

Ivona MILAČIĆ-VIDOJEVIĆ<sup>1</sup>  
Nada DRAGOJEVIĆ  
Univerzitet u Beogradu  
Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju

## **STIGMA I DISKRIMINACIJA PREMA OSOBAMA S MENTALNOM BOLEŠĆU I ČLANOVIMA NJIHOVIH PORODICA**

*U članku se razmatraju pitanja vezana za prirodu stigme prema osobama s mentalnom bolešću i prema članovima njihovih porodica. Određuju se pojam stigme i vrste stigme (javna stigma prema osobama s mentalnom bolešću i prema njima bliskim osobama, kao i doživljena i internalizovana stigma samih osoba s mentalnom bolešću). Razmatraju se rezultati kroskulturalnih istraživanja o prevalenciji različitih oblika stigme u različitim kulturama. Iznose se podaci o prevalenciji mentalnih bolesti u našoj zemlji i razmatra koje su manifestacije stigme, kako stigmatizacija utiče na osobe s mentalnom bolešću i kako sredstva masovne komunikacije utiču na formiranje stereotipnih stavova prema mentalnoj bolesti. Na kraju se iznosi kratak pregled skala za merenje različitih oblika stigme i antistigma programa.*

**Ključne reči:** stigma, osobe sa mentalnom bolešću, antistigma programi

### **Priroda stigme**

U poslednjoj deceniji sve više je radova koji se bave stigmatizacijom, što se može smatrati uticajem postmoderne na oblast mentalnog zdravlja. Ideje postmoderne pozivaju na preispitivanje opravdanosti koncepata mentalne bolesti i dijagnostikovanja ljudi i posledično na preispitivanje modela zdravstvene i socijalne zaštite koji se nude po-

<sup>1</sup> email: mivona@sbb.rs

pulaciji. Umesto dihotomija: „normalno-patološko, zdravo-bolesno“, potencira se pravo osobe da ne bude samo objekat ili korisnik lečenja, već da aktivno konstruiše svoj identitet. Ističe se značaj konteksta u kome se fenomen (pa tako i mentalna bolest) dešava, a različitost se tretira kao poželjna, a ne kao razlog za odbacivanje (Scambler, 1998).

Stigma je reč grčkog porekla koja predstavlja oznaku ili beleg koji se na koži utiskivao robovima, označavajući vlasništvo nad njima i njihov inferiorni status (Falk, 2001). Goffman (1963) definiše stigmom kao etiketu koja razlikuje osobu ili grupu osoba od drugih na diskreditujući način. Na primer, ljudi etiketirani na osnovu boje kože (rasna pripadnost), fiziologije (polna pripadnost), telesne veličine (stepen gojaznosti), odeće (siromaštvo) stigmatizuju se u masovnoj populaciji. Eliot i sar. (Elliott i sar.,1982) u svojoj definiciji stigme naglašavaju da je ona oblik devijantnosti koji dovodi do toga da drugi ljudi procenjuju individuu kao nepodobnu za učestvovanje u socijalnoj interakciji. Individua se procenjuje kao nesposobna za interakciju, kao nepredvidiva i preteća po okolinu. Link i Felan (Link & Phelan,2001) su ukazali da je koncept stigme kritikovan jer je bio previše individualno fokusiran i labavo definisan. Zato daju novu definiciju stigme koja se sastoji iz komponenata označavanja, stereotipizacije, separacije, gubitka statusa i moći i diskriminacije. Do stigmatizacije dolazi kada grupa koja ima socijalnu moć omalovažava manje moćnu grupu. Ključno je da stigmatizacija nije samo produkt kognitivnog procesa, već postoji i nastaje u kontekstu socijalne nejednakosti.

Od tada, modeli stigme postaju složeniji tako da ne uključuju samo uočavanje znakova koji ukazuju na pripadnost stigmatizovanoj grupi, već i kognitivne (stereotipi), emocionalne (predrasude) i bihejvioralne (diskriminacija) reakcije na opažene znakove (Corrigan, 2005). Stigmatizirajuća oznaka, na primer, ima značenje stereotipa u situaciji kada je neko svestan stereotipa o mentalnoj bolesti u javnosti, ali ih ne prihvata. Ukoliko postoji prihvatanje da se stereotipi odnose na određenu etničku grupu, govorimo o predrasudama. Kao deo procesa stigmatizacije, predrasude se odnose na negativne emocionalne procene. Predrasude vode ka diskriminaciji koja čini bihejvioralni ishod stigme. To je revidirano u definiciji Tornikrofta (Thornicroft, 2007) po kojoj stigma može da se sagleda kao termin koji sadrži tri važna elementa: problem znanja – nepoznavanje pojave, problem stava – predra-

sude i problem ponašanja – diskriminatorski odnos prema drugom. Diskriminacija se definiše kao nepravedna razlika u ophođenju prema različitim kategorijama ljudi, poricanje njihovih prava i odgovornosti kao punopravnih građana (Thornicroft i sar., 2009) i nastaje kao posledica stigme. Diskriminacija se dešava na interpersonalnom nivou, kada odražava težnju ka socijalnom distanciranju i isključivanju osoba sa mentalnom bolešću, ili na strukturalnom nivou, isključivanjem iz javnog života osoba sa mentalnom bolešću pravnim ekonomskim i institucionalnim sredstvima (Link & Phelan, 2001).

