

# SZKIZOFRÉNIÁVAL ÉLŐK MEGBÉLYEGZETTSÉGÉNEK MÉRÉSE



SZTANCSIK Veronika

Debreceni Egyetem, Pszichológiai Intézet, Személyiség- és Klinikai Pszichológiai Tanszék  
sztancsik.veronika@arts.unideb.hu

MÁTH János

Debreceni Egyetem, Pszichológiai Intézet, Szociál- és Munkapszichológiai Tanszék  
math.janos@arts.unideb.hu

PÉK Győző

Debreceni Egyetem, Pszichológiai Intézet, Személyiség- és Klinikai Pszichológiai Tanszék  
viktorbaker55@gmail.com

## ÖSSZEFOGLALÓ

*Háttér és célkitűzések:* Az elmúlt évek kutatásai megerősítik, hogy az észlelt megbélyegzés rombolja a mentális betegek önbecsülését. Azonban az észlelt stigma nem azonos az önstigmával, nem magyarázza például a pszichiátriai betegek közötti nagy eltéréseket az önkép stigma miatti különböző mértékű változásában (Corrigan és mtsai, 2012). Bemutatjuk Corrigan és Watson (2002) négylépcsős progresszív elméleti modelljét, mely a pszichiátriai betegséghez kapcsolódó önstigma szintjeit és különbségeit magyarázza. *Módszer:* Kipróbáltuk a fenti modellre épülő mérőeszköz (SSMIS-SF) első magyar fordítását 81 fős szkizofrénia vagy szkizoaffektív zavar diagnózissal élő mintán.<sup>1</sup> Hierarchikus klaszter analízis segítségével vizsgáltuk az elméleti modell feltevéseit. Megvizsgáltuk továbbá az önstigmaeredmények összefüggését a WHO Általános Jólét Indexének értékeivel. *Eredmények:* Corrigan és munkatársai progresszív modellje – kis módosítással – igazolódni látszik. Az önstigma szintje és a jólét mértéke a várható összefüggést mutatja. *Következtetések:* Kutatásunk olyan elővizsgálatnak tekinthető, mely bemutat egy, a mentális betegségek önstigmájának mérésére alkalmas, hazai validálásra és alkalmazásra érdemes eszközt és modellt. Emellett felhívja a figyelmet arra, hogy a jólétet negatívan befolyásoló önstigma megelőzése azzal kezdődhetne el, ha társadalmi, kulturális sztereotípiákon változtatnánk pozitív módon.

*Kulcsszavak:* mentális betegség, önstigma, szkizofrénia

<sup>1</sup> Az Egyesített Pszichológiai Kutatásaitikai Bizottság 2014/14-es iktatási számú engedélye és a Hajdú-Bihar Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási Szervének HBR/052/00435-2/2015-ös ügyiratszámú engedélye alapján elvégzett kutatás.

## HÁTTÉR ÉS CÉLKITŰZÉSEK

A megbélyegzés – stigma – fogalma a szociológus Goffman (1963) nyomán honosodott meg a pszichológiában. A stigma valamilyen nyilvánvaló vagy rejtett bélyeg, ami a „megjelölt” embert leértékeli. A stigma negatív jelentésű, szégyenletes a megbélyegzett személy számára. Olyan tulajdonított jellemzőkkel jár, melyek hiteltelenítnek, a stigmatizált ember valamilyen módon „romlottá” lesz általa. A megbélyegzésen keresztül vezet az út a sztereotípiáktól a megbélyegzett személy kedvezőtlen megítéléséhez. (Link, Yang, Phelan és Collins, 2004).

Jones és munkatársai (1984) a *jegy* kifejezést használták a megbélyegzés fogalmi tisztázása során. A stigma ebben az értelemben egy olyan negatív jelzés, mely többféle állapotra, tulajdonságra jellemző lehet, amiket deviánsnak ítél egy társadalom. Ez indíthatja el a megbélyegzés folyamatát, azaz a stigmatizációt. Stigma akkor alakul ki igazán, amikor a jelzés révén nemkívánatos tulajdonságokkal ruháznak fel valakit: leértékelik, hiteltelenítik őt mások szemében. A stigma hat jellemezhető 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 utal. A stigma *zavaró* volta arra vonatkozik, hogy mennyire nyomja rá bélyegét a személyközi interakciókra. Az *esztétikusság* a stigmához tartozó tulajdonság vonzóságára vagy taszítóságára reflektál, benne foglalva azt is, hogy milyen önkéntelen hangulati, érzelmi reakciót vált ki belőlünk. Az *eredet* dimenzió írja le, hogyan alakult ki az állapot, felelősnek tartjuk-e az illető személyt mind ezért, azaz milyen oknak, okoknak tulajdo-

