében álltak fenn.
- E. A zavar nem tulajdonítható valamely szer (pl. drog, gyógyszer) vagy más egészségi állapot élettani hatásának.
- F. Ha a kórelőzményben autizmus spektrum zavar vagy gyermekkorban kezdődő kommunikációs zavar szerepel, a szkizofrénia kiegészítő diagnózisa csak akkor adható, ha a szkizofrénia egyéb szükséges tünete mellett szembetűnő téveszmék vagy hallucinációk vannak jelen legalább egy hónapon (vagy sikeres kezelés esetén rövidebb időn) keresztül.” (American Psychiatric Association, 2013/a 115-116. o.)

2.2. A szkizofrénia betegség jellemzői

A szkizofrénia rendszerint a serdülőkor vége felé vagy a fiatal felnőttkorban kezdődik, az érintettek közül legtöbben ekkor keresnek először segítséget, az első pszichotikus epizód után. A kezdet lehet hirtelen is, de gyakran egy úgynevezett prodromális időszak előzi meg (Eaton és Chen, 2006; Tully és McGlasham, 2006; Trixler és Tényi, 2009). A prodroma tüneteinek még nem pszichotikusak, de funkcióromlás tapasztalható. Először nem specifikus szorongásos-depresszív

tünetek, majd negatív tünetek (apátia, társaktól való visszahúzódás) és a kogníció problémái (elsősorban figyelemzavar) figyelhetők meg. A pozitív tünetek később jelennek meg: gyanakvások, vonatkoztatások, a percepció és a gondolkodás zavarai már az első pszichotikus epizód előszobáját jelzik (Eaton és Chen, 2006; Perkins, Lieberman és Lewis, 2006).

Az első epizód megjelenése jellemzően 15 és 30 éves kor közé esik, nőknél 29, férfiaknál 25 éves átlagéletkorról számolnak be (Perkins, Lieberman, Lewis 2006; Trixler és Tényi, 2009). Bár a diagnózis kimondásához szükséges a hallucinációk, téveszmék jelenléte, de közvetlenül ezek megjelenése előtt a kogníció zavarai és a negatív tünetek olyan mértékű munkahelyi vagy iskolai és szociális funkcióromlást okoznak, ami a családnak, a közvetlen környezetnek feltűnhet. Mégis, a tünetek jelentkezése és a kezelés megkezdése között gyakran hónapok, akár egy évnél hosszabb idő is eltelik (Perkins, Lieberman, Lewis 2006). Ebben szerepet játszhat, hogy a környezet a tüneteket vagy nem ismeri fel, vagy nem mentális betegségnek tekinti, esetleg nem tudatosan, de hátrítja a probléma súlyosságát. A fiatal felnőtt években, amikor a betegség elkezdődik, különösen érzékeny időszakot élünk mindannyian a pszichoszociális fejlődésben. A stabil identitás kialakítása mellett a szakmaválasztás, párválasztás időszaka ez, a generativitás időszakának kezdete (Erikson, 1957). Ebben a fejlődési szempontból kiemelten fontos időszakban a szkizofénia esetében a korai kezelésbe vétel minimalizálhatja csak azt a funkciókárosodást, amit a betegség okozhat (Perkins, Lieberman, Lewis 2006).

A szkizofrénia spektrum betegségei a legtöbb esetben krónikus lefolyásúak (Perkins, Miller-Andersen, Lieberman, 2006). A tünetek súlyossága és hatása a társas kapcsolatokra, valamint a munkavégzésre igen sokféle lehet, a lefolyás mintázatai is különbözőek. Epizodikusan újabb és újabb pszichotikus állapotok jelentkehetnek, melyek között, hosszabb vagy rövidebb ideig a tünetek visszahúzódni látszanak (remisszió), a beteg ambuláns orvosi kezelés mellett jól működhet a mindennapi életben, de az is lehet, hogy fokozatosan leépül, funkcióromlás tapasztalható. Sem a pszichotikus epizódok előfordulási gyakorisága, sem a betegség progressziója nem mutat homogén képet. Vizsgálatok szerint minden ötödik beteg kerül tartós remisszióba, és egy ennél kisebb része a betegeknek relapszusok (visszaesések) nélkül épül fel az első epizódból, fenntartó antipszichotikus gyógyszeres kezelés nélkül is (Riecher-Rössler és Rössler, 1998 idézi Perkins, Miller-Andersen, Lieberman, 2006). A hosszútávú vizsgálatok szerint ugyanakkor szkizofréniaiban gyakoriak a krónikus tünetek is és a képesség-csökkenés, a betegek egy tizedénél a pszichotikus tünetek remisszió nélkül állandóan fennmaradnak. A betegek körülbelül

egyharmadánál tapasztalható jó kimenetel enyhe vagy hiányzó reziduális, azaz maradványtünetekkel, vagyis körülbelül ennyien őrzik meg munkaképességüket és szociális funkcióikat elfogadhatóan jó színvonalon. Az idő előtti halálozás azonban sokkal gyakoribb a szkizofréniával élők körében, mint az átlagnépességben. Ezek fele öngyilkosság következménye. Körülbelül a betegek egy tizede követ el öngyilkosságot, ennek a kockázata az első epizód utáni remisszióban a legnagyobb. Az ebben a szakaszban végzett terápiás beavatkozások jelentősége különösen fontos az öngyilkosság-megelőzés szempontjából (Perkins, Miller-Andersen, Lieberman, 2006 nyomán).

A betegség hosszútávú prognózisa valószínűleg több tényező együttes függvénye: a háttérben álló genetikai és neurobiológiai jellegzetességek, a fejlődést befolyásoló korai és későbbi környezeti hatások, az optimális kezelés megtalálása és a társadalmi, közösségi támogatás minősége és elérhetősége egyaránt szerepet játszhatnak benne. Bár a pszichózis kezelése gyógyszeres orvosi beavatkozást is igényel, egyre inkább elismerik a pszichoterápiás intervenciók nélkülözhetetlenségét, már a prodromális időszakban vagy az első epizód során is (Trixler, Tényi és Gáti 2006). Ezt indokolja az is, hogy a gyógyszeres kezelés a betegek egy kis csoportjánál lassan fejt ki hatását, vagy hatástalan, hogy az első epizódos betegek kevésbé együttműködők a gyógyszeres kezelés során, valamint a csak gyógyszeres kezelés kedvezőtlen a depresszív érzések, önstigmatizálás folyamataira nézve is. Ezen kívül a gyógyszeres kezelés nem veszi figyelembe a családokra háruló jelentős betegség-terheket, ezen felül azt az attitűdöt alakíthatja ki, hogy a betegség tisztán biológiai meghatározottságú, így a felépülés is csak a biológiai folyamatok függvénye – ez viszont csökkenti a beteg bizalmát bármilyen pszichoszociális kezeléssel kapcsolatban, tovább rontva az együttműködési készséget (Trixler, Tényi és Gáti 2006). A betegség, érintve a gondolkodási, érzelmi és értelmi funkciókat, óhatatlanul érinteni fogja a beteg önmagáról alkotott képét is, átfogóan változtatja meg élményeit, nem csupán járulékosan adódik azokhoz. A pszichotikus tapasztalások révén alapvetően megváltozhat a beteg énképe. A mindennapi stresszhelyzetek leküzdési stratégiái és a társas kapcsolatok kialakításának nehézségei mellett, melyek központi problémái a szkizofrén embereknek, a páciens identitására vonatkozó kérdéseivel is foglalkoznia kell a terápiának, ha hatékony segítséget kíván nyújtani (Larsen, Bechdolf és Birchwood 2003; Karon, 2003; Amador, 2008).

2.3. A szkizofrénia magyarázatai

A szkizofrénia, mint minden más, - nem csak pszichiátriai - betegségre is, Engel (1977; 1980) nyomán biopszichoszociális holisztikus szemlélettel próbál tekinteni az orvostudomány és a társszakmák (Szilárd, Janka és Füredi, 2009). Ez azt jelenti, hogy elismeri összetett eredetét, a betegség kialakulásának és alakulásának komplex, multifaktoriális jellegét, és figyelembe veszi ezt a kezelésénél is. Eszerint sem a biológiai, sem a pszichés vagy szociális környezeti feltételek nem képesek önmagukban magyarázni egy betegség kialakulását és lefolyásának jellemzőit, csak ezek bonyolult kölcsönhatásának és együttes hatásainak feltárásával és megértésével alkothatunk teljes képet a betegségről általában, csakúgy, mint egy meghatározott személy egyedi állapotáról, betegségalakulásáról is. A szkizofrénia eredetére vonatkozó magyarázó elméletek és kutatások jellegük szerint, történetileg, mégis két csoportba sorolhatók, az alapvetően *biológiai* meghatározókat kutató és a *pszichoszociális* determinánsokra vonatkozó megközelítésekre (Trixler és Tényi, 2009). A kettő közötti kapcsolat keresésére jelentenek példát újabban az epigenetikai kutatások, melyek arra kíváncsiak, hogyan befolyásolják hosszabb távon a környezeti hatások a génextpressziót, illetve az örökítő anyag és az azt kötő fehérjék kémiai változásait, szabályozó mechanizmusait (Kéri, 2013; Must, Janka és Horváth, 2011).

A *biológiai* meghatározók közül általában igen jelentősre, körülbelül 80%-os-ra becsülik a genetikai tényezők szerepét a szkizofrénia kialakulásában (Kéri, 2013). Ugyanakkor az, hogy az egyes genetikai variánsok – melyek nem feltétlenül öröklődőek, lehetnek új mutációk is – hogyan vezetnek szkizofrénia kialakulásához, máig sem pontosan ismert, egyre bonyolultabb rendszermodellek megalkotását és megértését kívánják a kutató orvos-biológusoktól. Emellett a genetikai kutatások eredményei jellemzően nem specifikusak, hasonló genetikai variánsok lehetnek jelen más betegségeknél is, például más kognitív fejlődési zavarok vagy autizmus spektrum zavarok, illetve epilepszia esetén is. Azaz, ezek a modellek valószínűen még ma sem alkalmasak arra, hogy teljes egészében magyarázzák a betegség kialakulását és további alakulását (Rapaport és mtsai, 2012; Kéri, 2013). Mint predispozíciót, a szkizofrénia hátterében álló olyan genetikailag meghatározott anyagcsere-zavart tételeznek fel általában, amely az agyi szinapszisok működési zavarával jár. A többször átalakult, de a gyakorlatban ma is meghatározónak tekinthető dopamin-diszregulációs hipotézis szerint a pozitív tünetek ventrális-striatális dopamin-túlműködésen alapulnak, a negatív (affektív és kognitív) tünetekért dopamin-alulműködés felelős, elsősorban a

dorsolaterális prefrontális kéregben. A két régió működészavarának kölcsönhatása maga után vonja más neurotranszmitter pályarendszerek részvételét is a betegség létrejöttében, így például a GABA-erg interneuronok érintettségét és a glutamáterg pályák csökkent működésének szerepét is alátámasztják a modern képalkotó vizsgálatok tapasztalatai (Szekeres, Pávics és Janka, 2002; Trixler és Tényi, 2009). Az idegrendszer strukturális és funkcionális eltérése azonban hálózatszerű és többfókuszú, érinti a homoklebeny (az asszociációs kéreg) területét és a hippocampust, a thalamust és a basalis ganglionokat is (Kéri, 2013).

A biológiai magyarázatok sorában újabb kutatási területet képviselnek az oxitocin, és az oxitocin-rendszer működésének evolúciós jelentőségét kiemelő megközelítések, valamint az ehhez kapcsolódó, az oxitocin kedvező hatását demonstráló kutatások a szkizofrénia tüneteinek csökkentésében is. Az oxitocinnak nem csak a szülésben, de az utódgondozásban, a gondoskodó anyai viselkedés és a kötődés alakulásában is lényeges szerepe van, ezek erősségei pedig hozzájárultak a magasabb intellektus evolúciójához az embernél. Próbavizsgálatok szerint az intranazális oxitocin kedvező hatással van a kognitív, különösen a társas intelligencia körébe tartozó képességekre, melyekben hátrányai lehetnek a szkizofrén betegeknek is. Esetükben a hagyományos antipszichotikumok mellett az intranazális oxitocin a pszichotikus tünetek javulásához is hozzájárul, csökkenti mind a negatív, a pozitív és az általános tüneteket (Feifel és munkatársai, 2010, Pedersen és munkatársai, 2011, Modabbernia és munkatársai, 2013 idézi Pedersen, 2014). Legújabban az oxitocin átfogó kedvező hatását mégsem sikerült egyértelműen igazolni (Dagani és munkatársai, 2016).

A szkizofrénia idegfejlődési elmélete prospektív kutatásokra épül, melyek szerint a magzati korban elszenvedett olyan károsodások, mint például a hipoxia, vagy az anya fertőző eredetű betegsége (pl. *Toxoplasma gondii*), alultápláltsága, a placenta rendellenességei növelik a későbbi szkizofrénia kialakulásának kockázatát (Rapaport és mtsi, 2012). Azt is bizonyítottnak tekintik, hogy azok között a gyerekek között, akiket felnőttként szkizofrénia valamelyik formájával diagnosztizálnak, a korai gyermekkorban gyakoribbak a nem specifikus emocionális és magatartási rendellenességek, az intellektus és a nyelvi fejlődés és a motorikus koordináció eltérései, mint más gyerekeknél (van Os és Kraus, 2009). Az idegfejlődési elmélet szerint, mely maga is keresi a hidakat a biológiai és környezeti meghatározók összefüggésének megértésében, mind a fenti korai történések, mind az egyéb kockázati tényezők (pl. városi környezet, gyermekkorban elszenvedett traumák, kisebbséghez tartozás) olyan módon befolyásolják a központi idegrendszer fejlődését,

ami magyarázhatja az idegrendszer szerkezeti és működésbeli eltéréseit és a tünetek serdülőkor körüli kezdetét is. Progresszív fejlődési deficitről beszélnek tehát, amely során plaszticitási folyamatok károsodnak, és ennek eredményeként az idegrendszer érési és alkalmazkodási folyamatai is zavart szenvednek. A kutatásokat összefoglaló tankönyvek, elemző áttekintő tanulmányok szerint nem alkalmas egyetlen determinisztikus modell sem arra, hogy önmagában magyarázza a szkizofrénia kialakulását. A betegség-vulnerabilitást sokféle genetikai és környezeti tényező okozhatja, melyek egymással is kölcsönhatásban állva befolyásolják az idegrendszer fejlődését (Keshavan, Gilbert és Diwadkar, 2006; Rapaport és mtsai, 2012; Kéri, 2008 és 2013).

A freudi modellből kiinduló *pszichodinamikus* megközelítés elismerve a neurobiológiai tényezők jelentőségét, *pszichológiai* alapon is igyekszik megérteni a szkizofrén folyamatokat (Gabbard, 2008). Az iskolaalapító Sigmund Freud a szkizofréniairól, mint nárcisztikus patológiáról írt, abban az értelemben, hogy a szkizofrén betegek szerinte nem képesek az áttételes kapcsolat kialakítására a terápiában. Mindez szerinte annak a következménye, hogy frusztrált tárgykapcsolati igényükre olyan regresszióval válaszolnak, mellyel a személyiségfejlődés korai, autoerotikus szakaszára regrediálnak, azaz a tárgytól visszavonják libidójukat. Ez magyarázná társas visszahúzódásukat, autisztikusnak ható vonásaikat is (Freud, 1914). Freud azonban nem foglalkozott mélyrehatóan szkizofrén betegek kezelésével, úgy vélte, pszichoanalízissel nem lehet segíteni nekik. A korai analitikusok közül Európában Carl Gustav Jung volt az, aki a pszichológiai kezelés lehetőségét szkizofrén betegek esetében is fontosnak tartotta, kiterjesztette a pszichoanalízis hatókörét. A szkizofrén hanghallásokat és téveseszméket, mint mélyen emberi, kollektív tartalmakat értelmezte és tartotta megismerésre érdemesnek (Jung, 1906 in 2015). Valamivel később Harry Stack Sullivan volt az a pszichiáter, aki az Amerikai Egyesült Államokban egész pályája során jelentős figyelmet szentelt a szkizofréniainak. Őszerinte a szkizofrén betegek nagyon is fogékonyak, és érzékenyek az *interpersionális* helyzetekre, bár a pszichoanalízis szabad asszociációs módszerével valóban nem kezelhetők, mert az megzavarja a beteg és a terapeuta közötti kommunikáció normális menetét és fokozott szorongást vált ki belőlük. A szkizofrénia, és a szkizofrén betegek ilyen szorongása a biológiai sérülékenység talaján, de a korai rossz személyközi tapasztalatok következményeként alakul ki – elsősorban a szorongó, félelemkeltő vagy hiányos, de valamilyen módon hibás anyai gondoskodás révén (Gabbard, 2008; Mitchell és Black, 2000; Sullivan, 1938, 1940). Sullivan nyomán Frieda Fromm-Reichmann (1948) írta le a „szkizofrenogén anya” kifejezést először, egy olyan visszautasító anyai viselkedésre utalva ezzel,

amit a szkizofrén egyéneknek el kellett szenvedniük gyermekkorukban. Később Federn abban látta a szkizofrén működésmód lényegét, hogy elmosódnak az én-határok, azaz elmosódik a határ külső és belső között. Pszichodinamikus terminológiával: az én-határ megszállások visszavonása történik (Federn, 1952; Gabbard, 2008).

A korabeli interperszonális pszichodinamikus megközelítéseket ismerve, és azokra építve a kaliforniai Palo Altohoz köthető *kommunikáció elméleti* iskola képviselői az 1950-es évektől írták le a szkizofrénia tüneteinek háttérében jelenlévő kommunikációs jellegzetességeket. Azaz, hogy a szkizofréniasok nehezen azonosítják a kommunikációs „módozatokat” meghatározó metakommunikatív jelzéseket, és ezeket saját kifejezéseikhez és gondolataikhoz, érzékleteikhez, érzéseikhez is nehezen illesztik. Azt feltételezték, hogy mindez a családban zajló olyan ismétlődő interakciós tapasztalatok eredménye, ahol a „szkizofrén kommunikáció” tulajdonképpen az egyetlen érthető válasz. Számos fel nem oldható, ellentmondásos interakciós helyzet eredménye mindez, amiket „double bind” azaz kettős kötés elnevezéssel illettek.

A szkizofrén kommunikációhoz vezető „double bind” helyzet lényege, hogy legalább két résztvevője van, ismétlődik, elsődlegesen tartalmaz egy büntetést kilátásba helyező tiltást (pl. „Ne tedd, ezt vagy azt, vagy megbüntetlek!”), másodlagosan pedig egy ennek ellentmondó, absztraktabb szintű, többnyire nonverbálisan közölt újabb parancsot, (tartalma szerint pl. „Ezt ne vedd büntetésnek!” „Ne gondoldj arra, amit nem szabad csinálnod!”), mely teljesíthetetlen. A helyzet jellemzője még, hogy az „áldozat”, a gyermek, természetes függősége miatt nem tud szabadulni belőle, mert a szülőkkel való jó kapcsolat megtartása, a megfelelő reagálás a túlélése szempontjából fontos (Bateson, Jackson, Haley és Wekland, 1956). A kettős kötés parancsainak nem lehet megfelelni. Előbbi szerzők megfigyelései szerint ez a szituáció jellemzi a pre-szkizofrénias egyén (az „áldozat”) és édesanyja kommunikációját, de normál személyek kapcsolataiban is felbukkan. A szerzők szerint, ha valaki az életét tartósan ilyen kettős kötéssel jellemezhető kapcsolatban tölti, érthető, hogy összezavarodik, biztonságosabb a kommunikáció metaforikus szintjére menekülnie vagy kivonulni a realitásból. Egy pszichotikus epizód után több út áll előtte: védekezéséppen vagy mindennek a rejtett jelentését fogja kutatni, vagy mindent szó szerint értelmez és ignorálja a metakommunikatív jelzéseket, vagy akár teljesen feladja a törekvést, hogy az üzenetek jelentését megfejtse, igyekszik visszavonulni a világtól, az interakcióktól, nehogy „provokálja” a környezetét – ezekben a magatartásokban a szkizofrénia tüneteit ismerhetjük fel. Bateson és munkatársai (1956 i.m.) klinikai tapasztalataik és szkizofrén betegekkel valamint

szüleikkel végzett interjúk alapján megrajzolnak egy hipotetikus családi helyzetet, amiben a később szkizofrénné váló ember él. Az ilyen családban, különféle okokból, az anyából szorongást és ellenséges visszahúzódást vált ki a gyermek szeretet-igénye és szeretet-válaszai, de ez tudatosan nem elfogadható az anya számára, tagadja ezt, ezért nyíltan szeretetteljesen igyekszik viselkedni, „helyesen” cselekedni, meggyőzni a gyereket, hogy mint szerető anyára tekintsen és reagáljon rá. A szeretetteljesnek gondolt, cselekvés az anya részéről nem jár együtt a szeretet érzésével is, így válnak üzenetei ellentmondásossá. Az anya fel nem vállalt negatív érzéseit erőltetett szeretettel igyekszik palástolni – ha a gyerek közeledik, negatív érzéseket kommunikál nonverbálisan, elutasító – ha erre a gyerek húzódik vissza vagy negatív érzéseket fejez ki felé, akkor pedig disszonáns szeretettel számonkéri ezt rajta. Fontos eleme ennek a körnek, hogy az anyai „szerető magatartást” mindig az ellenséges érzések előzik meg, azt kompenzálja csak, így a gyermek az üzenetek egy sajátos szekvenciáját tapasztalja meg rendszeresen. Jellemzésük szerint általában hiányzik vagy nincs igazán jelen a családban senki, (például egy élelátó, bevonódó apa sem), aki beavatkozna az ilyen módon kettős kötésbe bonyolódó gyermek javára az anya-gyerek interakcióba, aki segítene feloldani ezeket az ellentmondásokat. Mivel az anya a gyerek reakcióiban azt a megerősítést keresi, hogy a saját viselkedése szeretetteljes, ezért a gyermek tulajdonképpen olyan helyzetben találja magát, hogy nem szabad pontosan olvasnia az anya (és a saját) nonverbális és metakommunikatív jelzéseit, ha fenn akarja tartani (életbevágóan fontos) kapcsolatukat, azaz jobban jár, ha nem tudja megkülönböztetni a tetetett és a valódi érzéseket egymástól. Hétköznapi szituációra lefordítva ezt a következőképpen illusztrálták a szerzők: Az anyának rossz érzései vannak, például haragszik a gyerekekre, vissza akar vonulni, távolodni tőle. Azt mondhatja: „Menj ágyba, nagyon fáradt vagy! Jobb, ha lefekszel aludni.” Ez a szeretetteljes állítás tagadja azt az érzést, amit őszinte szavakkal úgy lehetne kifejezni, hogy „Menj innen, elegendem van belőled!” Ha a gyerek helyesen interpretálja a metakommunikatív jelzéseket, akkor azzal szembesül, hogy az anya nem akarja őt, és egyszersmind meg is téveszti szerető magatartásával. „Megbüntetnék”, ha ezzel az ellentmondással szembesítené az anyát, ezért inkább elfogadja, hogy fáradt, ahelyett hogy az anya csalását felismerné, inkább becsapja önmagát is a saját belső állapotát (fáradtság) illetően. Tulajdonképpen megtanulja az anyai kontrollnak alávetni, hibásan értelmezni saját belső jelzéseit és mások üzeneteit is (Bateson és mtsai, i. m.).

A „double bind” helyzet részletes leírása bár ésszerű magyarázatát adta a tünetek jelentős részének, ugyanakkor a családi kommunikáció zavarára helyezve a hangsúlyt továbbra is nagy

felelősséget tulajdonított a betegség kialakulásában az anyának – az anya ambivalens és hamisan kommunikált érzéseinek. Csakhogy az erre a modellre épülő újabb kutatások nem igazolták a „double bind” lineáris oki szerepét a szkizofrénia kialakulásában. Sokkal inkább olyan genetikai-környezeti kölcsönhatásokra épülő *interakciós modellt* látszanak igazolni, mely szerint csak a szkizofrénia nagyobb genetikai, biológiai kockázatot hordozó egyének lesznek érzékenyebbek a környezet olyan kockázati tényezőire is, mint a szülői kommunikáció zavarai (Wahlberg és mtsai, 1997). Ugyanakkor adoptációs család-vizsgálatok adatai alapján igazolódni látszik, hogy a biológiai érzékenység talaján a szülői (és leginkább az anyai) kommunikáció vonás-szerűen tartós devianciája valóban összefügg olyan gondolkodási zavarral a nevelt gyereknél, mely kognitív fejlődésbeli deficitet jelez, így tovább növeli a szkizofrénia kialakulásának valószínűségét. Ezek a mérhető kommunikációs eltérések azonban a szülő részéről a figyelmi fókusz megosztására és fenntartására vonatkoznak, mely megnehezíti a beszédértést és a konszenzuson alapuló jelentéstanulást, nem pedig a kifejezetten „double bind”-ként azonosítható helyzetekre (Roisko és mtsai, 2011).

A kommunikáció-elméleti megközelítés kétségtelenül utat nyitott a családi hatótényezők vizsgálatának, és beépült a *rendszer szemléletű* gondolkodásba. A családi működés kockázati tényezőinek tanulmányozásában egy másik gyakran vizsgált jelenség az „expressed emotions”, azaz a kifejezett érzelem mennyisége és minősége a szkizofrén családtag közvetlen környezetében (Brown és Rutter, 1966; Vaughn és Leff, 1976). Ezen belül is a hozzátartozók túlzott érzelmi bevonódása a beteg magányügyeibe és a gyakori kritikus megjegyzések, ha egyértelmű oki szerepre nem is tarthatnak számot, de kapcsolatban állnak a kezelés sikerével, a betegség kimenetelével a már korábban pszichotikusnak diagnosztizált betegeknél. Egy húszéves követéses vizsgálat szerint ezek a jellemzők hosszútávon összefüggést mutatnak a visszaesések (relapszusok) és a kórházi kezelések számával, valamint a pozitív tünetek súlyosságával is (Cechnicki, Bielanska, Hanuszkiewicz, Daren 2013).

Többek között Bateson és munkatársai (1956) kommunikáció-elméleti megközelítése, később Goffman (1961), majd Thomas Szász (1972) is hatással volt a Nagy-Britanniában az 1960-as, '70-es években, R. D. Laing informális szellemi vezetésével kibontakozó *antipszichiátriai* mozgalomra. Fő szószólói, Laing, Cooper, Esterson, Redler, Schatzman és Berke, maguk is pszichiáterek, alapjaiban kérdőjelezték meg a mentális állapotok betegség-szemléletét, az intézményes kezelés létjogosultságát, és ezeknek az állapotoknak a társadalmilag szabályozott

kontrollálási kísérleteit. A szkizofréniára, mint „belső utazásra” tekintettek, és a Kingsley Hall terápiás közösségben nem meggyógyítani, hanem kísérni szándékoztak az embereket ebben az utazásban. Bár radikális nézeteiket nem igazolták vissza empirikus eredmények, vagy a szkizofréniával élők életminőségének jelentős javulása, a látásmódjuk óriási hatással volt a mentális állapotokról – köztük a szkizofréniáról – való gondolkodásra. Az azóta eltelt évek távlatából visszatekintve az antipszichiátriai mozgalom kultúra formáló erőként kétségtelenül jelentős szerepet játszhatott a későbbi mentálhigiénés szemléletű civil kezdeményezések és az angol nyelvterületen megvalósult antistigma programok kidolgozásában is (Crossly, 1998). Az antipszichiátria megközelítésére látszik építeni az a pszichiátriai gyakorlatból indult kezdeményezés is, mely újabban – részben pont a stigmatizáló hatása miatt – szeretné eltörölni a szkizofréniát korántsem egyértelmű és nehezen elkülöníthető diagnózist. Ehelyett spektrumként tekintenének a többféle diagnózishoz kapcsolható pszichotikus problémákra, és „pszichózis fogékonyság tünetegyüttes”-ről beszélnének a korszerűbb nozológiai rendszerekben. A probléma spektrum-zavar felfogása nagyobb teret engedne a pszichoszociális tényezők kóroki szerepének elismerésére és pontosabb magyarázatot adhatna az igen különböző betegség-kimenetekre is. (van Os 2016).

A betegség kialakulását meghatározó pszichoszociális tényezők között újabban egyre többször említik az elszenvedett pszichogén *traumákat*, azaz a fizikai vagy szexuális abúzust, kortársbántalmazást (Kéri, 2013 nyomán). Serdülőkorú vizsgálati személyek körében gyakoribbak (az általános 6,6% helyett 25%) a pszichózis-szerű tünetek azok között, akik bántalmazásban valamilyen módon érintettek voltak (Kelleher, Harley, Lynch, Arsénault, Fitzpatrick és Cannon, 2008). Egy jelentős metaanalízis szerint a gyermekkori pszicho-trauma legalább két és félszeresére növeli a pszichózis kialakulásának kockázatát, függetlenül attól, hogy milyen specifikus traumáról van szó, de növeli ezt a hatást, ha hosszabb ideig vagy többféle módon is traumatizálódik valaki gyermekkorában (Varese és munkatársai, 2012). Bár a gyermekkori traumák oki szerepe még mindig nem teljesen tisztázott, a pszichózis kockázatát növelő, és a betegség súlyosságát, lefolyását befolyásoló hatásuk egyre nyilvánvalóbbnak látszik szkizofréniában szenvedők esetében is (Baudin és munkatársai, 2016). A „traumagén idegfejlődési modell” integráló értelmezése szerint a trauma, mint stressz, a HPA-tengely túlaktiváltságán keresztül befolyásolhatja az idegrendszer fejlődési folyamatait, melyek a fiatal felnőttkorig folyamatosan zajlanak (Trixler és Tényi, 2009).

Mindezek tükrében egy bonyolult összefüggés-rendszer látszik kirajzolódni a szkizofrénia magyarázatában. A biológiai és a környezeti, pszichoszociális tényezők szorosan összefonódnak, egymástól is nehezen elkülöníthetőek. Önmagában egyik tényező sem magyarázhatja a betegség létrejöttét, de együttesen alkalmasak lehetnek arra, hogy az egyedi – történetesen szkizofréniával élő – ember sorsának alakulását megpróbáljuk megfejteni. A biológiai kutatásokon nyugvó gyógyszeres kezelés mellett éppen ezért mindig helye lesz azoknak a pszicho- és szocioterápiás intervecióknak is, melyek (már gyermekkorban) csökkenthetik a szkizofrénia kialakulásának kockázatát, vagy enyhíthetik a betegséggel járó szenvedést, javíthatják a betegek életminőségét, a betegség prognózisát. R. D. Laing (1990, 21. oldal) szavait idézve: „...akármi legyen is a kezelés, amiben részesülnek, mindjárt ott kell kezdenünk, hogy bármi furcsák legyenek is „nekünk” ekképpen „ők”, ugyanúgy „egyszerűen emberieknek” tekintjük „őket” mindvégig, mint „magunkat”.”

3. Mentális betegek megbélyegzése

3.1. Mi a stigma? A megbélyegzés jellemzői, fajtái

„Őrült”, „bolond”, „elment az esze”, „nincsenek neki otthon”, „nincs ki mind a négy kereke”: csak néhány a hétköznapi kifejezések közül, melyekkel a mentális betegséggel élőket, a szkizofrén betegeket is illetni szokták. A szokatlant könnyen címkézi a többség (ld. korábban). Természetes tudásunk van arról, mi a megbélyegzés. Mégis, ha tanulmányozni szeretnénk a megbélyegzés jelenségét, a társadalomtudományok fogalmi meghatározására is szükségünk van. A szociológus Goffman (1963) megközelítésében a stigma egy olyan tulajdonított jellemző (attribútum), ami komolyan leértékel, hiteltelenít, szégyenletes a hordozója számára. Valakit, akire korábban, mint teljességgel működő rendes emberre néztünk, a megbélyegzés által egy „szennyezett” „romlott”, értéktelen személynek tartunk. A stigma olyan, általában negatív attribútum, amit sztereotípiák magyaráznak. (Link, Yang, Phelan és Collins, 2004)

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 szembeűnő, 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 szemlő 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 individuum 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 rosszállják 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 nyilvános stigma az a jelenség, amikor egy nagyobb társadalmi csoport osztozik egy stigmatizált csoporttal (ebben az esetben a mentális betegekkel) kapcsolatos sztereotípiákban, és ezeknek megfelelően viselkedik velük szemben. Az önstigma az önbizalom és az én-hatékonyság érzés elvesztése, ami akkor jelentkezik, amikor az érintett ember internalizálja a nyilvános stigmát. A nyilvános és az ön-stigma közötti különbség mind a megértés, a magyarázat és a stigma megváltoztatását célzó stratégiák megalkotása szempontjából lényeges.” (Corrigan, Kerr, Knudsen, 2005, 179. o.)

A nyilvános stigma sem csak a közvetlenül érintetteket bélyegzi meg. Családtagok is társas elutasítást, előítéleteket tapasztalnak tágabb környezetükben, nem csak szkizofréniával, hanem depressziós vagy bipoláris zavarral élő rokon esetén is (Thornicroft, 2006; Struening és munkatársai, 2001). A mentális betegségekkel kapcsolatos vélekedések és a megbélyegzés a családtagok mellett, a barátokra és a mentális betegségek gyógyításával, kezelésével foglalkozó szakemberekre ugyanúgy kiterjed: pszichiátereire, pszichológusokra, ápolókra, szociális munkásokra (többek között: Phelan, Bromet és Link, 1998; Persaud, 2000). Ők minden oldalról érintettek: maguk is *stigmatizáltak*, például megmutatkozhat ez abban, hogy őket is többé-kevésbé „furcsának”, „különcnek”, „bolondosnak” tartja a közvélemény, de abban is, hogy a pszichiátria, a pszichológia az egészségügyön belül is „kisebb presztizsű”, mint más szakterületek. A másik oldalon viszont ők is *stigmatizáltak*: vizsgálatok erősítik meg, hogy maguk a mentális betegekkel dolgozó szakemberek éppen olyan mértékben rendelkeznek stigmatizáló, diszkrimináló attitűdökkel, mint a laikus társadalom (Rössler, 2010; Björkman, Angleman és Jönson, 2008;

Lauber és munkatársai 2006). A saját rejtett attitűdök, sztereotípiák tudatosítása a segítő szakmákban különösen fontos: a szakember a tudatos verbális kommunikációján túl számos dolgot közvetít nonverbális viselkedésével, jelenlétével, akár azt is, vajon van-e remény egy állapot javulására vagy a gyógyulásra. A szakemberek attitűdjei jelentős szerepet játszhatnak a stigmatizáció megelőzésében vagy akár megszüntetésében is (Harangozó és munkatársai 2014).

A kutatások szerint az észlelt stigma a mentális beteg részéről az én-hatékonyság érzés csökkenésével, önbizalom-csökkenéssel, és annak előrevetítésével jár, hogy a felépülés lehetőségei nagyon korlátozottak. Az önstigma a mentális betegek internalizált, magukra „igaznak” elfogadott stigmáját jelenti, vagyis amikor én-azonosként tekintenek a stigmával jelzett tulajdonságokra, osztják azokat a nézeteket a mentális betegségről, és önmagukról, mint mentális betegről, amelyek az adott közösségben jelen vannak. Ez a jelenség nem csak a ténylegesen észlelt megbélyegzés függvénye – írják az önstigmával foglalkozó tanulmányok. Előzményeként, a később mentális betegségtől szenvedő ember már korábban is rendelkezik azokkal a kulturális sztereotípiákkal a pszichiátriai betegségekről, amivel a többi ember is. Amikor egy személy mentális betegsége kialakul, majd diagnosztizálják azt, ezeket a már meglévő sztereotípiákat kénytelen magára vonatkoztatni, ennek minden következményével, a vele járó diszkriminációval együtt (pl. Link, 2001; Perlick és munkatársai 2001; Rösler, 2010; Wright és munkatársai 2000). Valószínűleg – legalább részben – ennek a következménye az is, hogy a betegek jelentős része megkülönböztetésre számít olyankor is, amikor ténylegesen nem tapasztalt diszkriminációt, például a munka- vagy a párkeresés során. Elismerve és nem kisebbitve a tény, hogy a betegek jelentős százalékának van tényleges tapasztalata is a diszkriminációról, mind a társas kapcsolatokban, mind a munkakereséssel és a munka megtartásával kapcsolatban (Thornicroft és munkatársai 2009).

A stigma három összetevője vizsgálható tehát a mentális betegséggel kapcsolatban az érintett egyén perspektívájából. (1) Észlelt/vélt stigma, avagy az a hit, hogy a közvélemény negatív attitűdökkel rendelkezik a mentális betegségről. (2) Tapasztalt stigma, vagyis a megtörtént konkrét esetek, amikor valaki diszkriminációt, nem egyenlő bánásmódot tapasztal a mentális probléma miatt. (3) A szűkebb értelemben vett ön-stigma, az egyén belsővé tett, stigmatizált önképe (Corrigan és Watson, 2002; Corrigan, Kerr, Knudsen, 2005; Corrigan és mtsai, 2012; Yanos és munkatársai, 2008). A kulturában jelenlévő sztereotípiák kétféle módon hatnak erre az önképre. Egyrészt ezek miatt, mint észlelt stigma miatt a pszichiátriai betegséggel élő személy elutasításra számít, elkerülő módon beszűkítheti társas terét, ami elszigetelődéshez, munkanélküliséghez és

végső soron kevesebb jövedelemhez, rosszabb életminőséghez vezet. Ezek nem csak alapvető egzisztenciális problémákat jelentenek, de személyes kudarcként értelmezve csökkentik az önbizalmat, az én-hatékonyság érzést is (Link, 1987; Markowitz, 1998). Másrészt a mentális betegséggel élő ember úgy gondolhatja, illenek rá ezek a többnyire kedvezőtlen sztereotípiák, elhíheti, hogy tényleg kevesebbet ér betegsége emiatt, ahogyan mások is feltételezik. Ezen folyamatok eredményeként jön létre az önstigma, mely az önbecsülést is csökkenti.