Stigma može biti doživljena, kada predstavlja aktualno iskustvo diskriminacije, ili internalizovana, kada ukazuje na strah od diskriminacije ili osećanje sramote, stida, skrivanja, povlačenja usled toga što se negativni stereotip prihvata (Corrigan, 1998). Autor je predložio okvir u kome stigma može da se odredi kao javna ili kao samostigmatizacija. Javna stigma postoji kada članovi opšte populacije prihvataju stereotipe i ponašaju se diskriminatorski. Samostigmatizacija se opisuje kao internalizacija javne stigme ili kao „produkt internalizacije stida, okrivljavanja, beznadežnosti, krivice i straha od diskriminacije povezane sa mentalnom bolešću“.

Stigma može da se odnosi na samu stigmatizovanu osobu, ali i na osobe koje su blisko povezane sa njom, kao što su članovi porodice ili zdravstveni radnici (Ostman&Kjellin, 2002) koji se doživljavaju kao ljudi koji imaju kontakt sa mentalnom bolešću i drugačije iskustvo od većine ljudi (George, 2002). Teorije dominantne 50-tih godina 20. veka podržavale su shvatanje o mentalnoj bolesti kao bolesti uzrokovanoj „shizofrenogenom“ majkom ili pogrešnim načinima socijalizacije, doprinoseći na taj način porodičnoj stigmati, potrebi za stidom i skrivanjem (Bettelheim,1967).

Stručnjaci mogu biti stigmatizatori (nosioci stereotipija u medijskim nastupima, u direktnoj komunikaciji sa pacijentom, mogu biti barijera u socijalnoj integraciji pacijenta, u distribuciji resursa u sektoru zdravstva) ili žrtve stigme (stigma kao profesionalni stresor u psihijatriji) (Schultze, 2007).

## **Mentalna bolest i kultura**

Horovic (Horowitz, 1982) razlikuje psihijatrijski model mentalne bolesti (u kome se simptom ili bolest tretiraju kao nepoželjni i nužno ih je menjati lečenjem) od socijalnog modela (u kome je simptom rezultat socijalne percepcije, odnosno načina na koji ljudi shvataju i vrednuju varijetete u ljudskom ponašanju). U prvom slučaju prepoznavanje mentalne bolesti bi trebalo da bude nezavisno od kulture, dok u drugom modelu kulturološko konotiranje ima ključnu ulogu u prepoznavanju i tretmanu osoba s mentalnom bolešću. Tausend (Towsend, 1979) je takođe postavio tezu da procena mentalne bolesti nije kulturološki neutralna. On je ispitao profesionalce u oblasti mentalnog zdravlja i ljude koji rade u oblasti zakonodavstva i utvrdio da lokalna percepcija o tome šta je mentalna bolest više utiče na njihove procene pojedinca, nego eksplicitne psihijatrijske norme.

Postoji veći broj kros-kulturalnih istraživanja u različitim zemljama u Africi, Evropi, Južnoj Americi i jugozapadnoj Aziji (Thornicroft i sar., 2009). Metodološke neujednačenosti istraživanja ograničavaju upoređivanje podataka, ali nalazi generalno potvrđuju univerzalnost diskriminacije u odnosu prema psihijatrijskim pacijentima.

Izgleda da je stigma manje evidentna u azijskim i afričkim zemljama (Fabrega, 1991), ali ostaje nejasno da li ove kulture ne promovišu stigmatu ili postoji manjak istraživanja u ovoj oblasti. U istraživanjima u Etiopiji 75% rođaka osoba sa shizofrenijom i poremećajima raspoloženja su ukazali da su doživeli stigmatizaciju zbog prisustva mentalne bolesti u porodici, a 37% je htelo da sakrije dijagnozu svog rođaka (Alem i sar., 1999). Istraživanje opšte populacije o znanju i stavovima prema osobama sa mentalnom bolešću u Južnoj Africi je pokazalo da je većina smatrala da su u pitanju stanja povezana sa stresom ili nedostatkom volje a ne medicinski poremećaji (Stein i sar., 1997). Slični nalazi su potvrđeni u istraživanjima u Turskoj (Ozmen i sar., 2004), Sibiru i Mongoliji (Dietrich i sar., 2004). Istraživanje sprovedeno u Kini ukazuje da više od polovine članova porodice ukazuje da stigma ima veliki uticaj na njihov život, nivo opažene stigme je bio viši kod obrazovanih ispitanika i onih koji su živeli u gradovima (Kleinmann & Mechanic, 1979). Studije ukazuju na to da je i u islamskim zemljama stepen stigmatizacije isti kao u drugim zemljama (Fabrega, 1991). Studija sprovedena u Maroku ukazuje da 76% članova porodice nije