nítjuk azt. Végül a stigmatizált tulajdonságok *veszélyessége* hatodik jellemezhető dimenzióként azt írja le, mennyire veszélyeztet bennünket fizikailag a stigmával bíró ember, és olyan értelemben is, hogy milyen mértékben leszünk kénytelenek kényelmetlen érzésekkel szembesülni. E fenti dimenziók súlyát alig vizsgálták a mentális betegséggel élők megbélyegzésére vonatkozóan, de például Feldman és Crandall (2007) elemzése szerint az emberek nagyobb társas távolságot tartanak kívánatosnak a pszichiátriai betegekkel kapcsolatban, ha úgy gondolják, hogy az adott betegség az illető saját hibájából alakult ki (eredet) és ha veszélyesnek tartják a személyt, valamint minél ritkább betegségként gondolnak a kórképre. Kutatásuk szerint ez a három tényező magyarázza a megbélyegzés varianciájának kb. 60%-át.

Goffman, Jones és a korai stigmameghatározások a problémát elsősorban a kívülálló nézőpontjából szemlélték, és az információfeldolgozás kognitív folyamatára helyezték a hangsúlyt, kevés figyelmet szenteltek a diszkrimináló, kirekesztő viselkedésnek, az érzelmi reakcióknak és a megbélyegzett személy saját tapasztalatának (Link és Phelan, 2001).

A mentális betegséggel járó stigmatizáció jelenségét vizsgálva Corrigan és Watson (2002) szerint legalább kétféle hatást kell figyelembe vennünk, az úgynevezett *nyilvános* vagy közösségi és az *önstigmát*. A nyilvános stigma az a bélyeg, amiben egy nagyobb társadalmi csoport egyetért egy kisebbségi csoporttal kapcsolatban. Tartalmaz sztereotípiákat, a sztereotípiáknak megfelelő attribúciókat és viselkedéses elemeket is. Az *önstigma* emellett az érintettek internalizált stigmája, ami akkor alakul ki, ha osztják és magukra nézve elfogadják igaznak, jogosnak a nyilvános stigma tartalmát. A nagyobb mértékű

önstigma az önbizalom és az énhatékonyság érzésének csökkenésével járhat (Corrigan, Kerr és Knudsen, 2005, idézi Sztancsik és Pék, 2014).

A megbélyegzés és a diszkrimináció bár egymáshoz kapcsolódó folyamatok, nem azonosak egymással. A diszkrimináció – megkülönböztetett bánásmód – leggyakrabban valamilyen stigma következménye lehet. A mentális betegek közösség általi megbélyegzésének az érintettek életére gyakorolt hatása, a velük szembeni negatív diszkrimináció miatt válik nyilvánvalóan károsná. Szemléletes példája volt ennek Farina és Felner (1973) klasszikus vizsgálata, mely során egy munkanélküliként bemutatott férfi pályázó 32 munkaadóhoz jelentkezett ugyanazzal a szakmai önéletrajzzal, azzal a 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. A megbélyegzés eredményezhet diszkriminációt, ugyanakkor a megbélyegző attitűd és vélekedések nem feltétlenül vezetnek diszkrimináló viselkedéshez. A szocializáció során elsajátított kulturális értékek, személyes tapasztalatainkból formálódó értékrendszerünk befolyásolja azt is, hogy mennyire helytelenítjük magát a diszkriminációt (Abdullah és Brown, 2011; Sztancsik és Pék, 2014).