Az elmúlt 40 évben számos kutatás megerősítette, hogy az észlelt stigma rombolja a mentális betegek önbecsülését (Pl. Corrigan, 1998; Holmes és River, 1998, Link, 1987; Link, Cullen, Struening és Shrout, 1989; Link, Mirotznik és Cullen, 1991; Markowitz, 1998; Perlick és munkatársai, 2001; Rosenfield, 1997; Sirey és munkatársai, 2001). Azonban az észlelt stigma sem azonos az önstigmával, nem magyarázza például a pszichiátriai betegek közötti nagy eltéréseket az önkép stigma miatti kisebb vagy nagyobb mértékű változásában (Corrigan és mtsai, 2012). Az érintettek igen különböző stigma tapasztalatának magyarázatára Corrigan és Watson (2002) négy lépcsős progresszív elméleti modellt alkottak, mely hitelesen írja le az önstigma alakulásának folyamatát. Eszerint az érintettekben első lépésként (1) tudatosulnak a mentális betegekkel kapcsolatos általános nyilvános sztereotípiák, majd (2) maguk is elfogadják ezeket a sztereotípiákat, osztják ezeket a nézeteket. Ezzel a két lépcsőfokkal a közvélemény stigmatizáló attitűdjeinek kialakulása is jellemezhető, nem csak az önstigmatizáció folyamata. Harmadik lépésben, akik mentális betegek (3) ezeket magukra is alkalmazzák, majd végül (4) önbecsülésük is károsodik miatta. Például akiben tudatosulnak a mentális betegekre vonatkozó sztereotípiák, úgy tarthatja, *az emberek szerint a pszichiátriai betegek kiszámíthatatlanok*. Második lépésben elfogadhatja ezt a nézetet, azt gondolhatja: *a pszichiátriai betegek tényleg kiszámíthatatlanok*. Ha betegsége (és betegség-tudata) kialakul, így folytatódhat a folyamat: *Mivel én is mentális beteg vagyok, én is kiszámíthatatlan vagyok*. Erre épülhet végül az önbecsülés károsodása: *Aki olyan kiszámíthatatlan, mint én, azt nem lehet tisztelni – én sem tartom magam sokra*. A stigma káros hatásai Corrigan és munkatársai (2012) szerint a progresszív folyamat későbbi szakaszaiban jelentkeznek, amikor az érintett személy már internalizálta azt. A gyógyulást és az önbecsülés növelését segítő rehabilitációs, pszichoedukációs programok során rendkívül fontos, hogy legyenek olyan megbízható mérőeszközeink, amivel az önstigma folyamata és mértéke mérhető, hogy erre célzott beavatkozások is tervezhetők legyenek. Ehhez az is szükséges, hogy a lehető legpontosabban, különböztessük meg a stigmból adódó önbecsülési problémákat és a pszichés

probléma jellegéből adódó önkép ártalmakat (mint például a depressziós tünetekkel együtt járó kisebbségi érzést), melyek más-más kezelést, másfajta beavatkozást igényelhetnek – bár nem teljesen függetlenek egymástól (Yanos, Roe és Lysaker, 2011).

Az egyén szintjén tapasztalt stigma és diszkrimináció mellett a kutatások egy részében a strukturális diszkrimináció is megjelenik, mint stigma-komponens. Ez a törvényhozás és a törvények alkalmazásának olyan intézményes gyakorlatait jelenti, melyek bármilyen módon előnytelen helyzetbe hozzák a mentális betegséggel élő embereket. Ide sorolhatók azok a működési jellegzetességek is, melyek a törvények betartása mellett – nem feltétlenül szándékosan – de kedvezőtlenebb helyzetbe hozzák a mentális betegséggel élőket, például a különböző erőforrásokhoz való hozzájutásban. Strukturális diszkriminációnak számít az is, ha például kevesebb anyagi forrás jut a szkizofrénia-kutatásra, az ambuláns pszichiátriai ellátás megszervezésére, megfelelő számú szakdolgozó biztosítására, vagy ha az elérhető lakhatás és pszichiátriai ellátás egy városban nehezen megközelíthető vagy egyszerűen csak elhanyagolt, lepusztult állapotban vannak a megvalósítást biztosító épületek, és még sorolhatnánk (Link és munkatársai, 2004).

A stigmatizálást magyarázó modelleket Corrigan és munkatársai (Corrigan, Kerr és Knudsen, 2005; Corrigan és Kleinlein, 2005) három nagyobb csoportba sorolták. A szociális *kognitív* modellek olyan humán információ-feldolgozási folyamatokat írnak le, melyek individuálisan jellemzőek mindannyiunkra, mint társas közegben élő emberekre. Ezek a megközelítések például a sztereotipizálás szükségszerűségével, mint a gyors tájékozódást lehetővé tevő folyamattal magyarázzák a stigmatizáció jelenségkörét (Link és Phelan, 2001). Ezek a megközelítések az információfeldolgozás folyamatát vizsgálják, például, hogy mely jelek, mint észlelt jellemzők hoznak létre kedvezőtlen sztereotípiákat – s ezek hogyan, és vezetnek-e diszrimináló viselkedéshez. A *motivációs* modellek elsősorban arra keresik a választ, hogy miért stigmatizálunk, vagyis mi ennek a funkciója a stigmatizáló egyén vagy csoport szempontjából. Például a pszichoanalitikus szemlélet szerint, az egyén szorongását csökkenti, ha negatív tulajdonságokat másokra vetít ki, pozitív énképét védi ilyen módon (Bettelheim és Janowitz, 1964; Freud, 1936). A stigmatizációt magyarázhatja az is, hogy potenciális veszélyektől – akár testünket, lelkünket veszélyeztető erőszaktól – védjük magunkat ezen keresztül (Biernat és Dovidio, 2000; Stangor és Crandall, 2000). A csoport számára a csoport-célokat (túlélést) veszélyeztető egyének kizárása is – amennyiben ilyennek tekintjük a mentális betegeket – egyfajta adaptív folyamat

(Neuberg, Smith és Asher, 2000). A *szociológiai* modellek elsősorban a tapasztalt stigmából és diszkriminációból kiindulva a társadalmi berendezkedés, az intézményi szabályozás és az intézményes struktúrák működésében keresik a magyarázatot, például hogy a különböző csoportokat hogyan diszkriminálják a törvények, megteremtve ezzel az alapot a stigmatizációhoz (Link és Phelan, 2001; Corrigan, Kerr és Knudsen, 2005). Ezek a modellek nem egymást kizáróan önmagukban, hanem egymással összefüggésben magyarázzák a mentális betegek megbélyegzésének jelenségekörét. Komplex, az egyén, a közösség és a társadalom működési módjait egyaránt figyelembe vevő több szintű beavatkozás szükségességét vetítik előre.

3.2. Kulturális különbségek a mentális betegek megbélyegzésében

Amikor a mentális betegek megbélyegzés-tapasztalatát vizsgáljuk, és negatív önképüket szeretnénk megváltoztatni, akkor sem függetleníthetjük azt a társadalomban meglévő, (általuk is osztott) korábbi sztereotípiáktól, a mentális betegségről való nyilvánosan, kimondva vagy kimondatlanul elfogadott gondolkodástól és ahhoz kapcsolódó viselkedéstől. A vonatkozó nemzetközi stigma-kutatások szerint, országonként mérhető különbségek vannak a mentális betegek megbélyegzésében, melyben a kulturális különbségek is lényeges szerepet játszanak (pl. Angermeyer, Buyantgus, Kenzine és Matschinger, 2004; Rao, Feinglass és Corrigan, 2007; Harangozó és mtsai 2014). A megbélyegzést lényeges mértékben befolyásolják kulturális normáink. Ezek a normák igazítanak el minket abban a kérdésben, hogy mi normális, mi különös, vagy éppen mi számít már mentális betegségnek. Az attitűdjeinket alakító, erre vonatkozó sztereotípiákat is a szocializáció során tesszük magunkévá. Míg bizonyos kultúrákban a látomások, hanghallások normális jelenségként nyernek értelmezést, sőt tiszteletet érdemelnek, napjaink európai kultúrájában ezeket a jelenségeket a mentális betegség jelentős indikátorának tartjuk (Al-Issa, 1995). Még amikor osztjuk is a mentális betegségekre vonatkozó helyi kultúra nézeteit, netán a megbélyegző attitűdöt, az ilyen vélekedések nem feltétlenül vezetnek diszkrimináló viselkedéshez. Kulturálisan elsajátított értékek és személyes tapasztalataink kölcsönhatásában alakuló érték-rendszerünk függvénye az is, mennyire helytelenítjük magát a diszkriminációt (Sztancsik és Pék, 2014).

A kulturális összehasonlítást célzó stigma kutatások általában különböző országokban élő embereket vizsgálnak. Azonos országban jelen lévő, akár nagymértékben különböző kulturális háttérű csoportokat vizsgáló kutatási beszámolók alig vannak, vagy csak etnikai, rassz béli attitűd-különbségeket vetnek össze, mélységében nem vizsgálva a különbségek kulturális háttérét (ld. Abdullah és Brown, 2011). Abdullah és Brown (im.) a vonatkozó kutatások összegző elemzése során azt is kiemelik, hogy kulturális különbségek nem csak a stigmatizáló attitűdökben mutatkozhatnak meg, hanem az ezekhez kapcsolódó viselkedéses következményekben is. Például az afrikai rasszhoz tartozó amerikaiak a kaukázusiakhoz képest inkább hiszik, hogy a mentális betegek veszélyesek, mégis kevésbé hibáztatják őket erőszakos események elkövetése esetén, és kisebb mértékben osztják azt a nézetet, hogy erőszakos cselekedetekért meg kellene büntetni őket (Anglin, Link és Phelan 2006).

Abdullah és Brown (2011) ismertette az Amerikai Egyesült Államokban élő jelentős, származásuk alapján különböző kulturális csoportok sajátosságait, melyek befolyásolhatják a mentális betegségekhez fűződő attitűdjeiket, stigmájukat. Ezek a különbségek az antistigma programokban is figyelembe vehetők, növelhetik azok hatékonyságát. A kulturális szempontokat is figyelembe vevő jövőbeli stigma-kutatás számára hat lépcsős szisztematikus megközelítést javasolnak, mely alapján egy-egy specifikus kultúrkörben a mentális betegségről vallott nézetek újra-keretezhetők:

I. táblázat: A kulturális szempontú stigma-kutatás 6 lépcsős modellje (Abdullah és Brown, 2011 idézi Sztancsik és Pék, 2014¹)

1.	Kulturális értékek meghatározása, melyek az egyes kulturális csoportokban szembeszökőek, nyilvánvalóak <ul style="list-style-type: none"> • értékek validálása • együttműködés kultúr-antropológusokkal
2.	Mentális betegségre vonatkozó stigmatizáló hiedelmek azonosítása minden egyes kulturális csoportban <ul style="list-style-type: none"> • fókusz csoportok használata • kvalitatív kutatási módszerek használata
3.	Mérőeszköz fejlesztése és validálása a mentális betegség-stigma és a kulturális értékek mérésére <ul style="list-style-type: none"> • a mérni kívánt kiindulási konstrukció pontos megértése • a mérőeszköznek multi-kulturálisan alkalmazhatónak kell lennie, ilyen módon kell tartalmaznia a 2. lépésben meghatározott stigmatizáló hiedelmeket
4.	Kulturális értékek és stigma kapcsolatának meghatározása <ul style="list-style-type: none"> • nyilvános stigma és ön-stigma vizsgálata • olyan vizsgálatok levezetése, melyekben egy adott kulturális csoport tagjait a kulturális normákhoz való igazodásáról és mentálisan beteg személyekkel kapcsolatos attitűdjeiről, viselkedéséről is megkérdezik • olyan kulturális értékek azonosítása, melyek erősebben járulnak hozzá a kisebb mértékű stigmatizációhoz; melyek az intervencióban, a stigma-csökkentő programokban is nagyobb hangsúlyt kaphatnak
5.	Mérséklő tényezők és a viselkedéses következmények vizsgálata (amennyiben a 4. lépésben kapcsolatot találtunk a kulturális értékek és a mentális betegség stigmája között) <ul style="list-style-type: none"> • potenciális mérséklő tényezők: fennálló mentális betegség, szoros kapcsolat valakivel, akinek mentális betegsége van, a betegség eredetére vonatkozó hiedelmek stb. • Viselkedéses következmények: szakellátás-keresése, stb.
6.	Kulturális célcsoportra tervezett antistigma beavatkozások <ul style="list-style-type: none"> • Közösségek vezetőinek, képviselőinek bevonása a stigma-csökkentő beavatkozások tervezésébe • Az intervenciók azon kulturális értékeket kell hangsúlyozzák, melyek a kisebb mértékű stigmatizációhoz kapcsolódnak, vagy a nagyobb stigmatizációval járó értékek <i>kifejeződéseit</i> kellene megváltoztatniuk.

Sem nemzetközi összehasonlításban, sem Magyarországon belül, az itt élő és részben különböző kulturális háttérű, különböző etnikai csoportok ilyen irányú – azaz a mentális betegség reprezentációit és a pszichiátriai betegség stigmáját is érintő – kulturális összehasonlító vizsgálata tudomásunk szerint mindeddig nem történt, pedig a nemzetiségek aránya összesen 6,5% körül mozog, 640 ezer fő fölött van hazánkban (KSH, 2013).

¹ A táblázat idézet Abdullah és Brown (2011) cikkéből – a szerző fordítása

Kulturális különbségeket nem elemez, de magyar adatokat is feldolgoz Harangozó és munkatársai (2014) nemzetközi vizsgálata, mely szkizofrén betegek egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó stigma- tapasztalatait vizsgálta. Eszerint a posztkommunista kelet-európai országokban élő betegek, szemben más európai országok szkizofrén betegeivel, nagyobb arányban és nagyobb mértékű megkülönböztetést tapasztalnak az egészségügyi személyzet részéről, például ha a gyermekvállalás kérdése, a családalapítás kerül szóba, és általában is: tiszteletlenebbnek érzik az egészségügyi személyzet viselkedését velük szemben.

Légmán Anna szociológus összefoglalója (2012) szerint a pszichiátriai ellátórendszerben ma Magyarországon erősen biomedikális szemlélet uralkodik a pszichiátriai betegségeket, ezen belül a szkizofréniát illetően is. Az „elmebetegeket” ellátó rendszer totális intézményként működő szociális otthonokat működtet és tart fenn. Úgy tűnik, még mindig nagy az igény a társadalmi elkülönítésére: a pszichiátriai betegek „láthatatlanok”, nem csak a hétköznapi életben, de javarészt a médiában is. A közösségi pszichiátriai szemlélet, a reform-igényű intézmények egyedi kezdeményezések, melyeket magába olvaszt, maga alá gyűr a rendszer, és amik nem tudtak teret nyerni, igazán elterjedni.

3.3. A stigma és diszkrimináció fogalmának kapcsolata

Judi Chamberlin érintettként és civil aktivistaként közelítve így fogalmaz Thornicroft (2006) *Elkerülve* című könyvének előszavában:

„Maga a stigma kifejezés problémás, mert az *egyénenre lokalizálja a problémát*, ezért ezt a kifejezést az elmúlt években két, olyan megfelelőbb szóval próbáltuk helyettesíteni, melyek pontosabban leírják helyzetünket:

- *Előítélet*: az a nem jogos negatív attitűd, melyet saját hiedelmeikre és prekonceptióikra alapozva táplálnak irántunk az emberek, ahelyett, hogy saját specifikus, egyéni tulajdonságainkra alapoznának.
- *Diszkrimináció*: az ilyen attitűdök társadalmi szintű törvényesítése, ami a jogban és a szokásrendszerben is megjelenik, azt eredményezve, hogy alacsonyabb státuszba sorol, és kevesebb joggal ruház fel bennünket, mint a címkével nem rendelkezőket.”
(Chamberlin, i.m. xii)

Chamberlin is kiemeli, hogy a szavaknak óriási jelentősége van, ha valamilyen módon meg akarunk küzdeni a problémával, hiszen az emberi cselekedetek attól függhetnek, milyen szemüvegen keresztül tekintünk a jelenségekre.

A korábban ismertetett tudományos megközelítések tükrében az értekezés szerzője úgy véli, hogy a megbélyegzés (stigma) és a diszkrimináció bár egymáshoz kapcsolódó folyamatok és fogalmak, nem helyettesíthetők egymással. A Yanos és munkatársai (2008) szerinti felosztáshoz igazodva a mentális betegek esetében a diszkrimináció az úgynevezett „tapasztalt stigma” a megbélyegzett egyén perspektívájából, a fenti előítélet fogalom pedig az „észlelt stigma” jelenségét írja le ebben az értelmezésben. Corrigan és munkatársai modelljéhez kapcsolva a diszkrimináció – megkülönböztetett bánásmód – leggyakrabban valamilyen „nyilvános stigma” viselkedéses következményeként definiálható leginkább, de óhatatlanul befolyásolja az érintettek ön-stigmáját, saját magukról való gondolkodásukat, érzéseiket, önképüket és viselkedésüket (ld. korábban). Az előítélet pedig, mint a stigma egyik, negatív érzelmekkel is járó kognitív összetevője határozható meg: egyetértés a sztereotípiákon alapuló negatív hiedelmekkel, egy csoporttal - ebben az esetben a mentális betegekkel - kapcsolatban (Corrigan, Kerr és Knudsen, 2005).

Fontos megértenünk, ha stigma és diszkrimináció viszonyáról gondolkodunk, hogy a megbélyegzés eredményezhet diszkriminációt, ugyanakkor a megbélyegző attitűd és vélekedések

nem feltétlenül vezetnek diszkrimináló viselkedéshez. A szocializáció során elsajátított értékek, kulturális és személyes tapasztalatainkból formálódó értékrendszerünk befolyásolja, hogy mennyire helytelenítjük magát a megkülönböztetést, döntési helyzetben fogunk-e ténylegesen diszkriminálni (Abdullah és Brown, 2011; Sztancsik és Pék, 2014).

A mentális betegségek és a mentális betegek megbélyegzésével kapcsolatos angol nyelvű szakirodalomban a dolgozat jelenében az értekezés szerzője szerint két kutatói kör munkája látszik kiemelkedni. Az egyik a Sartorius, később Thornicroft és munkatársai felvetéseire és a diszkrimináció tapasztalatok kutatására specializálódó brit, elsősorban pszichiátriai nézőpontból kiinduló kutatási irány (Thornicroft 2006, és egyéb hivatkozott művei). Ezek részben Harangozó Judit és munkatársai nyomán valamennyire Magyarországon is ismertek (Ld. Harangozó hivatkozott művei). A másik nagy vonulatot az integratívabb, interdiszciplinárisabb, szociológiai és pszichológiai ismereteket is beépítő amerikai kutatások képviselik, melyek Link és Corrigan (valamint munkatársaik) elméleti megközelítésére és gyakorlati munkájára alapoznak. Ezek a szisztematikus kutatások, Corrigan itt ismertetett modellje, és munkái Magyarországon még kevésbé ismertnek látszanak.

Jelen dolgozatban a vizsgálódásunk kiindulópontjaként megtartjuk a korábban használt, bővített, Link és munkatársai által leírt átfogó stigma-fogalmat (Link, Yang, Phelan, Collins, 2004), mely olyan komplex folyamatnak tekinti a megbélyegzést, melynek csak egy eleme a diszkrimináció. Emellett a Corrigan és munkatársai által használt nyilvános és önstigma fogalmaival dolgozunk még, mert azok véleményünk szerint átfogóbb, az egyén szubjektív érzéseihez közelebb álló jelenségkörre vonatkoznak, és nem csak a tényleges diszkriminációs tapasztalatokat foglalják magukba. A megbélyegzés kapcsolatát a diszkrimináció-tapasztalatokkal a későbbiekben ezen koncepciók mentén vizsgáljuk.

3.4. A megbélyegzés és diszkrimináció jelentősége

A mentális betegség bélyegével élőket életcéljaik elérésében akadályozza a nyilvános stigmával összefüggő diszkrimináció, azáltal, hogy a célok megvalósításához szükséges lehetőségektől fosztja meg őket. A mentális betegséggel küzdők életében is (mint mindenki máséban) a két lényeges alappillér céljaik elérésében: a méltányosan megfizetett munka és a biztonságos, független otthon megteremtése. Bár igaz, hogy bizonyos mentális betegségek a szociális készségek és egyéb megküzdési módok hiányosságaival járnak, ami rontja a betegek versenyképességét a munkaerőpiacon, de ugyanakkor az is tény, hogy a stigma tovább rontja esélyeiket, ehhez hozzáadódva akadályozza boldogulásukat (Link, 1987; Corrigan, Kerr és Knudsen, 2005; Corrigan és Kleinlein 2005; Thornicroft, 2006).

A mentális betegek közösség általi megbélyegzésének az érintettek életére gyakorolt hatása, a velük szembeni negatív diszkrimináció miatt válik nyilvánvalóan károsná. Több mint negyven évvel ezelőtti példája volt ennek Farina és Felner (1973) klasszikus vizsgálata, mely során egy munkanélküliként bemutatott férfi pályázó 32 munkaadóhoz jelentkezett ugyanazzal a szakmai önéletrajzzal, egyetlen különbséggel, hogy az esetek felében múltbeli pszichiátriai kezelés is megemlítésre került benne. Utóbbi helyzetben a felvételi interjúk készítői kevésbé voltak barátságosak és kevésbé támogatták a pályázó felvételét is, ahhoz képest, amikor nem volt az életrajzban pszichiátriai kezelés.

A stigmatizáló attitűdök jelenlétét a közvéleményben Corrigan, Kerr és Knudsen (2005) összefoglaló tanulmánya szerint számos kutatás dokumentálja. Brockington, Hall és Levings (1993) az Amerikai Egyesült Államok két városában azt találták, hogy a mentális betegekhez fűződően a megbélyegzés háttérében három fő attitűdforma azonosítható a közvéleményben. Ezek a jóindulat, a tekintélyelvűség és a félelem. A vizsgálatban résztvevő két város abban különbözött egymástól, hogy az egyikben hagyományos pszichiátriai kórház működött, míg a másikban azt bezárták, és közösségi pszichiátriai ellátást valósítottak meg. A toleránsabb magatartás a képzetesebb felnőtt populációra jellemző, és leginkább akkor, ha van a rokonságban pszichiátriai betegség. Ellenben abban a közösségben inkább, ahol hagyományos, elkülönítő pszichiátriai intézmény működött, nem közösségi pszichiátria. (Felvetődik a kérdés: ha nincs a családjukban mentális betegség, jóindulatúbbak vagyunk a mentális betegekkel, mindaddig, amíg nem látjuk őket? Vagy a közösségi pszichiátriai ellátást stigma szempontból is előrelátóbban lehetett volna megszervezni abban az adott esetben?) A paternalisztikus, tekintélyelvű hozzáállás és a félelem

nem csak a munkakeresés és otthonkeresés sikerességét befolyásolják, de sajnos hozzájárulnak a mentális betegségek kriminalizálásához is, s ezeknek tudható be, hogy a mentális betegeket gyakrabban tartóztatják le, és hosszabb ideig maradnak bebörtönözve, mint más elkövetők, ha bekerülnek az igazságszolgáltatás rendszerébe (Watson, Corrigan és Ottati, 2004). Több kutatás erősíti meg azt is, hogy a mentális betegekkel előnytelenebbül bánnak az egészségbiztosítók és az egészségügy dolgozói is, így gyakran más betegségük kezeletlen marad, vagy komorbid pszichiátriai betegségük miatt nem kapják meg a szükséges kezeléseket (Druss és munkatársai, 2000; Péntek és munkatársai, 2012; Harangozó és munkatársai, 2014).

Az életkilátások alakulására nyilvánvalóan hatással lévő, a társadalomban, közösségben jellemző attitűdökön kívül a nyilvános stigma észlelése is bizonyítottan ronthatja a mentális betegek önértékelését, nem csak az internalizált, szűkebb értelemben vett önstigma (Corrigan, Kerr és Knudsen, 2005).

Természetesen nem minden beteg szenved a stigma miatt az önbizalma csökkenésétől. Corrigan és Watson (2002) a stigmával kapcsolatban háromféle reakciót talált a betegek körében. Van egy csoport, akikben kialakul az önstigma és ezzel összefüggő önbizalom-csökkenéstől is szenvednek, egy másik csoport közönyös a stigmával kapcsolatban, míg a betegek harmadik csoportja szószólóvá válik, fellép önmaga és mások nevében a stigma ellen. Eredményeik szerint, ez a fajta erős azonosulás a stigmatizált csoporttal – több más tényező mellett – tulajdonképpen megerősíti önbizalmukat és felvértezi őket az önstigma ártalmaival szemben.

3.5. A megbélyegzés és a diszkrimináció mérése

Link és munkatársai 2004-es áttekintő tanulmányukban részletesen elemezték a mentális betegség stigmájának mérésére használt addigi kutatási elrendezéseket és módszereket, több mint 120 empirikus beszámoló alapján. Az egyes mérőeszközök történeti gyökereire, korábbi alkalmazására és változataira is kitértek, figyelembe véve a használt mérőeszközök korlátait és előnyeit is a kutatás számára. Ezeket röviden így összegeztük:

vizsgálható populáció	mérőeszköz, skála	előnyei	korlátai
felnőtt (laikus közvélemény)	szociális távolság skálák (Bogardus, 1925; Phillips, 1963 stb.)	magas belső konzisztencia, megbízhatóság, konstruktum validitás	szociális kívánatossági torzítás; a tényleges viselkedést gyakran nem jósolja be
	szemantikus differenciál módszerek (Osgood, 1957; Nunnally, 1961; Crisp et al. 2000 stb.)	sztereotípiák direkt mérésére alkalmas, megbízható, valid; rugalmasan a kutatás tárgyához igazítható	szociális kívánatossági torzítás; különböző kategóriákban különböző értékelésre sarkall
	OMI - Opinions about Mental Illness Scale (Cohen és Struening, 1962)	több kultúrában is kipróbált, összehasonlító adatok sokasága; tételek komplexitása, megrendítő volta; a stigma-konceptió több összetevőjét mérő eszköz	kialakítása óta felmerült új témák (pl. de-institucionalizáció, közösségi ellátás) miatt átdolgozása szükséges
	CAMI – Community Attitudes Toward the Mentally Ill (Taylor et al. 1979; Taylor és Dear, 1981)	OMI koncepciójára épül, hiányosságait kiegészíti; szabadon hozzáférhető	
	attribúciós mérések (Weiner, 1988), AQ-Attribution Questionnaire; (Corrigan, 2003) CDSII-Revised Causal Dimension Scale (McAuley et al. 1992; Russel, 1982)	szociális-kognitív modellből származó megalapozott koncepcióra épül, konstruktum validitás; szabad hozzáférhetőség	
	Key Informant Questionnaire (Wig et al. 1980 és Alem et al 1999); EMIC (Chowdhury et al., 2000)	a használt címkék és skálák konstruktum-validitása; különböző kultúrákra adaptálható címkék használata	a használt kérdések megbízhatósági adatainak hiányosságai
	Emotional Reaction to Mental Illness Scale (Angermeyer és Matchinger, 1996)	a megbélyegző affektív tapasztalatát méri, megbízhatóság, validitás, szabad hozzáférhetőség	
	Perceived Devaluation-Discrimination-General Public (Link, 1987; Link et al 1989 stb.)	rövid, mentális betegek és a közvélemény vélekedései összehasonlíthatók általa; megbízhatóság; konstruktum validitás	

vizsgálható populáció	mérőeszköz, skála	előnyei	korlátai
gyermek (közvélemény)	kép és címke alapján megalkotott történetek elemzése és direkt kérdések (Adler és Wahl, 1998; Wahl, 2002)	validitás; kevésbé kutatott terület!	megbízhatósági adatok hiányosságai
érintettek (mentális betegek)	Mental Health Consumers' Experience of Stigma (Wahl, 1999)	igazolt validitás	önbeszámoló várható torzításai
	Perceived Devaluation-Discrimination Scale (Link, 1987; Link et al. 1989; 2002)	ld. korábban, újabb változat a megküzdési stratégiákra és a stigmával kapcsolatos érzésekre is rákérdez	a tapasztalt diszkrimináció/elutasítás mérésében a Wahl-féle mérőeszköz átfogóbb, inkább javasolt
családtagok, gondviselők	Greenberg (1993) családtagok által tapasztalt szubjektív teher mérése	igazolt validitás	
	ECI – Experience of caregiving Inventory (Szmukler et al. 1996)	öt tétele vonatkozik a stigmára, megbízható, a tételek szövege a vonatkozó cikkben megtalálható	
	Struening et al. (2001)	megbízható, a tételek szövege a vonatkozó cikkben elérhető	

II. táblázat – A mentális betegségek stigmájának mérésére használt skálák 2004-ig (Link és mukatársai 2004 nyomán készítette Sztancsik és Pék, 2014²)

A stigma vizsgálatok kutatási elrendezéseit, inger-helyzeteit tekintve kiemelik a szociálpszichológia kedvelt, sikerrel alkalmazott kísérleti módszerei közé tartozó vinyetták alkalmazását. Ezek egy-egy rövid betegség- vagy személyleírást tartalmazó szövegek, amik a kezdetektől népszerűek voltak a stigma kutatásban is (pl. Star, 1955; Phillips, 1963; Link és mtsai 1999, Pescosolido és mtsai 2000). A rövid szövegek kifinomultabb inger-helyzetet hoznak létre, mint ha csak egyszerűen „a mentális betegségről” kérdezik a vizsgálati személyeket, és a leírások rugalmasan változtathatók a kutató érdeklődésének megfelelően. Ezen kívül lehetőséget adnak nagyobb populáció randomizált, kísérleti elrendezésű vizsgálatára. Mindig szem előtt kell tartani azonban, hogy a használt leírások, jellemzések hipotetikusak, konstruáltak, a „való életből” vett absztrakciók csupán. Másrészt, ha valamely mentális zavar diagnosztikus kritériumait vesszük alapul a vinyetta megalkotásához, akkor olyan inger-helyzetet teremtünk, mely nem életszerű – hiszen kevésbé valószínű, hogy egy hétköznapi helyzetben mentális beteggel találkozzon az ő

² A táblázat idézet Sztancsik és Pék jelölt cikkéből.

valamennyi tünetéről teljes képet kapjunk egy interakció során. További megfontolásra érdemes az is, hogy a leírások alapján adott válaszok nem feltétlenül esnek egybe a tényleges viselkedéssel, legfeljebb viselkedési szándékot jeleznek. Más módszerekkel kombinálva azonban hasznosak lehetnek a vinyettát alkalmazó kutatások, valószínűleg népszerűek maradnak a jövőbeli stigma-kutatásban is (Kovács, 2015; Sztancsik és Pék, 2014).

A tényleges diszkrimináló viselkedés olyan mutatókban mérhető, mint például a mentális betegek munkahelyi alkalmazásának statisztikái vagy a különböző szolgáltatások, lakhatási feltételek elérése, elérhetősége számukra. Vizsgálhatók továbbá a társas, társadalmi kapcsolataik, státuszuk, vagy például csoport helyzetük társas szituációkban. Önmagukban ezek az adatok nem diszkrimináció-mutatók, általában csak akkor tekinthetők a stigmatizáció eredményének, ha bizonyíthatóan jelen van a címkézés, sztereotipizálás, elkülönítés és ennek közvetlen következményeként mérhető valamilyen (pozitív vagy) negatív kimeneti eredmény.

A megbélyegzés, címkézés, az előzetes elvárások hatását régóta mérik kísérleti elrendezésekben, melyek mind a nyilvános, mind az ön-stigma hatásának mérésére alkalmasak lehetnek a mentális betegségekkel kapcsolatban is. (pl. Berger és munkatársai 1980, 1998; Steel és Aronson, 1995; Link és Phelan, 2001.) Általában ezekben a kísérletekben azonban rövid-távú, csak az adott helyzetben érvényesülő „diszkrimináló” hatást mérnek – etikailag is kifogásolható volna, ha súlyosabb következményeket idéznénk elő egy pszichológiai kísérlet résztvevői számára.

A megbélyegzés kvantitatív módszereket alkalmazó kutatása mellett egyre inkább hangsúlyossá válik a kvalitatív módszerek alkalmazása is. Ezekkel a módszerekkel közvetlen reflexiók nyerhetők a mentális betegek szubjektív tapasztalatairól, élményeiről és a társas hálózatok komplex működéséről, melyekben a bélyeg kialakul (Link és mtsai 2004). A kvalitatív kutatások célja a vizsgálati személyek élményeinek személyes jelentés és összefüggés alapú mélyebb megértése. Annak megragadása, hogy társas kapcsolataikkal összefüggésben hogyan értelmezik a vizsgálati személyek saját viselkedésüket és személyes megnyilvánulásait, személyiségük, életük alakulását. Adatgyűjtési eljárásaik között szerepelnek mélyinterjúk, élettörténet elemzések, dokumentum és napló-feldolgozások, tartalom-elemzések, videó és fénykép-gyűjtemény elemzések a különböző életszituációkhoz kapcsolódóan. Az ilyen jellegű kutatások a kvantitatív módszerek alkalmazása mellett több szempontból is hasznosak lehetnek: (1) megerősíthetik eredményeik érvényességét (2) kutatást serkentő hatásúak (3) kiegészítik

egymást – egy-egy kérdéskört más-más szempontból képesek körbejárni, megválaszolni, illetve új kérdéseket felteni (Hammarsley, 1996).

A mentális betegségekhez kapcsolódó megbélyegzés közvélekedésben való megjelenésének vizsgálatáról a hangsúly egyre inkább maguknak a mentális beteg személyeknek a szubjektíven átélt tapasztalatára helyeződik. A közvélemény vizsgálata a mentális betegek tapasztalataival, nehézségeivel összefüggésben nyer értelmet. Az ilyen irányú kutatások kvalitatív és kvantitatív módszereket igyekeznek együttesen, egymással összhangban alkalmazni, hogy ezzel alapozzák meg az antistigma programok beavatkozási pontjait, minél inkább hatékonyá téve azokat.

Míg a korábbi mérőeszközök az érintetteket illetően elsősorban az észlelt stigmával foglalkoztak (ld. II. Táblázat is), egy közelmúltban fejlesztett eljárás, a DISC (Discrimination and Stigma Scale) a tapasztalt stigma jelenségét igyekszik alaposabban megvizsgálni, ötvözve a kvantitatív és kvalitatív mérés előnyeit. Ez az interjú technikát alkalmazó mérőeszköz annak pontozását is lehetővé teszi, hogy milyen gyakran tapasztalt a beszámoló személy diszkriminációt az érintett konkrét területeken (munka, kapcsolatok, nevelés, lakhatás, szabadidő, vallás-gyakorlás). A skála kvalitatív szemlélete abban tükröződik, hogy minden egyes területen konkrét példára kérdez rá: hogyan, milyen módon bántak a kérdezett személlyel másképp mentális betegsége miatt. (ezt követi a Likert-skálán való pontozás, a skála kvantitatív része). A DISC jó pszichometriai jellemzőkkel rendelkezik, módszertanilag jól megalapozott mérőeszköz, mely alkalmas a tapasztalt stigma, diszkrimináció mérésére a mentális betegek körében (Brohan és munkatársai 2013). A skála alkalmazását széleskörű nemzetközi együttműködés kíséri (ld. pl. Harangozó és munkatársai 2014).

Szintén újabb, a betegek szubjektív élményét mérő eljárás Corrigan és munkatársai kérdőíve a „Self-Stigma of Mental Illness Scale” (SSMIS). Az önstigmat, a betegek internalizált stigmáját, a korábban már említett négy lépcsős, hierarchikus folyamat-modelljük elméleti hátterére alapozva méri. A 40 tételű skála 10-10 állítást tartalmaz a négy hierarchikusan egymásra épülő dimenzióban, rövid változata (SSMIS-SF) 5-5 állításra szűkítve (kihagyva a kifejezetten sértő sztereotípiákat) méri az önstigmatizáció mértékét és előre jelzi az ezzel járó önbizalomcsökkenést. Mindkét mérőeszköz megbízható és valid skálákat tartalmaz az ön-stigma mérésére, alaposan kidolgozott elmélettel és jelenségvizsgálattal a háttérben. Pszichometriailag

megalapozott, hasznos mérőeszközök. (Corrigan és munkatársai, 2006, 2011, 2012; Rüscher, és munkatársai 2006; Sztancsik, Máth és Pék, 2017)

A szkizofréniával élő emberek megbélyegzésének kutatása során egymással összefüggésben vizsgálándók a közvélemény vélekedései, viselkedéses mutatói (nyilvános stigma) és a mentális betegek, mint érintettek önbecsülését befolyásoló saját stigmatizáló folyamatai (észlelt, tapasztalt és önstigma). Ezek együttes vizsgálatával nyerhetünk olyan ismereteket, amelyek megalapozhatják a stigmatizáció folyamatának teljes megismerését. A jelenségek pontos ismerete célzott beavatkozás megtervezését tenné lehetővé egy hazai antistigma stratégia kidolgozása során. Pontos és megbízható mérések nyújthatnak támpontot a gyakorlatban dolgozó szakemberek számára abban is, hogy milyen módon segítsék a mentális betegséggel küzdő emberek sérült önbecsülésének helyreállítását. A diagnosztikus vizsgálatok mellett a stigma mérésével elkülöníthetők a mentális betegség természetéből adódó negatív érzések a vélt vagy valós megbélyegzés következtében kialakulóktól (Corrigan és munkatársai 2012; Yanos és munkatársai 2008 és 2011). A mentális betegségekkel járó társadalmi bélyeg megismerése és célzott, hatékony csökkentése hozzájárulhatna a mentális egészségmutatók javulásához Magyarországon is.

3.5. A szkizofrénia stigmájának tartalma

Link és munkatársai (2001; 2004) koncepciójának megfelelően (ld. 27. oldal) akkor beszélhetünk stigmáról, ha egyszerre valósul meg a címkézés, sztereotipizálás, elkülönítés, és a diszkrimináló viselkedés egy kisebb halommal bíró csoporttal vagy egyénnel/egyénnel szemben. Míg az elkülönítés és a diszkrimináció hasonló folyamatokon keresztül valósulhat meg többféle stigma esetében, a különböző címke (pl. különböző diagnózis) más-más sztereotípiákat hívhat elő az emberekből, azaz más és más lehet a stigma tartalma. Mivel a disszertációban ismertetett kutatások elsősorban a szkizofrénia stigmájával foglalkoznak, ezért érdemes szemügyre vennünk, hogy kifejezetten ehhez a „címkéhez” milyen tartalmak, sztereotípiák tartozhatnak.