imalo nikakva znanja o shizofreniji i da direktan kontakt nije povezan sa blažim stavovima prema osobama sa mentalnom bolešću (Kadri i sar., 2004). U pokretu koji ima za cilj smanjenje društvenog odbacivanja, u Japanu je promenjeno ime za shizofreniju od *seishi buntetsu byo* (split mind disorder, poremećaj podeljenog uma) u *togo shiccho sho* (poremećaj gubitka koordinacije, loss of coordination disorder). Prethodni termin nije bio u skladu sa tradicionalano vrednovanim konceptom lične autonomije što je za posledicu imalo da je samo 20% osoba sa ovim stanjem saznalo dijagnozu od svog lekara (Despriya & Nobutada, 2002). Postoje indikacije od strane samih pacijenata i članova njihovih porodica da je novi termin manje stigmatizujući i da se o njemu otvorenije razgovara. To je u skladu sa istraživanjem sprovedenim u Nemačkoj (Angermayer & Matschinger, 2005) u kome se ukazuje da sama oznaka „shizofrenija“ ima značajan uticaj na javno mnjenje. Postavlja se pitanje da li stigmati doprinosi sam naziv koji nosi negativnu konotaciju ili neuobičajeni obrazac ponašanja osoba sa shizofrenijom. I obrasci ponašanja i naziv doprinose stigmati, a povezivanje mentalne bolesti i opasnosti naglašava negativne uticaje same oznake (Link, 1987).

Zajednički nalaz istraživanja sprovedenih u različitim zemljama o stigmati i o mentalnoj bolesti ukazuju na visok nivo ispoljenog neznanja i pogrešnih informacija o mentalnim bolestima. Rezultati su takođe pokazali da ne postoji zemlja, društvo ili kultura u kojoj se osobe sa mentalnom bolešću smatraju podjednako vrednim i na isti način prihvaćenim kao osobe bez mentalne bolesti. Treći zajednički nalaz je da se u poređenju sa drugim oboljenjima, mentalna bolest više stigmatizovala. Izbegavanje i odbijanje osoba sa mentalnom bolešću je izgleda univerzalan fenomen (Thornicroft, 2006).

### **Stigma povezana sa problemima mentalnog zdravlja**

Istraživanja su pokazala da su osobe sa mentalnom bolešću i intelektualnom ometenošću najstigmatizovanije socijalne grupe (Tringo, 1970; Frist, 2000). Istraživanja pokazuju da se mentalna bolest više stigmatizovala u poređenju sa somatskim bolestima, zloupotrebama psihoaktivnih supstanci ili beskućništvom (Albrecht et al. 1982). Teme u ovim istraživanjima su se odnosile na to koliko je osoba odgo-

vorna za svoju bolest (i koliko se za nju može okrivljavati) i ravnoteže između potrebe zaštite javnog zdravlja i poštovanja ljudskih prava osoba koje imaju dijagnozu (Goldin, 1994).

Stigma proizvodi promene u osećanjima, stavovima i ponašanju kod osoba koje su predmet stigme (nisko samopoštovanje, socijalno povlačenje, nevođenje računa o sebi) i kod članova njihove porodice. Diskriminacija dovodi do izostajanja traženja pomoći, do nepristupačnog tretmana, do materijalnog siromaštva i socijalne marginalizacije. Ove pojave mogu biti posledica doživljene (aktualne) diskriminacije (npr. neopravdano odbijanje prilikom pokušaja zapošljavanja) ili anticipirane diskriminacije (npr. kada osoba odustaje od traženja posla jer očekuje neuspeh) (Thornicroft i sar., 2009). Ova iskustva stvaraju barijeru kliničkom oporavku pacijenta, sužavajući njegove životne mogućnosti i snižavajući samopouzdanje. Slika o mentalnoj bolesti u javnosti i socijalne reakcije u odnosu na takvu sliku stvaraju novu dimenziju patnje koja se opisuje kao „tiha bolest“ (Corker, 2001). Među osobama sa mentalnom bolešću specifičan je status pacijenata sa shizofrenijom, jer je to hronična bolest koja dovodi do ireverzibilnih izmena ličnosti, pa tako i do socijalno vidljivih promena. Stoga ih okolina opaža kao agresivne, čudne, opasne i homicidalne (Dickerson i sar., 2002).

Nezaposlenost mentalno izmenjenih ljudi dodatno utiče na snižavanje samopoštovanja, socijalnog statusa i stepena nezavisnosti. Razvijena društva pokazuju veću osetljivost za problem ljudi sa posebnim potrebama, za koje predviđaju i radna mesta prilagođena njihovim sposobnostima (Warner, 1991). Kuper i Sartorius (Cooper & Sartorius, 1977) smatraju da je u neindustrijskim društvima okruženje prema pacijentima sa shizofrenijom više podržavajuće i tolerantno, sa manje rizika od produženog odbacivanja, izolacije i smeštanja u institucije. Istraživanja pokazuju i da nuklearna porodica (zapadne kulture) pokazuje manju toleranciju prema bolesnom članu, nego proširena porodica, možda zato što je osećanje odgovornosti za manje sposobnog člana podeljeno između više ljudi (El-Islam, 1979).