Corrigan és munkatársai hívták fel a figyelmet arra, hogy mire a mentális betegség kialakul, a későbbi pszichiátriai beteg már korábbról tisztában van a mentális betegek-re vonatkozó kulturális sztereotípiákkal, stigmával (Corrigan és Watson, 2002; Corrigan, Kerr és Knudsen, 2005; Corrigan és mtsai, 2012). Ez kétféle módon hathat önképére. Egyrészt emiatt, mint észlelt stigma miatt, elutasításra számít, elkerülő módon beszűkít-

heti társas terét, ami elszigetelődéshez, munkanélküliséghez és végső soron kevesebb jövedelemhez, rosszabb életminőséghez vezethet. Mindezek nemcsak alapvető egzisztenciális problémákat jelentenek, de személyes kudarcként értelmezve csökkentik az önbizalmat, az énhatékonyság érzését is (Link, 1987; Markowitz, 1998). Másrészt a mentális betegséggel élő ember úgy gondolhatja, illenek rá ezek a (többnyire kedvezőtlen) sztereotípiák, elhiheti, hogy tényleg kevesebbet ér betegsége miatt, amint azt mások is feltételezik. Ezen folyamatok eredményeként jön létre az önstigma, mely az önbecsülést is csökkenti.

Az elmúlt csaknem 30 évben számos kutatás megerősítette, hogy az észlelt stigma rombolja a mentális betegek önbecsülését (például 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 stigmatapasztalatainak magyarázatára Corrigan és Watson (2002) négylépcsős progresszív elméleti modellt alkottak. 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. Harmadik lépésben (3) ezeket magukra is alkalmazzák, majd végül (4) önbecsülésük is károsodik miatta. Például akiben tudatosulnak a mentális betegek-re 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 betegségtudata) 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 mérőeszközök, amivel az önstigma folyamata és mértéke mérhető, hogy erre célzott beavatkozások is tervezhetők legyenek. Ehhez az is szükséges, hogy amennyire lehetséges, különböztessük meg a stigmából adódó önbecsülési problémákat és a pszichés probléma jellegéből adódó önképtartalmakat (mint például a depressziós tünetekkel együtt járó kisebbségi érzést), melyek más-más kezelést, másfajta beavatkozást igényelhetnek (Yanos, Roe és Lysaker, 2011). Elképzelhetőnek tartjuk azt is, hogy legalább részben a betegek előzetes rugalmas ellenálló képességének, rezilienciájának (Szokolszky és V. Komlósi, 2015) függvénye lehet, hogy mennyire veszélyeztetik őket a stigmaártalmak, károsítják-e önbecsülésüket.

A szkizofréniaspektrumba tartozó zavarokkal a stigmakutatások a kezdetektől foglalkoznak (Star, 1955, idézi Link, Yang és Phelan, 2004). A hazánkban végzett kutatás eredményei szerint a pszichiátriai betegség ténye valóban kedvezőtlenebb személyiségmegtélést hív elő a laikus vizsgálati szemé-

lyekből, mint ha ugyanarról a személyről nem tudják, hogy beteg, és ez még fokozottabb, ha az illető a szkizofrénia valamely formájának diagnózisával rendelkezik (Sztancsik, Máth és Pék, 2013). A stigmatizációval ebben a csoportban azért is különösen fontos foglalkozni, mert a szkizofréniaval élők körülbelül 10%-a öngyilkosság következtében hal meg, amiben annak is szerepe lehet, hogy érzékenyen élnek meg a betegséggel együtt járó, általában kedvezőtlen szociális következményeket (Trixler és Tényi, 2009: 264).

A vizsgálat célja volt empirikusan igazolni a négylépcsős progresszív modell elméleti koncepciójának érvényességét, magyar, szkizofréniaival élő mintán. Ezenkívül megvizsgálni, alkalmas lehet-e a mérőeszköz a mentális betegséggel járó önstigma mértékének mérésére szélesebb körben is?

## MÓDSZER

### Minta

Kutatásunkban 83 Hajdú-Bihar megyében ellátott pszichiátriai ellátásban megjelenő beteg vett részt, 2015 első félévében, akik BNO besorolás szerinti szkizofrénia (F20) vagy szkizoaffektív zavar diagnózissal (F25) rendelkeznek. A szkizofréniaival élő vizsgálati személyek 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, más, egyidejűleg fennálló zavarra nem kérdeztünk rá, és az nem volt kizárási feltétel sem.) A vizsgálatban részt

vevő szkizofréniával élő vizsgálati személyek legfontosabb demográfiai jellemzői az 1. 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 tekintettünk, amit a „Mi az Ön pszichiátriai

diagnózisa, amivel jelenleg is kezelik?” kérdésre válaszoltak. A vizsgálatához az illetékes szervek érvényes etikai engedélyeivel rendelkezünk, ennek megfelelően a vizsgálati személyek írásbeli tájékoztatást követően önkéntes beleegyező nyilatkozatot írtak alá. (Egyesített Pszichológiai Kutatásetikai Bizottság 2014/14-es iktatási számú engedélye és a Hajdú-Bihar Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási Szervének HBR/052/00435-2/2015-ös ügyiratszámú engedélye.)