A laikus társadalomban néhány felületesen megítélt információn alapuló vélekedés, de gyakran a szakemberek látásmódjától teljesen eltérő mítoszok is élénken élnek. Részben ezek képezik a stigma sztereotípiáinak alapját. Szkizofréniára (is) vonatkozóan tartalmuk szerint ezek a legjellemzőbbek (Hegner, 2000; Jones és Hayward, 2004; Thornicroft, 2006 187. oldal nyomán):

- A szkizofrénia többszörös személyiséget jelent.
- A szkizofrének mind erőszakosak és veszélyesek.
- A súlyos mentális betegséggel élők teljesen fogyatékosak.
- Az egész genetikai hibán alapul.
- Akinek szkizofréniája van, az képtelen bármit kezdeni az életben.
- A szkizofrénia egyfajta kreatív, imaginatív belső utazás csupán.
- Lusták és nem próbálkoznak.
- Nem tudnak dolgozni.
- Nem képesek önálló döntéseket hozni.
- Nincs remény a mentális betegséggel élők számára.
- Én nem lehetek mentális beteg.
- A mentális betegség egyenlő a mentális retardációval.
- Akinek egyszer kialakult a mentális betegsége, sohasem fog meggyógyulni.
- A mentális betegség a karakter gyengesége miatt van.
- A pszichiátriai betegségek nem valódi betegségek, mint például a cukorbetegség.
- A mentális betegségeket a rossz nevelés / rossz szülők eredményezik.
- Akinek mentális betegsége van, akarattal megoldhatja azt, ha pszichiátriai zavarral kezelik, akkor elbukott, gyenge.

A mentális betegségek súlyosságának megítélése a társadalomban néhány tekintetben különbözik a szakmai kritériumoktól. A laikus nézetek sokkal inkább az észrevehető pszichoszociális fogyatékoságokra fókuszálnak, amikor egy betegség súlyosságát kell megítélniük, és ez – vagyis a pszichoszociális fogyatékoság súlyosabbnak ítéltése – jár együtt az erőteljesebb stigmával is. Bár több szakmai és civil szervezet is azt az elképzelést támogatta a 2000-es évektől, hogy a pszichoszociális fogyatékoság kontinuumán mentén felmérve, ezzel arányosan támogassák a mentális zavarral élőket, Gaebel, Záske és Baumann (2006) felvetik: ez nem kedvez a stigmatizáció csökkentésének a súlyos mentális betegségek esetében.

4. A stigmatizáció csökkentése

Ha célul tűzzük ki a mentális betegek megbélyegzésének csökkentését annak érdekében, hogy életminőségük javuljon, első lépés a stigmatizáció tartalmának és mértékének felmérése a korábban ismertetett gyakorlatorientált elméleti megközelítések talaján, a megfelelő mérőeszközökkel. Ezt követheti egy komplex antistigma stratégia kidolgozása. Változás, a magyarázó modellek alapján, három szinten célozható meg: a *nyilvános* stigma, az *önstigma* valamint az *intézményi és strukturális* stigmatizáció szintjén (Link és munkatársai, 2004; Corrigan és munkatársai, 2005).

4.1. A beavatkozás lehetőségei

A *nyilvános stigma* megváltoztatását általában három féle módon szokták célba venni. (1) tiltakozással, tüntetéssel, (2) oktatással, edukációval és (3) személyes kontaktus kialakításával a stigmatizált csoporttal (Corrigan és munkatársai, 2005).

A mentális betegek olyan érdekképviselői csoportjai használják a protestálás (1) módszerét, akik – például az USA-ban – fellépnek a médiában megjelenő stigmatizáló tartalmak ellen, vagy ha diszkrimináció bármilyen formája napvilágra kerül, akár jogi úton is elégtételt követelnek. Az efféle tüntető fellépés képes megváltoztatni bizonyos stigmatizáló viselkedéseket vagy gyakorlatokat (Wahl, 1995). Ugyanakkor haszna mellett az előítéleteket nem csökkenti, az attitűdök szintjén ellentétes hatást is kiválthat, visszacsaphat a stigmatizált csoportra. Ennek az az oka, hogy ha a sztereotípiáik, előítéleteik megváltoztatását követelik az emberektől, általában hajlamosak arra úgy reagálni, „nekem ne mondják meg, mit gondoljak” (Corrigan és munkatársai, 2001; Macrae, Bodenhausen, Milne és Jetten, 1994; Penn és Corrigan, 2002, Thornicroft, 2006). Oktatással (2), edukációs programokkal célozzák meg a pontatlan és általános sztereotípiákat, mítoszokat, és igyekeznek azokat a mentális betegségekre vonatkozó tényekkel helyettesíteni. Viszonylag költséghatékony módja az ilyen információátadásnak a tájékoztató kiadványok (interneten, video vagy nyomtatott formában való) terjesztése, a szélesebb közönséget elérő sajtómegjelenés vagy akár egyetemi szemináriumok szervezése a kapcsolódó témában. Bár ezek rövidtávon hatásosak lehetnek az attitűdök változásában, hosszabb távú hatásuk már kétséges, és

attól is függ, hogy előzetesen mennyire volt tájékozott és előítéletes a befogadó személy a mentális betegségekkel kapcsolatban (Holmes, Corrigan, Williams, Canar és Kubiak, 1999). A személyes kapcsolat (3), találkozás kialakítására a stigmatizált csoporttal, mint a stigmacsökkentés lehetséges módjára, régóta hatékony eszközként tekint a pszichológia, és az is bizonyítottnak látszik, hogy a személyes kontaktus mind a protestálásnál, mind az edukációnál hatékonyabb az attitűdváltoztatásban. Ez a hatás akkor a legkifejezettebb, ha olyan emberrel kerülünk kapcsolatba a stigmatizált csoportból, aki személyében mérsékelten rácsfol uralkodó sztereotípiáinkra (Corrigan és munkatársai, 2001, 2002; Reinke, Corrigan, Leonhard, Lundin és Kubiak, 2004). A nyilvános stigma, az általános vélekedés a közvélemény szintjén nehezen változtatható, az anti-stigma programok akkor a leghatékonyabbak, ha specifikus csoportokat vesznek célba, akik valamilyen módon kulcs-szerepben vannak a mentális betegek életének alakításában, diszkriminálásukban vagy a velük való egyenlő bánásmód biztosításában. Például munkaadók, lakástulajdonosok, egészségügyi dolgozók, jogalkotók és különböző végrehajtó szervek dolgozói, vagy akár a gyerekek, diákok, akik a jövő toleráns társadalmát alkothatják (Corrigan, Kerr és Knudsen, 2005, Thornicroft, 2006). Mivel a „mentális betegségek” sokféle állapotot foglalnak magukban, így általában a mentális betegségek stigmájának csökkentése is túlzottan általános cél. A tapasztalatok azt mutatják, érdemesebb egy-egy közösségi anti-stigma program során is kórképspecifikusan tervezni, mivel pl. más-más sztereotípiákkal találkozhatunk szkizofréniában vagy depresszióban szenvedők, drogfüggők vagy különböző evészavar szindrómákban szenvedők esetében (Thornicroft, 2006).

Természetéből adódóan az *önstigma* változására is hatással lehet, ha a közvélemény változik és egyenlőséget biztosító bánásmódban részesülnek a mentális betegséggel élők, ám ez hosszú és lassú folyamat lehet. Ezért, és emellett szükséges lehet az önstigma ártalmainak csökkentése a mentális betegséggel élők számára, akiket ez erősebben érint, hiszen a súlyosabb önstigma a felépülést és a betegség prognózisát is negatívan befolyásolja (Yanos és munkatársai, 2008). Erre a célra a bizonyíthatóan hatékony pszichoedukációs programok mellett elsősorban kognitív terápiás elemeket beépítő eljárásokat használnak szkizofréniával élők önstigmájának csökkentésére a szakemberek (Corrigan, Kerr és Knudsen, 2005, Yanos, Roe, Lysaker, 2011; Tsang, Ching, Tang, Lam, Law és Wan, 2016). A célzott terápiás eljárások mellett az önstigma csökkentése közvetetten úgy is elérhető, ha az érintettek személyes hatékonyság érzését, énhatékonyságát és magabiztosságát növeljük. Azok az egészségügyi szakemberek és intézmények,

akik és ahol partnernek tekintik a mentális beteg embereket, nagyobb kontrollt hagynak a kezükben a saját kezelésük kialakításában és közösségi integrációjukat illetően, valamint támogatják független elhatározásaikat, önrendelkezésüket, tulajdonképpen az önstigma kialakulását előzik meg vagy csökkentik azt (Corrigan, Kerr és Knudsen, 2005; Szabó, 2011).

Ha tartós, társadalmi szinten működő változásokat akarunk elérni, az *intézményes, strukturális* stigmatizáció megkerülhetetlen, csak egyéni szinteken nem lehet átfogó változásokat elérni. A hatalommal bíró csoportok célzott edukációjával, tájékoztatásával, a stigma-kérdések tudatosításával, és a jó gyakorlatok megerősítésével valamennyire csökkenthető az intézményes diszkrimináció. Ennek megvalósulásához azonban a tudományos és tapasztalati szakértők (érintettek) bevonásával kidolgozott komplex antistigma stratégia létrehozásán kívül a jelenség súlyát méltányoló kormányzati szándék és a terület anyagi támogatása is szükséges (Thornicroft, 2006).

4.2. Antistigma programok a közelmúlt nemzetközi gyakorlatában

1998-ban a *World Psychiatric Association* (WPA) globális kampányt hirdetett a szkizofréniával élők megbélyegzése és diszkriminációja elleni küzdelemre szólítva fel. „Open the Doors” (kb. Nyiss ajtót!), mondta a program címe a több mint 20 résztvevő országban. Antistigma programokat vezetett be a *World Health Organization* (WHO) is, más egészségügyi, pszichiátriai és jótékonyági szervezetek bevonásával, velük együttműködésben. Például Angliában a *Royal Collage of Psychiatrists*, az Amerikai Egyesült Államokban a *National Alliance For the Mentally Ill*, Ausztráliában a *SANE Australia* nemzeti jótékonyági szervezet. Ezek a globális programok a mentális betegekkel való kapcsolatteremtésre, a célzott oktatásra és a diszkrimináció elleni tiltakozásra, fellépésre helyezték a hangsúlyt. Ugyanakkor ezeknek az antistigma kampányoknak nem volt egységes protokollja, így a kivitelezés mikéntjében nagy mozgásteret volt a résztvevőknek, és a szervezetségében, minőségében is lehettek eltérések (WPA, 1998, 2003; WHO, 2002, Corrigan és Shapiro, 2010).

Angol nyelvterületen kívül az európai kontinensen a programban résztvevő Németország különböző nagyvárosaiban kivitelezett antistigma kampányokhoz kapcsolódóan végeztek kontrollált vizsgálatokat e kampány előtt és három évvel később. A mérések szerint hatékony kampány csökkentette valamelyest a társas távolságot a lakosság és a szkizofréniával élők között.

A csökkenésében leginkább annak a hitnek volt mérhető hatása, hogy *lehetséges a szkizofrénia ambuláns kezelése*. A másik markáns eredmény, hogy nagyobb társas távolság járt együtt azzal a meggyőződéssel, hogy *a szkizofrénia veszélyes, a szkizofrén személyek erőszakosak*. Ennek a hiedelemnek a csökkenő irányú változása járt még együtt csökkenő távolságtartással. Fontos tanulság volt az is, hogy a kampány eredményeként 2001 és 2004 között azokban a városokban tapasztaltak valódi változást, ahol a tömegmédiában megjelenő üzeneteken kívül más antistigma projekteket is kiviteleztek, és ahol – viszonylag – nagyobb volt a javulás a szkizofrénia vonatkozó tudást illetően is, főleg a két fent jelzett információra vonatkozóan (Gaebel és munkatársai, 2008).

A 2000-es évek elejére világszerte felismerték tehát, hogy a mentális betegek megbélyegzése, diszkriminációja társadalmi szinten hatással van az általános egészségi állapotra. Olyan egyenlőtlenségeket okoz és tart fenn, melyek ahhoz vezetnek, hogy a mentális betegeknek kedvezőtlenebbek az életkilátásai. A stigma szerepet játszik abban, hogy a mentális betegeket kizárják, vagy kimaradnak a felsőoktatásból, nem alkalmazzák őket a munkaadók, és az igazságszolgáltatással is gyakrabban kerülnek kapcsolatba, gyakrabban válnak áldozatokká. A szegénység és hajléktalanság problémája is gyakrabban érinti a mentális betegséggel élőket (Henderson és munkatársai, 2016). 2006-ban indult el Angliában az a nemzetközi együttműködés (az INDIGO projekt), mely szisztematikusan elkezdte felmérni a szkizofréniahoz fűződő megbélyegzést és diszkriminációt 30 országban, köztük Magyarországon is (Harangozó és munkatársai, 2014; <http://www.indigo-group.org/the-network/>). Angliában emellett 2009 januárjában széleskörű, a társadalmat megszólító, újabb nemzeti antistigma kampány indult „Time to Change”, azaz „Ideje a változásnak!” címmel, a mentális betegséggel élők megbélyegzésének és megkülönböztetésének csökkentésére – ezúttal általában, nem csak szkizofrénia-specifikusan. A program korábban Skóciában és Új-Zélandon megvalósított kisebb volumenű hasonló próbálkozások tapasztalatait is beépítette, és a tervezés során kis közösségekben próbavizsgálatokat folytattak, mielőtt az országos kampány elindult volna Anglia szerte. A 20 millió £-os költség keret javarészt nagyobb cégek, civil és jótékonyági szervezetek adományaiból gyűlt össze, de az Egyesült Királyság egészségügygel foglalkozó minisztériuma is támogatta azt. A szakmai háttérrel és koordinációt a londoni King’s College Pszichiátriai Intézete biztosította. A program arra az elméleti koncepcióra épült, mely szerint a stigma egyrészt a tudás hiányából vagy téves információkból (min kognitív összetevőből), ezen alapuló előítéletből (mint attitűdből) ered,

és diszkrimináló viselkedésben nyilvánul meg: ezt a három szintet célozták meg edukációval, személyes kontaktus létrehozásával és a diszkrimináló gyakorlatok tudatosításával, és az ellene való fellépés elősegítésével (Thornicroft, 2006). A program megtervezésében a National Social Marketing Center is részt vett, és számos brit vezető politikus is nyíltan támogatta azt. A program előtt, és közben is monitorozták a mentális betegségekre vonatkozó tudást, a mentális betegekkel kapcsolatos attitűdöket és tapasztalatokat a populációban. Thornicroft professzor és munkacsoportja vezetésével az addigi legnagyobbnak, legátfogóbbnak mondott ilyen jellegű kezdeményezés indult el akkor Angliában. A közel 4 évesre tervezett, de később 2015-ig kibővített kampány-program a tömegmédiában (internet, televízió, írott sajtó) ezekkel az üzenetekkel indult: „Te is segíthetsz!” „A mentális betegség az utolsó tabu!” „A mentális betegség sokkal gyakoribb, mint gondolnád!” (Henderson és Thornicroft, 2009; Evans-Lacko és munkatársai, 2010, Henderson és munkatársai, 2016). Nem csak összetársadalmi, de lokális, közösségi színtereken is igyekeztek megszólítani az érintett szervezeteket, az egészségügyben dolgozókat, az embereket: egészségeseket és mentális betegséggel élőket egyaránt. A széleskörű média-megjelenésen kívül ez magában foglalta például olyan kulturális és sport rendezvények szervezését is, ahol pozitív környezetben, pozitív tapasztalatokat szerezve találkozhattak az érintettekkel a helyi közösségek tagjai is (pl. focimeccseket szerveztek, „beszélgető kanapékat” helyeztek el a város több pontján). Mindezek célja az volt, hogy a személyes kontaktus erejét felhasználva bátorítsák az embereket, támogassák a környezetükben – történetesen mentális betegséggel – élő embereket. A mentális betegségekről helytálló tudással segítsék hozzá a közösségekben élőket, hogy időben, megfelelő segítséget kapjanak, ne ignorálják a problémákat, ha azzal találkoznak! A komplex program során magukat a betegeket is több projekttel célozták meg, számos mentálhigiénés, tudatosság-növelő és anti-diszkriminációs csoportot népszerűsítettek, támogattak. Speciális célcsoportoknak (orvostanhallgatók, tanárjelöltek, szociális munkások) szerveztek oktatást, tréningeket a mentális betegségek és a diszkrimináció, megbélyegzés témájában. Emellett a munkaadók tudását is bővíteni igyekeztek a mentális betegségekkel kapcsolatban, valamint bátorítani az embereket, hogy lépjenek fel a diszkrimináló gyakorlattal, vagy a diszkrimináló szervezetekkel szemben, ha ilyennel kerülnek kapcsolatba munkájuk vagy munkakeresésük során.

A „Time to Change” program során, 2009-2015-ig többször vizsgálva a felnőtt lakosság reprezentatív mintáit, szignifikáns javulást tapasztaltak a megelőző attitűdökhöz képest, csökkent a kívánatos társas távolság mértéke a mentális betegséggel élőkkel kapcsolatosan, s a

megkérdezettek több létező kapcsolatról számoltak be mentális betegséggel élő emberekkel. A stigmával, mentális betegségekkel kapcsolatos tudás is növekedett, javult a vizsgálati személyek, azaz a lakosság körében. Ugyanakkor az eredmények szerint a saját tapasztalat, azaz ha valaki maga is megélt mentális betegséget ezen időszak alatt, javította leginkább a mért mutatókat. A kampány hatása leginkább a 25-45 éves korosztályban mutatkozott, és nemek szerint is volt eltérés: a nők esetében nagyobb volt a változás, több kapcsolatról számoltak be mentális beteg emberekkel, a férfiakhoz képest. A vonatkozó kutatás korlátai között azt is kiemeli azonban, hogy nem specifikus betegségekre kérdeztek rá (ez a kampány sem specifikusan betegségenként próbálta csökkenteni a vonatkozó stigmát) hanem csak általában a mentális betegségekre. Tehát nem tudják, vajon mennyiben csökkent az olyan ritkább, kevésbé jól ismert betegségekkel kapcsolatos stigma, mint például a szkizofrénia, a gyakoribb, ismertebb depresszióhoz képest például. Azaz, nem tudhatjuk, hogy ez a tudás, attitűd és személyes kapcsolatokban mutatkozó kedvező változás mennyiben vonatkozik különbözően más-más mentális betegségekre (Henderson és mtsai, 2016; Evans-Lacko és munkatársai, 2014).

Lehet csupán érdekes egybeesés, hogy pont a kampány második felének idején, 2013-ban jelent meg Angliában Nathan Filer *A zuhanás sokkja* című regénye is, mely egy szkizofréniaival élő férfi történetét meséli el nem csak megrázóan hitelesen, de szomorúságával együtt is szórakoztatóan és szerethetően. A könyv már megjelenése évében több irodalmi elismerést is kapott, 2014-ben a legsikeresebb könyv volt Nagy-Britániában, a Sunday Times Bestseller listája szerint is. (A 2015-ben a Scolar Kiadónál magyarul is megjelent könyv sikerére vonatkozó információk forrása a kiadó.) Nehéz volna megmondani, hogy az akkoriban zajló kampány, a mérések és a könyv megjelenése milyen összefüggésben lehettek egymással, ugyanakkor az irodalom és a közbeszéd témáinak egymásra hatása közismert, és nem lekicsinyelendő tényező a társadalom, az emberek véleményformálásában, attitűdjeinek, vagy akár viselkedésének alakulásában (McClelland, 1961; Nowak, Szamrej, Latané, 1990).

Amilyen nehéz feladat a nyilvános stigma megváltoztatása, épp oly nehéz a stigmacsökkentő programok hatékonyságának vizsgálata is, hiszen számos tényezőt kell figyelembe venni ezek értékelésekor. Nem csak a beavatkozások tervezése, az előzetes és utólagos mérés pontossága fontos, de a különböző egyéni és társas tényezőkön kívül a nem várt társadalmi változások, kulturális események is valószínűleg hatással vannak az eredményekre. Mivel világszerte felismerték a mentális betegségek stigmájának jelentőségét, és bizonyos országokban

valóban sok pénzt is költenek ezeknek a károknak és a megbélyegzésnek a csökkentésére, különösen fontos kérdés, hogy valóban, mennyire hatékonyak ezek a programok? Corrigan és Shapiro (2010) a nyilvános stigma csökkentését célzó programok hatékonyságának kutatásához fűződően ajánlásukban tíz javaslatot fogalmaztak meg az antistigma programokat és azok hatékonyságát, hatékonyságvizsgálatát illetően. (Ezekről később, a 6. fejezetben szólunk). Közösségi részvételen alapuló kutatási modellben gondolkodnak, melybe igyekeznek bevonni az érintettek széles körét.

Az antistigma programoknak nem csak a közvéleményre van hatása, de ezzel összefüggésben a mentális betegséggel élők önstigmájára is. Evans-Lacko, Thornicroft és munkatársaik (2012) stigma-kutatásaik során 14 európai országban vizsgálták nemzetközi együttműködésben. Az a kutatás a GAMIAN-projekt részeként valósult meg. A GAMIAN-Europe (Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks-Europe) - mentális problémákkal küzdők érdekeit képviselő nemzetközi ernyőszervezet. A mára összesen 37 országból származó, több mint 80 tagszervezettel bíró GAMIAN Europe az Európai Parlament konzultációs szervezete mentális problémával élőkkel kapcsolatos kérdésekben. Kutatásaik szerint (Evans-Lacko, Thornicroft és munkatársaik, 2012) azokban az országokban alacsonyabb a mentális betegek önstigma szintje, és tapasztalnak kevesebb diszkriminációt, ahol a lakosság is kevésbé stigmatizáló attitűdökkel rendelkezik, ahol jellemzőbb az önsegítés, ahol a kezelési hálózat és a mentális betegségekkel kapcsolatos ismeretek könnyebben hozzáférhetőek, hasznosíthatók, és ahol a lakosság is szívesebben lép kapcsolatba mentális beteg emberekkel. Ezek a tényezők nem csak a betegek megbélyegzettség élménye ellen hatnak, de növelik hatékonyság-érzésüket is. Mindezek alapján arra a következtetésre jutottak, hogy érdemes az egész társadalmat megszólító antistigma kampányokba kezdeni a tömeg-médiában, nem csak a nyilvános, de az önstigma csökkentése érdekében is (Evans-Lacko, Brohan, Mojtabai és Thornicroft, 2012).

Az angol kezdeményezés mellett, és annak a korai tapasztalatait is felhasználva többek között például Svédországban 2010-14 között valósították meg hasonló antistigma programot Európában. 2009-től évenként monitorozták a program hatását, és itt is azt találták, hogy a mentális betegekkel kapcsolatos attitűdök és ismeretek pozitív irányba változtak a kampány hatására, csakúgy, mint a viselkedési szándék mutatói. A svéd kampányban a média-üzeneteken kívül különösen hangsúlyos volt a mentális beteg emberek bevonása, a találkozás, társas kontaktus biztosítása. Közel 350, mentális betegséget megtapasztalt embert képeztek ki a kampány

„követeivé”, hogy aktív szerepet vállaljanak ebben. Lokálisan megvalósítható és fenntartható közösségi eseményeket szerveztek és ezekben igyekeztek megszólítani, mozgósítani a lakosságot. Munkáltatók számára mentális betegség fókuszú tréningeket szerveztek, melyekben a középvezetői réteg antidiszkriminációs irányú felelősségvállalásának szükségességét is hangsúlyozták (Hansson, Stjernswärd, Svensson, 2016).

A közvélemény részeként, de a mentális betegek felépülésében, hogylétében lényeges szerepet játszva különösen fontos az is, hogy az egészségügy dolgozói kevésbé stigmatizálóan viszonyuljanak a mentális betegséggel élőkhez. Ezen a téren is van még mit tenni Magyarországon is (erről ld. Harangozó és mtsai, 2014). Egy kanadai tanulmány az egészségügy szolgáltatói, dolgozói számára készült antistigma programokat, összesen huszonkét programot elemzett azzal a céllal, hogy kiszűrje, mik a valóban hatékony tényezők azokban (Knaak, Modgill és Patten, 2014). A kvantitatív és kvalitatív elemzést is használó hatékonyság kutatás eredményei szerint tulajdonképpen ugyanazok az elemek a leghatékonyabbak az egészségügyi dolgozók és az egészségügyi területen képződő diákok számára is, mint amik a nyilvános stigma csökkentésében szerepet játszanak. A kulctényezők az egészségügyi dolgozók mentális betegséggel kapcsolatos stigmatizáló attitűdjeinek javításában (1) a személyes kontaktus egy erre képzett érintettel (i.e. mentális betegséggel élő személlyel), aki megismerteti személyes történetét, (2) a többféle személyes történet integrálása a programba (pl. több emberrel találkozás élőben, és videotörténetek megtekintése, többszöri és többféle találkozás a programban résztvevő érintettekkel, a program több fázisában). Emellett a hatékony programnak a viselkedésre kell koncentrálnia (3), olyan készségeket kell tanítania, amik támpontot adnak a segítőknek, mit mondjanak, mit tegyenek. Az ilyen programnak a mítoszok lerombolása mellett kell elköteleződnie (4), és (5) lelkes, lelkesítő instruktorkat kell alkalmazni, akik személyközpontú módon viszonyulnak a stigma-kérdéshez, és maguk is stigma mentes hiteles, kongruens, empátikus modellt képesek nyújtani. Végül, de nem utolsó sorban (6) a felépülést, mint reális és elérhető célt kell hangsúlyoznia a mentális betegségekkel kapcsolatban, bemutatni olyan embereket, akiknek ez sikerült: kompetensek és sikeresek életükben. A kutatás szerzői megjegyezték, hogy a hosszútávú hatás érdekében érdemes a programba egy-egy későbbi felfrissítő találkozást is beiktatni, de ennek a bizonyítható eredményességéről csak korlátozott adatokkal szolgálnak, mivel a huszonkét elemzett programból csak három esetben alkalmazták ezt, mint módszert. A két legfontosabb hatótényezőként a személyes kontaktust (1) és a felépülés hangsúlyozását (6) emelték ki az adatok alapján, valamint

hogy a személyes találkozásnak és a programnak nem a hossza, mint inkább a minősége a döntő a stigmacsökkentő hatás szempontjából is (Knaak, Modgill és Patten, 2014).

4.3. Antistigma kezdeményezések Magyarországon

A '70-es évek terápiás közösségi mozgalmait követően a Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikájának Nappali Szanatóriumából indult el a közösségi ellátás megvalósításának igénye Magyarországon a '90-es években. Ehhez a közösségi ellátási centrumhoz kötődő, és azt 2005-től működtető Ébredések Alapítvány hazánkban egyedülálló módon stigmacsökkentő programokat integrál, civil „bölcösszervezet”. Nemzetközi kutatások magyar részvételét koordinálja (pl. Harangozó és mtsai, 2014). Stigmacsökkentő aktivitásuk között szerepel a Sziget fesztiválon való rendszeres megjelenés, ahol edukációval segítik a pszichiátriai betegségek tényszerű megismerését, és igény szerint tájékoztató, szűrő munkát is végeznek. Beszélgetésre, találkozásokra adnak lehetőséget. Antistigm programjuk számos önkéntessel működik (Harangozó, Bodrogi, Nemessuri, Bulyáki, 2008). A Nyitnikék Magyar Antistigma Kezdeményezés is az Ébredések Alapítványhoz kötődik, magánemberekkel kiegészülve. A kezdeményezés az Alapítványon keresztül saját honlapot működtet, és részt vállal a tájékoztatásból a megbélyegzés és megkülönböztetés ellen. Évenként Antistigma Díjjal ismerik el a média azon szereplőinek munkáját, akik tevékenységükkel sokat tesznek a diszkrimináció ellen, a megbélyegzés csökkentéséért, akik korrekten tájékoztatnak (www.ebredesek.hu és www.nyitnikek.hu).

A szkizofréniával élők közösségi pszichiátriai ellátását – szűkebb hazánkban – Debrecenben a Forrás Lelki Segítők Egyesülete biztosítja. Közösségi programokat is szerveznek, melyek közvetett módon stigma-csökkentő erővel bírhatnak. Megváltozott munkaképességű munkavállalók mentorált foglalkoztatásával Kelet-Magyarországon jelenleg a Pirehab (korábban Piremon) vállalat foglalkozik.

Bár az Ébredések Alapítvány és a kapcsolódó szervezetek kiemelkedő és rendkívül fontos munkát végeznek, sajnos a megbélyegzés elleni küzdelem kevésbé szervezeten, egész Magyarországra alig kiterjedően folyik. Hiányoznak a mentális betegség miatti stigma országos, szisztematikus reprezentatív felmérései, melyek a *nyilvános* és az *önstigmat* és a *strukturális*

diszkriminációt is kutatják. Ezen kívül nincs ezekre épülő országosan kiterjesztett antistigma program és stratégia sem, ami a közvéleményt és annak alakítását szélesebb körben célozná meg, és a kulcsszereplőket országos szinten oktatná, vonná be a megbélyegzés csökkentésébe.

5. A szkizofréniához fűződő megbélyegzés empirikus kutatása

Míg a nemzetközi gyakorlatban számos szisztematikus kutatás foglalkozik a mentális betegségekhez, köztük a szkizofréniához fűződő megbélyegzéssel és diszkriminációval, Magyarországon a téma kevésbé kutatottnak mondható. Elenyészőek – bármennyire is fontosak – az ezt célzó kutatások, a szakma és az ellátórendszer forrás- és szakemberhiánnyal küzd, a betegek többsége rossz körülmények között él a XXI. századi Magyarországon, Hajdú-Bihar Megyében is (Harangozó és munkatársai, 2014; Kálmánchey, 2006; Légmán, 2012, 2015; Péntek és munkatársai, 2012).

A jelenségek megismerését közvetlen környezetünkben, Kelet-Magyarországon, Debrecenben végzett kutatásokkal kezdtük meg. Laikus személyek körében végzett kísérleti elrendezésű vizsgálatunk a nyilvános stigma kutatásának tekinthető, míg a szkizofréniával élők körében végzett kutatás az önstigma és a tapasztalt diszkrimináció szubjektív élményeit vizsgálja. A két csoport (laikusok és szkizofréniával élők) attitűdjei és vélekedései a betegségről, a részben azonos teszt-anyag mentén kerültek összehasonlításra. Kutatásaink eredményeit több közleményben, részben már közreadtuk, a fejezet ezek összegző, elemző bemutatását tartalmazza, újabb kiegészítésekkel (Sztancsik, Máth és Pék, 2013a, 2013b, 2015, 2017).

5.1. Hipotézisek

Kutatásaink kiindulópontja az a szakirodalom alapján megfogalmazható feltételezés volt, hogy a pszichiátriai betegség, különösen *a szkizofrénia diagnózisa: stigma, megbélyegzéssel jár Magyarországon is*. A vizsgálatok a laikus (nem pszichiátriai területen dolgozó szakember) és a diagnosztizált szkizofréniával élő vizsgálati személyek körében is azt keresik, alátámasztható-e ez az állítás. Ezen kívül azt is kutatjuk, milyen egyéb személyes tapasztalatok és gondolkodási jellemzők járnak együtt a betegekhez való kedvezőtlenebb viszonyulással (a laikusok részéről), és súlyosabb önstigmával (a betegek részéről). A kérdésekre adott válaszok beavatkozási pontokat jelölhetnek ki egy jövőbeli antistigma stratégia kidolgozásához.

Kiinduló hipotéziseink a következők voltak a laikus vizsgálati személyek esetében:

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 a diagnózis nélküli pszichiátriai betegség esetén).
6. A szkizofréniával élő személy veszélyességének megítélése összefüggést mutat a kedvezőtlenebb személyiség-értékeléssel, azaz a megbélyegzés folyamatában kulestényező.
7. A szkizofrénia diagnózis megléte vagy hiánya és a pszichiátriai betegség veszélyességének megítélése, mint stigma, befolyással van a segítségkérési hajlandóságra – elképzelt hasonló helyzetben.

Kiinduló hipotéziseink a szkizofréniával élők vizsgálata során:

II. Hipotéziscsoport

1. A SSMIS-SF 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 szkizofréniában, azaz mit gondolnak a betegségről.

Kiinduló hipotéziseink a laikus és a szkizofréniával élő vizsgálati személyek vélekedéseinek összehasonlítása során:

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 alapvetően a biomedikális szemlélet az uralkodó.

5.2. Módszerek – a használt eszközök bemutatása

Az I. Hipotéziscsoport ellenőrzésére tervezett, laikus vizsgálati személyeket célzó kutatásunk során kísérleti elrendezésben vizsgáltuk feltevéseinket. A résztvevők független változóként kétféle teszt- vagy egy kontroll leírást olvashattak egy minden esetben azonos fiktív személyről, aki 1) szkizofréniával diagnosztizált pszichiátriai beteg, 2) pszichiátriai beteg, 3) nem volt beteg. A vizsgálati személyek random módon kerültek a két kísérleti vagy a harmadik kontroll csoportba.

Módszerválasztásunkat indokolja, hogy a mentális betegségekre vonatkozó stigma kutatások független változóit elemezve Link és munkatársai is (2004) kiemelték a „vinyetták” (rövid betegség- vagy személyleírást tartalmazó szövegek) alkalmazását, melyeket a kezdettől fogva sikerrel alkalmaztak ezen a területen (pl. Star, 1955; Phillips, 1963; Link et al. 1999; Pescosolido et al. 2002). Ezek a rövid szövegek kifinomult inger helyzetet hoznak létre, amivel nem csak

egyszerűen „a mentális betegségről” kérdezzük a vizsgálati személyeket. A leírások rugalmasan változtathatók a kutató érdeklődésének megfelelően, lehetőséget adva randomizált, kísérleti elrendezésű vizsgálatokra is.

A használt leírás, jellemzés szükségszerűen mesterségesen konstruált. Klinikai pszichológusok független bírálata és az ebből kialakított közös konszenzus alapján úgy alkottuk meg, hogy egy ember gyors jellemzésére használható rövid szöveg legyen, mely nem tartalmaz nagyon egyértelmű tüneteket (pl. hallucinációk). Így a leírt pszichiátriai betegség a diagnosztikus kategória megadása nélkül más problémát is jelezhet, nem feltétlenül szkizofréniát. A rövid élettörténeti bevezetés szkizofrénia kialakulását megelőző vagy akár egészséges személyiségalakulást is jelezhet, így teljesen azonos lehetett a két kísérleti és a kontroll csoportban. Ha valamely mentális zavar diagnosztikus kritériumait vettük volna alapul a vignetta megalkotásához, akkor olyan ingerhelyzetet teremtünk, mely nem csak nem életszerű, de a kísérleti elrendezésű vizsgálatot megnehezítette volna. Valószínűtlen az is, hogy egy hétköznapi élethelyzetben mentális beteg személlyel ismeretségbe kerülve valamennyi tünetéről teljes képet kapjon egy laikus személy egy rövid interakció során. Törekedtünk arra is, hogy a történet tényeket és a normalitás szempontjából semleges „anamnesztikus” adatokat tartalmazzon, tulajdonságokat ne – így azok megítélése minden válaszadó esetében következtetés, attribúciós folyamatok eredménye, ugyanakkor hangsúlyosan azonos független változó alapján levont következtetések. Cél volt továbbá, hogy a független változóként használt történet korszerű és hiteles legyen, alkalmas egy valós személy elképzelésére, ne utasítsák el a válaszadók a személyiség-megítélést, mondván, hogy nem tudják elképzelni a személyt. Végző soron azonban nem az értékelés abszolút értékei lesznek fontosak a kísérleti elrendezésű vizsgálatban, hanem a kísérleti és kontroll csoportok közötti különbségek a függő változóknál.

Az alábbiakban olvasható a független változóként használt leírás – a szövegháttér árnyalatai a három csoport közötti szöveg-különbségeket jelzik:

Anna 28 éves nő, érettségizett, tanulmányait jó eredménnyel végezte. Adminisztrátorként dolgozik egy könyvelőcég irodájában. Édesapjának kivitelező cége van az építőiparban, édesanyja óvónő volt, már nyugdíjas. 4 évvel idősebb bátyja közgazdász, másik városban él családjával (1 éves a kislánya). Annát gyermekkorában jól nevelt, inkább visszahúzódó kislánynak tartották. Bár jobban kedvelte a magányos tevékenységeket, volt egy-egy barátja az iskolában is. Máiig is szeret olvasni, az interneten is szívesen tájékozódik, szabadidejében számítógépes játékokat játszik. 10 éves kora óta halakat tart. Jelenleg szülei szomszédságában, albérletben, párkapcsolatban él. Partnere műszerész, egy távközlési cég munkatársa.

Kb. 2 évvel ezelőtt Annának megváltozott a viselkedése, csendesebbé, gyanakvóvá vált, küllemét kissé elhanyagolta, munkahelyén szétszórtsága, magába fordultsága tűnt fel. Miután édesanyja észrevette, hogy fokozottan szorong, pszichiáterhez fordultak. Akkori kórházi kezelése óta jól van, jelenleg is gyógyszert szed, a szkizofrénia egyik formáját diagnosztizálták nála.

A történet elolvasását követően, mint függő változót, mindegyik csoportban felmértük, milyen személyiségvonásokat tulajdonítanak ennek a személynek, illetve hogyan viszonyulnak gyermekvállalásához, valamint mindezek és a kívánatos szociális távolság összefüggéseit is vizsgáltuk (Melléklet/1.).

A becsült személyes tulajdonságokat 9 fokú skálán értékelték a vizsgálati személyek aszerint, hogy mennyire tartják jellemzőnek ezeket a tulajdonságokat *Annára*. A tulajdonságlistát úgy alakítottuk ki, hogy benne legyenek a legáltalánosabban jellemző, az ötfaktoros modellekben is megjelenő tulajdonságok (pl. nyitott, társasági), és azok is, amelyek az emberi kapcsolatokban, mindennapos szituációkban, akár a munkaerőpiacon még ezek mellett fontosak lehetnek (pl. vonzó, intelligens). A tételek egy pólusúan a pozitív, szociálisan kívánatosabb tulajdonságot tartalmazzák, így annak megítélését kértük a kitöltőktől, hogy az mennyire illik a kitalált személyre. Emellett a skálázás mellett az eltérések különösen jelentősek lehetnek, és a társas kívánatossági hatás is mérsékelhető, hiszen nem negatív tulajdonságokat kell mondani, hanem csak a pozitívakat pontozni. Úgy véljük, ez a vizsgálati mód a látens stigma (kedvezőtlenebb megítélés) detektálására is alkalmasabb, és kevésbé sértő, etikusabb a pszichiátriai betegek vonatkozásában is (Sztancsik, Máth és Pék, 2013a és b).