Svetska zdravstvena organizacija je 1966. godine započela Internacionalni program borbe protiv stigme i diskriminacije prema osobama sa mentalnom bolešću. Jasno je naznačeno da stigma uzrokuje spiralu otuđenja i diskriminacije, vodeći ka socijalnoj izolaciji, radnoj



nesposobnosti, zloupotrebi alkohola i psihoaktivnih supstanci, beskućništvu, dugotrajnoj hospitalizaciji, što sve zajedno smanjuje mogućnost za oporavak. U našoj zemlji, marta 2003. godine osnovana je pri Ministarstvu zdravlja Republike Srbije Nacionalna komisija za mentalno zdravlje čiji je jedan od osnovnih zadataka bio rad na problemima diskriminacije osoba sa mentalnim poremećajima. Godine stresa u našoj zemlji i u celom regionu dovele su do porasta razvoja mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja u našoj zemlji. Po podacima Instituta za zdravstvenu zaštitu Srbije učestalost mentalnih poremećaja povećana je za 13,5% od 1999. do 2002. godine tako da se oni sada nalaze na drugom mestu problema javnog zdravstva (posle cerebrovaskularnih i kardiovaskularnih bolesti). Zbog dugotrajne teške situacije, sistem zdravstvene zaštite se suočava sa specifičnim izazovima. Reforma zaštite mentalnog zdravlja je započela, uz brojne pozitivne akcije, kao što je priprema Nacionalne politike za mentalno zdravlje i nacrti Zakona o zaštiti prava osoba sa mentalnim poremećajima. U toku je transformacija službi za mentalno zdravlje, sa naglaskom na zaštitu u zajednici sa kampanjama protiv stigmatizacije i kontinuiranom edukacijom (Lečić Toševski i sar., 2005).

### **Predstavljanje osoba sa mentalnom bolešću u medijima**

Ljudi stižu saznanja o osobama sa mentalnom bolešću putem ličnog kontakta ili preko sredstava masovne komunikacije (Wahl, 1992) Prikazi osoba sa mentalnom bolešću na televiziji i u drugim sredstvima javnog informisanja su veoma važni jer predstavljaju glavni, a za neke ljude i jedini izvor informacija o mentalnim bolestima. Istraživanje u SAD je pokazalo da 87% ljudi kaže da je televizija glavni izvor informacija, u odnosu na informacije dobijene od prijatelja (51%) i medicinskih stručnjaka (29%) (Yankelovich, 1990). Rezultati australijskog istraživanja pokazuju da su ključne teme u više od polovine analiziranih novinskih članaka percepcija javnosti osoba sa mentalnom bolešću kao opasnih (61%), kao izvršilaca kriminalnih radnji (47%) i kao nepredvidljivih (24%) (Williams & Taylor, 1995). Prikazivanje mentalne bolesti na televiziji se ne razlikuje mnogo od prikazivanja u novinskim člancima. Analiza reprezentativnog broja dokumentarnih emisija je pokazala da većina njih (66%) govori o povredama koje su

osobe sa mentalnom bolešću nanele drugim ljudima, a mali broj govori o tretmanu i oporavku od mentalne bolesti (18%). Svega 2% analiziranih emisija se odnosi na komično predstavljanje osoba sa mentalnom bolešću ili na kritike definicija mentalne bolesti (Philo et al., 1996). Iako se u najvećem broju sredstava masovne komunikacije osobe sa mentalnom bolešću predstavljaju kao nasilne, prisutni su i drugačiji opisi kao što su „buntovnički, slobodan duh, homicidalan manijak, zavodnik, prosvetljen član društva, narcistički parazit i sl.“ (Hyler et al., 1991). Sistematska tendencija isticanja nasilja u medijima u odnosu na druge aspekte mentalne bolesti se opisuje kao „strukturalna diskriminacija“ (Corrigan et al., 2005).

## **Merenje stigme**

Iscrpan pregled procene stigme prema mentalnoj bolesti uključuje procenu stigme iz perspektive samih korisnika ustanova mentalnog zdravlja, profesionalnih grupa (zdravstveni radnici, policija), opšte populacije, porodice osoba sa mentalnim bolestima i dece i adolescenata (Link et al., 2004). Prikazaćemo način procene lične stigme vezane za mentalnu bolest koja se može razložiti na opaženu, doživljenu stigmatu i samostigmatizaciju.

Van Brakel i sar. (2006) smatraju da se o opaženoj stigmi može saznati kada se „osobe sa potencijalno stigmatizujućim zdravstvenim stanjem intervjuju o stigmi i diskriminaciji od koje strahuju ili je opažaju u zajednici“. Opažena stigma se odnosi na strah od doživljavanja stigme, ali i na osećanje sramote povezane sa bolešću (Scrambler, Hopkins, 1986).

LeBel (2008) smatra da opažena stigma uključuje:

1. Percepciju individue o tome kako većina ljudi opaža stigmatizovanu grupu u celini;
2. Percepciju individue o tome kako društvo lično njega sagledava kao člana stigmatizovane grupe.

Sledeće skale procenjuju opaženu stigmatu:

- a. PDD (Perceived Devaluation and Discrimination Scale), meri percepciju pojedinca o tome kako većina ljudi sagledava osobe sa mentalnom bolešću. Corrigan i Watson (Corrigan & Watson, 2002) govore o konstruktivnosti svesnosti o stereotipu.



- b. DISC (Discrimination and Stigma Scale) skala ispituje lična očekivanja ili strah od susreta sa stigmom, ima 4 ajtema koja se odnose na anticipiranu diskriminaciju ili očekivanje stigmatizacije u različitim područjima života.

Van Brakel i sar. (2006) definišu doživljenu stigmom kao „iskustvo aktualne diskriminacije i ograničavanja participacije osobe koja je u pitanju“. Skale se odnose ili na opšti doživljaj stigme ili iskustvo stigme u određenim područjima života.