1. táblázat. A minta legfontosabb demográfiai és egyéb leíró jellemzői

		Minta elemszáma (fő)	%
Nem	férfi	48	57,8
	nő	35	42,2
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

### Eszközök

A Mentális Betegség Önstigmája kérdőív, angol eredeti elnevezéséből (Self-Stigma of Mental Illness Scale) röviden SSMIS, egy 40 tételből álló, 9 fokú Likert-skálát használó eszköz, ahol a kitöltő tételenként döntheti el az állításokról, hogy mennyire ért egyet azokkal. A Corrigan és munkatársai által leírt négylépcsős progresszív modellt négy skálaként tartalmazza (Corrigan, Watson és Barr, 2006; Corrigan, Rafacz és Rüscht 2011; Rüscht és munkatársai 2006a). Ezek a (1) *Tudatosság*, (2) *Egyetértés*, (3) *Alkalmazás* és (4) *Önképtartalom*. Az első, *Tudatosság* skála azt méri, hogy milyen mértékben tudatosulnak a vizsgálati személyben a társadalomban jelen lévő megbélyegző sztereotípiák a mentális betegséggel élőkre vonatkozóan. A második, *Egyetértés* skála azt 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 például ő maga is kiszámíthatatlan a mentális betegsége miatt, míg a negyedik, *Önképtartalom* skálája készült azt mérni, hogy ezek a hiedelmek mennyiben hatnak önbecsülésére. Például azt kell pontoznia, mennyiben ért egyet azzal, hogy „*Jelenleg kevesebbre tartom magam, mert nem fogok meggyógyulni vagy nem leszek jobban*”. A négy skála ugyanazon sztereotípiákat tartalmazza átfogalmazva, tulajdonképpen 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 egyet ezekkel egyet, és így tovább.

Corrigan és munkatársai (2011; 2012) a 40 tételű eszközt megbízhatónak találták, megfelelő módon validálták három, egyenként 71, 90 és 85 fős különböző mentális betegségekkel élő vizsgálati személyek mintái alapján. Az önstigma kialakulásának négylépcsős folyamatát a skálák átlagainak egymáshoz képesti csökkenő-növekvő jellegével (például akinek magasabb a pontszáma az *Egyetértés* skálán, annak a *Tudatosság* skálán is magasabb pontszáma kell legyen) és a skálák közötti keresztkorrelációs vizsgálatokkal próbálták igazolni. Ez a vizsgálati mód nem tükrözheti teljes mértékben a négy lépcsőfok hierarchikus viszonyát, de eredményeik javarészt támogatják az elméleti elképzelés helyességét, hogy a négy tényező egymásra épülő progresszív módon vezethet nagyobb mértékű, önképet is befolyásoló önstigmához. Feltételezésükhöz igazodva az egymástól távol eső (1)-es és (4)-es skála eredménye kevéssé, míg például az egymáshoz közel eső első kettő skála, azaz a modellben szomszédosak szorosabb kapcsolatot mutatnak egymással. Ugyanakkor például a két utolsó skála között már nem találtak a modell szerint elvárható különbséget (Corrigan és mtsai, 2011 és 2012).