A történetben szereplő *Anna* gyermekvállalási döntésének szabadságára, annak támogatására vagy az ezzel kapcsolatos kételyek kifejezésére rövid mondatokat alkalmaztunk, ezekkel való egyetértésük mértékét kellett megadni a vizsgálati személyeknek egy szintén 9 fokú skálán. Itt fordított tételek is szerepeltek (Sztancsik, Máth és Pék, 2013a és b). Ez a mérés azért került be a vizsgálati anyagba, mert azt feltételeztük, a tulajdonság-megítélés esetében a mérséklő

tényezők mellett is számolni lehet a szociális kívánatossági torzítással, meglehet, ezért esetleg nem találunk különbségeket a kontroll és a kísérleti csoportok között. A gyermekvállalás kérdése jobban felszínre hozhatja a látens attitűdöket. A gyermekvállalás kérdéssorának bevezető mondata: *Anna gyermeket szeretne*. Az ehhez való viszony alkalmat ad arra, hogy mérlegeljük, mennyiben tekintjük őt autonóm, felelős döntésre képes személynek. A gyermekvállalás az a döntés minden felnőtt ember életében, amibe a külvilág általában egyáltalán nem szól bele, amit képességeitől, szociokulturális helyzetétől függetlenül mindenkinek joga van szabadon eldönteni – legyen akár beteg vagy egészséges. Ugyanakkor tekintetbe kell vennünk, hogy a szkizofréniával élő vizsgálati személy gyermekvállalásának esetleges negatív megítélése nem feltétlenül csak a stigmatizáló látásmód vagy a biológiai félelmek függvénye. Mára számos adat van arra vonatkozóan, hogy pl. az anyai szkizofrénia kedvezőtlen hatással lehet a gyermek érzelmi fejlődésére (Malhotra, Kumar, Verma, 2015), az erről való intuitív tudás is befolyásolhatja a laikus válaszadókat is. Ám egy toleráns, megfelelő, egyénre szabott segítséget nyújtó társadalomban ezek a hatások (a szkizofrén anyja esetében is) minimalizálhatók lennének. Így feltételezhető, hogy a pszichiátriai betegséggel, és a szkizofréniával élő személy gyermekvállalásához való negatívabb viszonyulás közvetve mégis arról árulkodik: hisznek-e abban a vizsgálati személyek, hogy megkapja a szükséges segítséget, akinek szüksége van rá, azaz nyugodtan és szabadon vállalhat-e gyereket, mint mindenki más.

A tulajdonított jellemzők és a gyermekvállalással kapcsolatos vélemény mérésére kialakított skáláink megbízhatóságát később a teljes mintára nézve is megvizsgáltuk, mivel ezt a kérdéssort a szkizofréniával élő vizsgálati személyeink is kitöltötték. Az összes vizsgálati csoport adatai alapján (összesen 359 fő) a leírásban szereplő elképzelt személy jellemzésére létrehozott 24 tételes tulajdonságlista nagyon jó megbízhatóságú skálának bizonyult (Cronbach $\alpha=0,931$). A skála magasabb értéke kedvezőbb attribúciókat, pozitívabb személyiség-megítélést jelez a vizsgálati személy részéről. A skálán minimálisan 24, maximálisan 216 pont érhető el.

Átlag	Variancia	Szórás	tételek
136,71	972,019	31,177	24

1. táblázat **Skála statisztikák – tulajdonságok**

A gyermekvállalás szabadságának helyeslésére, támogatására vagy helytelenítésére vonatkozó 15 állítás is skálaként, megbízhatóan működik (a helytelenítő vagy halogató állítások pontszámainak

megfordításával) Cronbach $\alpha=0,895$. A skálán elérhető minimális pontszám 15, a maximális pedig 135. A nagyobb érték a leírt személy gyermekvállalása szabadságának fokozottabb helyeslését jelenti.

Átlag	Variancia	Szórás	tételek
85,72	677,586	26,030	15

2. táblázat **Skála statisztikák – gyermekvállalás**

Mindkét skála esetében igaz, hogy homogének, a tételekre adott válaszok nem rendeződtek faktorokba, így a magasabb értékek egy általánosan pozitívabb személyiség-jellemző tulajdonítást vagy a történetben szereplő személy gyermekvállalásának általános támogatását jelzik (Sztancsik, Máth és Pék, 2013a és b).

A kívánatos szociális távolság beállítására módosított társas távolság skálát alkalmaztunk, 5 fokozattal. Társas távolság skálákat régóta alkalmaz a szociológia és a pszichológia kisebbségi csoportok elfogadottságának mérésére. Ezek az eszközök az attitűd-mérés megbízható eszközei, bár a viselkedés bejósolására nem feltétlenül alkalmasak, és számolni kell a szociális kívánatosság torzításának lehetőségével ezek alkalmazásánál is. (Bogardus, 1925; Link és munkatársai, 2004). Az alkalmazott változat a teljes tesztanyagban az 1. számú Mellékletben található.

A laikus személyeknél az 1)-es és 2)-es teszhelyzetekben, ahol a független változók közötti különbség csupán „*a szkizofrénia egyik formáját diagnosztizáltak nála*” szövegrész megléte vagy hiánya volt, azt is felmértük, milyen szóba jöhető okoknak, kiváltó és fenntartó tényezőknek tulajdonítanak szerepet az olvasott betegség esetében. Ezen kívül kíváncsiak voltunk arra is, milyen kezelési lehetőségeket, prognózist feltételeznek róla. Kezelés nélkül vagy mellett veszélyesnek tartják-e, és önálló életvezetésre alkalmas személynek a korábbiakban megszemélyesített „Annát”? A felsorolt állításokkal kapcsolatban a betegséget is tartalmazó szöveget olvasó kísérleti csoport résztvevői és a szkizofréniával élő vizsgálati személyek egyetértésüket vagy egyet nem értésüket fejezhették ki, minden egyes tételnél. Ezen tételek tartalmát személyiség- és klinikai pszichológus kutató szakemberekkel egyeztettük, kialakításakor figyelembe vettük a szakmai ismereteket, de köznapi, laikusok számára is érthető nyelvre igyekeztünk lefordítani azokat. Ezen felül más, nem medikális, de a közgondolkodásban, kultúrában jelenlévő lehetséges magyarázatokat is beépítettünk, pl. „*Anna pszichiátriai problémáját szerintem Isten rendelte így.*” Az instrukció során nyilvánvalóvá tettük, hogy több állítással is egyetérthet a válaszadó, nem kizárásos jellegű

válaszadást kértünk, így mind a betegség multifaktoriális meghatározottsága, mind a kezelési módok komplexitása tükröződhetett a válaszokban. A tételek számossága és tartalma indokolta, hogy nominális függő változót képezzünk, azaz igaz/nem igaz típusú válaszadást kérjünk a vizsgálati személyektől.

A laikusok vizsgálatában az 1)-es kísérleti csoportnál használt teljes történetet alkalmaztuk, és az előbb ismertetett függő változókat is mértük a szkizofréniával élő vizsgálati személyek esetében is. Ezeket az eszközöket és méréseket tehát a III. Hipotéziscsoport vizsgálatára is alkalmaztuk, valamint a II./4-es hipotézis vizsgálatára.

A II. Hipotéziscsoport vizsgálatához Corrigan professzor hozzájárulásával elkészítettük a szabadon felhasználható és angol nyelvterületen validált Mentális Betegség Önstigmája kérdőív rövidített változatának, a SSMIS-SF (Self-Stigma of Mental Illness Scale – Short Form) -nek a magyar fordítását, mely a 2. számú Mellékletben található (Sztancsik, Máth és Pék, 2017; <http://www.stigmaandempowerment.org/resources>). A mentális betegség stigmájának tartalmát tekintve a *kiszámíthatatlanság, veszélyesség, gyógyíthatatlanság (vagy javulás reményetelensége), az öngondokodási képtelenség és a beteg hibáztatása problémáiért*, jelennek meg a tételekben, mind a négy szinten. Az első szint arra vonatkozik, a kitöltő szerint mennyire tartják igaznak az emberek ezeket az állításokat általában a mentális betegekre vonatkoztatva, ez a *Tudatosság* szintje (az észlelt nyilvános stigmát méri). A második szinten azt pontozza a kitöltő, hogy ő maga mennyire ért ezekkel egyet általában a pszichiátriai betegekre vonatkozóan (*Egyetértés*), végül a két utolsó szinten aszerint pontozhat, mennyire tartja mindezt igaznak önmagára (*Alkalmazás*), és mennyire hat ez az önbecsülésére (*Önkép ártalom*). Ez a rövidített változat is az elméleti modellnek megfelelő négy skálát tartalmazza tehát (ld. korábban), egyenként 5-5 állítással, tételenként 9 fokú Likert skálákkal. A kutatások szerint jó pszichometriai mutatókkal rendelkeznek. A skálák legfontosabb adatai az angol nyelvű vizsgálatokból a 3. táblázatban szerepelnek. (Corrigan és mtsai, 2006, Rüscher és mtsai, 2006a, b, Corrigan és mtsai, 2011, Corrigan és mtsai, 2012). Először arra voltunk kíváncsiak, empirikusan igazolható-e a négylépcsős progresszív modell elméleti koncepciója, magyar szkizofréniával élő mintán? Alkalmas lehet-e a mérőeszköz a mentális betegséggel járó önstigma mértékének mérésére magyar nyelven is?

	SSMIS-SF értékek a validáló kutatások adatai alapján								
SSMIS-SF skála	Corrigan és mtsai, 2006 (71 fő)			Rüsch és mtsai, 2006a, b (90 fő)			Corrigan és mtsai, 2011 (85 fő)		
	Cronbach- α	átlag	szórás	Cronbach- α	átlag	szórás	Cronbach- α	átlag	szórás
Tudatosság	0,73	34,0	8,3	0,83	26,2	9,6	0,87	32,5	9,8
Egyetértés	0,75	18,6	8,5	0,72	15,0	6,9	0,79	16,8	8,2
Alkalmazás	0,22	14,2	13,8	0,74	16,2	9,0	0,69	12,9	7,1
Önkép ártalom	0,82	11,6	7,5	0,82	16,9	11,1	0,76	12,13	7,8

3. táblázat A SSMIS-SF skálák belső konzisztenciája, átlag és szórás értékei a validáló kutatások során (Corrigan és mtsai, 2012 nyomán)³

A SSMIS-SF mellett a II./2-es hipotézis teszteléséhez a WHO Általános Jóllét Indexének rövidített vátozatát (WBI-5) alkalmaztuk (Melléklet/3.). A megbízható és validált öt tétel mérőeszköz tételenként 0-5-ig terjedő pontozási módjával dolgoztunk (Bech, Staecher-Johansen és Gudex 1996 in Kopp és Kovács 2006). Definíció szerint, ha az önstigma negatív érzés, és az életminőséget rontja, akkor a súlyosabb önstigmával jellemezhető válaszadóknak ezen a skálán alacsonyabb pontszámot kell mutatniuk, azokhoz képest, akik bár szintén betegek, kevésbé súlyos önstigmával jellemezhetők, ebben a betegség szempontjából homogénnek tekinthető csoportban. A válaszadás során azt kell eldöntenie a kitöltő személynek, milyen gyakorisággal érezte, az elmúlt két hét során a tételben megfogalmazottakat. Például „Az elmúlt két hét során érezte-e magát nyugodtnak és ellazultnak?” A lehetséges válaszok a *sohától* (0 pont) a *mindigig* (5 pont) terjednek, így a maximális pontszám 25. A mérőeszközt a 2002-es Hungarostudy felmérés során validálták reprezentatív mintán. Belső megbízhatóságát kiválóan találták (Cronbach $\alpha=0,85$), a skála homogenitását is megerősítették. A WBI-5 összesített pontszáma erős pozitív kapcsolatban áll a válaszadó szubjektíven megítélt egészségi állapotával és az élet értelme konstruktummal, és negatív a kapcsolata a Rövidített Beck Depresszió Kérdőív értékével. A pozitív életminőség vizsgálatának megbízható és érvényes mérőeszköze (Susánszky, Konkoly Thege, Stauder és Kopp, 2006).

³ A táblázat idézet Sztancsik, Máth és Pék 2017-es cikkből.

A II./3-as hipotézis teszteléséhez a SSMIS-SF önstigma adatokkal összevetve a Thornicroft és munkatársai nevéhez köthető INDIGO csoport által kidolgozott, nemzetközi összehasonlító kutatásokban már magyarul is használt, mind validitás, mind megbízhatóság tekintetében jó pszichometriai jellemzőkkel bíró Diszkrimináció és Stigma Becslő Skála 12-es verzióját (a továbbiakban DISC-12) használtuk a szerzők beleegyezésével (Thornicroft és mtsai, 2009; Brohan és mtsai, 2013; Harangozó és mtsai 2014). Ez a mérőeszköz az élet különböző területein tapasztalt, pszichiátriai betegség miatti megkülönböztetés-élményekre kérdez rá, mind a negatívakra, mind az esetleges pozitívakra, és arra is, hogy a megkülönböztetés miatti félelem esetleg a mindennapi társas élet mely területeitől tartotta távol a válaszadót (Melléklet/4.). Az általunk használt verzió az elmúlt egy év tapasztalataira kérdeztet rá, ami azért fontos, mert így a vizsgálat idejének közelmúltjáról és a vizsgálati személy jelenéről kapunk adatokat, és könnyebben is felidézhetők ezek a történések a válaszadók számára. A diszkrimináció tapasztalatok előfordulási gyakoriságának megadása mellett (négy fokozatban: *soha, ritkán, mérsékelten gyakran, gyakran*) a válaszadónak arra is módja van, hogy jelezze, ha a kérdés nem releváns számára. Például amikor az a kérdés, hogy előfordult-e, hogy szülőként másképpen bántak vele pszichiátriai betegsége miatt, de neki nincs gyermeke, akkor is így nyilatkozik, vagy ha nem volt az oktatás/párkeresés/stb. területén semmilyen tapasztalata az elmúlt egy évben, ahol egyáltalán érthette volna diszkrimináció. Ilyenkor bármelyik területre vonatkozóan válaszolhat úgy, hogy az nem megfelelő kérdés a számára. Emellett, ha előfordultak diszkrimináció tapasztalatok, az instrukció szerint a vizsgálatvezető példát kér a vizsgálati személytől, hogy mondja el, hogyan diszkriminálták őt azon a területen pszichiátriai betegsége miatt. Ezek a kérdések kvalitatív elemzést is lehetővé tesznek és validálják a mennyiségi adatokat (ld. korábban a stigma-mérésről szóló fejezetben).

A hipotézisellenőrzés statisztikai elemzése az SPSS programcsomaggal történt (14-es és 22-es verzió használatával). A könnyebb áttekinthetőség kedvéért a vonatkozó statisztikai próbák nevei és releváns adatai az Eredmények című fejezetben kerülnek ismertetésre a megfelelő helyeken.

5.3. A vizsgálati minták jellemzői

A laikus vizsgálati személyek mintáját 155 önkéntes internetes kitöltő és 121 egyetemi diák alkotta (ők szerény díjazásért vettek részt a vizsgálatban, melyet a TÁMOP 4.2.2/B-10/1-2010-0024 projekt támogatásából fedeztünk). A vizsgálati személyek kiválasztásában az egyetlen kritérium az volt, hogy ne szakemberek legyenek (ne a pszichiátria, klinikai pszichológia területén dolgozó, vagy ilyen végzettségű emberek legyenek). A vizsgálatot és annak levezetését a vonatkozó etikai irányelveknek megfelelően végeztük és bonyolítottuk le, a válaszadók teljes anonimitásával.

A laikus mintát alkotó vizsgálati személyek magasan iskolázottak voltak – 8 fő kivételével legalább érettségizettek. 80 férfi és 195 nő válaszolt, egy személy nem jelölte nemét. Az egyetemista minta túlnyomó részt a 20-25-éves korosztályból került ki, míg az interneten kitöltők 35-40 éves kor közötti csúcsot mutattak (Sztancsik, Máth és Pék 2013a).

A szkizofréniával élőket érintő kutatásunkban 83 Hajdú-Bihar megyében ellátott pszichiátriai ellátásban megjelenő beteg vett részt, 2015 első fél évében, akik BNO besorolás szerinti szkizofrénia (F20) vagy szkizoaffektív zavar diagnózissal (F25) rendelkeznek. Ők Debrecenben kezelt, többnyire ambuláns vagy nappali ellátásban megjelenő (39 fő), részben szociális otthonban élő (28 fő) és részben pszichiátriai osztályon, rendeződött (nem akut pszichotikus) állapotban lévő emberek (16 fő) voltak. (Emellett még az ép intellektust szabtuk meg, mint kiválasztási feltételt.) A vizsgálatban résztvevő szkizofréniával élő vizsgálati személyek legfontosabb demográfiai jellemzői az 4. táblázatban szerepelnek. A vizsgálati személyeket a kezelőorvosok közlése és ajánlása alapján kértük fel az önkéntes részvételre – hogy valóban csak a fenti spektrumba tartozó, fenti jellemzőkkel bíró személyek kerüljenek be a vizsgálatba. Ugyanakkor a vizsgálat során nem tekintettünk bele a kórrajzokba. Rögzítendő adatként, a diagnózis szempontjából is (mint minden más adat esetében), csak a vizsgálati személyek saját közléseire tekintettük, amit a „Mi az Ön pszichiátriai diagnózisa, amivel jelenleg is kezelik?” kérdésre válaszoltak. A szkizofréniával élő vizsgálati személyekkel papír alapon, négy szemközt vette fel az értekezés szerzője a válaszokat, a megfelelő tájékoztatást követően, önkéntes beleegyező nyilatkozatok és etikai engedélyek birtokában (Melléklet/7.).

		minta elemszám (fő)	%		
nem	férfi	48	57,8		
	nő	35	42,4		
iskolai végzettség	8 általános	19	22,9		
	szakmunkás	21	25,3		
	érettségi	31	37,3		
	érettségi és szakma	8	9,6		
	felsőfokú	4	4,8		
családi állapot	egyedülálló	50	60,2		
	elvált vagy külön él	14	16,9		
	özvegy	2	2,4		
	házas	14	16,9		
	élettársi kapcsolatban	2	2,4		
	kapcsolatban (nem él együtt)	1	1,2		
Van-e gyermeke?	van	25	30,1		
	nincs	58	69,9		
Van-e munkahelye? (fizetett állása)	nincs	52	62,7		
	nyugdíjasnak vallja magát	19	22,9		
	van állása	5	6,0		
	terápiás munkát végez	7	8,4		
		minimum	maximum	átlag	szórás
Kor (év)		22	73	45,83	11,49
első pszichiátriai kezelés óta eltelt becsült idő (év)		0,5	40	19,17	9,62

4. táblázat A szkizofréniával élő minta legfontosabb leíró jellemzői

A szkizofréniával élő vizsgálati személyek adatait áttekintve feltűnő, hogy rendkívül kevés embernek van munkája közülük. Ez az alacsony szám akkor is figyelemre méltó, ha mintánk nem volt reprezentatív. Kálmánchey (2006) tíz évvel korábbi közleményében, szintén Hajdú-Bihar Megyében szkizofréniával és paranoid zavarral gondozott betegek élethelyzetét vizsgálva már leírta, hogy ebben a betegcsoportban, a járóbetegek között mindössze 9,5%-nak volt munkaviszonya ebben a megyében, legtöbbször elváltan vagy egyedülállóként éltek. A helyzet mintánk adatai szerint ebben a tekintetben sajnos változatlanok tűnnek: a betegséggel továbbra is együtt jár mind az egzisztenciális megtorpanás, mind a valószínű izolálódás, marginalizálódás (Kálmánchey, i.m. 441.o.).

5.4. Eredmények

5.4.1. Laikus személyek vizsgálatának eredményei

Az I./1. és az I./2. hipotéziseket Kruskal-Wallis teszttel vizsgálva az bizonyosodott be, akik a leírásban szkizofrénia diagnózissal élő „Anna” történetét olvasták, kisebb pontszámokat adnak a tulajdonság-skálán és a gyermekvállalás támogatásának skáláján is (5. táblázat). Ez igaz, nem csak az egészséges történetet olvasó kontrollszemélyekhez, de a diagnózist nem megadó, pszichiátriai betegséget tartalmazó leírást olvasó másik kísérleti csoporthoz képest is.

Függő változó (skála neve)	Független változó (történet)	Fő (N)	rang átlag	$\chi^2(2)$	szig. (p)
tulajdonság	szkizofrénia diagnózissal	87	109,30	23,720	0,000
	pszichiátriai betegség diagnózis nélkül	80	134,39		
	nem beteg	109	164,83		
gyermek-vállalás	szkizofrénia diagnózissal	87	113,13	21,479	0,000
	pszichiátriai betegség diagnózis nélkül	80	130,26		
	nem beteg	109	164,80		
	összesen	276			

5. táblázat Az I./1. és az I./2. hipotézisek tesztelésének eredményei összefoglalva

Az adatstrukturálás és a további adatelemzés során azt találtuk, hogy mindkét skálán (tulajdonságok, gyermekvállalás) a három csoport válaszadói két markáns klaszterbe tömörülnek. Azaz a klaszter-analízis eredménye szerint az egyik klaszter (1) tagjai hajlamosabbak óvatosabban, a középső értékek körül pontozni, a másik csoport (2) pedig magasabb, kedvezőbb pontszámokat adni. Ez a különböző válaszadási stílus eredménye is lehet, melyeket leírnak hasonló mérőeszközök kitöltésével kapcsolatban (Nagybányai Nagy, 2013), azonban ha a két válaszadói stílus nem független attól, hogy melyik történetet olvasták a vizsgálati személyek, akkor megerősítik a I./1. és I./2. hipotézisekbe foglalt feltevéseinket. A kitöltési stílus klaszterei és a független változók kapcsolatát Khi-négyzet próbával vizsgáltuk, mindkét skálára vonatkozóan. A független változók és a két skála klaszterinek kölcsönös összefüggését Log-lineáris elemzésnek vetettük alá (Sztancsik, Máth és Pék, 2013a és b).

A Khi-négyzet próbák eredményei szerint mind a tulajdonságok ($\chi^2(2)=15,4$ $p<0,001$), mind a gyermekvállalás ($\chi^2(2)=24,2$ $p<0,001$) tekintetében igaz, hogy a válaszadók közül

kevesebben tartoznak a magasabb pontszámokat adó, azaz pozitívabb megítélést mutató 2. klaszterbe a két kísérleti csoportban, mint a kontroll történet olvasása esetén.

	csoport (fő) a független változó alapján			összesen
	szkizofréniával	diagnózis nélkül	nem beteg	
tulajdonság 1. klaszter	59 69,4%	48 60,8%	45 42,1%	152 56,1%
tulajdonság 2. klaszter	26 30,6%	31 39,2%	62 57,9%	119 43,9%
összesen	85 100%	79 100%	107 100%	271 100%

	csoport (fő) a független változó alapján			összesen
	szkizofréniával	diagnózis nélkül	nem beteg	
gyermekvállalás 1. klaszter	56 65,1%	48 60,8%	35 32,7%	139 51,1%
gyermekvállalás 2. klaszter	26 34,9%	31 39,2%	72 67,3%	133 48,9%
összesen	86 100%	79 100%	107 100%	272 100%

6. és 7. táblázat Az I./1. és I./2. hipotézisek tesztelése a válaszadói stílus figyelembe vételével

A Log-lineáris elemzés (8. táblázat alább) azt mutatta, hogy több kettős interakció magyarázza az adatokat, mindegyik változó összefügg a másikkal, de nincs köztük hármas interakció. Azaz mind a kétféle klaszter-változó (tulajdonság-megítélés és a gyermekvállalás megítélésének klaszterei) szorosan kapcsolódnak: aki egyik tekintetben a pozitívabb csoporthoz tartozik, az a másik tekintetben is inkább a kedvezőbben vélekedő klaszter tagja lesz. Ugyanakkor az olvasott vinyetta, mint független változó, másképpen kapcsolódik a kétféle klaszter-változóhoz. Míg a tulajdonság-megítélés során a szkizofrénia diagnózist tartalmazó történettől a kontrolltörténetig konzisztensen alakul a pozitívabb megítélés, a gyerekvállalás tekintetében akár diagnózissal, akár anélkül, negatívabb megítélésre számíthat a pszichiátriai beteg. Ez az elemzés annyiban finomítja eredményeinket, hogy rámutat, a pszichiátriai betegség ténye mellett a gyermekvállalás kevésbé támogatása nem kifejezetten diagnózis-specifikus.

	szkizofréniával	diagnózis nélkül	nem beteg
tulajdonság 1. klaszter	0,2	0	-0,2
tulajdonság 2. klaszter	-0,2	0	0,2

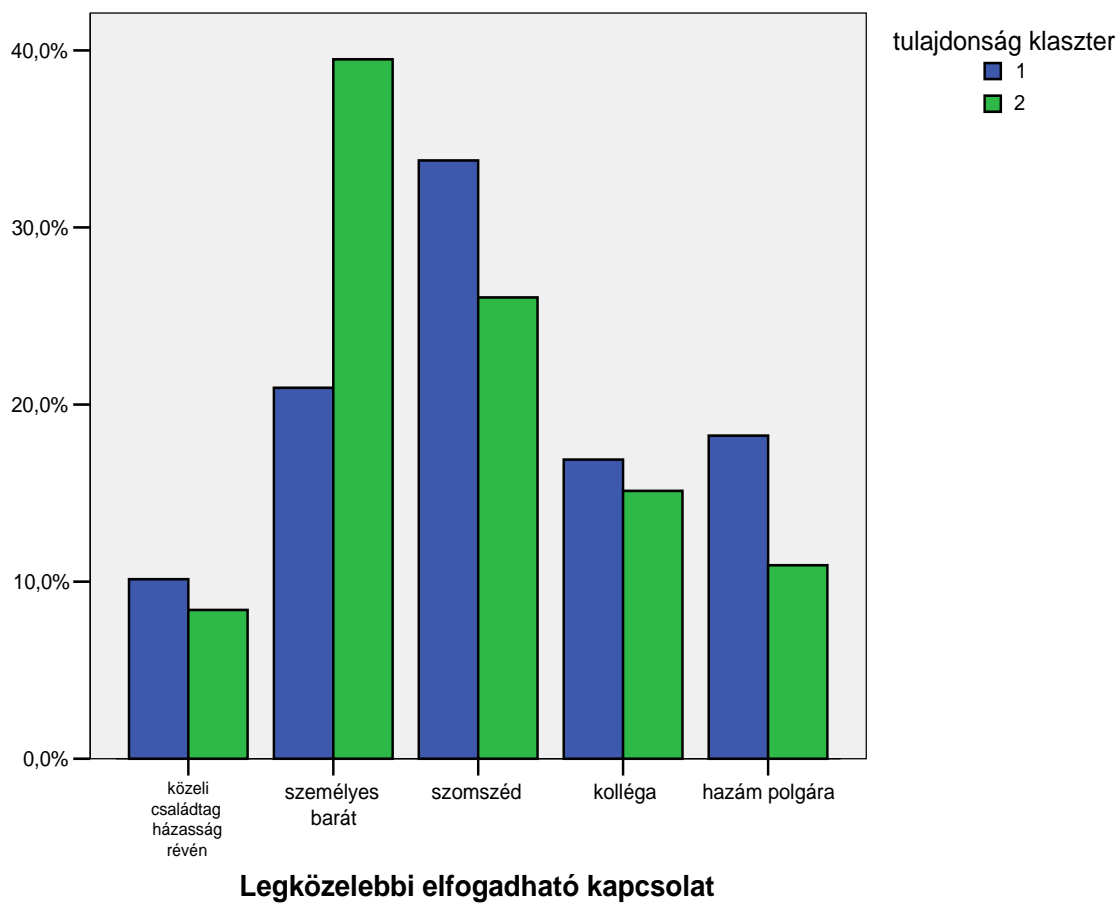
	szkizofréniával	diagnózis nélkül	nem beteg
gyermekvállalás 1. klaszter	0,2	0,16	-0,36
gyermekvállalás 2. klaszter	-0,2	-0,16	0,36

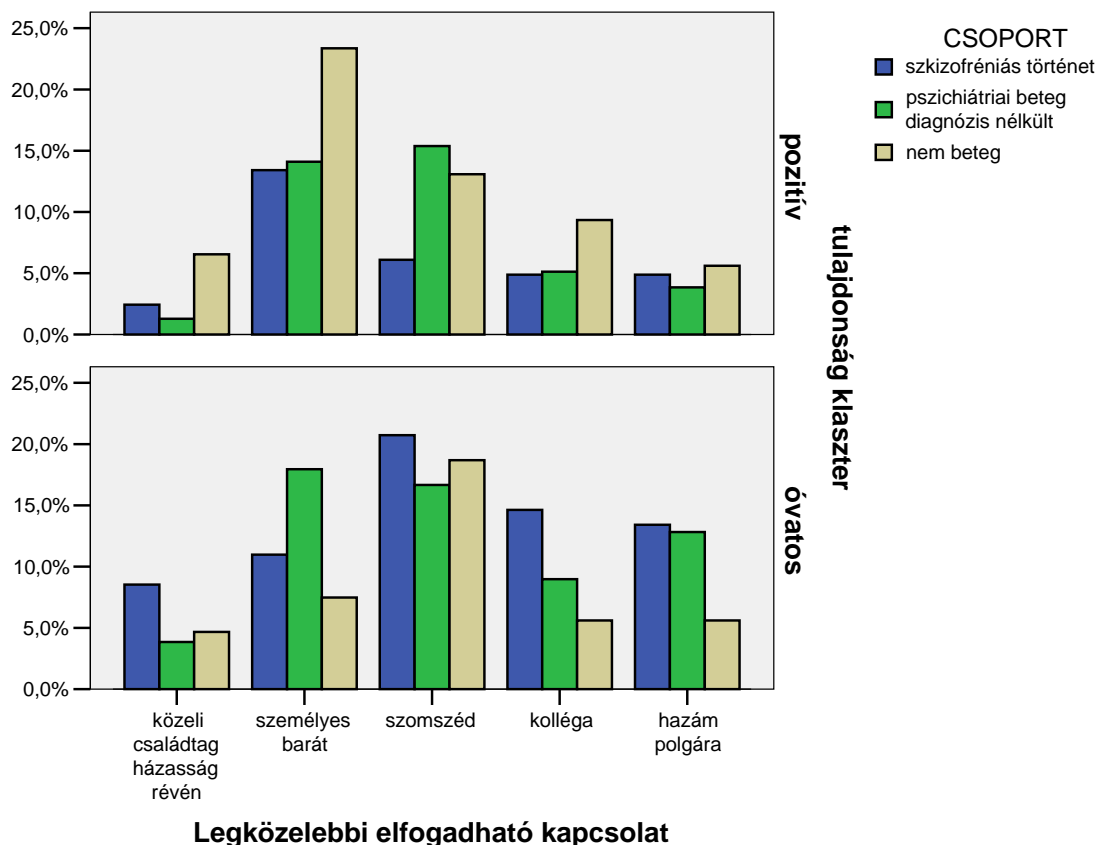
	tulajdonság 1. klaszter	tulajdonság 2. klaszter
gyermekvállalás 1. klaszter	0.31	-0.31
gyermekvállalás 2. klaszter	-0.31	0.31

8. táblázat A Log-lineáris elemzés eredménye az I./1. és I./2. hipotézis tesztelése során

Az I./3. hipotézis vizsgálatára, azaz hogy a különböző kísérleti helyzetekben másképpen alakul-e a társas távolság beállítása – ami a meglévő stigma egy egyszerű detektálási módja lehetne – először Kruskal-Wallis próbát alkalmaztunk, de a legközelebbi elfogadható kapcsolat és az olvasott vinyetta változat között nem találtunk ilyen egyértelmű összefüggést, a próba eredménye nem volt szignifikáns. (Az előzőekben bemutatott klaszter-elemzést ennek a problémának a tüzetesebb vizsgálata indokolta.) A társas távolság skála pontjai viszont összefüggést mutattak a fenti klaszter csoportokkal. A klaszterekkel végzett Mann-Whitney próbák eredményei szerint mind a *tulajdonság* ($p=0,022$) mind a *gyermekvállalás* ($p=0,001$) megítélésének 1-es vagy 2-es klaszterébe tartozás valószínűen meghatározza, hogy melyik az a legközelebbi kapcsolat, amit a vizsgálati személy a történetben megszemélyesített *Annával* még elfogadna. Akik – akár a tulajdonság, akár a gyermekvállalás tekintetében – a 2. klaszter tagjai, legvalószínűbben a „személyes barát” kategóriát fogják választani, míg az 1. klaszterbe tartozók a „szomszéd”-ot. (Ezt szemlélteti az 1. ábra.)

1. ábra A társas távolság beállítása a tulajdonság-megítélés klasztereiben





2. ábra A társas távolság beállítása a tulajdonság-megítélés klasztereiben a kísérleti csoportokkal összefüggésben

Azok a vizsgálati személyek, akik a tulajdonság-megítélés tekintetében a pozitívabb, 2. klaszter tagjai, bármelyik kísérleti csoportba, vagy a kontroll csoportba tartoznak is (azaz függetlenül attól, hogy „Anna” beteg-e vagy sem), hasonló mintázatot mutattak a társas távolság beállításakor – őket bátran nevezhetnénk stigma-mentes csoportnak. Érdekes különbség mutatkozott azonban az 1. klaszterbe tartozók között, akik, mint láttuk, legtöbbször szomszédnak fogadnák el „Annát”, és akik óvatosabban pontoznak, akkor is ha „Anna” nem beteg. Pszichiátriai probléma esetén mindkét kísérleti csoportban (pszichiátriai betegség szkizofréniával vagy anélkül) ennek a klaszternek a tagjai sokkal szórtabban válaszoltak. Többen vagy szorosabb, vagy távolabbi kapcsolatot jelöltek meg inkább, azaz a válaszaik kevésbé markánsan csoportosultak a „szomszéd” mint választott kategória javára. Ennek az észrevételnek a statisztikai bizonyításához két csoportra osztottuk a társas távolság változóit, „szomszéd” és „nem szomszéd”

kategóriákba. Ennek az új változónak a kapcsolatát vizsgáltuk meg az 1. klaszter tagjai között azzal, hogy valamelyik kísérleti vagy a kontroll csoportba tartoztak-e, azaz hogy az olvasott vinyetta tartalmazott-e pszichiátriai betegséget vagy sem. A Khi-négyzet próba eredménye szignifikánsnak bizonyult ($\chi^2(1)=3,68$ $p=0,049$), a kapcsolódó gyakorisági adatokat az alábbi táblázat szemlélteti.

	A társas távolság képzett kategóriái		összesen
	nem szomszéd	szomszéd	
pszichiátriai vinyetta	77 fő (72%)	30 fő (28%)	107 fő (100%)
nem beteg vinyetta	25 fő (55,6%)	20 fő (44,4%)	45 fő (100%)

9. táblázat **A társas távolság és a kísérleti csoport kapcsolatának bizonyításához képzett kategóriák**

Mindez azt jelentheti, hogy a stigma tekintetében ez az óvatosabb csoport egyáltalán nem homogén, hiszen bár vannak közöttük, akiből a pszichiátriai betegség ténye nagyobb távolságtartást, másokból közelebbi kapcsolat elfogadását váltja ki. Ebből arra következtethetünk, hogy ők sem egyértelműen mind „stigmatizáló” attitűddel jellemezhetők, hanem inkább változékonyabbak így kifejezett attitűdjeik. Egy részük (akik pszichiátriai betegség esetén nagyobb távolságot tartanak) olyan attitűdökkel rendelkezik, ami modellezi azoknak az embereknek az attitűdjeit, akiket érdemes lehet antistigma programban is megcélozni. Azaz antistigma stratégia tervezésekor és program teszteléskor kívánatos volna figyelembe venni válasz-modelljeiket, fókusz-csoportokban kikérni véleményüket, hatásvizsgálatokban mérni attitűd-változásukat. A másik csoportnál a „jóindulatú” viszonyulás mellett társas kívánatossági torzítással is számolni lehet.

Összegezve az eddigi eredményeket: Az I./1. és az I./2. hipotéziseink igazolódtak, azaz kedvezőtlenebb személyiség-megítélésre számíthat egy pszichiátriai beteg, s ez még kifejezettebb, ha szkizofréniával él. Ugyanez igaz a gyermekvállalás kérdésére is, habár az adatstrukturálás és klaszteranalízis utáni loglineáris elemzés szerint ebben a kérdésben nincs akkora különbség diagnózis megadása mellett vagy anélkül: a pszichiátriai betegség ténye önmagában már elutasítóbb vélekedést hív elő, inkább abba az irányba tolja a vélekedéseket, hogy a gyermekvállalás szabadságát legalábbis ambivalensebben ítélik meg a vizsgált laikus személyek.

Az I./3. hipotézis igazolása egyszerű módon nem lehetséges, ez azt is jelenti számunkra, hogy a társas távolság skála önmagában valószínűleg alkalmatlan a stigma detektálására. A társas távolság adatok értékelésénél figyelembe kell venni az eleve jellemző válaszadási stílust, s még az eredendően „távolságtartóbb”, a személyiségértékelésben is óvatosabban pontozó emberek sem mind stigmatizálnak, egy részük pszichiátriai betegség esetén közelebb engedné a kérdéses személyt (nevezhetjük ezt „jóindulatú” viszonyulásnak). Ugyanakkor az óvatos pontozók másik csoportja, akik a pszichiátriai betegség hatására még nagyobb társas távolságot tartanak, volnának az a csoport, akik látenszen vagy nyíltan stigmatizáló attitűdökkel jellemezhetők, akik antistigma intervenció célcsoportja lehetnek.

Az I./4. hipotézis tesztelését az indokolta, hogy nem reprezentatív mintával dolgoztunk, így ki akartuk zárni azt a lehetőséget, hogy olyan mérési hiba eredményeként igazolódjanak korábbi hipotéziseink, mely a speciális minta jellemzőinek sajátossága. Ezen kívül a betegség ismertsége (személyes ismeretség hasonló pszichiátriai betegséggel élő személlyel) szintén torzíthatja a válaszokat. A nemre, az iskolai végzettségre, az életkorra és a kitöltés módjára vonatkozóan (interneten vagy papír alapon) a Khi-négyzet próbák eredményei nem jeleztek szignifikáns különbséget abban, hogy pozitívabban ítélik-e meg a válaszadók a leírt személyt (a korábban leírt klaszterekbe tartoznak-e a válaszadók). Azt a feltevést, hogy pszichiátriai betegséggel élő személy ismerete (családban előfordul-e) befolyásolta-e a válaszadókat a kísérleti csoportokban nem tudtuk megvizsgálni, mert rendkívül kevesen jelezték, hogy lenne bármilyen pszichiátriai betegség a családjukban, s ezek a jelzett betegségek is több csoportba tartoztak. Összesen 19-en válaszolták, hogy nekik vagy valamelyik családtagjuknak van ismert pszichiátriai betegsége, s ezek közül mindössze három esetben volt egy-egy családtagnak a szkizofrénia spektrumba tartozó betegsége. Unipoláris depressziót, bipoláris zavart, szorongásos kórképeket, demenciát, függőséget jelöltek még meg a válaszadók a többi esetben.