- a. DISC (Discrimination and Stigma Scale) sadrži 32 ajtema koji se odnose na iskustvo stigme u određenim aspektima života (posao, porodica, ustanove mentalnog zdravlja).
- b. ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness Inventory) sadrži 5 ajtema koji se odnose na iskustvo diskriminacije.

Korigan i Votson (Corrigan & Watson, 2002) definišu samostigmatizaciju kao proces, svesni ili nesvesni, u kome osoba sa mentalnom bolešću prihvata umanjena očekivanja od sebe i za sebe.

- a. ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness Inventory) sadrži 3 subskale koje se odnose na samostigmatizaciju: subskala alijenacije, stereotipa i socijalnog povlačenja.
- b. DSSS (Depression Self Stigma Scale) sadrži 2 subskale koje se odnose na samostigmatizaciju: subskala opšte samostigmatizacije i skrivenosti. Opšta samostigmatizacija uključuje aspekte lično relevantnih stereotipa svesnosti. Skrivenost se odnosi na konstrukt razotkrivanja mentalne bolesti drugim osobama i socijalno povlačenje.

### **Stigma po asocijaciji ili porodična stigma**

Porodična stigma sadrži stereotipe okrivljavanja, sramote i kontaminacije. Okrivljavanje se odnosi na loše roditeljske veštine koje su dovele do pojave mentalne bolesti kod člana porodice. Iako se smatra da su biološki ili genetski model uzroka poremećaja danas zamenili verovanje da je loše roditeljstvo uzrok mentalne bolesti, stavovi javnosti i dalje pokazuju da se kao pretpostavljeni uzrok mentalne bolesti pojavljuje loše roditeljstvo. Članovi porodice mogu doživeti sramotu zbog okrivljavanja za mentalnu bolest obolelog člana, a doživljena sramota može uzrokovati izbegavanje kontakta sa prijateljima ili su-

sedima. Kontaminacija opisuje u kom stepenu bliska povezanost sa stigmatizovanom osobom može voditi umanjenom vrednovanju.

Stigma po asocijaciji negativno utiče na članove porodice na različite načine. Na primer, članovi porodice mogu izbegavati različite socijalne situacije, mogu trošiti energiju i resurse da bi sakrili porodičnu tajnu ili mogu doživeti diskriminaciju u oblasti zapošljavanja i stanovanja. Istraživanja su pokazala da između  $\frac{1}{4}$  i  $\frac{1}{2}$  članova porodice veruje da treba da krije svoj odnos sa obolelim članom da bi izbegli sramotu (Angermayer et al., 1998). Istraživanja pokazuju da između  $\frac{1}{5}$  i  $\frac{1}{3}$  članova porodice izveštava da je njihov odnos sa obolelim članom doveo do zategnutih odnosa sa prijateljima i članovima šire porodice, dok 10% ispitanika ukazuje na povremeno izbegavanje od strane drugih osoba (Dragojević, 2007; Phelan et al., 1998). Između 20-30% članova porodice ukazuje na sniženo samopoštovanje zbog mentalne bolesti člana porodice (Wahl, Harman, 1989). Dve studije ukazuju da se bračni partneri dva puta češće izbegavaju u poređenju sa roditeljima obolele osobe (Phelan et al., 2003; Oestman, Kjellin, 2002), kao i da se roditelji koji žive sa obolelim detetom više izbegavaju u odnosu na roditelje koji ne žive sa obolelim detetom (Phelan et al., 2003; Oestman, Kjellin, 2002). U studiji u kojoj su ispitanici članovi porodice pokazalo se da je 25% ispitanika bilo zabrinuto zbog okrivljavanja za bolest člana porodice (Shibre et al., 2001).

Istraživanja u ovom području su se fokusirala na iskustvo stigme osobe iz porodice koja se brine za člana sa mentalnom bolešću. Iskustvo stigme je bilo povezano sa osećanjem ranjivosti, psihološke patnje, poremećaja spavanja, poremećaja interpersonalnih odnosa, lošeg kvaliteta života (Kadri i sar., 2004), sniženog samopozdanja (Wahl & Herman, 1989). Članovi porodice takođe izveštavaju o zategnutim porodičnim odnosima ili udaljavanju od rođaka (Shibre i sar., 2001), a za roditelje osećanje krivice postaje manifestacija internalizovane stigme (Fink&Tasman, 1992). Sigelman (1991) ukazuje da članovi porodice koji su krvno povezani sa stigmatizovanim članom smatraju da dele gene koji su odgovorni za stanje obolelog člana i da se zbog toga osećaju „uprljanim“.

## **Eliminacija porodične stigme**

Postoji veći broj intervencija koje su se pokazale efikasnim u suzbijanju iskustva stigmatizacije kod osoba sa mentalnom bolešću i članova njihovih porodica. Edukacija psihijatara o strategijama u suzbijanju stigme je takođe važna. Strategije uključuju razvoj svesti o stigmatizaciji kod članova porodice, identifikaciju mehanizama prevladavanja stigme, istraživanje iskustva stigme u sigurnoj i podržavajućoj sredini, učestvovanje u antistigma programima i pružanje mogućnosti za vežbanje veština prevladavanja stresa (Larson, Corrigan, 2008).

## **O antistigma projektima**

Antistigma projekti nemaju samo humanistički karakter zaštite ljudskih prava, već i umanjivanje materijalnih davanja u oblasti javnog zdravlja. Stigmatizacija ima brojne implikacije na zdravstveni sistem: uvećava stres i pojavu somatskih bolesti, uvećava razlike u socio-ekonomskom statusu i udruženim rizicima, uvećava javljanje za pomoć ne samo psihijatrijskih pacijenata, već i njihovih porodica. Zato je Svetska zdravstvena organizacija i postavila sebi za cilj podsticanje aktivnosti protiv stigme, legalizaciju prava ljudi s posebnim potrebama, omogućavanje da zdravstvena briga bude svima dostupna (Schultze, 2007).

Jedan od odgovora kako se same osobe sa mentalnom bolešću mogu boriti protiv stigmatizacije je samorukovođenje koje se sagledava kao element u partnerskom odnosu pacijenta sa servisima mentalnog zdravlja. Ono uključuje lično angažovanje osoba sa mentalnom bolešću u zaštiti i promociji zdravlja, u praćenju simptoma i znakova bolesti i uticaja bolesti na opšte funkcionisanje (Gruman, Van Korff, 1996). Drugi odgovor se nalazi u osnaživanju i samozastupanju osoba sa mentalnom bolešću (Corrigan, 2002). Često ovakvi napori zahtevaju otvoreno priznavanje da neka osoba ima mentalnu bolest. Pored individualnog načina borbe protiv diskriminacije mogu se preduzeti i kolektivne akcije. Glavne strategije uključuju protest (npr. protiv pogrešnog predstavljanja mentalne bolesti i preduzimanje kampanja za verodostojnu prezentaciju), edukaciju (smanjenje stigme obezbeđivanjem tačnih informacija) i kontakt sa osobama sa mentalnom bolešću (Corrigan i sar., 2001). Promena je efikasnija kada se antistigma pro-

grami usmeravaju ka specifičnim grupama koje poseduju moć – osobe koje imaju autoritet i kontrolu nad osobama sa mentalnim bolestima. Ove grupe čine poslodavci, stanodavci koji mogu da spreče osobe sa mentalnim bolestima u postizanju životno značajnih ciljeva. Službenici zaposleni u policiji su često u situaciji da donose odluke koje se tiču osoba sa mentalnim bolestima u slučajevima kada su oni počinio- ci, žrtve ili svedoci određenih događaja. Zdravstveni radnici su takođe važna grupa jer su osobe sa mentalnim bolestima često preusmerava- ne iz zdravstvenih službi ka manje efikasnim servisima.

Efikan način borbe protiv stigmatizacije na nacionalnom nivou uključuje uvođenje pitanja od značaja za mentalno zdravlje u štam- pane i elektronske medije (Philo, 1996), promene u zakonima (anti- diskriminacioni zakon je obavezan u Evropskoj uniji). Na međunarod- nom nivou ističe se značaj pozivanja na primarni izvor ljudskih prava u okviru Ujedinjenih nacija (UNDHR). „Sve osobe imaju pravo na naj- bolju moguću brigu u oblasti mentalnog zdravlja, što predstavlja deo sistema zdravstvene i socijalne zaštite“ (United Nations, 1991). Jedna od korisnih intervencija je postavljanje međunarodnih standarda za nacionalne vlade. Svetska zdravstvena organizacija je objavila stan- darde kojima se zemlje mogu rukovoditi u stvaranju novih ili revidira- nih starih zakona u oblasti mentalnog zdravlja (WHO, 2005).

Istorijski gledano, prepoznavanje pojedinačne i sistematske dis- kriminacije prema osobama sa mentalnim bolestima je skorašnji fenom- en (WHO, 2005). Možemo očekivati u budućnosti da će na temelji- ma prepoznavanja diskriminacije nastati pokret za ljudska prava koji ima za cilj da se osobe sa mentalnom bolešću oslobode marginalizacije i isključenja.

Smatramo da planiranju antistigma programa treba da prethodi te- orijski osmišljena i empirijskim podacima podržana koncepcija o tome šta stigmju prema marginalnim grupama čini tako duboko ukorenjenim fenomenom, koje su to emocije koje održavaju ovu pojavu, odnosno u kojoj su meri svesne, a u kojoj meri nesvesne, prikrivene ili prekrivene drugim emocijama. Takođe nam se čini značajnim i da se utvrde mogući društveni faktori koji podržavaju ove oblike stigmatizacije.

## LITERATURA

1. Albrecht, G., Walker, G., Levy, A. (1982). Social distance from stigmatized: a test of two theories. *Social Science and Medicine*, 16, pp.1319-1327.
2. Alem, A., Jacobsson, L., Araya, M., Kebede, D., Kullgren, G. (1999). How are mental disorders seen and where is help sought in a rural Ethiopian community? A key information study in Butajira, Ethiopia. *Acta Psychiatrica Scandinavia Supplement*, 397, pp. 40-7.
3. Angermayer, C., Matschinger, H. (2005). Labeling-stereotype-discrimination. An investigation of the stigma process. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40 (5), pp. 391-395.
4. Angermayer M.C., Matschinger H. & Holzinger A. (1998). Gender and attitudes towards people with schizophrenia: Results of a representative survey in the Federal Republic of Germany. *International Journal of Social Psychiatry* 44, 107-116.
5. Bettelheim, B. (1967). *The empty Fortress: Infantile autism and the birth of the self*. New York: The Free Press.
6. Corker, E. (2001). Stigma and discrimination - the silent disease. *International Journal of Clinical Practice*, 55 (2), pp. 138-140.
7. Cooper, J. & Sartorius, N. (1977). Cultural and temporal variations in schizophrenia: a speculation on the importance of industrialisation. *British Journal of Psychiatry*, 130, pp. 50-55.
8. Corrigan, P. & Watson, A. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (1), pp. 35-53.
9. Corrigan, P. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, pp. 201-222.
10. Corrigan, P., Penn, D. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54, pp. 765-776.