Az I./5. hipotézis vizsgálata megkívánta, hogy elemezzük, a két teszt-helyzetben (szkizofrénia diagnózissal vagy anélkül) különbözőképpen gondolkodnak-e a vizsgálati személyek a pszichiátriai betegségről, s ha igen, miben áll ez a különbség.

Anna pszichiátriai problémáját valószínűleg...	<i>egyetért diagnózis nélkül %</i>	<i>egyetért szkizofrénia diagnózissal %</i>	$\chi^2(1)$	<i>szignifikancia (p)</i>
neveltetése okozhatja.	27,5	26,4	0,024	0,877
munkahelyi problémái okozhatják.	53,8	48,3	0,500	0,480
veleszületett rendellenességként örökölte.	21,3	42,5	8,625	0,003
genetikai örökségének köszönheti.	27,5	55,2	13,108	0,000
idegfejlődési zavar okozhatja.	25,0	59,8	20,544	0,000
partnerkapcsolati nehézségek okozhatják.	63,8	49,4	3,476	0,062
a családi kommunikáció zavara okozhatja.	66,3	60,9	0,511	0,475
magának köszönheti.	12,5	6,9	1,511	0,219
anyjával való kapcsolata okozhatja valamiképpen.	46,3	37,9	1,185	0,276
apjával való kapcsolata okozhatja valamiképpen.	46,3	35,6	1,946	0,163
testvérével való kapcsolata okozhatja valamiképpen.	30,0	19,5	2,462	0,117
nem megfelelő életmód tényezők (táplálkozás, mozgás stb.) okozhatják.	32,5	20,7	2,996	0,083
társadalmi tényezők okozhatják.	70,0	60,9	1,516	0,218
anyagi nehézségek okozhatják.	53,8	26,4	13,008	0,000
személyisége speciális jellemzői okozhatják.	57,5	73,6	4,783	0,029
a véletlennek/sorsnak köszönheti.	23,8	24,1	0,003	0,953
Isten rendelte így.	8,8	11,5	0,343	0,558
baráti kapcsolatainak nehézségei okozhatják.	38,8	32,2	0,786	0,375
gyenge idegrendszere okozza.	53,8	66,7	2,909	0,088
immunrendszerének zavara okozza.	13,8	19,5	1,001	0,317
valamilyen korábbi trauma (pl. bántalmazás) okozza.	61,3	58,6	0,120	0,729

10. táblázat **A bemutatott pszichiátriai betegség oka a választások gyakorisága szerint** (A szürke szín a két teszt-helyzetben szignifikáns különbségeket emeli ki, a halványabb szín a tendenciát.)

Az okokra vonatkozó összesített gyakorisági adatokból (10. táblázat) arra következtethetünk, hogy a független változóként használt, fent leírt vinyetták információi alapján

mennyiben különbözik a pszichiátriai betegség megítélése szkizofrénia diagnózisával és anélkül. Azaz, az 1)-es és 2)-es teszthelyzet közötti ok-tulajdonítási különbségek informatívak a „szkizofrénia” címke jelentésmódosító hatására nézve. Ezeket a különbségeket Khí-négyzet próbákkal vizsgáltuk meg. A szkizofrénia diagnózisa mellett tendenciózusan nagyobb arányban okolják a betegség kialakulásában *Anna* „személyisége speciális jellemzőit”. Emellett jelentősen nagyobb arányban gondolják, hogy „veleszületett rendellenességként örökölte”, hogy „genetikai örökségének köszönheti” és, hogy betegségét „idegfejlődési zavar okozhatja”. Ugyanakkor a szkizofrénia diagnózisa mellett kevesebben választják igaznak, hogy „anyagi nehézségek okozzák” problémáját, míg a diagnózis nélküli teszthelyzetben jelentős arányban egyetértenek ezzel az állítással. Az okokra vonatkozó többi állítás tekintetében nem találtunk különbségeket a két teszthelyzet között, tehát a különböző társas kapcsolati tényezőket, családi kommunikációs jellemzőket külső társadalmi tényezőket stb. körülbelül ugyanannyian választják a betegség okai közé mindkét csoportban, a diagnózistól függetlenül. Elmondható, hogy nagyon kevesen hibáztatják Annát állapotáért emellett az alkalmazott szöveg mellett, akár van szkizofrénia diagnózis, akár nincs („Magának köszönheti.” 10% szerint), ami a szakirodalmi adatok szerint kisebb mértékű stigmatizációval jár együtt (Feldman és Crandall, 2007). Az adatok szerint tehát a szkizofrénia címke a genetikailag meghatározott, veleszületett idegfejlődési rendellenesség irányába tolja a laikus oki vélekedéseket, de nem változtat azon, hogy mennyiben véljük: társas kapcsolati vagy családi kommunikációs jellemzők játszanak szerepet a pszichiátriai betegség kialakulásában, és ezeket a tényezőket a válaszadók elég nagy arányban figyelembe is veszik – tehát nem kizárólag biológiai meghatározottságúnak tekintik a betegséget. A külső okok közül viszont kisebb hangsúlyú lesz az anyagi nehézségek vélt okozati szerepe, az interperszonális tényezők közül a párkapcsolati problémáké.

Betegsége szerintem...	egyétért diagnózis nélkül %	egyétért szkizofrénia diagnózissal %	$\chi^2(1)$	szignifikancia (p)
magától elmúlik.	5,3	4,6	0,132	0,546
nem gyógyítható (nem múlik el).	10,0	27,6	8,321	0,004
nem kezelhető (nem lesz jobban).	2,5	9,2	3,319	0,068
pszichoterápiával kezelhető (jobban lesz tőle, de nem múlik el).	47,5	66,7	6,265	0,012
pszichoterápiával gyógyítható (elmúlik hatására).	51,3	42,5	1,274	0,259
gyógyszerekkel kezelhető.	56,3	67,8	2,373	0,123
gyógyszerekkel gyógyítható.	23,8	14,9	2,087	0,149
az idők folyamán egyre súlyosabb lesz, ha nem kezelik.	63,8	74,7	2,361	0,124
az idők folyamán egyre súlyosabb lesz, ha kezelik is.	2,5	9,2	3,319	0,068
az idők folyamán egyre jobban lesz, kezelés nélkül is.	8,8	6,9	0,199	0,655
az idők folyamán egyre jobban lesz, ha kezelik.	72,5	63,2	1,641	0,200
kezelés nélkül vissza-visszatér.	57,7	64,4	0,827	0,363
kezelés mellett is vissza- visszatérhet.	46,3	71,3	10,803	0,001
gyógyszeres orvosi kezelésre szorul.	27,5	52,9	11,116	0,001
egy darabig lelki támogatásra szorul.	72,5	67,8	0,436	0,509
tartós lelki támogatásra szorul.	61,3	72,4	2,352	0,125
egy darabig társas támogatásra szorul.	56,3	49,4	0,779	0,378
tartósan társas támogatásra szorul.	55,0	62,1	0,859	0,354

11. táblázat A bemutatott pszichiátriai betegség kezelhetősége és prognózisa a választások gyakoriságával (A szürke szín a két teszt helyzetben szignifikáns különbségeket emeli ki, a halványabb szín a tendenciát.)

A leírt pszichiátriai betegség kezelhetőségét és prognózisát tekintve (11. táblázat) általában elmondható, hogy összességében a vizsgálati személyek kezelhetőnek gondolják azt, és bíznak a kezelések eredményességében. A lelki támogatást, a kezelés valamilyen formáját többségük szükségszerűnek is tartja. A szkizofrénia címke esetén a „Nem gyógyítható (nem múlik el).” tételt szignifikánsan többen választják igaznak. Nagyobb arányban gondolják, hogy „gyógyszeres kezelésre szorul”, hogy „Kezelés mellett is vissza-visszatérhet.”. Érdekes módon, míg a pszichoterápiával való gyógyíthatóság tekintetében nincs számottevő különbség a két tesztcsoport

választási gyakorisága között, addig a „Pszichoterápiával kezelhető (jobban lesz, de nem múlik el).” állítást többen választják igaznak a szkizofrénia diagnózis mellett, valószínűleg a zárójeles magyarázat jelentésmódosító hatása miatt. Eredményeink alapján kijelenthetjük, hogy a szkizofrénia címke a kezelés és prognózis tekintetében inkább a gyógyszeres kezelésre szoruló, pszichoterápiával is kezelhető, ezek mellett javuló, de meg nem szűnő, krónikus betegség képét hívja elő a vizsgálati személyekből.

Az I./6. hipotézis felállítására és vizsgálatára azért került sor, mivel a pszichiátriai betegség veszélyességének megítélése kiemelten fontos lehet a stigmatizáció szempontjából (Feldman és Crandall, 2007). A 12. táblázat az erre vonatkozó állítások választási gyakoriságát foglalja össze. Összességében igaz, hogy a leírt betegséget mind ön-, mind másokra veszélyesnek többen gondolják, ha a betegség kezeletlen. Kezeletlen betegség esetén a szkizofrénia diagnózisa mellett jelentősen többen gondolják önmagára veszélyesnek a leírt személyt, és még inkább másokra veszélyesnek.

Betegsége szerintem...	egyétért diagnózis nélkül %	egyétért szkizofrénia diagnózissal %	$\chi^2(1)$	szignifikancia (p)
másokra veszélyes lehet, ha nem kezelik.	21,3	60,9	26,938	0,000
másokra veszélyes lehet, ha kezelik is.	10,0	17,2	1,840	0,175
önmagára veszélyes lehet, ha nem kezelik.	56,3	74,7	6,319	0,012
önmagára veszélyes lehet, ha kezelik is.	23,8	27,6	0,321	0,571

12. táblázat A bemutatott pszichiátriai betegség veszélyessége a választások gyakorisága szerint összesítve (A szürke szín a két teszthelyzetben szignifikáns különbségeket emeli ki.)

A beteg személy másokra való veszélyességének megítélését tovább vizsgálva a válaszadókat három csoportra osztottuk. Eszerint 92 fő nem tartja veszélyesnek a leírt személyt, akár kezelik az illetőt, akár nem, 18-an mindenképpen veszélyesnek tartják, 57-en pedig a köztes csoportba sorolódna (csak az egyik állítást választották igaznak: közülük 5-en nem következetes módon, ld. 13. táblázat)

		Másokra veszélyes lehet, ha kezelik is.		
		nem igaz	igaz	összesen
Másokra veszélyes lehet, ha nem kezelik.	nem igaz	92 94.8%	5 5.2%	97 100%
	igaz	52 74.3%	18 25.7%	70 100%
	összesen	144 86.2%	23 13.8%	167 100%

13. táblázat A veszélyesség megítélésére vonatkozó állítások választási gyakorisága

A veszélyesség megítélése szempontjából így három fokozati csoportra oszthatók a vizsgálati személyek: a továbbiakban 0-val jelöltük, akik szerint nem veszélyes semmiképp, 1-gyel a köztes és 2-vel azt a csoportot, akik szerint mindenképp veszélyes a leírt beteg személy.

		tulajdonság klaszter		összesen
		kevésbé pozitív	toleráns, pozitív	
Másokra való veszélyesség megítélése	0	51 56.7%	39 43.3%	90 100%
	1	39 69.6%	17 30,4%	56 100%
	2	17 94.4%	1 5.6%	18 100%
összesen		107 65.2%	57 34.8%	167 100%

14. táblázat A veszélyesség és a tulajdonság megítélés kapcsolata

A veszélyesség megítélése összefüggést mutat a korábban leírt tulajdonított személyiségjellemzők pozitívabb vagy kevésbé pozitív klasztereivel, azaz a másokra való veszélyesség megítélése valóban a várt irányba hat, gyakrabban jár együtt kevésbé pozitív személyes tulajdonságok attribúcióival $\chi^2(2)=10.17$ $p=0.006$.

A loglineáris elemzés eredménye szerint a másokra való veszélyesség kapcsolatban van és magyarázza a megítélés klasztereinek és a független változónak (pszichiátriai betegség leírása szkizofrénia diagnózisával vagy anélkül) a kapcsolatát (15. és 16. táblázat). Azaz a veszélyesség megítélése lehet felelős a szkizofrénia, a szkizofrén beteg kevésbé pozitív megítéléséért – vagyis a stigmatizációért. Szkizofrénia esetén valószínűbb, hogy a veszélyesség megítélése legalább 1-es lesz. Továbbá az óvatos és a toleránsabb klaszter arány is együtt növekszik a veszélyesség megítélésének fokával, de különösen magassá válik a 2-es fokozat esetén. (A modell illeszkedés-vizsgálata szerint: $\chi^2(3)=2.92$ $p=0.4$) Azaz a „szkizofrénia” címke valószínűbben előhívja a

veszélyesség súlyosabb megítélését és ezzel összefüggésben a kevésbé pozitív személyiség-megítélést.

		Másokra való veszélyesség megítélése		
		0	1	2
Független változó (csoport)	szkizofrénia címkével	-0.5	0.28	0.25
	szkizofrénia címke nélkül	0.5	-0.28	-0.25

		Másokra való veszélyesség megítélése		
		0	1	2
tulajdonság klaszter	óvatosabb, kevésbé pozitív	-0.52	-0.24	0.76
	toleránsabb, pozitívabb	0.52	0.24	-0.76

15. és 16. táblázat A másokra való veszélyesség, a személyiségjellemzők megítélésének klaszterei, és a „szkizofrénia diagnózis” összefüggésének loglineáris elemzése

A pszichiátriai betegségek megítélését illetően lényeges kérdés, hogy a stigmatizáció vajon visszatartja-e az embereket a segítségkéréstől vagy sem (I./7. hipotézis). Eredményeink szerint a kétféle teszthelyzetben a laikus vizsgálati személyek arra a kérdésre, hogy „Ha Anna helyébe képzelem magat, mit gondolsz, Ön keresne segítséget?” Inkább válaszolnak „igen”-nel, vagy „talán”-nal ha a szkizofrénia diagnózis is szerepelt, mint független változó: $\chi^2(2)=6.54$ $p=0.038$. Ez az eredmény úgy értelmezhető, hogy a diagnózis tulajdonképpen segít megérteni, hogy segítségre van szükség, nem pedig a segítségkérés ellen hat. Ugyanakkor Anna helyébe képzelve magukat, a segítségkérési szándék általában inkább jellemző, ha nem, vagy kevésbé tartják veszélyesnek a leírt személyt, mint beteget: $\chi^2(2)=7.8$ $p=0.02$. (Igaz, nagyon kevesen voltak a mintában, akik nem keresnének segítséget, és azok is, akik kifejezettebben veszélyesnek tartják a leírt személyt ld. 17. táblázat)

		Másokra való veszélyesség megítélése			összesen
		0	1	2	
Keresne-e segítséget?	igen, talán	74 51%	54 37,2%	17 11,7%	145 100%
	nem	16 84,2%	3 15,8%	0 0%	19 100%
összesen		90 54,9%	57 34,8%	17 10,4%	164 100%

17. táblázat A veszélyesség megítélése és a segítségkérési szándék

A toleránsabb és a kevésbé pozitív megítélés, valamint az elképzelt segítségkérési hajlandóság megítélése között nem találtunk szignifikáns összefüggést. Valószínű, hogy a leírt betegség vélt súlyossága erősebben hat a segítségkérési hajlandóságra, mint egyéb, a stigmatizációban szerepet játszó, itt vizsgált változók.

Hipotéziseink között nem szerepelt, de kíváncsisak voltunk arra is, mennyien tartják önálló életvezetésre alkalmas személynek a pszichiátriai betegséggel élő személyt: hiszen ez a viszonyulás központi tényező lehet az alapvető emberi jogok gyakorlásában a betegséggel élők számára, és a humánus viszonyulás jele lehet a közvéleményben. A bemutatott személy önállóságára vonatkozóan abban találtunk különbséget a két teszt-csoport között, hogy egyértelműen többen vélekednek úgy, a betegség nem akadályozza az önálló életvitelt, ha a szkizofrénia diagnózisa nincs megadva (18. táblázat)! Összességében a két kísérleti csoportban a válaszadók 77%-a gondolta úgy, hogy kezelés mellett, vagy attól függetlenül a leírt betegség nem akadályozza az önálló életvitelt.

Betegsége szerintem...	<i>egyetért diagnózis nélkül %</i>	<i>egyetért szkizofrénia diagnózissal %</i>	$\chi^2(1)$	<i>szignifikancia (p)</i>
nem akadályozza önálló életvitelét.	38,8	24,1	4,150	0,042
kezelés mellett nem akadályozza önálló életvitelét.	51,3	58,6	0,915	0,339
önálló életvitelét akadályozza.	20,0	25,3	0,663	0,416

18. táblázat A bemutatott pszichiátriai beteg önállóságára vonatkozó állítások választási gyakorisága összesítve

5.4.2. Szkizofréniával élők komplex vizsgálatának eredményei

A Corrigan-féle négylépcsős modellnek, és az eredeti elképzelésnek megfelelően, a SSMIS-SF magyar változata mintánk eredményei szerint is négy, statisztikai értelemben megbízható skálából áll (19. táblázat), ezek mindegyike 5-5 rokon állítást tartalmaz. A korábban ismertetett modellnek megfelelően tehát az első, *Tudatosság* skála azt méri, hogy milyen mértékben tudatosulnak a vizsgálati személyben a társadalomban jelenlévő megbélyegző sztereotípiák a mentális betegséggel élőkre vonatkozóan. A második, *Egyetértés* skála méri, hogy maga a vizsgálati személy mennyiben ért egyet ezekkel az általános negatív sztereotípiákkal. A harmadik, *Alkalmazás* skála méri, hogy mennyiben vonatkoztatja mindezeket magára, tehát milyen mértékben ért egyet azzal, hogy pl. ő maga is veszélyes a mentális betegsége miatt, míg a negyedik, *Önkép ártalom* skálája annak a mérésére készült, hogy vajon ezek a hiedelmek mennyiben hatnak a válaszadó önbecsülésére. Például azt kell pontoznia, mennyiben ért egyet azzal az állítással, hogy „Jelenleg kevesebbre tartom magam, mert nem fogok meggyógyulni vagy nem leszek jobban.” A négy skála ugyanazon sztereotípiákat tartalmazza átfogalmazva, párhuzamba állíthatóan egymással. Míg az első skála esetében azt kell tehát megítélni, hogy általában mennyire igaz, hogy az emberek a felsorolt megbélyegző sztereotípiák mentén szemlélik a mentális betegeket, a második esetében azt, hogy a vizsgálati személy mennyire ért ezekkel egyet, és így tovább. (A kérdőívet ld. a 3. számú Mellékletben).

SSMIS-SF skála	Cronbach α értéke	átlag	szórás
Tudatosság	0,71	30,73	9,09
Egyetértés	0,64	19,80	8,80
Alkalmazás	0,59	13,46	7,55
Önkép ártalom	0,72	12,69	8,46

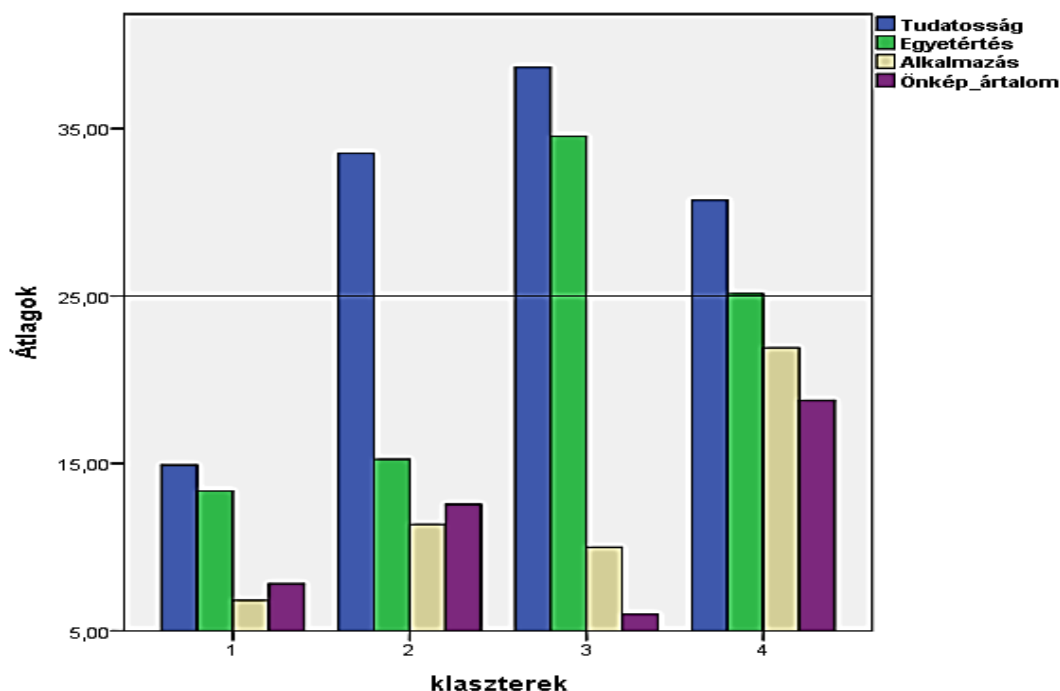
19. táblázat A SSMIS-SF skáláinak belső konzisztenciája, átlaga és szórása a mintán belül

Az elméleti elképzelés helytállóságát bizonyította a skálák kereszt-korrelációs vizsgálata is (20. táblázat). Az egymással szomszédos skálák (pl. *Tudatosság* és *Egyetértés*) erőbben, míg a modell szerint egymástól távolabb eső skálák nem (pl. *Tudatosság* és *Önkép ártalom*), vagy gyengébben korrelálnak (pl. *Tudatosság* és *Alkalmazás*).

SSMIS-SF skála		Tudatosság	Egyetértés	Alkalmazás	Önkép ártalom
Tudatosság	Pearson korreláció	1	0,449	0,249	0,130
	Szig. (p)		0,000	0,024	0,246
Egyetértés	Pearson korreláció		1	0,318	0,060
	Szig. (p)			0,004	0,595
Alkalmazás	Pearson korreláció			1	0,693
	Szig. (p)				0,000

20. táblázat A SSMIS-SF skálák kereszt-korrelációi a vizsgálati mintában

A II. / 1. hipotézis tesztelése során abból indultunk ki, ha tisztán elkülöníthetők az egyes fokozatok, ötféle válaszkombinációt kellene találnunk a szkizofréniával élők körében. Az első, legjobb esetben mind a négy skálán (Tudatosság, Egyetértés, Alkalmazás, Önkép ártalom) kis pontszámot ér el, azaz nincs semmilyen stigma-élménye a válaszadónak. A következőkben egymás után, sorban egymáshoz felzárkózva nőnének meg a pontszámok, azaz lesznek, akiknél csak az első, *Tudatosság* pontszám lesz magasabb, majd akiknél a *Tudatosság* és az *Egyetértés*, harmadik lépcsőfokon a *Tudatosság*, *Egyetértés*, *Alkalmazás* együttesen, míg a legkedvezőtlenebb esetben *mind a négy* skála pontszáma magas lesz. Az önstigma négy lépcsős kialakulási modelljét hierarchikus klaszter-analízis segítségével (euclideszi távolság, „within-groups” összevonás) próbáltuk igazolni, szemléltetni. A dendogram alapján négy, jól elkülönülő klasztert találtunk, melyek az önstigma négyfokú, ordinális skálájaként is értelmezhetők. Azaz a várt öt fokozat mintánkban nem jelenik meg tisztán, a válaszadók pontszámai csak részben az elvártnak megfelelő módon rendeződnek csoportba (3. ábra és 21. táblázat).



3.ábra A SSMIS-SF skála pontszámok átlagai a klaszteranalízis eredménye szerint

A klaszteranalízis 1-es csoportját alkotják, akiknek nincs vagy minimális stigma-élménye van, a 2-es és 3-as csoport az elvártnak megfelelően képviseli a következő két lépcsőfokot: a 2-es csoport tudatában van a kedvezőtlen társadalmi sztereotípiáknak, de nem ért vele egyet, míg a 3-as csoport már igen, de magára nem gondolja igaznak ezeket. Ez a két csoport a stigmát észleli, de azzal szemben önképe ellenállónak tűnik. Érdekes további kérdés lehetne, hogy mennyire tartós védelem ez, milyen gondolkodási mintázatokkal, milyen személyiségjellemzőkkel lehet összefüggésben? A modell szerinti következő fokozat nem jelenik meg külön lépcsőfokként a mintában: akik magukra nézve inkább elfogadják a stigmatizáló látásmódot (Alkalmazás skála), azoknak az önképét is ezzel párhuzamosan károsítja ez az attitűd (ld. 4-es klaszter az 3. ábrán).

			SSMIS-SF skála			
Önstigma klaszter-csoport	Fő	Minta %	Tudatosság átlag szórás	Egyetértés átlag szórás	Alkalmazás átlag szórás	Önkép árt. átlag szórás
1 - stigma mentesek	11	13,6	14,91 4,74	13,36 7,65	6,82 1,83	7,82 3,54
2 - észlelők	39	48,1	33,54 5,96	15,26 4,63	11,36 6,28	12,56 9,19
3 - egyetértők	9	11,1	38,67 4,66	34,56 5,48	10,00 4,58	6,00 1,73
4 - internalizálók	22	27,2	30,76 8,02	25,14 5,49	21,91 5,03	18,77 7,46
éta-négyzet			0,539	0,629	0,511	0,246

21. táblázat Az önstigma klaszter-csoportok létszáma a mintában, és legfontosabb skála-értékeik

A klaszterek skála-értékeinek különbsége az egyszempontos varianciaanalízis eredménye szerint nem csak szignifikáns mindegyik skála esetében ($p < 0,001$), de a kis klaszter-nagyság ellenére is jelentős, amit az éta-négyzet mutatók fejeznek ki (ld. 21. táblázat utolsó sorában feltüntetve).

A progresszív modellre alapozva feltételeztük, hogy az önstigma által inkább sújtott személyek régebb óta pszichiátriai betegek, a *pszichiátriai betegség címkéjével leélt hosszabb idő* összefüggésben lehet a mélyebben tudatosuló, belsővé vált önstigmával. Noha a négy klaszter és a pszichiátriai betegség fennállásának ideje között nem találtunk ilyen egyértelmű összefüggést, a két változót kevésbé árnyaltan mérve már igen. Amikor a vizsgálati személyeket két olyan csoportra osztottuk fel, akik 20 évnél kevesebb vagy több ideje betegek, és a stigma-klaszttereket is két csoporttá vontuk össze (az egyáltalán nem, vagy enyhén érintett 1-es és 2-es csoport, valamint az önstigmára inkább veszélyeztetett 3-as és 4-es csoport összevonásával), akkor a Khi-négyzet próba eredménye szerint mégis igazolható az ilyen irányú összefüggés. Azon vizsgálati személyek között, akik több mint 20 éve betegek, többen vannak, akik súlyosabb önstigmáról számolnak be (67,7 %, míg a kevesebb ideje betegek a súlyosabb önstigmával jellemzett csoport 32,3% -át alkotják csak: $\chi^2(1)=5,892$ $p=0,015$).

Szkizofréniával élő emberek vizsgálata esetén számolni kell azzal is, hogy a stigma-észlelés és az önstigmatizáló látásmód a *paranoiditással* is összefüggésben állhat. A vizsgálati személyek mind valamilyen szkizofrénia diagnózissal élnek (kezelőorvos ajánlása alapján kerültek a vizsgálatba), de saját maguk adták meg közelebbi ismert diagnózisukat. Önbeszámolóinknak megfelelően vizsgálati személyeink diagnózisai szerint három csoportra voltak oszthatók: paranoid szkizofréniával 30 fő, szkizo-affektív zavarral él 10 fő, és 41 fő egyéb szkizoféniával (pl. szimplex, reziduális) él vagy nem tudta megmondani a szkizofrénia pontos formáját, mellyel kezelik. Emellett a csoportosítás mellett nem volt statisztikailag kimutatható összefüggés a szkizofrénia fajtája (így a bevallottan paranoid változat) és az önstigma mértéke között semmilyen módon – jóllehet, direkt módon nem kérdeztünk rá paranoid tünetekre. (A Khi-négyzet próba eredménye nem volt szignifikáns $\chi^2(6)=10,471$ $p=0,106$.)

A II./2. hipotézis tesztelésekor a vizsgálatunkban mutatkozó négy önstigma klasztercsoporttal és a WHO Általános Jólét Index pontszámokkal dolgoztunk, összefüggésüket Kruskal-Wallis próba segítségével vizsgáltuk. A WHO Általános Jólét Indexén megadott érték és az önstigma mértéke olyan módon függnek össze, hogy a negyedik csoportba tartozó vizsgálati személyek, akik önmagukra alkalmazzák és internalizálják is valamilyen mértékben a mentális betegre vonatkozó stigmát, számottevően alacsonyabb pontszámot érnek el a Jólét Indexen is, azaz mérhetően rosszabbul is érzik magukat emellett (22. táblázat). A mintában a WHO Általános Jólét Indexén a maximális 25 pontból átlagosan 11,82 pontot értek el vizsgálati személyeink, 5,64-es szórás mellett.

Önstigma klaszter-csoport	Fő	WHO Jólét Index átlag értékek	WHO Jólét Index rang átlagok (Kruskal-Wallis teszt)	Szignifikancia (p) (Kruskal-Wallis teszt)	Próbastatisztika értéke
1 - stigma mentesek	11	12,64	42,73	0,030	$\chi^2(3)=8,970$
2 - észlelők	39	13,15	46,51		
3 - egyetértők	9	13,00	45,89		
4 - internalizálók	22	9,00	28,36		
Összesen	81	11,82			

22. táblázat **Az általános jólét és az önstigma kapcsolata a mintában**

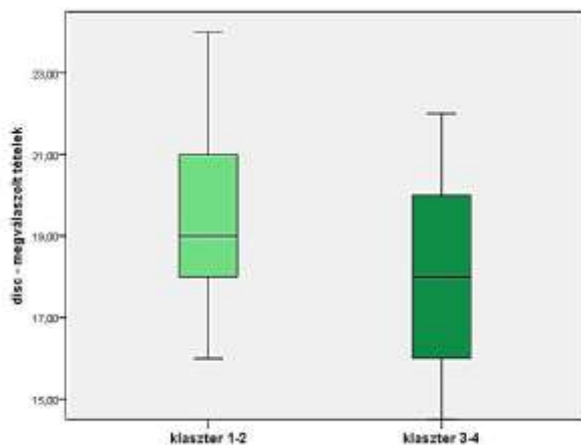
A II./3. hipotézis teszteléséhez a SSMIS-SF és a DISC-12-vel nyert adatokat vetettük össze. A DISC-12 tételeihez tartozó leíró adatok az 5. Mellékletben találhatóak. Mivel a kérődív (ld. 4. számú Melléklet) lehetőséget ad arra is, hogy amennyiben egy kérdés nem releváns a válaszadó számára, azt jelezze, ezért tételenként eltérő, hogy az egész tesztanyagot végigvevő 80 vizsgálati személy közül hányan-hányan válaszoltak egy-egy kérdésre. Éppen ezért a skálapontszámok puszta összegével nem lehetett összehasonlításokat végezni. A DISC-12 tételeit először egyenként vizsgáltuk meg, mutatnak-e korrelációs összefüggést a SSMIS-SF négy skálájának összpontszámaival. Ilyen összehasonlításban nagyon kevés szignifikáns összefüggést találtunk és a korrelációs együtthatók még a szignifikáns esetekben is viszonylag alacsonyak (Ld. Melléklet/6.). A DISC-12 2. kérdésére adott válasz (*Előfordult-e, hogy a szomszédai méltánytalanul bántak Önnel?*) pontszáma enyhe pozitív korrelációt mutat a SSMIS-SF *Alkalmazás* és *Önkép ártalom* skáláinak pontszámaival is. Hasonlóan a 6. és a 13., 18. kérdések (*Észlelt-e méltánytalan bánásmódot a házasságkötés vagy a válás során?* és *Észlelt-e méltánytalan*

bánásmódot a társas életében?, valamint *Észlelt-e méltánytalan bánásmódot, mely sértette a személyes biztonságát?*) enyhe pozitív korrelációt mutatnak az önstigma *Egyetértés* skála pontszámaival. Ezen kívül a 22. tételre adott válasz (mely arra vonatkozik, előfordult-e, hogy a megkülönböztetéstől félve feladta a munkakeresést) és a vallási életben tapasztalt pozitív megkülönböztetés is (31. tétel) enyhe pozitív korrelációt mutat az *Önkép ártalom* skála pontszámaival. Míg az előbbi eredmények azt erősítik meg, hogy a tágabb társadalmi környezetben (családon kívül) tapasztalt megkülönböztetés, és a – bármilyen – bántalmazás növelheti az önstigmatizáció kialakulásának kockázatát, és a – bármilyen – bántalmazás növelheti az önstigmatizáció kialakulásának kockázatát, és a munkakeresés feladásával is együtt járhat, az utóbbi inkább arra utalhat, hogy a súlyosabb stigma miatti önkép ártalommal élők egy része a vallásos életében szerez pozitív tapasztalatokat, remélhetően vigaszt is.

Ezt követően a SSMIS-SF adatainak alapján létrehozott négy klasztercsoport és a DISC-12 tételeinek többféle módon csoportosított pontszámait is összevetettük. Eszerint a SSMIS-SF magyar változatával mért, súlyosabbnak tekinthető internalizált stigma nem mutat összefüggést a tapasztalt diszkrimináció (DISC-12) specifikus területeivel és a megkülönböztetés mértékének kvantitatív adataival, akármilyen csoportosításban vizsgáltuk ezeket az eredményeket. Az önstigma mértéke nem a negatív diszkriminációs tapasztalatok mértékét jellemző pontszámokkal korrelál pozitívan, hanem azzal, hogy az életnek hány területén nincs egyáltalán (akár semleges) tapasztalata a válaszadónak, azaz hány kérdés esetében válaszolta, hogy az nem releváns számára, nem volt az életnek azon a területén olyan tapasztalata, ahol egyáltalán érthette volna megkülönböztetés.

Önstigma klaszter-csoport	medián	átlag	rang átlag
stigma mentesek, észlelők (1-2)	19	19,4	45,5
egyetértők, internalizálók (3-4)	18	17,5	32,2

23. táblázat és 4. ábra A DISC-12 relevánsként megválaszolt tételei és az önstigma súlyosságának összefüggése



A fent ismertetett négy önstigma klaszter részleges összevonásával két csoportot képezve a Mann-Whitney teszt eredménye szerint ($Z=-2,5$ $p=0,013$) minél súlyosabb önstigmával jellemezhető egy személy a SSMIS-SF skálákon, annál többször válaszolt úgy a kérdésekre, miszerint az nem releváns számára, nem tud nyilatkozni, mivel nincs róla tapasztalata. Például

arra a kérdésre, „Észlelt-e méltánytalan bánásmódot a munkahelyén, mely nehezítette a munka megtartását?”, a válaszadó, akinek az elmúlt egy évben semmilyen munkahelye nem volt, azt válaszolja, hogy az „nem megfelelő kérdés” számára stb. (23. táblázat és 4. ábra)

Ezekből az eredményekből arra következtethetünk, hogy a SSMIS-SF és a DISC-12 eltérő konstrukciókat mérnek, melyek azonban nem teljesen függetlenek egymástól. Másrészt, ha a DISC-12 eredményeit, csak mint pontszámokat, önmagában vennénk figyelembe, úgy hamisan arra következtethetnénk, hogy társadalmunk nem, vagy alig diszkriminál. Ugyanakkor sajnos az látszik igazolódni, hogy a súlyosabb önstigmával élők társas élettere, lehetőségeik beszűkültebbek, ez magyarázhatja, hogy nem találkoznak több diszkriminációval. Mindezek alapján elmondhatjuk, hogy a szubjektív stigma-élmény mérésére a SSMIS-SF az alkalmas mérőeszköz, míg a DISC-12-vel való mérésnek akkor volna értelme, ha a pszichiátriai betegséggel, szkizofréniával élők legalább „láthatóak” lennének a társadalomban, vagy ha nagyobb, szélesebb társadalmi rétegeket megmozgató antistigma kampány után már aktív tapasztalatokat szerezhetnének ezek az emberek az élet olyan területein, mint a munkakeresés, lakás-szerzés, közösségi kulturális élet stb.

Az „Annáról” szóló vinyetta teljes változatát, mely szerint „a szkizofrénia egyik formáját diagnosztizálták nála”, ez a vizsgálati csoport is megkapta. Ezt követte „Anna” személyes tulajdonságainak, gyermekvállalásának megítéltetése és a betegsége okairól, kezelésének módjáról, a betegség kimeneteléről, prognózisáról való véleménynyilvánítás. A II./4. hipotézis teszteléséhez ezekkel az adatokkal is dolgoztunk.

A Kruskal-Wallis teszt eredménye szerint az önstigma szintje (a korábbi négy klaszter) nem mutat összefüggést azzal, hogy mennyire pozitívan ítélik meg a leírásban szereplő (szintén szkizofréniával élő) személy tulajdonságait, és azzal sem, hogy mennyire viszonyulnak pozitívan gyermekvállalásához. Eszerint az önstigma szempontjából nem informatív, nem mérvadó, hogy a beteg személy hogyan vélekedik másról, mint személyről, aki az övéhez hasonló betegséggel él.

Ha a megszemélyesített másíkról való gondolkodás nincs is összefüggésben a pszichiátriai betegség miatti önstigmával, a betegségéről vallott nézetek kapcsolatban lehetnek a vizsgálati személy saját betegségéről való gondolkodásával, önstigmájával. Corrigan modellje ebből indul ki: eszerint már a betegség kirobbanása előtt tisztában vannak az emberek a pszichiátriai betegségre vonatkozó sztereotípiákkal, stigmatizáló attitűdökkel, ezt fogadják el később, és vonatkoztatják magukra, amikor betegségük és az ezzel járó önstigma is kialakul(hat). Kapcsolatot feltételezhetünk a betegség okaira, kezelésére, prognózisára vonatkozó állítások és az önstigma szintje között, amennyiben vizsgáldásunk kiindulópontjaként elfogadjuk azt a feltevést: ahogyan a másik betegségről gondolkodik a szkizofréniával élő vizsgálati személy, ahhoz hasonlóan gondolkodik a saját betegségéről is, és mindez összefügghet az önstigma mértékével.