11. Corrigan, P. (2005). *On the Stigma of Mental Illness* Washington, D.C.: American Psychological Association.
12. Corrigan, P., Watson, A., Gracia, G., Slopen, N., Rasinski, K., Hall, L.(2003). Newspaper stories as measures of structural stigma. *Psychiatric Services*, 54 (10), pp. 1402-1404.
13. Corrigan, P & Miller, F. (2004). Shame, blame and contamination: A review of the impact of mental illness stigma on family members. *Journal of Mental Health*, 13(6), pp. 537-548.
14. Corrigan, P., Watson, A., Miller, F.(2006). Blame, Shame and Contamination: The impact of mental illness and drug dependence stigma of family members. *Journal of Family Psychology*, 20, pp. 239-246.
15. Corrigan P. (2006). Erase the stigma: Make rehabilitation better fit people with mental illness. *Rehabilitation and Education*, 20, pp. 225-234.
16. Corrigan, P., Watson, A., Miller, F. (2007). The stigma of psychiatric disorders and the gender, ethnicity, and education of the perceiver. *Community Mental Health Journal*, 43, pp. 439-458.
17. Corrigan, P. (2002). Empowerment and serious mental illness: treatment partnership and community opportunities. *Psychiatry Quarterly*, 73(3), pp. 217-228.
18. Corrigan, P., River, P., Lundin, K., Penn, L., Uphoff-Wasowski, K., Champion, J., et al. (2001). Three strategies for changing attribution about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), pp.187-195.
19. Desapriya, E., Nobutada, I. (2002). Stigma and mental illness in Japan. *Lancet*, 359(9320), pp. 1866.
20. Dickerson, F., Sommerville, J., Origoni, A. (2002). Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28, pp. 143-155.
21. Dietrich, S., Beck, M., Bujantugs, B., Kenzine, D., Matschinger, H., Angermayer, C. (2004). The relationship between public

- causal beliefs and social distance toward mentally ill people. *Australia and New Zealand Psychiatry*, 38 (5), pp. 348-354.
22. Dragojević, N. (2007). Vulnerabilnost porodica sa autističnim detetom, *Beogradska defektološka škola*, 2, pp.161-172.
23. Elliott, C., Ziegler, L., Altman, M., Scott, R. (1982). Understanding stigma: dimensions of deviance and coping. *Deviant Behaviour*, 3, pp. 275-300.
24. El-Islam, F. (1979). A better outlook for schizophrenics living in extended families. *British Journal of Psychiatry*, 135, pp. 343-347.
25. Fabrega, H. (1991). The culture and history of psychiatric stigma in early modern and modern Western societies: a review of recent literature. *Comparative Psychiatry*, 32 (2), pp. 97-119.
26. Falk, G. (2001). *Stigma: How we treat Outsiders*. New York: Prometheus Books.
27. Frist, Thomas. (2000). Stigma and Societal Response to Leprosy: Experience of the Last Half Century. *Indian Journal of Leprosy*, 72 (1), pp. 1-3.
28. George, T. (2002). Care meanings, expressions, and experiences of those with chronic mental illness. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16, pp. 25-31.
29. Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice -Hall.
30. Goldin, S. (1994). Stigmatization and AIDS: critical issues in public health. *Social Science and Medicine*, 39 (9), pp. 1359-1366.
31. Gruman, J., Von Korff, M. (1996). *Indexed Bibliography on Self-management for People with Chronic Disease*. Washington DC, Center for Advancement in Health.
32. Horwitz, V. (1982). *The social control of mental illness*. New York, Academic Press.
33. Hyler, S., Gabbard, G., Schneider, I. (1991). Homicidal maniacs and narcissistic parasites: stigmatization of mentally ill



- persons in the movies. *Hospital Community Psychiatry*, 42 (10), pp.1044-1048.
34. Kadri, N., Munoudi, F., Bearad, S., Moussaoui, D. (2004). Stigma impact on Maroccan families of patients with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49 (9), pp. 625-629.
35. Kleinmann, A., Mechanic, D. (1979). Some observations of mental illness and its treatment in the Peoples Republic of China. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 167 (5), pp. 267-274.
36. Larson, E., Corrigan, P. (2008). The stigma of families with mental illness, *Academic Psychiatry*, 32, pp. 87-91.
37. LeBel, T. (2008). Perceptions of and responses to stigma. *Sociology Compass*, 2, pp. 409-432.
38. Lečić Toševski, D., Čurčić, V., Grbeša, G., Išpanović Radojković, V., Jović, V., Kokora, G., Mihailovićm G., Milićević Kalašićm A., Stankovićm Z., Stanojković, M., Vučković, N. (2005). Zaštita mentalnog zdravlja u Srbiji – izazovi i rešenja. *Psihijatrija danas, Suppl.* 37 (1), str. 9-15.
39. Link, B. & Phelan, C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, pp. 363-85.
40. Link, B., Young, L., Phelan, J., Collins, P. (2004). Measuring menta lillness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30 (3), pp. 511-541.
41. Link, B., Cullen, F. T., Frank, J., & Wozniak, J. (1987). The social rejection of former mental patients: understanding why labels matter. *American Journal of Sociology*, 92, pp. 1461–1500.
42. Link, B., Phelan, C. (2003). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 54 (10), pp. 1351-1356.
43. Oestman, M & Kjellin, L. (2002). Stigma by Association: Psychological Factors in Relatives of People with Mental Illness. *British Journal of Psychiatry*, 181, pp. 494-498.
44. Ozmen, E., Ogel, K., Aker, T., Sagduyu, A., Tamar, D., Boratav, C. (2004). Public attitudes do depression in urban Turkey – the influence of perceptions and causal attributions on social

- distance towards individual suffering from depression. *Social Psychiatry and Epidemiology*, 39 (12), pp. 1010-1016.
45. Philo, G., McLaughlin, G., Henderson, L. (1996). Media content. In: Philo, G., ed., *Media and Mental Distress*, pp. 45-81. London, Longman.
46. Philo, G. (1996). Users of services, carers and families. U G. Philo (Eds.) *Media and Mental Distress*, pp.105-114. London, Longman .
47. Phelan, J., Bromet, J., Link, B. (1998). Psychiatric illness and family stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 24, pp. 115–126
48. Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, 19 (2), pp. 137-155.
49. Scrambler, G., Hopkins, A. (1986). Being epileptic: coming to terms with stigma. *Sociology of Health and Illness*, 8, pp. 26-43.
50. Shibre, T., Negash, A., Kullgren, D., Kebede, A., Alem, A., Fekadu, G., Medhin, G & Jacobsson, L. (2001). „Perception of Stigma Among Family Members of Individuals with Schizophrenia and Major Affective Disorders in Rural Ethiopia.” *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, pp. 299-303.
51. Sigelman, K. (1991). Social distance from stigmatized groups: False consensus and false uniqueness effects on responding. *Rehabilitation Psychology*, 36 (3), pp. 139-151.
52. Stein, D., Wessels, C., Van Kradenberg, J., Emslay, R. (1997). The Mental Health Information Centre of South Africa: a report of the first 500 calls. *The Central African Journal of Medicine*, 43 (9), pp. 244-246.
53. Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *British Journal of Psychiatry*, 190, pp. 192-193.
54. Thornicroft, G. (2006). *Shunned: discrimination against people with mental illness*. Oxford University Press. New York.
55. Thornicroft, G., Brahan, E., Rose, D., Sartorius, N & Lees, M. (2009). Global pattern of experienced and anticipated

- discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*, 373, pp. 408-425.
56. Townsend, J. (1979). Stereotypes and mental illness: a comparison with ethnic stereotypes. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 3, pp. 205—230.
57. Tringo, J. (1970). The hierarchy of preference toward disability groups. *Journal of Special Education*, 4, pp. 295-306.
58. United Nations. (1991). *UN Resolution 46/119 on the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care, adopted by the General Assembly on 17 December 1991*. New York, United Nations.
59. Van Brakel, W., Anderson, A., Mutatkar, K., Bakirtzief, Z., Nicholls, G., Raju, M., et al. (2006). The Participation Scale: measuring a key concept in public health. *Disability and Rehabilitation*, 28, pp. 193-203.
60. Wahl, O., Kaye, A. (1992). Mental illness topics in popular periodicals. *Community Mental Health Journal*, 28 (1), pp. 21-28.
61. Wahl, O. & Harman, C. (1989). Family Views of Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 15, pp. 31-139.
62. Warner, R. (1991). *Recovery from schizophrenia: psychiatric and political economy*, 2nd edn., New York: Routledge.
63. Williams, M., Taylor, J. (1995). Mental illness: Media perpetuation of stigma. *Contemporary Nurse*, 4, pp. 41-46.
64. World Health Organisation. (2005). *WHO Resource Book on Mental health, Human Rights and Legislation*. Geneva. World Health Organisation.
65. Yankelovich, D. (1990). Public Attitudes toward people with chronic mental illness: Final report. Princeton, New Jersey: Robert Wood Johnson Foundation.

## **STIGMA AND DISCRIMINATION AGAINST PEOPLE WITH MENTAL ILLNESS AND THEIR FAMILY MEMBERS**

Ivona Milačić-Vidojević, Nada Dragojević  
*University of Belgrade, Faculty of Special Education and Rehabilitation*

### Summary

This article describes the nature of stigma attached to persons with mental illness and their family members. Stigma attached to persons with mental illness and those close to them, and the stigma experienced or internalized by persons with mental illness are delineated. The results present data about prevalence of mental illness in our country and the cross-cultural studies indicating the prevalence of different types of stigma in different cultures. Different modes of stigmatization and their impact on persons with mental illness are discussed, as well as the ways in which mass-media create stereotypes about mental illness. Summaries of the scales used for measuring stigma and anti-stigma programmes are also included.

**Key words:** stigma, persons with mental illness, anti-stigma programmes

*Primljeno, 29. 4. 2011.*

*Prihvaćeno, 10. 6. 2011.*