A fentiekre alapozva a II./4.-es hipotézis tesztelésére az önstigma klasztereket a betegségre vonatkozó állítások választásaival vetettük össze. A számos Khi-négyzet próba eredményei alapján, csak néhány esetben találtunk ilyen kapcsolatot. Akik súlyosabb önstigma szintet mutatnak, inkább elfogadják igaznak az állítást, miszerint a leírásban szereplő személy „személyisége speciális jellemzői okozhatják” betegségét ($\chi^2(3)=12,596$ $p=0,006$). A kezelés lehetőségeit illetően inkább vélik úgy, hogy a „betegsége nem gyógyítható (nem múlik el)” ($\chi^2(3)=6,853$ $p=0,016$), inkább válaszolnak nemmel arra, hogy „gyógyszerekkel gyógyítható” ($\chi^2(3)=4,377$ $p=0,046$), azok a vizsgálati személyek, akiknél az önstigma erősebb. Emellett ők azok, akik inkább úgy gondolják, hogy „betegsége az idők folyamán egyre súlyosabb lesz, ha nem kezelik” ($\chi^2(3)=3,514$ $p=0,061$), és hogy „másokra veszélyes lehet, ha nem kezelik” ($\chi^2(3)=3,997$ $p=0,060$). Az önstigma szempontjából súlyosabb klaszterbe tartozó betegek mondják hangsúlyosan

többen azt is, hogy a leírásban szereplő szkizofrén személy „tartós lelki támogatásra szorul” ($\chi^2(3)=6,192$ $p=0,013$).

5.4.3. A laikus minta és a szkizofréniával élő vizsgálati személyek attribúcióinak és vélekedéseinek összehasonlítása

A továbbiakban a teljes kísérleti történetet (szkizofrén diagnózissal) olvasó két vizsgálati csoportot: a pszichiátriai szempontból magát egészségesnek valló laikus (87 fő) és maga is a szkizofréniával élő pszichiátriai beteg (83 fő) válaszainak különbségeit elemezzük. Ez a két csoport találkozott ugyanazzal a történettel, mint vizsgálati ingerrel, a válaszok statisztikai különbségei azt jelezhetik, miben különböznek az egészségesek és a betegséget saját történetükből is ismerő, tapasztaló vizsgálati személyek attribúciói, vélekedései egy szkizofrén személyről és a szkizofréniáról, mint az ő betegségéről.

A Mann-Whitney próba eredményei szerint (24. táblázat) a beteg csoport egyértelműen kedvezőbben értékeli a leírásban szereplő személyt a tulajdonság skálán. Emellett tendenciaszerűen gyermekvállalását is jobban támogatják (III./1. Hipotézis).

Skála	Csoport	Elemszám (fő)	Rang átlag	Szignifikancia (p)
tulajdonságok	nem beteg	87	59,94	0,000
	beteg	83	112,29	
gyermekvállalás	nem beteg	87	78,46	0,056
	beteg	83	92,88	

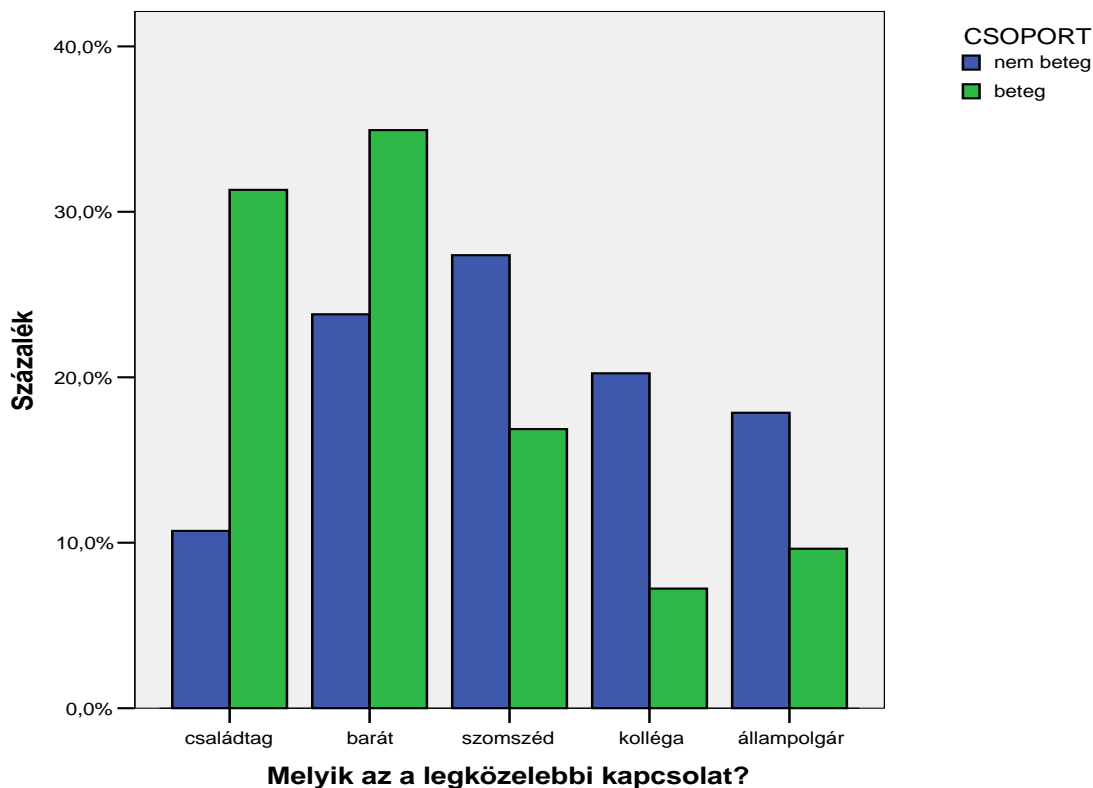
24. táblázat A személyes tulajdonságok és a gyermekvállalás helyeslése a két vizsgálati csoportban

Azt is megvizsgáltuk, befolyásolhatja-e a gyermekvállalás támogatását az, hogy van-e a vizsgálati személynek gyermeke, de nem kaptunk szignifikáns eredményt. Eszerint valószínűen nem a saját gyermek megléte vagy hiánya befolyásolja a vizsgálati személyek véleményét, amikor arról vallanak, szerintük vállaljon-e, s hogyan, a történet szereplője gyermeket. Korábbi eredményeink alapján úgy gondoljuk, a szkizofréniával diagnosztizált személyek súlyossága és a betegséggel járó nehézségek nagyobb szerepet játszanak az erről való véleményalkotásban, ám a rejtett stigmatizáló attitűdök, „biológiai félelmek” is megnyilvánulhatnak ilyen módon (Sztancsik és mtsai 2013a, 2013b).

A szociális távolság, a történetben szereplő Anna nevű szkizofrén beteggel elfogadható legközelebbi kapcsolat szintén jelentősen különbözik a két csoportban (Mann-Whitney próba,

$p < 0,001$). A betegek sokkal gyakrabban választják azt a két fokozatot, mely szerint családtagnak, személyes barátnak is elfogadnák a történet szkizofrén szereplőjét (5. ábra, III./2. Hipotézis).

5. ábra Szkizofrén beteghez való viszony – a társas távolság beállítása a két vizsgálati csoportban



A 25. táblázat a betegség kialakulásában szerepet játszó tényezők választási gyakoriságait és a két csoport közötti különbségek mérésére alkalmazott Khi-négyzet próba eredményeit szemlélteti. Az állítások a kérdőívben alkalmazott sorrendben szerepelnek a táblázatban. Sötétebb mezőkkel a két csoport közötti szignifikánsan gyakoribb választásokat emeltük ki (a halványabb szürke színnel a tendenciát).

Anna pszichiátriai problémáját valószínűleg...	<i>egyetért nem beteg %</i>	<i>egyetért beteg %</i>	$\chi^2(1)$	<i>szignifikancia (p)</i>
neveltetése okozhatja.	26,4	56,6	15,983	0,000
munkahelyi problémái okozhatják.	48,3	68,7	7,267	0,007
veleszületett rendellenességként örökölte.	42,5	57,8	3,979	0,046
genetikai örökségének köszönheti.	55,2	63,9	1,328	0,249
idegfejlődési zavar okozhatja.	59,8	59,0	0,009	0,922
partnerkapcsolati nehézségek okozhatják.	49,4	63,9	3,598	0,058
a családi kommunikáció zavara okozhatja.	60,9	74,7	3,685	0,055
magának köszönheti.	6,9	20,5	6,701	0,010
anyjával való kapcsolata okozhatja valamiképpen.	37,9	50,6	2,766	0,096
apjával való kapcsolata okozhatja valamiképpen.	35,6	47,0	2,261	0,133
testvérével való kapcsolata okozhatja valamiképpen.	19,5	36,1	5,854	0,016
nem megfelelő életmód tényezők (táplálkozás, mozgás stb.) okozhatják.	20,7	48,2	14,294	0,000
társadalmi tényezők okozhatják.	60,9	62,7	0,054	0,816
anyagi nehézségek okozhatják.	26,4	56,6	15,983	0,000
személyisége speciális jellemzői okozhatják.	73,6	63,9	1,866	0,172
a véletlennek/sorsnak köszönheti.	24,1	56,6	18,681	0,000
Isten rendelte így.	11,5	37,3	15,516	0,000
baráti kapcsolatainak nehézségei okozhatják.	32,2	55,4	9,331	0,002
gyenge idegrendszere okozza.	66,7	79,5	3,554	0,059
immunrendszerének zavara okozza.	19,5	41,0	9,284	0,002
valamilyen korábbi trauma (pl. bántalmazás) okozza.	58,6	80,7	9,773	0,002

25. táblázat A szkizofrénia okai, kiváltó tényezői a két csoport választási gyakorisági adataival

A betegség kezelésére, lefolyására, és prognózisára vonatkozó állítások, a beteg és a nem beteg csoport választásainak gyakoriságával és a Khi-négyzet próba eredményeivel az 26. táblázatban szerepelnek. A sötétebb mezők itt is a két csoport közötti szignifikánsan gyakoribb választásokat emelik ki (a halványabb szürke szín a tendenciát).

Betegsége szerintem...	egyetért nem beteg %	egyetért beteg %	$\chi^2(1)$	szignifikancia (p)
magától elmúlik.	4,6	12,0	3,120	0,077
nem gyógyítható (nem múlik el).	27,6	53,0	11,442	0,001
nem kezelhető (nem lesz jobban).	9,2	2,4	3,533	0,060
pszichoterápiával kezelhető (jobban lesz tőle, de nem múlik el).	66,7	88,0	10,886	0,001
pszichoterápiával gyógyítható (elmúlik hatására).	42,5	38,6	0,278	0,598
gyógyszerekkel kezelhető.	67,8	92,8	16,533	0,000
gyógyszerekkel gyógyítható.	14,9	41,0	14,378	0,000
az idők folyamán egyre súlyosabb lesz, ha nem kezelik.	74,7	85,5	3,113	0,078
az idők folyamán egyre súlyosabb lesz, ha kezelik is.	9,2	19,3	3,561	0,059
az idők folyamán egyre jobban lesz, kezelés nélkül is.	6,9	20,5	6,701	0,010
az idők folyamán egyre jobban lesz, ha kezelik.	63,2	83,1	8,535	0,003
kezelés nélkül vissza-visszatér.	64,4	85,5	10,078	0,002
kezelés mellett is vissza- visszatérhet.	71,3	73,5	0,106	0,745
gyógyszeres orvosi kezelésre szorul.	52,9	85,5	21,127	0,000
másokra veszélyes lehet, ha nem kezelik.	60,9	59,0	0,063	0,802
másokra veszélyes lehet, ha kezelik is.	17,2	27,7	2,682	0,101
önmagára veszélyes lehet, ha nem kezelik.	74,7	73,5	0,033	0,856
önmagára veszélyes lehet, ha kezelik is.	27,6	38,6	2,313	0,128
egy darabig lelki támogatásra szorul.	67,8	91,6	14,655	0,000
tartós lelki támogatásra szorul.	72,4	75,9	0,270	0,604
egy darabig társas támogatásra szorul.	48,4	83,1	21,471	0,000
tartósan társas támogatásra szorul.	62,1	69,9	1,153	0,283
nem akadályozza önálló életvitelét.	24,1	36,1	2,916	0,088
kezelés mellett nem akadályozza önálló életvitelét.	58,6	71,1	2,889	0,089
önálló életvitelét akadályozza.	25,3	42,4	5,431	0,020

26. táblázat A szkizofrénia kezelése, prognózisa, kimenetele a két csoport választási gyakorisági adataival

Eredményink szerint tehát a szkizofrénia valamelyik formájával élő vizsgálati személyek, nem csak szociális elfogadás tekintetében állnak közelebb a leírásban szereplő szkizofrén beteghez, de a személyiségjellemzők mentén is határozottan pozitívabban értékelik őt. Tendenciaszerűen kedvezőbben viszonyulnak gyermekvállalásához is. Ez nem meglepő, a betegek önképéhez valószínűen hozzátartozik a „szkizofrén beteg” csoporttal való – bizonyos szintű – azonosulás. Többségük hosszú évek óta él ezzel a betegséggel, az ezzel járó sajátos címkével. Kedvezőbb viszonyulásuk a csoportidentitás előhívását indukáló kísérleti helyzetben a „szkizofrén beteg” csoporthoz tartozás élményével, és azzal a jelenséggel magyarázható, hogy az emberek általában hajlanak arra, hogy saját csoportjukat többre értékeljék – támogatva ezzel kedvezőbb önképük megőrzését, önbizalmukat is (Tajfel, 1972; Tajfel és Turner, 1979; Smith és Mackie, 2001). A vizsgálat során több beteg meg is említette, hogy a történet hasonlít az ő saját történetére, mások megkérdezték, hogy nem baj-e, ha magukra, saját tapasztalataikra is gondolnak közben – a bevonódás, a főszereplővel való azonosulás egyértelműen megtörtént.

A betegség okaira vonatkozó állítások esetében az egészségesekhez képest sok állítással többen értenek egyet a betegek közül (24. táblázat). Valószínűleg tájékozottabbak is a betegség többtényezős eredetét, kialakulását illetően (III./3. Hipotézis). A biológiai okok (pl. genetika, idegrendszer fejlődési zavara) választásában nincs, vagy kevés a különbség a két vizsgálati csoport között. Ugyanakkor a szkizofrén betegek nagyobb számban választják a betegség okaként a családi és társas kapcsolatok nehézségeit is, de az anyagi nehézségeket is többen teszik felelőssé és a nem megfelelő életmód tényezőket (ahová a drog- és alkoholhasznált is tartozhat). Mivel a betegség mindennapjaik része, tapasztalatuk van róla, így ezek a stresszorok hangsúlyosabbak számukra, mint egy kívülálló nézőpontjából. A betegek ismernek más betegeket is, ez is szélesíti ismereteiket, vélekedéseiket a betegség lehetséges okairól, kiváltó tényezőiről. Valószínűen önértékelésük védelme érdekében rajtuk kívül álló, kevésbé befolyásolható okokat is többen neveznek meg (pl. „a véletlennek/sorsnak köszönheti.”, „Isten rendelte így.”). Emellett viszont nagyobb arányban tartják a leírásban szereplő személyt betegségéért felelősnek („magának köszönheti.”).

Megvizsgálva, melyik az a három oki állítás, amivel legnagyobb arányban értenek egyet a betegek, azt találjuk, hogy kimagaslóan sokan (80,7%) gondolják úgy, „valamilyen korábbi trauma, például bántalmazás” állhat a betegség hátterében. Ez azt is jelentheti, hogy saját tapasztaltuk áll e mögött a magas választási arány mögött, amit érdemes lenne alaposabban

megvizsgálni – de amire itt nem kérdeztünk rá. Ha a vizsgált beteg populációban valóban ilyen magas a bántalmazást, vagy valamilyen egyéb pszichotraumát elszenvedettek aránya, akkor sem lehetünk bizonyosak abban, hogy ezzel, mint kiváltó tényezővel, vagy mint a premorbid személyiség és a környezet kölcsönhatásában kialakult sajnálatos következménnyel kell-e számolnunk (Kéri, 2013; Perczel Forintos és Kocsis-Bogár, 2015). Ugyanakkor az előforduló pszichotraumák feltérképezése a kezelések tervezésekor is fontos lehet a továbbiakban. A gyakorisági sorrendben ezt követi a „gyenge idegrendszer” (79,5%), mint biológiai oki tényező majd a „családi kommunikáció zavara” (74,7%) melynek, mint a szkizofrénia kialakulásában szerepet játszó tényezőnek hosszú története van a szakirodalomban – s amiről szintén nehéz eldönteni, oka, velejárója vagy következménye-e a betegségnek (ld. korábban).

A nem beteg vizsgálati személyek a szkizofrénia okaként legtöbben a „személyisége speciális jellemzői”-t választották igaznak (73,6%), ezt követi a „gyenge idegrendszer” (66,7%), majd 60% körüli választási gyakoriságokkal a „családi kommunikáció zavara”, a „társadalmi tényezők” és az „idegfejlődési zavar”, majd a „trauma”.

A betegség kezelésére, prognózisára, a betegséggel való együttélésre vonatkozó állítások választásainak gyakoriságából (25. táblázat) kitűnik, hogy a betegek nagy többsége úgy véli: betegsége gyógyszeres kezelést igényel, pszichoterápiával javulhat, de nem gyógyul meg teljesen, nem múlik el végleg. A többség optimista a kezelés eredményességét illetően, bízik a javulásban, de tisztában van a betegség krónikus jellegével – sokkal többen, mint a nem beteg vizsgálati személyek. Ugyanakkor az egészségesekhez képest is jóval többen állítják a betegek közül: lelki és társas támogatásra is szükség van, legalább egy darabig – azaz a gyógyszer önmagában nem elegendő a beteg jóllétéhez. Mindez a betegségről való tapasztalatokat valószínűen hűen tükrözi, és legalább részben mindenképp a szakemberek által folytatott folyamatos pszichoedukációs és egyéb támogató munkát dicséri, aláhúzza a közösségi ellátási formák és a lelki támogatás és terápia szükségességét, fontosságát (Harangozó, 2006; Zalka 2006; WHO 2014). A betegek között vannak azonban többen azok is, akik szerint a betegség magától elmúlik (12%) vagy idővel kezelés nélkül is javul (20,5%), ezekkel a nézetekkel tehát a pszichoedukációs munka során foglalkozni érdemes. A lelki és társas támogatást, a gyógyszerek mellett a pszichoterápiát mindkét csoport számottevően nagy arányban fontosnak tartja, rövidebb vagy hosszabb távon. Mindezek alapján tehát azt állíthatjuk, ebben a tekintetben sem kizárólag a biomedikális személet uralkodik. Az eredmények értékelésénél azt is mindenképp figyelembe kell vennünk, hogy szkizofréniaival élő vizsgálati

személyeinkhez a pszichiátriai ellátó rendszeren keresztül jutottunk el – akik a pszichiátriai ellátórendszerrel nem kerülnek kapcsolatba, látókörén kívül élnek, be sem juthattak vizsgálati mintánkba. Ugyanakkor ezek az eredmények megerősíthetnek bennünket abban, hogy a szkizofréniában szenvedőknek segíteni kell a mindennapi élet problémáival való megküzdésben, nem csak medikálisan, gyógyszerekkel, hanem pszichológiai, szocioterápiás módszerekkel is (Trixler, Tényi és Gáti, 2006).

Mind az okok, mind a kezelés tekintetében, tehát azt mondhatjuk, hogy hangsúlyosan jelen van a szkizofréniára biomedikális szemlélete mindkét csoportban, de nem csak az. A betegségben maguk is szenvedők az okok között a traumáknak jóval nagyobb szerepet tulajdonítanak, mint a nem betegek. A betegek és a nem betegek szemléletében is, mind társadalmi tényezők (szociológiai szemlélet), mind személyiségjellemzők (pszichogén tényezők) is számottevően gyakran megjelennek, s mindkét csoportban viszonylag gyakran, az első három leggyakoribb választás között van a családi kommunikáció zavara (rendszeres szemlélet) is, mint lehetséges oki vagy fenntartó tényező.

Az állítások között itt (25. táblázat) szerepeltek a veszélyességre vonatkozóak is. Ebben nincs számottevő különbség a betegek és az egészséges vizsgálati csoport között. A vélt veszélyesség egy jelentős tényező a megbélyegzés folyamatában (Sztancsik és Pék 2014; Feldman és Crandall, 2007). Míg a személyiség megítélésében az érintettek a megszemélyesített szkizofrén „Annát” pozitívabban értékelik, mégis körülbelül ugyanannyian gondolják veszélyesnek őt – elsősorban kezelés nélkül – önmagára (74%) és másokra (60%), mint a nem beteg személyek közül. Mivel az önstigma a nyilvános stigma talaján alakul ki Corrigan és munkatársai korábban ismertetett modellje szerint, így ez magyarázhatja, hogy ebben a tekintetben nem volt számottevő különbség a betegek és a nem beteg vizsgálati személyek között (Corrigan, Kerr és Knudsen, 2005).

5.5. Következtetések

A pszichiátriai, klinikai pszichológiai ismereteit tekintve *laikus minta* válaszai alapján a kísérleti elrendezésű vizsgálat eredményiből összességében arra következtethetünk, hogy a pszichiátriai betegség ténye, és méginkább a szkizofrénia diagnózisa kedvezőtlenebb személyiségmegítélést, kedvezőtlenebb attribúciókat hív elő az egyébként képzetesebb emberekből is (ld. a minta jellemzőit). A kísérleti elrendezés és az egyedileg kialakított skálák alkalmas mérőeszköznek bizonyultak, hogy a pszichiátriai betegség és a szkizofrénia diagnózis attribúció és attitűd modosító 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 szkizofrénia, 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 is bebizonyosodott, hogy mintánkban is a *veszélyesség* megítélése kulcstényező a kedvezőtlenebb megítélésben. Pozitív eredménynek tekintjük, hogy 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. Emellett 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. Nem reprezentatív mintával dolgoztunk, így az eredmények csak ennek a mintának és vizsgálatnak a korlátait figyelembe véve általánosíthatók. A vizsgálat eredményei és mérései csak egy bizonyos, itt használt történet mellett értelmezhetők. Ugyanakkor az, hogy milyen különbségek mutatkoznak a pozitív tulajdonságok pontozása, a gyermekvállalás, valamint a betegség okainak, kezelésének, prognózisának megítélésében szkizofrénia címke mellett, vagy anélkül, mégis informatív, figyelemet érdemlő. Azt mindenképpen erős jelzésnek tekinthetjük, hogy egy magasan képzett mintában, ahol az alkalmazott történettel megszemélyesítettünk valakit, aki „középosztálybeli”, nem kirívó vagy deviáns életet él és pusztán a szkizofrénia diagnózis megléte miatt szignifikánsan alacsonyabb pontszámokat kap az egyébként „pozitív” pólust megjelenítő tulajdonságlistán. Hiszen a megszemélyesítés a sztereotip megítélés ellen hat, és még a társas kívánatosági pozitív torzítással is számolnunk lehetne: mégis találtunk számottevő különbségeket. Ez az eredmény csak felhívja a figyelmet arra, hogy valószínűen van megbélyegzés, érdemes vele foglalkozni Magyarországon is! Mérésünk egyedisége miatt nem alkalmas arra, hogy általában és nemzetközi összehasonlításban, vagy „abszolút értékben” mérve mondjunk valamit a szkizofrénia miatti stigmáról Magyarországon, vagy Hajdú-Bihar Megyében, csak a kísérleti elrendezésből adódó különbségek lényegesek arra nézve: kedvezőtlenebb-e a megítélése egy pszichiátriai betegnek, s még inkább egy szkizofréniával élő személynek, mint ugyanannak a személynek, ha ezt nem tudjuk róla. Eredményeink azt igazolják, igen. Ez a vinyettát alkalmazó kísérleti elrendezés és a használt eszközök alkalmasak lehetnek arra, hogy akár szélesebb körben felmérjük a megítélés különbségeit, akár különböző pszichiátriai zavarokra nézve is, vagy antistigma intervenciót követően detektáljuk annak hatását. A betegségről való gondolkodás jellemzői a szélesebb lakosság körében pedig 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 (Corrigan és Shapiro, 2010; Knaak, Modgill és Patten, 2014).

A *szkizofréniával élők* körében végzett kutatás kimutatta, hogy 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 (ld. 3. és 21. táblázatokat). Ugyanakkor a teljes validálási folyamatot nem ismételtük meg ugyanazokkal az eszközökkel, mint a kérdőív kidolgozói, így ebben a tekintetben ez a vizsgálat inkább próbavizsgálatnak tekinthető, de felhívja a figyelmet egy gyakorlatba is jól használható önstigma mérő eszközre, melynek fordítását az értekezés szerzője végezte el és használta először magyar mintán (Sztancsik, Máth és Pék, 2017).

A súlyosabb önstigma a szubjektív jóllét rosszabbodásával jár együtt, érdemes tehát ezt is figyelembe venni a betegek segítésének tervezésekor, hiszen valószínűen ez is szerepet játszik elszigetelődésükben. Eredményeink szerint sajnos ez az elszigetelődés lehet az oka annak is, hogy a Hajdú-Bihar Megyében szkizofréniával élő mintánk nem vagy alig számol be diszkrimináció tapasztalatokról, de nem lehetünk biztosak abban, mennyire sújtaná őket a diszkrimináció, ha kibújnának csigaházukból. A betegek szubjektív stigma-élményének mérésére a SSMIS-SF alkalmasabb mérőeszköz, mint a DISC-12, mindaddig, míg olyan társadalmi változások nem indulnak el, ami „láthatóvá” teszi a szkizofréniával élőket, s megjelennek betegségükkel együtt pl. a munka világában. Akkor majd valóban elmondhatják általa, hogy részesülnek-e betegségük miatt diszkriminációban. 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 másikról, 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 ők jelzik sokkal

nagyobb arányban. Halljuk meg a leginkább érintettek emberi hangját (Thornicroft, 2006; Harangozó és munkatársai, 2014)! 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. A két mintát összehasonlító vizsgálat korlátai között említhető, hogy a laikus és a betegséggel élő csoport végzettség és szocioökonómiai státusz tekintetében nem illeszkedett egymáshoz. Nagyobb, mindkét csoportra nézve reprezentatív mintán megismételve a kutatást, pontosabb képet kaphatnánk a vélekedések különbségeiről és ezeknek a különbségeknek a jelentőségéről is.

6. Gyakorlati szempontú kitekintés a további stigma-kutatáshoz és antistigma stratégia kidolgozásához

Antistigma stratégia kidolgozása csak empirikusan megalapozott módon, a hazai és nemzetközi kutatási eredmények és jó gyakorlatok elemzésével és kritikus felhasználásával lehetséges. A pszichiátriai betegségek stigma szempontjából sem egységes képet mutatnak, ezért specifikus, kórkép vagy kórkép csoportokra vonatkozó stratégiákról érdemes gondolkodni. Felépítésükben hasonló felmérések és programok tervezhetők más mentális zavarokra vonatkozóan is, nem csak a disszertáció témájaként tárgyalt szkizofréniához fűződő stigma csökkentésére.

A beavatkozási stratégia kidolgozását kultúra specifikus fókusz-csoportos felmérésekkel érdemes elkezdeni (ld. korábban a Kulturális különbségek a mentális betegek megbélyegzésében című fejezetben). E felmérések során képet kaphatunk a kultúra-specifikus hiedelmekről a mentális betegségekkel kapcsolatban, melyek a beavatkozást megelőző stigma-helyzet felmérésében és később a beavatkozás megtervezése során is hasznosítható ismeretek lesznek. Azaz a szélesebb körű felmérésben megvizsgálható: milyen kedvezőtlen és kedvező vélekedések vannak jelen a társadalom egészében, majd úgy tervezhető a későbbi beavatkozás, hogy célzottan változtassunk a stigma szempontjából kedvezőtlen sztereotípiákon és megerősítsük a kedvezőbbeket, ha vannak. A kulturális érték-alapú elővizsgálatok multidiszciplináris együttműködésben valósulhatnak meg legoptimálisabban, kultúr-antropológus, szociológus, pszichológus, pszichiáter szakemberek és a kérdéses stigmatizált csoport tapasztalati szakértőinek bevonásával.

Ezt követően a stigma-helyzet felmérésére reprezentatív mintán olyan eszközöket használhatunk, melyeket sikerrel alkalmaztak és megbízhatónak találtak a nemzetközi

gyakorlatban is, de amelyeket így kultúra-specifikusan módosíthatunk, kiegészíthetünk (például a disszertáció vizsgálataiban használt eszközöket is). A felmérésnek tartalmaznia kell nem csak a mentális betegségre vonatkozó nyilvános stigma vizsgálatát, de a betegséggel élők önstigmájának, és a lakosság előzetes ismereteinek felmérését is a stratégiában megcélzott mentális betegségre vonatkozóan. Emellett szakértők és tapasztalati szakértők bevonásával felmérhető volna a jelenlegi működő ellátórendszer esetleges strukturális diszkrimináló hatása is, melynek vizsgálatába a jogi szakértők bevonása is indokolt volna. A közvélemény és az érintettek mellett azok a kulcsszereplők is specifikus célcsoportokat jelenthetnek a felmérés és beavatkozás során, akik a mentális betegséggel élők életkilátásainak alakításában közvetlenül is részt vesznek: egészségügyi dolgozók, humán-erőforrás szakemberek (munkaadók részéről) szociális ellátó rendszer dolgozói, és a döntéshozó szervek képviselői.

Az interdiszciplináris megközelítésű felmérések eredményei és a korábbi ilyen jellegű kutatások eredményei alapján megtervezhető az antistigma kampány tartalma: melyek azok a hiedelmek, és nézetek, melyeket a kampánynak célba kell vennie, amiken változtatni szeretnénk (például a veszélyesség túlzó megítélése, vagy a gyógyíthatatlanság kérdése). Szakirodalomra alapozott ismeretek alapján megfogalmazhatók azok a tények és ismeretek, amiket közvetíteni szeretnénk, vagy amikkel helyettesítenénk a stigmatizáló nézeteket, amelyek leginkább kedveznek a stigma-csökkentésnek (mint például a betegség kezelhetősége, vagy a betegségek kontinuum-felfogása, Corrigan és mtsai, 2001, 2005, 2010). A közvélemény formálása több szinten, marketing szakemberek bevonásával célozható meg: különböző média felületeken társadalmi hirdetésekkel, tematikus műsorokkal, írásokkal. Emellett pozitív példát közvetítő érintettek megjelenésével a médiában lokális szinten is: az ő bevonásuk szintén szakmailag megalapozott módon történjen, személyiségi jogaikat és döntési szabadságukat, jóllétüket tiszteletben és szem előtt tartva. Ezeknek a megjelenéseknek vagy „találkozásoknak” a megtervezésében és lebonyolításában szintén segítséget nyújthatnak a más országokban már megvalósult kampányok tapasztalatai. Az általános média-kampány mellett specifikus programok dolgozhatók ki a specifikus kulcsszereplők oktatására (ld. korábban).

A kampányt követően szükséges a kezdeti méréseket megismételni, a beavatkozás hatását megvizsgálni, nem csak újbóli attitűd és ismeret-méréseket beépítve, de azt is vizsgálva, mennyire voltak tudatában a kampánynak az emberek, milyen mértékben találkoztak annak elemeivel, s ennek függvényében újraértékelni a beavatkozásokat (Corrigan és Shapiro, 2010).

A kampány mellett az ellátórendszer feladata marad, hogy az érintettek önstigmáját rendszeresen felmérje, s ahol az problémás, megfelelő terápiás intervenciókkal segítse ártalmainak csökkentését. Akinél nem alakult ki, annál egyénileg is segítsen megelőzni minden szakember az önstigmatizáció kialakulását.

A hatékony stigma-csökkentés hosszadalmas folyamat lehet, egyetlen kampány sem alkalmas önmagában arra, hogy tartós változást érvényesítsen. Azzal, ha a témát a szakmai diskurzus és a közbeszéd tárgyává tesszük, valamint körültekintően tervezett újabb és újabb, egyre hatékonyabb antistigma intervenciókkal, hosszabb időn keresztül lehet csak tartós változásokat elérni.

7. Zárszó - személyesen

Mint pszichológus hallgató, a '90-es évek közepén, majd később, már végzett pszichológusként hosszabb időt töltöttem Angliában, Bristolban a Cherry Orchards Camphill Community terápiás közösségében önkéntesként. Májig meghatározó személyes tapasztalatokat szereztem arról, hogy mi emberek, a köztünk lévő különbségek ellenére mennyire hasonlóak vagyunk. Kortól, kultúrától, mentális állapottól függetlenül: hasonló dolgokra vágyunk, hasonlóak az örömeink, bánataink. Részesé lehettem, és megtapasztalhattam, hogy az egymás kölcsönös tiszteletén alapuló együttműködés, a legjobb értelemben vett minőségi emberi *együttlét* és közös élmények hogyan vezetnek a testi-lelki megerősödés felé. Az a terápiás közösség nem kórház, nem egy bentlakásos szociális otthon, hanem egy valódi rehabilitációt segítő közösség, amit 1, maximum 2 év után elhagynak a mentális betegségéből felépülő emberek. Az időlegesen ott élők amellet, hogy aktívan részt vállaltak a közösség működtetéséből, szabadon járhattak, és tartottak kapcsolatot a külvilággal, úton egy stabil, önálló élet felé. Bár én nem ugyanazzal a céllal mentem oda, mint segítő, én magam is megerősödtem, fejlődtem, míg ott tartózkodtam.

Már ezekkel a tapasztalatokkal a hátam mögött kezdtem itthon pszichiátriai osztályon dolgozni pszichológusként. A szakemberek legjobb szándéka ellenére, a körülmények és a milió, amivel itthon találkoztam nagyon távol állt attól a megtapasztalt ideáltól, amit szerettem volna megvalósítani, átadni és újraélni a munkám során. Mégis, lett, és volt mód néha valódi emberi találkozásokra. Ezek a találkozások – szkizofréniával vagy más betegséggel élőkkel,

szakemberekkel vagy hozzátartozókkal – erősítettek meg abban, hogy egyedül annak van értelme, ha egyenrangúként, egyszerűen emberként tekintünk egymásra, és így próbáljuk megismerni a másik szenvedésének történetét, és segíteni neki abban, hogy hogyan tegye jobbá életét. Láttam, és tapasztaltam azt is, hogy nem tudunk segíteni (egymásnak sem) ha erről megfeledkezünk. A vélt vagy valós stigma az egyik olyan tényező, ami falakat húz az emberek közé, megakadályozza, hogy szóba álljanak egymással és annak lássák a másikat, aki ő valójában.

„Azt hiszem, már maga az, hogy figyelemre méltatjuk, mi is adódik abból, ha ugyanazok a tények különbözőképpen látszanak, komoly hozzájárulás, hogy a világbéli szenvedés, kín, balgaság és bolondság enyhüljön és csökkenjen.” (Laing, 1990, 9. oldal)

Köszönetnyilvánítás

Köszönet illet minden vizsgálati személyt, aki a kutatásokban részt vett, időt és figyelmet áldozott a részvételre! Köszönet tanárainknak és kollégáinknak, barátainknak és családtagjainknak, akik közvetett vagy közvetlen módon segítettek a munkámat, megosztották velem inspiráló lelkesedésüket, tudásukat, kérdéseiket, kételyeiket!

Köszönöm témavezetőm Pék Győző bizalmát és segítőkész támogatását, finom kritikáit! Máth János tudása és türelme nélkül nehezen boldogultam volna a statisztika világában, köszönöm, hogy együtt dolgozhattunk!

Köszönet Patrick W. Corrigan professzornak, aki a SSMIS-SF kérdőívet készségesen rendelkezésünkre bocsátotta, és Bulyáki Tündének, aki a DISC-12 magyar változatához segített hozzájutni. Köszönet illeti az intézmények vezetőit és szakembereit, akik a kutatásokat együttműködésükkel lehetővé tették. Kiemelten köszönöm Dr. Frecska Ede és Csaholcziné Rácz Éva támogatását, Dr. Glaub Teodóra, Dr. Samu Erzsébet, Dr. Szatmári Éva, Dr. Szeitz Anikó, Gulácsik Mária és Varga Viktória önzetlen segítségét a szkizofréniával élők vizsgálatainak lebonyolítása során.

Irodalomjegyzék

- ABDULLAH, T., BROWN, T. L. (2011) Mental illness stigma and ethnocultural beliefs and norms: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 31, 934-948.
- ADLER, A.K., WAHL, O.F.(1998) Children's beliefs about people labelled mentally ill. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(2), 321-326.
- AMADOR, X. (2008) *Nem vagyok beteg, nincs szükségem segítségre!* Lélekben Otthon Kiadó, Budapest.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Ed.*, American Psychiatric Association, Washington DC.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013/a) *DSM-5 referencia-kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz*, Oriold és Társai, Budapest.
- ANDREASEN, N.C., OLSEN, S. (1982) Negative and positive schizophrenia. Definition and validation. *Archives of General Psychiatry*, 39 (7), 789-94.
- AL-ISSA, I. (1995): The illusion of reality or reality of illusion: Hallucinations and culture. *British Journal of Psychiatry*, 166(3), 368-373.
- ANGERMEYER, M. C., BUYANTUGS, L., KENZINE, D. V., MATSCHINGER, H. (2004) Effects of labelling on public attitudes towards people with schizophrenia: Are there cultural differences? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 420-425.
- ANGERMEYER, M.C., MATSCHINGER, H. (1996) The effect of personal experience with mental illness on the attitude toward individuals suffering from mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31(6), 321-326.
- ANGLIN, D. M., LINK, B. G., PHELAN, J. C. (2006) Racial differences in stigmatizing attitudes toward people with mental illness. *Psychiatric Services*, 57(6), 857-862.
- BAKÓ T. (1992) *Öngyilkosság, öngyilkossági kísérlet – Adatok és tények*, Animula, Budapest.
- BATESON, G., JACKSON, D.D., HALEY, J., WEAKLAND, J. (1956) Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1(4), 251-264. DOI: 10.1002/bs.3830010402
- BAUDIN, G., et al., (2016) Differential effects of childhood trauma and cannabis use disorders in patients suffering from schizophrenia, *Schizophrenia Research*, in press
<http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2016.04.042>
- BECH, P., STAEHR-JOHANSEN, K., GUDEX, C. (1996) The WHO (Ten) Well-Being Index: validation in diabetes. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 183-190.
- BERGER, J., RIDGEWAY, C.L., FISEK, M.H., NORMAN, R.Z. (1998) The legitimation and delegitimation of power and prestige orders. *American Sociological Review*, 63, 379-405.
- BERGER, J, ROSENHOLZ, J.S., ZELDITCH, M. (1980): Status organizing processes. *Annual Review of Sociology*, 6, 479-508.

- BETTELHEIM, B., JANOWITZ, M. (1964). *Social change and prejudice*. Oxford, England, Free Press Glencoe.
- BIERNAT, M., DOVIDIO, J. F. (2000). Stigma and stereotypes. In T. F. Heatherton, R. Kleck, M. Hebl, & J. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma*. New York, Guilford Press, 88-125.
- BJÖRKMAN T, ANGELMAN T, JÖNSON M. (2008) Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 22, 170-177.
- BOGARDUS, E.S. (1925): Social distance and its origins. *Journal of Applied Sociology*, 9, 216-226.
- BLOCH, S., REDDAWAY, P. (1977) *Russia's Political Hospitals. The Abuse of Psychiatry in the Soviet Union*, Victor Gollancz Ltd., London.
- BROCKINGTON, I. F., HALL, P., LEVINGS, J. (1993). The community's tolerance of the mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, 162, 93-99.
- BROHAN, E., CLEMENT, S., ROSE, D., SARTORIUS, N., SLADE, M., THORNICROFT, G. (2013) Development and psychometric evaluation of the Discrimination and Stigma Scale (DISC), *Psychiatry Research*, 208, 33-40.
- BROWN GW, RUTTER M. (1966) The measurement of family activities and relationships: methodological study. *Human Relations*, 19, 241-263.
- BNO-10 zsebkönyv DSM-IV meghatározásokkal*, Animula, Budapest, 1996.
- CECHNICKI, A., BIELAŃSKA, A., HANUSZKIEWICZ, I., DAREN, A. (2013) The predictive validity of Expressed Emotions (EE) in schizophrenia. A 20-year prospective study, *Journal of Psychiatric Research*, 47 (2), 208-214.
- CHOWDHURY, A.N., SANYAL, D., DUTTA, D.K., BANERJEE, S., DE, R., BHATTACHARYA, K., PALIT, S., BATTACHARYA, P., MONDAL, R.K., WEISS, M.G. (2000) Stigma and mental illness: Pilot study of laypersons and health care providers with EMIC in rural West Bengal, India. *International Medical Journal*, 7(4) 257-260.
- CICCHETTI, D., COHEN, D. (Eds.) (2006) *Developmental Psychopathology: Theory and Method: Vol. 1. (2nd ed.)*, Wiley, New York.
- COHEN, J., STRUENING, E.L. (1962) Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 64, 349-360.
- CORRIGAN, P.W. (1998) The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive & Behavioral Practice*, 5, 201-222
- CORRIGAN, P. W. (2003) An attribution model of public discrimination toward persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44, 162-169.
- 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., KLEINLEIN, P. (2005) The impact of mental illness stigma. In P.W. Corrigan (Ed.) *On the Stigma of Mental Illness*. American Psychological Association, Washington DC.
- CORRIGAN, P. W., MICHAELS, P.J., VEGA, E., GAUSE, M., WATSON, A.C., RÜSCH, N. (2012) Self-stigma of mental illness scale – short form: Reliability and validity, *Psychiatry Research*, 199, 65-69.
- CORRIGAN, P. W., RAFACZ, J., RÜSCH, N. (2011) Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 189, 339-343.
- CORRIGAN, P. W., RIVER, L., LUNDIN, R. K., PENN, D. L., UPHOFF-WASOWSKI, K., CAMPION, J., et al. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 187–195.
- CORRIGAN, P. W., ROWAN, D., GREEN, A., LUNDIN, R., RIVER, P., UPHOFF-WASOWSKI, K., et al. (2002) Challenging two mental illness stigmas: Personal responsibility and dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*, 28, 293–310.
- CORRIGAN, P. W., SHAPIRO, J.R. (2010) Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 907-922.
- CORRIGAN, P. W., WATSON, A. C. (2002) The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology - Science & Practice*, 9, 35-53.
- 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 Clinical Psychology*, 25, 875-884.
- CRISP, A.H., GELDER, M.G., RIX, S., MELTZER, H.I., ROWLANDS, O.J. (2000) Stigmatization of people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 177, 4-7.
- CROSSLY, N. (1998) R. D. Laing and the British anti-psychiatry movement: a socio-historical analysis. *Social Science and Medicine* 47 (7), 877-889.
- CSOBOTH Cs., SUSÁNSZKY É. (2008) Gyermeküket egyedül nevelő szülők testi és lelki egészségi állapota, in Kopp M. (szerk.) *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*, Semmelweis Kiadó, Budapest, 280-287.
- DAGANI, J., SISTI, D., ABELLI, M., DI PAOLO, L., PINI, S., RAIMONDI, S., ROCCHI, M.B., SAVOTTI, F.M., SCOCCO, P., TOTARO, S. BALESTRIRI, M., DE GIROLAMO, G. (2016) Do we need oxytocin to treat schizophrenia? A randomized clinical trial, *Schizophrenia Research* 172(1-3):158-64. doi: 10.1016/j.schres.2016.02.011. Epub 2016 Feb 14.
- DRUSS, B. G., BRADFORD, D. W., ROSENHECK, R. A., RADFORD, M. J., KRUMHOLZ, H. M. (2000) Mental disorders and use of cardiovascular procedures after myocardial infarction. *Journal of the American Medical Association*, 283, 506–511.

- EATON, W.W., CHEN, C.Y. (2006) Epidemiológia, in Lieberman, J.A., Stroup, T.S., Perkins, D.O. (Eds.) *A szkizofréria tankönyve*, The American Psychiatric Publishing Inc. magyar kiadás: Lélekben Otthon, Budapest, 17-37.
- ENGEL, G.L., (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196, 129–136.
- ENGEL, G.L. (1980) Clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137 (5), 535-544.
- ERIKSON, E.H. (1957) Pszichoszociális személyiségelmélet: az emberi fejlődés nyolc szakasza. in *Személyiséglélektani szöveggyűjtemény II*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 1996. 160-175.
- EVANS-LACKO, S., CORKER, E., WILLIAMS, P., HENDERSON, C., THORNICROFT, G. (2014) Effect of the Time to Change anti-stigma campaign on trends in mental-illness-related public stigma among English population in 2003-13: an analysis of survey data. *The Lancet Psychiatry* 2014 (1), 121-128.
- EVANS-LACKO, S., LONDON, J., LITTLE, K., HENDERSON, C., THORNICROFT, G. (2010) Evaluation of a brief anti-stigma campaign in Cambridge: do short-term campaigns work? *BMC Public Health*, 10:339. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/339>
- EVANS-LACKO, S., BROHAN, E., MOJTABAI, R., THORNICROFT, G. (2012) Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. *Psychological Medicine*, 42(8), 1741-52.
- FARINA, A., FELNER, E.D. (1973) Employment interviewer reactions to former mental patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 82(2), 268-272.
- FEDERN, P. (1952) *Ego Psychology and the Psychoses*, Basic Books, New York.
- FEIFEL, D., MACDONALD, K., NGUYEN, A., COBB, P., WARLAN, H., GALANGUE, B., MINASSIAN, A., BECKER, O., COOPER, J., PERRY, W., LEFEBVRE, M., GONZALES, J., HADLEY, A. (2010) Adjunctive intranasal oxytocin reduces symptoms in schizophrenia patients. *Biological Psychiatry*, 68, 678–680.
- 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.
- FREUD, A. (1936/64) *Das Ich und seine Abwehrmechanismen*. Kindler, München.
- FREUD, S. (1914/2003) A narcizmus bevezetése, in Erős F. (szerk.) *Sigmund Freud: Válogatás az életműből*, Európa Könyvkiadó, Budapest, 362-389.
- FROMM-REICHMANN, F. (1948) Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy, *Psychiatry*, 11, 263-273.
- GABBARD, G.O. (2008) *A pszichodinamikus pszichiátria tankönyve*, Negyedik kiadás, Lélekben Otthon Kiadó, Budapest.
- GAEBEL, W., ZASKE, H., BAUMANN, A.E. (2006) The relationship between mental illness severity and stigma. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113 (Suppl. 429): 41–45.

- GAEBEL, W., ZASKE, H., BAUMANN, A.J., KLOTTRKÖTTER, J., MAIER, W., DECKER, P., MÖLLER, H.-J. (2008) Evaluation of the German WPA “Program against stigma and discrimination because of schizophrenia — Open the Doors”: Results from representative telephone surveys before and after three years of antistigma interventions. *Schizophrenia Research* 98, 184–193.
- GEREVICH, J. (2000) A kémiai függőségek pszichoterápiája, in Szőnyi G. és Füredi J. (szerk.) *A pszichoterápia tankönyve*, Medicina, Budapest, 486-501.
- GOFFMAN, E. (1961) *Asylums*. Penguin, Harmondsworth.
- GOFFMAN, E. (1963): *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Engelwood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 3-4.
- GRANDBOIS, D. (2005). Stigma and mental illness among American Indian and Alaska Native nations: Historical and contemporary perspectives. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 1011-1024.
- GREENBERG, J.S., GREENLEY, J.R., MCKEE, D., BROWN, R., GRIFFIN-FRANCELL, C. (1993) Mothers caring for an adult child with schizophrenia: The effects of subjective burden on maternal health. *Family Relations*, 42, 205-211.
- HALÁSZ L., MARTON L.M. (1978) *Típustanok és személyiségvonások*, Gondolat, Budapest.
- HAMMARSLEY, M. (1996) The relationship between qualitative and quantitative research. Paradigm loyalty versus methodological eclecticism. In Richardson, J.T.E. (Ed.) *Handbook of Research Methods for Psychology and the Social Sciences*. Leicester, UK: BPS Books.
- HANSSON, L., STJERNSWÄRD, S., SVENSSON, B. (2016) Changes in attitudes, intended behaviour, and mental health literacy in the Swedish population 2009–2014: an evaluation of a national anti-stigma programme. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134 (Suppl. 446): 71–79.
- HARANGOZÓ J. (2006) Bizonyítékokon alapuló pszichoszociális intervenciókkal való közösségi pszichiátriai gondozás és rehabilitáció. In: Trixler M., Tényi T. (szerk.) *A szkizofrénia pszichoterápiája*. Medicina, Budapest, 253-304.
- HARANGOZÓ J., BODROGI A., NEMESSURI J., BULYÁKI T. (2008) A Semmelweis Egyetem Közösségi Pszichiátriai Centrum és az Ébredések Alapítvány tevékenységének bemutatása. *Psychiatria Hungarica*, 23 (4), 224-230.
- HARANGOZÓ, J., RENESÉS, B., BROHAN, E., SEBES, J., CSUKLY, G., LÓPEZ-IBOR, J., SARTORIUS, N., ROSE, D., THORNICROFT, G. (2014) Stigma and discrimination against people with schizophrenia related to medical services. *International Journal of Social Psychiatry* 60 (4), 359-366.
- HEGNER, R.E. (2000) Dispelling the myths and stigma of mental illness: the Surgeon General’s report on mental health. *Issue Brief National Health Policy Forum* (754), 1-7.
- HENDERSON, C., ROBINSON, E., EVANS-LACKO, S., CORKER, E., REBOLLO-MESA, I., ROSE, D., THORNICROFT, G. (2016) Public knowledge, attitudes, social distance and reported contact regarding people with mental illness 2009-2015. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 134 (Suppl. 446) 23-33.

- HENDERSON, C., THORNICROFT, G. (2009) Stigma and discrimination in mental illness: Time to Change. *The Lancet*, Vol. 373:9676,1928-1930.
- HINSHAW, S.P. (2007) *The Mark of Shame – Stigma of Mental Illness and an Agenda for Change*. Oxford University Press, New York.
- HOENIG, J. (1995) Schizophrenia, in Berrios, G., Porter R. (Eds) *A History of Clinical Psychiatry: Origin and History of Psychiatric Disorders*. New York University Press, New York. 336-348.
- HOLMES, E., CORRIGAN, P. W., WILLIAMS, P., CANAR, J., KUBIAK, M. A. (1999) Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 447–456.
- HOLMES, P., RIVER, L.P. (1998) Individual strategies for coping with the stigma of severe mental illness. *Cognitive & Behavioral Practice*, 5, 231-239.
- 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.
- JONES, S., HAYWARD, P. (2004) *Coping with Schizophrenia: A guide for patients, families and carers*. Oneworld Publications, Oxford.
- JUNG, C.G. (2015) *Az elmebetegségek pszichogenezise*. Scolar Kiadó, Budapest.
- KÁLMÁNCHEY A. (2006) Szkizofrén és paranoid betegek élethelyzetének vizsgálata a Debreceni Városi Pszichiátriai Gondozóintézetben, *Psychiatria Hungarica*, 21 (6),437-443.
- KARON, B. P. (2003). The Tragedy of Schizophrenia without Psychotherapy. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry* 31 (1), 89-118.
- KÉRI SZ. (2013) Lány lélektani és szociológiai tényezők egy kemény pszichiátriai betegség hátterében: a szkizofrénia rejtélye, *Magyar Pszichológiai Szemle* 68 (1),127-140.
- KÉRI SZ. (2008) *Skizofrénia a kognitív deficit tükrében*, Kognitív Szeminárium sorozat, Gondolat Kiadó, Budapest.
- KELLEHER, I., HARLEY, M., LYNCH, F., ARSENAULT, L., FITZPATICK, C., CANNON, M. (2008) Associations between childhood trauma, bullying and psychotic symptoms among a school-based adolescent sample. *British Journal of Psychiatry*, 193 (5), 378-382.
- KESHAVAN, M.S., GILBERT, A.R., DIWADKAR, V.A. (2006) Neurodevelopmentális elméletek. in Lieberman, J.A., Stroup, T.S., Perkins, D.O. (Eds.) *A szkizofrénia tankönyve*, The American Psychiatric Publishing Inc. magyar kiadás: Lélekben Otthon, Budapest, 69-84.
- KNAAK, S. MODGILL, G., PATTEN, S.B. (2014) Key ingredients of anti-stigma programs for health care providers: a data synthesis of evaluative studies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59 (10 Suppl 1) 19-26.
- KOPP M., KOVÁCS M.E. (szerk.)(2006) *A Magyar népesség életminősége az ezredfordulón*, Semmelweis Kiadó, Budapest, 540. o.
- KOVÁCS J. (2015) A szerkesztett történetekkel élő vinyetta-kutatások módszertana, In Balázs K., Kovács J., Münnich Á. (Szerk.) *Pszichológiai módszertani tanulmányok*. Debreceni Egyetemi Kiadó.

KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL (2013) 2011. évi Népszámlálás, 3. Országos adatok, KSH, Budapest.

LAING, R.D. (1985/1990) *Bölcsek, balgák, bolondok*, Európa Könyvkiadó, Budapest.

LARSEN, T.K., BECHDOLF, A., BIRCHWOOD, M. (2003) The concept of schizophrenia and phase-specific treatment: cognitive-behavioral treatment in pre-psychosis and in nonresponders. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31 (1), 209-228.

LAUBER, C., NORDT, C., BRAUNSCHWEIG, C., RÖSSLER, W. (2006): Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatrica Scand*, 113(Suppl. 429), 51-59.

LÉGMÁN A. (2012) Az örület és az örültek helye a társadalomban, *Socio.hu: Társadalomtudományi Szemle*, 1, 47-52.

LÉGMÁN A. (2015) "Nem engedtek dolgozni". Egy skizofrének diagnosztizált ember élettörténetéről, *Esély: Társadalom és Szociálpolitikai Folyóirat*, 3, 88-108.

LINDENMAYER, J.P., KHAN, A. (2006) Pszichopatológia, in Lieberman, J.A., Stroup, T.S., Perkins, D.O. (Eds.) *A skizofrénia tankönyve*, The American Psychiatric Publishing Inc. magyar kiadás: Lélekben Otthon, Budapest, 187-222.

LINK, B.G. (1987) Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52, 96-112.

LINK, B.G., CULLEN, F.T., STRUENING, E.L., SHROUT, P.E., DOHRENWEND, B.P. (1989) A modified labeling theory approach in the area of mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review*, 54, 100-123.

LINK, B.G., MIROZNIK, J., CULLEN, F. (1991) The effectiveness of stigma coping orientations: Can negative consequences of mental illness labeling be avoided? *Journal of Health & Social Behavior*, 32, 302-320.

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

LINK, B.G., PHELAN, J.C., BRESNAHAN, M., STUEVE, A., PESCOSOLIDO, B.A. (1999) Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1328-1333.

LINK, B.G., STRUENING, E. L., NEESE-TODD, S., ASMUSSEN, S., PHELAN, J.C.(2002) On describing and seeking to change the experience of stigma. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6(2), 201-231.

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

MACRAE, C., BODENHAUSEN, G. V., MILNE, A. B., JETTEN, J. (1994) Out of mind but back in sight: Stereotypes on the rebound. *Journal of Personality & Social Psychology*, 67, 808–817.

MALHOTRA, M., KUMAR, D., VERMA, R. (2015) Effect of psychosocial environment in children having mother with schizophrenia, *Psychiatry Research*, 226,414-424.

- MARKOWITZ, F.E. (1998) The effects of stigma on psychological well-being and life satisfaction of people with mental illness. *Journal of Health & Social Behavior*, 39, 335-347.
- MCAULEY, E.; DUNCAN, T. E.; RUSSEL, D. W. (1992) Measuring causal attributions: The revised Causal Dimensions Scale (CDSII). *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18(5) 566-573.
- MCCLELLAND (1961) *The Achieving Society*. Princeton, NJ: Van Nostrand.
- MITCHELL, S.A. és BLACK, M.J. (2000) *A modern pszichoanalitikus gondolkodás története*, Animula Kiadó, Budapest.
- MODABBERNIA, A., REZAEI, F., SALEHI, B., JAFARINIA, M., ASHRAFI, M., TABRIZI, M., HOSSEINI, S.M., TAJDINI, M., GHALEIHA, A., AKHONDZADEH, S. (2013) Intranasal oxytocin as an adjunct to risperidone in patients with schizophrenia: an 8-week, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *CNS Drugs*, 27, 57–65.
- MUST A., JANKA Z., HORVÁTH SZ. (2011) Szkizofrénia, környezet és epigenetika, *Neuropharmacologia Hungarica*, 13 (4), 211-217.
- MYERS, D. (1996) *Social psychology* (4th ed.), McGraw, New York.
- NAGYBÁNYAI NAGY O. (2013) *Választílus jellemzők hatása az önkitöltős tesztelési eljárások mérési eredményességére*. Doktori értekezés, ELTE, Budapest.
- NOWAK, A., SZAMREJ, J., LATANÉ, B. (1990) From private attitude to public opinion: a dynamic theory of social impact. *Psychological Review*, 97:3,362-376.
- NEUBERG, S. L., SMITH, D. M., ASHER, T. (2000). Why people stigmatize: Toward a biocultural framework. In T. F. Heatherton, R. Kleck, M. Hebl, & J. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma*. New York, Guilford Press, 31-61.
- NUNNALLY, J.C. (1961) *Popular Conceptions of Mental Health: Their Development and Change*. New York, NY, Holt, Reinhart and Winston.
- NUSSBAUM, A.M. (2013) *A DSM-5 diagnosztikai vizsgálat zsebkönyve*, Oriold és Társai, Budapest.
- OSGOOD, C. E., SUCI, G. J., TANNENBAUM, P.H. (1957) *The Measurement of Meaning*. Urbana, IL, University of Illinois Press.
- PARSONS, T. (1951) Illness and the role of the physician: a sociological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry* 21, 452-420.
- PEDERSEN, C.A., GIBSON, C.M., RAU, S.W., SALIMI, K., SMEDLEY, K.L., CASEY, R.L., LESERMAN, J., JARSKOG, L.F., PENN, D.L. (2011). Intranasal oxytocin reduces psychotic symptoms and improves theory of mind and social perception in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 132, 50–53.
- PEDERSEN, C. A. (2014) Schizophrenia and Alcohol Dependence: Diverse Clinical Effects of Oxytocin and Their Evolutionary Origins. *Brain Research*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.brainres.2014.01.050>

- PENN, D. L., CORRIGAN, P. W. (2002) The effects of stereotype suppression on psychiatric stigma. *Schizophrenia Research*, 55, 269–276.
- PÉNTEK M., HARANGOZÓ J., ÉGERHÁZI A., KELEMEN, O., GULÁCSI L., BAJI P., MÁTTYÁSSY A., ERDÉLYI R., LEHOCZKY SZ., ORLEWSKA E., VÁRTÓKNÉ HEVÉR N., FERENCZ Á., BRODSZKY V. (2012) A szkizofréniával élő betegek egészséggel összefüggő életminősége és betegség-terhe Magyarországon, *Psychiatria Hungarica*, 27 (1), 4-17.
- PERCZEL FORINTOS D., KOCSIS-BOGÁR K. (2015) Traumatikus életesemények a szkizofrén pszichózisok hátterében. In: Kuritárné Szabó I., Tisljár-Szabó E. (szerk.) *Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna – A családon belüli gyermekkori traumatizáció: elmélet és terápia*, Oriold és Társai, Budapest, 185-202.
- PERKINS, D.O., LIEBERMAN, J.A., LEWIS, S. (2006) Az első epizód, in Lieberman, J.A., Stroup, T.S., Perkins, D.O. (Eds.) *A szkizofrénia tankönyve*, The American Psychiatric Publishing Inc. magyar kiadás: Lélekben Otthon, Budapest, 353-365.
- PERKINS, D.O., MILLER-ANDERSEN, L., LIEBERMAN, J.A. (2006) A betegség lefolyása és prediktorai, in Lieberman, J.A., Stroup, T.S., Perkins, D.O. (Eds.) *A szkizofrénia tankönyve*, The American Psychiatric Publishing Inc. magyar kiadás: Lélekben Otthon, Budapest, 289-303.
- PERLICK, D., ROSENHECK, R., CLARKIN, J., SIRLEY, J., SALAHI, J., STRUENING, E. (2001) Stigma as a barrier to recovery: adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons with bipolar affective disorder. *Psychiatric Services*, 52, 1627-1632.
- PERSAUD, R. (2000) Psychiatrists suffer from stigma too. *Psychiatric Bulletin*, 24, 284-285.
- PESCOSOLIDO, B.A., MARTIN, J.K., LINK, B.G., KIKUZAWA, S., BURGOS, G., SWINDLE, R., PHELAN, J. (2002): *America's Views of Mental Health and Illness at Century's End: Continuity and Change*. Bloomington, IN: Indiana Consortium for Mental Health Services Research.
- PHELAN, J., BROMET, E.J., LINK, B.G. (1998) Psychiatric illness and family stigma *Schizophrenia Bulletin*, 24, 115-126.
- PHILLIPS, D. L. (1963) Rejection: A possible consequence of seeking help for mental disorders. *American Sociological Review*, 28, 963-972.
- RÁCZ J. (2001) A deviancia elméletek alapjai – Bevezetés. In Rác J. (szerk.) *Szabálykövet(él)ők és bajkeverők. Bevezetés a devianciák szociológiájába*. Új Mandátum Kiadó. Budapest, 5-8. www.academia.edu
- RAO, D., FEINGLASS, J., CORRIGAN, P. (2007) Racial and ethnic disparities in mental illness stigma. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195 (12), 1020-1023.
- RAPAPORT, J.L., GIEDD, J.N., GOGTAY, N. (2012) Neurodevelopmental model of schizophrenia, *Molecular Psychiatry*, 17(12), 1228-38.
- RIECHER-ROSSLER, A. ROSSLER, W. (1998) The course of schizophrenic psychoses: what do we really know? A selective review from an epidemiological perspective. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 248 (4), 189-202.

- RÉTHELYI J. (2011): A szkizofrénia diagnózisa Bleulertől a DSM-V-ig. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 13 (4), 193-203.
- ROISKO, R., WAHLBERG, K-E., HAKKO, H., WYNNE, L., TIENARI, P. (2011) Communication Deviance in parents of families with adoptees at a high or low risk of schizophrenia-spectrum disorders and its associations with attributes of the adoptee and the adoptive parents. *Psychiatry Research*, 185, 66-71.
- ROSENFELD, S. (1997) Labeling mental illness: The effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *American Sociological Review*, 62, 600-672.
- RÖSSLER, W. (2010) Does stigma impair treatment response and rehabilitation in schizophrenia? The "contribution" of mental health professionals. In: W. F. Gattaz, W. Busatto (Ed.) *Advances in Schizophrenia Research 2009*, New York, NY: Springer Science+Business Media, 429-439.
- RUSSEL, D. (1982) The Causal Dimension Scale: A measure of how individuals perceive causes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 1137-1145.
- RÜSCH, N., HÖLZER, A., HERMANN, C., SCHRAMM, E., JACOB, G.A., BOHUS, M., LIEB, K., CORRIGAN, P.W. (2006a) Self-stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 766-773.
- RÜSCH, N., LIEB, K., BOHUS, M., CORRIGAN, P.W. (2006b) Self-stigma, empowerment and perceived legitimacy of discrimination among women with mental illness. *Psychiatric Services*, 57, 399-402.
- SARTORIUS, N., JABLENSKY A., KORTEN A., ERNBERG G., ANKER M., COOPER J.E., DAY R. (1986) Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. A preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO Collaborative Study on determinants of outcome of severe mental disorders. *Psychological Medicine*, 16 (4), 909-28.
- SIRY, J.A., BRUCE, M.L., ALEXOPOULOS, G.S., PERLICK, D.A., FRIEDMAN, S.J., MEYERS, B.S. (2001) Stigma as a barrier to recovery: Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatric Services*, 52, 1615-1620.
- SMITH, E.R., MACKIE, D.M. (2001) *Szociálpszichológia*, Osiris, Budapest, 322.
- STANGOR, C., CRANDALL, C. S. (2000) Threat and the social construction of stigma. In T. F. Heatherton, R. Kleck, M. Hebl, & J. Hull (Eds.) *The social psychology of stigma*. New York, Guilford Press, 62-88.
- STAR, S. (1955) "The Public's Ideas About Mental Illness." Paper presented at the annual meeting of the National Association for Mental Health, Indianapolis, IN.
- STEEL, C. M., ARONSON, J. (1995) Stereotype vulnerability and intellectual test performance of African Americans. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 797-811.
- STONE, M.H. (2006) Szkizofrénia és előzményeinek története, in Lieberman, J.A., Stroup, T.S., Perkins, D.O. (Eds.) *A szkizofrénia tankönyve*, The American Psychiatric Publishing Inc. magyar kiadás: Lélekben Otthon, Budapest, 1-16.

- STRUENING, E.L., PERLICK, D.A., LINK, B.G., HELLMAN, F., HERMAN, D., SIREY, J.A. (2001) Stigma as a barrier to recovery: The extent to which caregivers believe most people devalue consumers and their families. *Psychiatric Services*, 52(12), 1633-1638.
- SULLIVAN, H.S. (1938) The data of psychiatry. In: *The fusion of psychiatry and social science*, Norton, New York, 1964.
- SULLIVAN, H.S. (1940) *Conceptions of modern psychiatry*. Norton, New York.
- SUSÁNSZKY É., HAJNAL Á. (2008) Öngyilkossággal kapcsolatos ismeretek és attitűdök a mai magyar társadalomban, in Kopp M. (szerk.) *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*, Semmelweis Kiadó, Budapest, 514-523.
- SUSÁNSZKY É., KONKOLY THEGE B., STAUDER A., KOPP M. (2006) A WHO Jól-lét Kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostaudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 7(3),247-255.
- SZABÓ L. (2011) *Az időskori demenciák pszichoszociális tényezői*, Akadémiai Kiadó, Budapest.
- SZAKÁCS F. (1998) *Patopszichológiai vademecum*, Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- SZASZ, T. (1972) *The Myth of Mental Illness*. Granada, St. Albans.
- SZEKERES GY., PÁVICS L., JANKA Z. (2002) A schizofrenia dopamin-diszregulációs hipotézisének vizsgálata képzalkotó eljárásokkal, *Ideggyógyászati Szemle*, 55(7-8),226-232.
- SZILÁRD J., JANKA Z., FÜREDI J. (2009) A pszichiátria története és helye az orvostudományban. In: Füredi J., Németh A., Tariska P. (szerk.) *A pszichiátria magyar kézikönyve*, Medicina, Budapest, 4-11.
- SZMUKLER, G.I., BURGESS, P., HERRMAN, H., BENSON, A., COLUSA, S., BLOCH, S. (1996) Caring for relatives with serious mental illness: The development of the Experience of Caregiving Inventory. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31(3-4), 137-148.
- SZTANCSIK V., MÁTH J., PÉK GY. (2013)a Stigmatization of Psychiatric Patients and Schizophrenic People in Hungary. In: Angyalosi G., Münnich Á., Pusztai G. (Eds.) *Interdisciplinary Research in Humanities*, Nitra: Constantine the Philosopher University in Nitra, Faculty of Central European Studies, 297-310.
- SZTANCSIK V., MÁTH J., PÉK GY. (2013)b Laikus vizsgálati személyek a pszichiátriai betegek gyermekvállalásáról. In Vargha András (szerk.) *Kapcsolataink világa: Magyar Pszichológiai Társaság XXII. Országos Tudományos Nagygyűlés: Kivonatkötet*, Konferencia helye, ideje: Budapest, Magyarország, 2013.06.05-2013.06.07. Budapest: Magyar Pszichológiai Társaság, 176.
- SZTANCSIK V., MÁTH J., PÉK GY. (2015) A „szkizofréria” diagnózis jelentésének vizsgálata laikus vizsgálati személyek körében, *Alkalmazott Pszichológia* 15(2), 73-85.
- SZTANCSIK V., MÁTH J., PÉK GY. (2017) Szkizofréniával élők megbélyegzettségének mérése, *Alkalmazott Pszichológia*, közlésre elfogadva

- 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.
- TAJFEL, H. (1972) La categorization sociale. In S. Moscovici (Ed.) *Introduction a la psychologie sociale* Vol. I, Larousse, Paris , pp 272-302.
- TAJFEL, H., TURNER, J.C. (1979) An integrative theory of intergroup conflict. In W.G. Austin & S. Worchel (Eds.), *The social psychology of intergroup relations*, Monterey, CA: Brooks/Cole, 33-47.
- TAYLOR, S. M.; DEAR, M. J. (1981) Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7(2), 225-240.
- TAYLOR, S. M.; DEAR, M. J.; HALL, G. B. (1979) Attitudes toward the mentally ill and reactions to mental health facilities. *Social Science & Medicine*, 13, 281-290.
- THORNICROFT, G., BROHAN, E., ROSE, D., SARTORIUS, N., LEESE, M., for the INDIGO Study Group. (2009): Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey, *The Lancet*, 373, 408–15.
- THORNICROFT, G., (2006) *Shunned: Discrimination against people with mental illness*, Oxford University Press, New York.
- TRIXLER M., TÉNYI T., GÁTI Á. (2006) A szkizofréniafelfogás változásának terápiás következményei, in Trixler M. és Tényi T. (szerk.) *A szkizofrénia pszichoterápiája*. Medicina, Budapest, 15-50.
- TRIXLER M., TÉNYI T. (2009): Szkizofrénia, szkizotípiás és paranoid kórképek. In: Füredi J., Németh A., Tariska P. (szerk.) *A pszichiátria magyar kézikönyve*, Medicina, Budapest, 263-285.
- TSANG, H.W.H., CHING, S.C., TANG, K.H., LAM, H.T., LAW, P.Y.Y., WAN, C.N. (2016) Therapeutic intervention for internalized stigma of severe mental illness: A systematic review and meta-analysis, *Schizophrenia Research*, 173, 45-53.
- TULLY, E.M., MCGLASHAN, T.H. (2006) A prodroma, in Lieberman, J.A., Stroup, T.S., Perkins, D.O. (Eds.) *A szkizofrénia tankönyve*, The American Psychiatric Publishing Inc. magyar kiadás: Lélekben Otthon, Budapest, 341-353.
- VAN OS, J., KAPUR, S. (2009) Schizophrenia, *The Lancet*, 374, 635-45.
- VAN OS (2016) “Schizophrenia” does not exist. *BMJ* 2016;352:i375 doi: 10.1136/bmj.i375 (Published 2 February 2016) Letöltés dátuma: 2017.01.12.
- VARESE, F., SMEETS, F., DRUKKERE, M., LIEVERSE, R., LATASTER, T., VIECHTBAUER, W. READ, J., VANOS, J., BENTALL, R.P. (2012) Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, DOI: 10.1093/schbul/sbs050.
- VAUGHN, C., LEFF, J. (1976) The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-137.
- WAHL, O.F. (1995) *Media madness: Public images of mental illness*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

- WAHL, O.F. (1999) Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 467-478.
- WAHL, O.F. (2002): Children's views of mental illness: A review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 5(2),134-158.
- WAHLBERG, K-E., WYNNE, L.C., OJA, H., KESKITALO, P., PYKÄLÄINEN, L., LAHTI, I., MORING, J., NAARALA, M., SORRI, A., SEITAMAA, M., LÄKSY, K., KOLASSA, J., TIENARI, P. (1997) Gene-environment interaction in vulnerability to schizophrenia: findings from the Finnish Adoptive Family Study of Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 154(3) 355-362.
- WATSON, A. C., CORRIGAN, P. W., OTTATI, V. (2004). Police officer attitudes and decisions regarding people with mental illness. *Psychiatric Services*, 55, 49–53.
- WEINER, B. (1985) An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, 92, 548-573.
- WEINER, B. (1986) *An Attributional Theory of Motivation and Emotion*. New York, NY: Springer-Verlag.
- WEINER, B., PERRY, R. P., MAGNUSSON, J. (1988) An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(5) 738-748.
- WIG, N.N., SULEIMAN, M.A., ROUTLEDGE, R., MURTHY, R.S., LADRIO-IGNACIO, L., IBRAHIM, H.H.A., HARDING, T.W. (1980) Community reactions to mental disorders. A key informant study in three developing nations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 61, 11-126.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002) Close the Gap, Dare to Care. Mental Health Global Action Programme. World Health Organization, Geneva.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2014) A magyar mentális egészségügyi ellátás értékelése, 2014 március. Letöltve: 2015. szeptember 21. http://www.mptpszichiatria.hu/upload/pszichiatria/document/Vezetoi_osszefoglalo_WHO2014_20150831.pdf?web_id=
- WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1998) Fighting Stigma and Discrimination because of Schizophrenia. World Psychiatric Association, New York.
- WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2003) Fighting stigma and discrimination because of schizophrenia. Training Manual Version II. World Psychiatric Association, New York.
- WRIGHT, E. R., GRONFEIN, W. P., OWENS, T. J. (2000) Deinstitutionalization, social rejection, and self-esteem of former mental patients. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 68-90.
- YALOM, I.D. (1995) *A csoportpszichoterápia elmélete és gyakorlata*, (4. átdolgozott kiadás) Animula, Budapest.
- YANOS, P.T., ROE, D., MARKUS, K., LYSAKER, P.H. (2008) Pathways between internalised stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*, 59, 1437-1442.

YANOS, P.T., ROE, D., LYSAKER, P.H. (2011) Narrative enhancement and cognitive therapy: a new group-based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness. *International Journal of Group Psychotherapy*, 61, 577-595.

ZALKA ZS. (2006) Egy terápiás közösség lehetőségei a pszichotikus és borderline zavarok kezelésében. In: Trixler M., Tényi T. (szerk) *A szkizofrénia pszichoterápiája*. Medicina, Budapest, 305-340.

Magyar nyelvű honlapok

www.academia.edu

www.ebredesek.hu

www.nyitnikek.hu

www.ksh.hu

Angol nyelvű honlapok

<http://www.indigo-group.org/the-network/>

<http://www.time-to-change.org.uk/>

<http://www.stigmaandempowerment.org/resources>

Melléklet/1.

Kérem, olvassa el figyelmesen az alábbi történetet!

Anna 28 éves nő, érettségizett, tanulmányait jó eredménnyel végezte. Adminisztrátorként dolgozik egy könyvelő-cég irodájában.

Édesapjának kivitelező cége van az építőiparban, édesanyja óvónő volt, már nyugdíjas. 4 évvel idősebb bátyja közgazdász, másik városban él családjával (1 éves a kislánya). Annát gyermekkorában jólnevelt, inkább visszahúzódó kislánynak tartották – bár jobban kedvelte a magányos tevékenységeket, volt egy-egy barátja az iskolában is. Mái is szeret olvasni, az interneten is szívesen tájékozódik, szabadidejében számítógépes játékokat játszik. 10 éves kora óta halakat tart. Jelenleg szülei szomszédságában albérletben, párkapcsolatban él. Partnere műszerész, egy távközlési cég munkatársa.

Kb. 2 évvel ezelőtt Annának megváltozott a viselkedése, csendesebbé, gyanakvóvá vált, küllemét kissé elhanyagolta, munkahelyén szétszórtsága, magába fordultsága tűnt fel. Miután édesanyja észrevette, hogy fokozottan szorong, pszichiáterhez fordultak. Akkori kórházi kezelése óta jól van, jelenleg is gyógyszert szed, a szkizofrénia egyik formáját diagnosztizálták nála.

Ha a történet alapján elképzei Annát, mit gondol, milyen lehet? Kérem, x-szel jelezze a megfelelő karikán, hogy melyik végponthoz áll közelebb az ön véleménye az egyes tulajdonságok esetén!

Kérem, jelezze, Ön szerint Anna mennyire...

	egyáltalán nem igaz rá	000000000	valószínű	teljesen igaz rá
intelligens		000000000		
kreatív		000000000		
megbízható		000000000		
kompetens		000000000		
rugalmas		000000000		
nyitott		000000000		
társasági		000000000		
kedves		000000000		
alkalmazkodó		000000000		
empatikus		000000000		

vonzó	000000000
együttműködő	000000000
lelkiismeretes	000000000
nyugodt	000000000
türelmes	000000000
figyelmes	000000000
kiegyensúlyozott	000000000
kitartó	000000000
rokonszenves	000000000
mélyen érző	000000000
önálló	000000000
becsületes	000000000
tevékeny	000000000
megértő	000000000

Anna gyermeket szeretne. Kérem, erre vonatkozóan minden állításnál jelölje be, mennyire ért egyet azzal:

	egyáltalán nem értek egyet	0 0 0 0 0 0 0 0	teljesen egyetértek
Áldásom rá.		0 0 0 0 0 0 0 0	
Felelőtlenség lenne.		0 0 0 0 0 0 0 0	
Valószínűleg jó anya lenne.		0 0 0 0 0 0 0 0	
Jobb lenne, ha még nem most vállalna gyermeket.		0 0 0 0 0 0 0 0	
Csodálkoznék.		0 0 0 0 0 0 0 0	
Szabadon dönthet.		0 0 0 0 0 0 0 0	
Úgy tűnik, minden körülmény adott hozzá.		0 0 0 0 0 0 0 0	
Folyamatos segítségre szorul.		0 0 0 0 0 0 0 0	
A helyében én nem vállalnék gyereket.		0 0 0 0 0 0 0 0	
Majd, ha összeházasodtak.		0 0 0 0 0 0 0 0	
Majd, ha lesz saját lakásuk.		0 0 0 0 0 0 0 0	

Ha megszületik a baba, könnyen belerázódik majd.	0 0 0 0 0 0 0 0
Lebeszelném róla.	0 0 0 0 0 0 0 0
Drukkolnék nekik.	0 0 0 0 0 0 0 0
Ha mindketten szeretnék, nincs miért várjanak.	0 0 0 0 0 0 0 0

Melyik az a legközelebbi kapcsolat, amiben el tudná képzelni Annát és sajátmagát? Karikázza be az Ön véleményét legjobban tükröző állítás számát:

Elfogadnám Annát, a történet szereplőjét...

- 1 – közeli családtagnak házasság révén
- 2 – személyes barátomnak
- 3 – mint szomszédot
- 4 – kollégámnak
- 5 – mint hazám polgárát

Most arra kérem, olvassa el figyelmesen a mondat-befejezéseket és tegyen x-et az elé, amelyikkel egyetért! (Több állítással is egyetérthet, az ön véleménye a fontos!)

Anna pszichiátriai problémáját valószínűleg...

- ...neveltetése okozhatja.
- ...munkahelyi problémái okozhatják.
- ...veleszületett rendellenességként örökölte.
- ...genetikai örökségének köszönheti.
- ...idegfejlődési zavar okozhatja.
- ...partnerkapcsolati nehézségek okozhatják.
- ...a családi kommunikáció zavara okozhatja.
- ...magának köszönheti.
- ...anyjával való kapcsolata okozhatja valamiképpen.
- ...apjával való kapcsolata okozhatja valamiképpen.
- ...testvérével való kapcsolata okozhatja valamiképpen.
- ...nem megfelelő életmód tényezők (táplálkozás, mozgás stb.) okozhatják.
- ...társadalmi tényezők okozhatják.

- ...anyagi nehézségek okozhatják.
- ...személyisége speciális jellemzői okozhatják.
- ...a véletlennek/sorsnak köszönheti.
- ...Isten rendelte így.
- ...baráti kapcsolatainak nehézségei okozhatják.
- ...gyenge idegrendszere okozza.
- ...immunrendszerének zavara okozhatja.
- ...valamilyen korábbi trauma (pl. bántalmazás) okozhatja.
- más (korábban nem szerepelt ok) okozza:.....

Betegsége szerintem...

- ...magától elmúlik.
- ...nem gyógyítható (nem múlik el).
- ...nem kezelhető (nem lehet jobban).
- ...pszichoterápiával kezelhető (jobban lesz tőle, de nem múlik el).
- ...pszichoterápiával gyógyítható (elmúlik hatására).
- ...gyógyszerekkel kezelhető.
- ...gyógyszerekkel gyógyítható.
- ...az idők folyamán egyre súlyosabb lesz, ha nem kezelik.
- ..az idők folyamán egyre súlyosabb lesz, ha kezelik is.
- ...az idők folyamán egyre jobban lesz, kezelés nélkül is.
- ..az idők folyamán egyre jobban lesz, ha kezelik.
- ...kezelés nélkül vissza-visszatér.
- ...kezelés mellett is vissza-visszatérhet.
- ... gyógyszeres orvosi kezelésre szorul.
- ...másokra veszélyes lehet, ha nem kezelik.
- ...másokra veszélyes lehet, ha kezelik is.
- ...önmagára veszélyes lehet, ha nem kezelik.
- ...önmagára veszélyes lehet, ha kezelik is.

...egy darabig lelki támogatásra szorul.

...tartós lelki támogatásra szorul.

...egy darabig társas támogatásra szorul.

...tartósan társas támogatásra szorul.

...nem akadályozza önálló életvitelét.

...kezelés mellett nem akadályozza önálló életvitelét.

...önálló életvitelét akadályozza.

egyéb megjegyzés:.....

Melléklet/2.

SSMIS-SF-Hungarian

translated by sztanicsik.veronika@arts.unideb.hu

Az évek során a közvélemény sokféle dolgot hitt a mentális betegségekről, olyanokat is, amelyek sértőek lehetnek. Szeretnénk tudni, Ön mint gondol, hogy a közvélemény, mint egész, azaz a legtöbb ember általában, hogyan vélekedik a mentálisan beteg emberekről manapság. Kérem, válaszoljon a következő kérdésekre, az alábbi 9 fokozatú skálát használva.

Nagyon nem érték egyet	Igen is meg nem is érték egyét	Nagyon egyétérték						
<hr/>								
1	2	3	4	5	6	7	8	9

1. rész:

Szerintem az emberek úgy vélik, ...

1. _____ a legtöbb mentálisan beteg ember maga tehet a problémájáról.
2. _____ a legtöbb mentálisan beteg ember kiszámíthatatlan.
3. _____ a legtöbb mentálisan beteg ember nem fog meggyógyulni vagy nem lesz jobban.
4. _____ a legtöbb mentálisan beteg ember veszélyes.
5. _____ a legtöbb mentálisan beteg ember nem tud gondoskodni magáról.

2. rész:

Válasszon a következő 5 tételre az egyetértési skála 9 fokozatát használva.

Nagyon nem érték egyet	Igen is meg nem is értek egyet	Nagyon egyetértek
---------------------------	--------------------------------------	----------------------

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Véleményem szerint...

1. _____ a legtöbb mentálisan beteg ember maga tehet a problémájáról.
2. _____ a legtöbb mentálisan beteg ember kiszámíthatatlan.
3. _____ a legtöbb mentálisan beteg ember nem fog meggyógyulni vagy nem lesz jobban.
4. _____ a legtöbb mentálisan beteg ember veszélyes.
5. _____ a legtöbb mentálisan beteg ember nem tud gondoskodni magáról.

3. rész:

Válaszoljon a következő 5 tételre az egyetértési skála 9 fokozatát használva.

Nagyon nem érték egyet	Igen is meg nem is érték egyet	Nagyon egyetértek
---------------------------	--------------------------------------	----------------------

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Mivel mentális betegségem van,...

1. _____ nem tudok gondoskodni magamról.
2. _____ nem fogok meggyógyulni, vagy nem leszek jobban.
3. _____ én tehetek a problémáimról.
4. _____ kiszámíthatatlan vagyok.
5. _____ veszélyes vagyok.

4. rész:

Végül, válaszoljon a következő 5 tételre az egyetértési skála 9 fokozatát használva.

Nagyon nem érték egyet	Igen is meg nem is értek egyed	Nagyon egyetértek						
<hr/>								
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Jelenleg kevesebbre tartom magam,...

1. _____ mert nem tudok gondoskodni magamról.
2. _____ mert veszélyes vagyok.
3. _____ mert én tehetek a problémáimról.
4. _____ mert nem fogok meggyógyulni, vagy nem leszek jobban.
5. _____ mert kiszámíthatatlan vagyok.

SSMIS-SF-Hungarian Válaszlap

A skála-pontok összege mindegyik részből a "3 A + 1" koncepció tükrében.

_____ **Aware (Tudatosság):** (Összes tétel pontjainak összege az 1. részben).

_____ **Agree (Egyetértés):** (Összes tétel pontjainak összege a 2. részben).

_____ **Apply (Alkalmazás):** (Összes tétel pontjainak összege a 3. részben).

_____ **Hurts self (Önkép ártalom):** (Összes tétel pontjainak összege a 4. részben).

Melléklet/3.

WHO Általános Jólét Indexe

Válaszlehetőségek:

0- soha

1- néha

2- Az időnek kevesebb, mint felében.

3- Az időnek több, mint felében.

4- Az idő legnagyobb részében.

5- mindig

Az elmúlt két hét során érezte-e magát...	0	1	2	3	4	5
1. vidámnak és jókedvűnek?						
2. nyugodtnak és ellazultnak?						
3. aktívnak és élénknek?						
4. ébredéskor frissnek és kipihentnek?						
5. a napjai tele voltak érdekes dolgokkal?						

Melléklet/4.

Diszkriminációs és stigma becslőskála (DISC-12)

Instrukciók, amelyet az interjú készítője felolvas a résztvevőnek

(Megjegyzés az interjú-készítőnek: A kérdőív bemutatáskor olvassa fel az alábbi bekezdést a résztvevőnek, majd fűzzön hozzá további magyarázatot, ha szükséges!)

Akkor beszélünk stigmáról (azaz megbélyegzésről) és diszkriminációról (azaz megkülönböztetésről), amikor valakivel azért bánnak méltánytalanul, mert másoktól különbözőnek tartják. Ezzel a kérdőívvel a pszichiátriai betegség miatt Önt ért megkülönböztetést mérjük fel.

A kérdőív négy részből áll. Mindegyik arra kérdez rá, hogyan bántak Önnel, illetve Ön mit tett különböző helyzetekben:

1. Az első részben olyan kérdéseket teszek majd fel, amelyek felméri, milyen helyzetekben bántak Önnel méltánytalanul pszichiátriai problémája miatt;
2. A második részben arra fogok rákérdezni, volt-e olyan helyzet, amikor azért nem tett meg valamit, mert félt attól, ahogyan mások reagálhatnak a pszichiátriai problémájára.
3. A harmadik részben arra leszek kíváncsi, hogyan tudott megbírkózni a pszichiátriai problémája miatti stigmával és diszkriminációval;
4. A negyedik részben azt szeretném megtudni, hogy volt-e olyan tapasztalata, amikor pozitív megkülönböztetésben részesült a pszichiátriai problémája miatt.

T

Az interjú minden részében azt kérdezem majd, hogy egy adott esemény Soha, Ritkán, Mérsékelten gyakran, Gyakran történt meg Önnel. Arra is meg fogom kérni, mondjon egy-egy példát.

Megjegyzés az interjú-készítőnek: Válassza ki, hogy az interjú milyen időszakra vonatkozik, és ennek megfelelően ismertesse az alábbi bekezdést!)

Kérem, hogy minden kérdésnél **vegyen figyelembe minden olyan eseményt, amely a pszichiátriai probléma kialakulása óta történt az életében / ami az elmúlt 12 hónapban történt/ ami X ideje történt. (Válassza ki a megfelelő időszakot!)**

VEGYE FIGYELEMBE (!), hogy az ASPEN és INDIGÓ Depresszió Vizsgálatok 12 hónapos időszakot mérnek fel. Ezért a DISC-12 minden kérdésénél az előző 12 hónap eseményeire kérdezzünk rá. (Határozza meg az időtartamot!)

Most odaadom Önnek ezt a kártyát, amelyen szereplő kérdések közül kiválaszthatja a megfelelő válaszokat az interjú során. (Adja a válaszadó kezébe a válasz-kártyákat – lásd még a záródokumentumban!)

(Instrukciók az interjú készítője számára, amelyet felolvas a résztvevőnek)

“Ebben a részben olyan kérdéseket teszek fel, amelyek felmérik, milyen helyzetekben bántak Önrel méltánytalanul pszichiátriai problémája miatt (az utóbbi 12 hónapban). Ebben a szekcióban 21 kérdés szerepel. Kérem, hogy minden kérdésre egy választ adjon!

<p>1. 1.Előfordult-e, hogy méltánytalanul bántak Önrel a barátai, vagy azok, akikkel barátkozni akart? Nem megfelelő kérdés <input type="checkbox"/></p>	<p>soha <input type="checkbox"/></p>	<p>ritkán <input type="checkbox"/></p>	<p>mérsékelten gyakran <input type="checkbox"/></p>	<p>gyakran <input type="checkbox"/></p>
<p>Mondjon egy példát! _____</p>				
<p>2. Előfordult-e hogy a szomszédai méltánytalanul bántak Önrel? Nem megfelelő kérdés <input type="checkbox"/></p>	<p>soha <input type="checkbox"/></p>	<p>ritkán <input type="checkbox"/></p>	<p>mérsékelten gyakran <input type="checkbox"/></p>	<p>gyakran <input type="checkbox"/></p>
<p>Mondjon egy példát: _____ _____</p>				
<p>3.Előfordult-e hogy méltánytalanannak érezte a partnere viselkedését egy randevú, vagy intim együttlét során? (Nem vonatkozik a házastársra, vagy élettársra. Erre a 6. kérdés vonatkozik.) Nem megfelelő kérdés <input type="checkbox"/></p>	<p>soha <input type="checkbox"/></p>	<p>ritkán <input type="checkbox"/></p>	<p>mérsékelten gyakran <input type="checkbox"/></p>	<p>gyakran <input type="checkbox"/></p>
<p>Mondjon egy példát: _____ _____</p>				
<p>4.Észlelt-e méltánytalan bánásmódot a lakás fenntartása és a lakás ügyeinek vitele terén?</p>	<p>soha <input type="checkbox"/></p>	<p>ritkán <input type="checkbox"/></p>	<p>mérsékelten gyakran <input type="checkbox"/></p>	<p>gyakran <input type="checkbox"/></p>

Nem megfelelő kérdés <input type="checkbox"/>				
1.				
Mondjon egy példát: _____				
5.Észlelt-e méltánytalan bánásmódot az oktatás területén?(Kérdezzen rá az alsó és felső szintű oktatásra, a szakképzésekre és munkaelőkészítő tréningre is!) Nem megfelelő kérdés <input type="checkbox"/>	soha	ritkán	mérsékelten gyakran	gyakran
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mondjon egy példát: _____				
6.Észlelt-e méltánytalan bánásmódot a házasságkötés, vagy a válás során? (beleértve az élettársi kapcsolatot, kérdezzen rá a partner vagy házastárskeresési lehetőségekre, a problémákra a kapcsolat illetve válás során) Nem megfelelő kérdés <input type="checkbox"/>	soha	ritkán	mérsékelten gyakran	gyakran
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mondjon egy példát: _____				
7.Észlelt-e méltánytalan bánásmódot a családja részéről? (A szülői családra kérdezzen rá, beleértve a szülőket, testvéreket, más rokonokat, gyermekeket! A kérdés nem vonatkozik a házastársra, élettársra. Erre a 6. kérdés vonatkozott.) Nem megfelelő kérdés <input type="checkbox"/>	soha	ritkán	mérsékelten gyakran	gyakran
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mondjon egy példát: _____				
8.Észlelt-e méltánytalan bánásmódot a az álláskeresés során ?)(A kérdés a teljes, ill. rész-munkaidőben végzett, fizetett munkára vonatkozik.) Nem megfelelő kérdés <input type="checkbox"/>	soha	ritkán	mérsékelten gyakran	gyakran
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mondjon egy példát: _____				
9.Észlelt-e méltánytalan bánásmódot a munkahelyén, amely nehezítette a munka megtartását? Nem megfelelő kérdés <input type="checkbox"/>	soha	ritkán	mérsékelten gyakran	gyakran
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mondjon egy példát: _____				
10.Észlelt-e méltánytalan bánásmódot a tömgközlekedés használatakor?)(Kérdezzen rá az ingyenes, vagy kedvezményes utazási lehetőségekre, az utasok, gépjárművezetők viselkedésére, stb.) Nem megfelelő kérdés <input type="checkbox"/>	soha	ritkán	mérsékelten gyakran	gyakran
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mondjon egy példát: _____				

11.Észlelt-e méltánytalan bánásmódot a segélyek és nyugdíj megítélése és kifizetése során? <i>(Kérdezzen rá a kérvényezés folyamatára /pl.: segély, lakhatási támogatás, leszázalékolás/, valamint a támogatások mértékére!)</i>	soha	ritkán	mérsékelten gyakran	gyakran
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nem megfelelő kérdés <input type="checkbox"/>				

Mondjon egy példát:

12.Észlelt-e méltánytalan bánásmódot a vallásgyakorlás során? <i>(Kérdezzen rá a vallási közösségbe, templomba járásra, a hívők és a vallási vezetők viselkedésére!)</i>	soha	ritkán	mérsékelten gyakran	gyakran
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nem megfelelő kérdés <input type="checkbox"/>				

Mondjon egy példát:

13.Észlelt-e méltánytalan bánásmódot a társas életében? <i>(Kérdezzen rá a társasági életre, hobbiakra, rendezvények látogatására, szabadidő-programokra!)</i>	soha	ritkán	mérsékelten gyakran	gyakran
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nem megfelelő kérdés <input type="checkbox"/>				

Mondjon egy példát:

14.Észlelt-e méltánytalan bánásmódot a rendőrség részéről? <i>(Kérdezzen rá minden olyan eseményre, amikor a válaszadó mentális problémája miatt, vagy más okból kapcsolatba került a rendőrséggel!)</i>	soha	ritkán	mérsékelten gyakran	gyakran
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nem megfelelő kérdés <input type="checkbox"/>				

Mondjon egy példát:

15.Észlelt-e méltánytalan bánásmódot valamilyen testi betegsége, problémája ellátása során? <i>(Kérdezzen rá a háziorvosi, fogorvosi, nővéri, és sürgősségi, ill. baleseti ellátásra!)</i>	soha	ritkán	mérsékelten gyakran	gyakran
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nem megfelelő kérdés <input type="checkbox"/>				

Mondjon egy példát:

16.Észlelt-e méltánytalan bánásmódot a pszichiátriai szakemberek részéről? <i>(Kérdezzen rá a szakemberek viselkedésre, az általuk nyújtott kezelésre. Észlelt-e a válaszadó megalázó, tiszteletlen bánásmódot a pszichiátriai ellátók részéről?)</i>	soha	ritkán	mérsékelten gyakran	gyakran
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nem megfelelő kérdés <input type="checkbox"/>				

Mondjon egy példát:

17.Élt-e át méltánytalanságot a magánügyei tiszteletben tartásával kapcsolatban? (Kérdezzen rá a kórházon és a közösségi intézményeken belüli magánszférára, például magánlevelekkel vagy privát telefonhívásokkal, orvosi és rendőrségi adatokkal kapcsolatos titoktartásra! Nem megfelelő kérdés <input type="checkbox"/>	soha	ritkán	mérsékelten gyakran	gyakran
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mondjon egy példát:

18.Észlelt-e méltánytalan bánásmódot, amely sértette a személyes biztonságát? (Kérdezzen rá, érte-e verbális, vagy fizikai bántalmazás, vagy támadás!) Nem megfelelő kérdés <input type="checkbox"/>	soha	ritkán	mérsékelten gyakran	gyakran
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mondjon egy példát:

19.Észlelt-e méltánytalan bánásmódot a családalapítás, vagy a gyermekvállalás terén? <i>(Kérdezzen rá az egészségügyi szakemberek, a barátok, a család hozzáállására! Hogyan kezelték őt, vagy partnerét a terhesség, vagy szülés során?)</i> Nem megfelelő kérdés <input type="checkbox"/>	soha	ritkán	mérsékelten gyakran	gyakran
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mondjon egy példát:

20.Bántak-e Önnel méltánytalanul szülőként? <i>(Kérdezzen rá más szülők, tanárok, családtagok és a pszichiátriai szakemberek viselkedésére!)</i> Nem megfelelő kérdés <input type="checkbox"/>	soha	ritkán	mérsékelten gyakran	gyakran
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mondjon egy példát:

Észlelt olyat, hogy mások elkerülik, vagy megbélyegzik azért, mert tudják, hogy Ön pszichiátriai problémával él?21. Nem megfelelő kérdés <input type="checkbox"/>	soha	ritkán	mérsékelten gyakran	gyakran
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mondjon egy példát:

(Instrukciók az interjú készítője számára, amelyet felolvas a résztvevőnek)

Ebben a részben arra fogok rákérdezni, volt-e olyan helyzet az elmúlt 12 hónapban, amikor azért hagyott abba valamilyen tevékenységet, ami fontos volt önnek, mert félt attól, ahogyan mások reagálhatnak a pszichiátriai problémájára. Itt 4 kérdésre kell válaszolnia. Mindegyikre egy választ adjon!

22.Előfordult, hogy feladta a munkakeresést?	soha	ritkán	mérsékelten gyakran	gyakran
Nem megfelelő kérdés <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mondjon egy példát:

23.Előfordult, hogy nem vállalta, hogy jelentkezzék valamilyen oktatásra, vagy képzésre?	soha	ritkán	mérsékelten gyakran	gyakran
Nem megfelelő kérdés <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mondjon egy példát

24.Előfordult, hogy nem mert belevágni egy szorosabbnak ígérkező emberi kapcsolat kialakításába?	soha	ritkán	mérsékelten gyakran	gyakran
Nem megfelelő kérdés <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mondjon egy példát:

25.Előfordult-e, hogy letagadta, vagy eltitkolta mások előtt pszichiátriai problémáját?	soha	ritkán	mérsékelten gyakran	gyakran
Nem megfelelő kérdés <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mondjon egy példát:

(Instrukciók az interjú készítője számára, amelyet felolvas a résztvevőnek)

“Ebben a részben olyan helyzetekre leszek kíváncsi, amikor meg tudott bírkozni a pszichiátriai problémája miatti stigmával és diszkriminációval (az elmúlt 12 hónapban). 2 kérdést teszek fel, mindegyikre egy választ várok.

26.Összebarátkozott-e olyan emberekkel, akiket nem kezelnek pszichiátriai problémájuk miatt? Nem megfelelő kérdés <input type="checkbox"/>	soha	ritkán	mérsékelten gyakran	gyakran
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mondjon egy példát:

27.Tudta-e használni a személyes készségeit és képességeit a megőlyegzés és megkülönböztetés ellen? Nem megfelelő kérdés <input type="checkbox"/>	soha	ritkán	mérsékelten gyakran	gyakran
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mondjon egy példát:

(Instrukciók az interjú készítője számára, amelyet felolvas a résztvevőnek)

“Ebben a részben azt szeretném megtudni, hogy volt-e olyan tapasztalata az elmúlt 12 hónapban, amikor az Ön számára előnyös megkülönböztetésben részesült a pszichiátriai problémája miatt. Ez olyankor fordul elő, amikor bármilyen területen kiemelten kezelték. Arra vagyok kíváncsi, hogy előfordult-e olyan helyzet, amikor jobban bántak Önnel, mint akkor, amikor még nem volt pszichiátriai problémája, vagy jobban, mint más emberekkel, akiknek nincs ilyen problémájuk. 5 kérdést teszek fel és mindegyikre egy választ várok.

28.Előfordul, hogy a családtagjai a megszokottnál jobban bánnak önnel? (Beleértve a szülői családot, házastársat, élettársat, gyermekeket, rokonokat) Nem megfelelő kérdés <input type="checkbox"/>	soha	ritkán	mérsékelten gyakran	gyakran
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mondjon egy példát: _____ _____				
29.Előfordult, hogy a szokásosnál jobb helyzetbe került, amikor segílyt, vagy nyugdíjat igényelt? Nem megfelelő kérdés <input type="checkbox"/>	soha	ritkán	mérsékelten gyakran	gyakran
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mondjon egy példát: _____ _____				
30.Előfordult, hogy jobban bántak Önnel a lakás fenntartása és a lakás ügyeinek vitele terén? Nem megfelelő kérdés <input type="checkbox"/>	soha	ritkán	mérsékelten gyakran	gyakran
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mondjon egy példát: _____ _____				
31.Előfordult, hogy vallási tevékenysége során jobb bánásmódban részesült? Nem megfelelő kérdés <input type="checkbox"/>	soha	ritkán	mérsékelten gyakran	gyakran
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mondjon egy példát: _____ _____				
32.Előfordult, hogy a munka területén jobban bántak Önnel?	soha	ritkán	mérsékelten gyakran	gyakran
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p><i>(Kérdezzen rá a munka megtalálására, megtartására és a munkahelyi beilleszkedésre)</i></p> <p>Nem megfelelő kérdés <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Mondjon egy példát:</p> <hr/> <hr/>				

Melléklet/5.

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
1. disc_barátai	80	,00	3,00	,7000	1,01133
2. disc_szomszedai	79	,00	3,00	,4051	,84001
3. disc_partnere	51	,00	3,00	,4706	,85681
4. disc_lakasugy	66	,00	3,00	,3485	,86811
5. disc_oktatás	24	,00	3,00	,2083	,65801
6. disc_hazassag_valas	36	,00	3,00	,3611	,86694
7. disc_csaladtag	77	,00	3,00	,8312	1,10504
8. disc_allaskereses	45	,00	3,00	,6667	1,08711
9. disc_munkahelyen	30	,00	3,00	,3000	,70221
10. disc_tomegkozlekedes	34	,00	3,00	,3235	,76755
11. disc_tamogatasiigenyles	70	,00	3,00	,7286	1,08910
12. disc_vallasgyakorlas	66	,00	3,00	,1818	,60534
13. disc_tarsas_szabadido	75	,00	2,00	,1733	,41503
14. disc_rendorség	58	,00	3,00	,2759	,66999
15. disc_egyeb_orvosi	77	,00	3,00	,2597	,67673
16. disc_pszichiatria	80	,00	3,00	,4250	,75933
17. disc_maganugyek	80	,00	3,00	,3500	,79715
18. disc_bantalmazas	79	,00	3,00	,2278	,61913
19. disc_csaladalapitas	35	,00	2,00	,2000	,47279
20. disc_szulokent	19	,00	3,00	,4737	1,02026
21. disc_elkerulik_megbelyeg.	78	,00	3,00	,6410	,95311
22. disc_abbahagy_munkaker.	54	,00	3,00	,7222	1,18825
23. disc_nemvallas_oktatás	62	,00	3,00	,3387	,80863
24. disc_nemvallas_kapcsolat	76	,00	3,00	,7237	1,06582
25. disc_eltitkol_betegség	79	,00	3,00	1,0633	1,18041
26. disc_pozitiv_baratok	80	,00	3,00	,8750	,99842
27. disc_pozitiv_szembeszall	77	,00	3,00	,3247	,69664
28. disc_pozitiv_csaladtag	80	,00	3,00	1,2000	1,22629
29. disc_pozitiv_tamogatásig.	73	,00	3,00	,3288	,68829
30. disc_pozitiv_lakasugy	65	,00	3,00	,1692	,57471
31. disc_pozitiv_vallasgyakorlas	59	,00	3,00	,4746	,98883
32. disc_pozitiv_munkahely	39	,00	3,00	,6410	1,01274

Melléklet/6.

Correlations

		tudatosság	egyetértés	alkalmazás	önkép_átlalom
disc_barátai	Pearson Correlation	,050	,147	,005	-,010
	Sig. (2-tailed)	,662	,193	,966	,931
	N	80	80	80	80
disc_szomszédai	Pearson Correlation	,070	,097	,224*	,324**
	Sig. (2-tailed)	,541	,397	,047	,004
	N	79	79	79	79
disc_partnere	Pearson Correlation	-,220	-,077	-,170	,070
	Sig. (2-tailed)	,121	,591	,233	,623
	N	51	51	51	51
disc_lakásügy	Pearson Correlation	,126	,049	,115	,170
	Sig. (2-tailed)	,313	,697	,358	,173
	N	66	66	66	66
disc_oktatás	Pearson Correlation	-,185	,115	-,239	-,266
	Sig. (2-tailed)	,386	,592	,261	,209
	N	24	24	24	24
disc_házasság_válás	Pearson Correlation	,288	,359*	,103	,149
	Sig. (2-tailed)	,088	,032	,550	,387
	N	36	36	36	36
disc_családtag	Pearson Correlation	,089	-,001	,067	,164
	Sig. (2-tailed)	,441	,994	,560	,153
	N	77	77	77	77
disc_álláskeresés	Pearson Correlation	,179	-,017	-,027	,125
	Sig. (2-tailed)	,240	,913	,863	,413
	N	45	45	45	45
disc_munkahelyen	Pearson Correlation	,092	-,134	-,232	-,177
	Sig. (2-tailed)	,629	,479	,218	,350
	N	30	30	30	30
disc_tömegközlekedés	Pearson Correlation	-,029	,197	,045	,062
	Sig. (2-tailed)	,869	,263	,802	,727
	N	34	34	34	34

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

		tudatosság	egyetértés	alkalmazás	önkép ártalom
disc_támogatásigénylés	Pearson Correlation	,189	,110	,028	,186
	Sig. (2-tailed)	,117	,367	,817	,122
	N	70	70	70	70
disc_vallásgyakorlás	Pearson Correlation	,034	-,003	,066	-,031
	Sig. (2-tailed)	,784	,979	,600	,806
	N	66	66	66	66
disc_társas_szabadidő	Pearson Correlation	,099	,254*	,008	,105
	Sig. (2-tailed)	,399	,028	,944	,368
	N	75	75	75	75
disc_rendőrség	Pearson Correlation	,094	,124	-,004	,150
	Sig. (2-tailed)	,483	,355	,976	,261
	N	58	58	58	58
disc_egyéb_orvosi	Pearson Correlation	-,092	-,135	-,190	-,138
	Sig. (2-tailed)	,425	,242	,098	,231
	N	77	77	77	77
disc_pszichiátria	Pearson Correlation	,128	-,006	-,044	-,009
	Sig. (2-tailed)	,259	,957	,699	,940
	N	80	80	80	80
disc_magánügyek	Pearson Correlation	,081	,019	,007	,111
	Sig. (2-tailed)	,477	,866	,949	,325
	N	80	80	80	80
disc_bántalmazás	Pearson Correlation	,184	,229*	,144	,101
	Sig. (2-tailed)	,105	,042	,206	,375
	N	79	79	79	79
disc_családalapítás	Pearson Correlation	,061	,048	-,264	-,172
	Sig. (2-tailed)	,726	,782	,126	,322
	N	35	35	35	35
disc_szülőként	Pearson Correlation	,154	,333	,266	,189
	Sig. (2-tailed)	,530	,163	,272	,437
	N	19	19	19	19
disc_elkerülik_megbélyehzik	Pearson Correlation	-,126	,007	,011	,162
	Sig. (2-tailed)	,271	,950	,924	,157
	N	78	78	78	78
disc_abbahagy_munkakeresés	Pearson Correlation	,134	,144	,240	,326*
	Sig. (2-tailed)	,334	,300	,081	,016
	N	54	54	54	54
disc_nemvállal_oktatás	Pearson Correlation	-,036	,020	-,168	,048
	Sig. (2-tailed)	,779	,878	,192	,711
	N	62	62	62	62

disc_nemvállal_kapcsolat	Pearson Correlation	,237*	,078	,171	,151
	Sig. (2-tailed)	,039	,504	,139	,193
	N	76	76	76	76
disc_eltitkol_betegség	Pearson Correlation	,208	-,075	,050	,074
	Sig. (2-tailed)	,066	,511	,662	,515
	N	79	79	79	79

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

		tudatosság	egyvetértés	alkalmazás	önkép ártalom
disc_pozitív_barátok	Pearson Correlation	-,007	-,033	-,165	-,169
	Sig. (2-tailed)	,954	,768	,143	,135
	N	80	80	80	80
disc_pozitív_szembeszáll	Pearson Correlation	,188	,020	-,104	-,032
	Sig. (2-tailed)	,102	,864	,368	,785
	N	77	77	77	77
disc_pozitív_családtag	Pearson Correlation	,158	,001	,075	,084
	Sig. (2-tailed)	,163	,991	,507	,457
	N	80	80	80	80
disc_pozitív_támogatásigény lés	Pearson Correlation	,091	,189	,055	,070
	Sig. (2-tailed)	,443	,109	,643	,559
	N	73	73	73	73
disc_pozitív_lakásügy	Pearson Correlation	,194	,037	,243	,027
	Sig. (2-tailed)	,121	,771	,051	,828
	N	65	65	65	65
disc_pozitív_vállásgyakorlás	Pearson Correlation	,089	,091	,033	,311*
	Sig. (2-tailed)	,504	,494	,802	,017
	N	59	59	59	59
disc_pozitív_munkahely	Pearson Correlation	,021	-,058	-,010	-,085
	Sig. (2-tailed)	,901	,724	,952	,605
	N	39	39	39	39

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Melléklet/7.



HAJDÚ-BIHAR MEGYEI KORMÁNYHIVATAL

NÉPEGÉSZSÉGÜGYI SZAKIGAZGATÁSI SZERVE

Ügyiratszám: HBR/052/00435-³/2015
Ügyintéző: dr. Szabó Erzsébet Ágnes
Telefon: 52/420-015/113

Tárgy: Engedélyező Határozat
Hlv. szám:
Melléklet:

*Kérjük, hogy válaszevelében az iktatószámunkra
és ügyintézőnkre hivatkozni szíveskedjen!*

HATÁROZAT

A Hajdú-Bihar Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve (a továbbiakban: Hatóság) a DEBRECENI EGYETEM KLINIKAI KÖZPONT REGIONÁLIS ÉS INTÉZMÉNYI KUTATÁSETIKAI BIZOTTSÁGA szakhatósági állásfoglalása alapján

engedélyezi

„A mentális betegek megbélyegzéssel kapcsolatos vélekedései, tapasztalatai, önstigmája” témacímű, DE KK RKEB/IKEB 4289A-2015 protokoll azonosítójú kutatást.

A kutatás anyagi fedezetét biztosító megbízó:
Saját költség

A kutatásban résztvevő intézmények:
DE BTK - Pszichológiai Intézet, Személyiség- és Klinikai Pszichológiai Tanszék (4032 Debrecen, Egyetem tér 1.)
Dr. Habil Pék Győző tanszékvezető egyetemi docens,
Sztancsik Veronika egyetemi tanársegéd

A kutatás helyszíne:
DE KK ÁOK Pszichiátriai Tanszék (4031. Debrecen, Bartók Béla út 2-26.)

A kutatás vezetője: Dr. Habil Pék Győző tanszékvezető egyetemi docens,

A kutatás várható időtartama: 2015. 03. 15. – 2019. 09. 15.

A kutatásba bevonní tervezett résztvevők száma, neme, életkora:
A szkizofrénia valamelyik diagnosztizált formájával élő 50 fő, nemre való tekintet nélkül, 18 év felett.

A 23/2002. (V.9.) EüM rendelet 20. §-a szerint a kutatás vezetője „a kutatás megkezdésétől kezdve minden második év végén, valamint a kutatás befejezését követő 15 napon belül jelentést küld az engedélyezőnek, az etikai bizottságnak és az IKEB-nek. A jelentésben beszámol a kutatás tapasztalatairól, a ténylegesen bevont betegek számáról, az előfordult nem kívánatos és súlyos nem kívánatos eseményekről. A kutatás akkor tekinthető befejezettnek, ha minden beteg – kutatási terv szerinti – utolsó észlelése megtörtént.”

Jelen határozat ellen annak közlésétől számított 15 napon belül az Országos Tisztifőorvosi Hivatalhoz (1097 Budapest, Albert Flórián út 2-6.) címzett, de a Hajdú-Bihar Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási Szervénél benyújtott, 5.000 Ft-os illetékbélyeggel ellátott fellebbezésnek van helye.

INDOKOLÁS

A Hatósághoz 2015. 02. 13. napján érkezett a DE KK Regionális és Intézményi Kutatásetikai Bizottsága (RKEB) kérelme, melyben az általa 2015. február 9. napján véleményezett kutatási anyag - a DE KK RKEB/IKEB 4289A-2015 protokoll azonosítójú, „A mentális betegek megbélyegzéssel kapcsolatos vélekedései, tapasztalatai, önstigmája” című vizsgálat - engedélyezését kérte.

A Regionális és Intézményi Kutatásetikai Bizottság véleménye szerint: „a tervezett vizsgálatok megkezdésének a Bizottság szakmai-etikai akadályát nem látja, annak elvégzését maximálisan támogatja. A vizsgálohelyen a személyi és tárgyi feltételek teljes mértékben rendelkezésre állnak.”

A Hatóság a fentiekre tekintettel a rendelkező részben foglaltak szerint döntött.

Az emberen végzett orvostudományi kutatásokról szóló 23/2002. (V. 9.) EüM rendelet 15. §-a alapján a nem kereskedelmi kutatás engedélyezési eljárása díjmentes.

Jelen határozat – fenti jogszabályhelyeken kívül – a közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól szóló 2004. évi CXL. tv. (Ket.) 71. § (1), 72. § (1) bekezdésén, az emberen végzett orvostudományi kutatások, az emberi felhasználásra kerülő vizsgálati készítmények klinikai vizsgálata, valamint az emberen történő alkalmazásra szolgáló, klinikai vizsgálatra szánt orvostechnikai eszközök klinikai vizsgálata engedélyezési eljárásának szabályairól szóló 235/2009. (X. 20.) Korm. rendelet 6. §. 9. §-án alapul.

A jogorvoslati lehetőségről szóló tájékoztatás a Ket. 98. § (1) bekezdés, 99. §. 102. § (1) bek., a 235/2009. (X. 20.) Korm. rendelet 10. § (1) bek., valamint az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról, a népegészségügyi szakigazgatási feladatok ellátásáról, valamint a gyógyszerészeti államigazgatási szerv kijelöléséről szóló 323/2010. (XII. 27.) Korm. rendelet 19. § (2) bekezdés b) pontján alapul.

A Hatóság hatásköre és illetékessége a 235/2009. (X. 20.) Korm. rendelet 3. § (1) bek., a 323/2010. (XII. 27.) Korm. rendelet 12. § (5) bek. cf) alpontján alapul.

A fellebbezés illetékének megállapítása az illetékekről szóló 1990. évi XCIII. tv. (Itv.) 29. § (2) bekezdésén alapul.

Debrecen, 2015. február 26.

Dr. Fodor Mária
megyei tisztifőorvos
nevében és megbízásából


dr. Szabó Erzsébet Agnes
osztályvezető

Erről értesülnek:

1. DE BTK, Pszichológiai Intézet, Személyiség- és Klinikai Pszichológiai Tanszék - Dr. Habil Pék Győző tanszékvezető egyetemi docens, (4032 Debrecen, Egyetem tér 1.) „TV”
2. Országos Egészségbiztosítási Pénztár (1139 Budapest, Váci út 73/A.) „TV”
3. Dr. Szentmiklósi József András -DE KK Regionális és Intézményi Kutatásetikai Bizottság titkára, DE ÁOK Farmakológiai és Farmakoterápiai Intézet (4012 Debrecen, Pf. 12.) „TV”
1. Irattár