A Corrigan és munkatársai által végzett validáló kutatás során a vizsgálati személyek (maguk is mentális betegek) részéről felmerült kritika volt, hogy a skála sok állítása kifejezetten goromba, sértő, emiatt többen nem is akarták kitölteni azt. Ezek között olyan állításokra kell gondolnunk, mint hogy például a „mentális betegek gusztustalanok” lennének. A durván sértő állításokat a kérdőívből és a további vizsgálódásból, adatelemzésből kihagyták, létrehozva így a mérőeszköz rövid változatát, a SSMIS-SF-et (Self-Stigma of Mental Illness Scale – Short Form). Ez a rövidített változat szintén négy skálát tartal-

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

SSMIS-SF skála	SSMIS-SF értékek a validáló kutatások adatai alapján								
	Corrigan és mtsai, 2006 (71 fő)			Rüsch és mtsai, 2006a, b (90 fő)			Corrigan és mtsai, 2011 (85 fő)		
	Cronbach- $\alpha$	Átlag	Szórás	Cronbach- $\alpha$	Átlag	Szórás	Cronbach- $\alpha$	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
Önképtárolom	0,82	11,6	7,5	0,82	16,9	11,1	0,76	12,13	7,8

maz, egyenként 5-5 állítással és jó pszichometriai mutatókkal rendelkezik. [A skálák belső konzisztenciáit és legfontosabb adatait lásd a 2. táblázatban (Corrigan és mtsai, 2006; Rüsch és mtsai, 2006a, b; Corrigan és mtsai, 2011; Corrigan és mtsai, 2012)]. A szerzők engedélyével ennek a rövid változatnak az első magyar fordítását végeztük el és próbáltuk ki – más eszközökkel együtt – vizsgálatunkban.

A szkizofréniával élő vizsgálati személyek közül 81-en töltötték ki a SSMIS-SF magyar változatát is a klinikai szakpszichológus végzettségű vizsgálatvezető jelenlétében, négy szemközti helyzetben (a vizsgálatvezető személye minden esetben ugyanaz volt). A vizsgálatba bevonni kívánt emberek közül ketten utasították el a részvételt és két emberrel kellett a vizsgálatot saját kérésére félbehagyni (a teljes kutatásnak más kérdőívek is részét képezték, ők emiatt nehéznek, fárasztónak találták a vizsgálatot). A SSMIS-SF kérdőív teljes szövege a *Mellékletben* olvasható.

A stigmakonceptió érvényességét a WHO Általános Jólét Indexének rövidített változatával teszteltük. Definíció szerint, ha az önstigma negatív érzés és az életminőséget rontja, akkor a súlyosabb önstigmával jellemezhető válaszadónak 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 WHO Általános Jólét Indexének eredeti, 0–5-ig terjedő pontozási módjával dolgoztunk. Ez a skála öt tételből áll, melyekről azt kell eldöntenie a válaszadónak, hogy milyen gyakorisággal érezte az elmúlt két hét során. 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. Összpontszáma erős pozitív kapcsolatban áll a válaszadó szubjektíven megítélt egészségi állapotával és az élet értelme konstrukttal, 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).

### Statisztikai eljárások

Az adatok elemzéséhez az IBM SPSS 22-es programcsomagját használtuk. A négy skála megbízhatóságának és a skálák keresztkorrelációinak vizsgálatán kívül az önstigma

négylépcsős kialakulási modelljét hierarchikus klaszteranalízis segítségével (euclideszi távolság, „within-groups” összevonás) próbáltuk igazolni, szemléltetni. A dendrogram alapján négy, jól elkülönülő klasztert találtunk, melyek az önstigma négyfokú, ordinális skálájaként is értelmezhetők. A négy klaszterskála értékeinek különbségét egy szempontos varianciaanalízissel teszteltük. A klaszterek WHO Általános Jólét Indexével (Bech, Staecher-Johansen és Gudex 1996, in: Kopp és Kovács 2006) való összefüggését Kruskal–Wallis-próba segítségével vizsgáltuk. Az önstigma és a betegség fennállásának ideje közötti kapcsolatot (progresszív modell igazolására) a klaszteranalízis mellett Khi-négyzet-próbával igazoltuk. Ilyen módon vizsgáltuk a szkizofrénia megadott fajtája és az önstigma összefüggését is.

## EREDMÉNYEK

A Corrigan-féle négylépcsős modellnek és az eredeti elképzelésnek megfelelő SSMIS-SF

magyar változata mintánk eredményei szerint is négy, statisztikai értelemben megbízható skálából áll, ezek legfontosabb adatai a 3. táblázatban láthatók. Ezek az eredmények illeszkednek az eredetileg chicagói mintán végzett validáló vizsgálat eredményeihez, ahol szintén a *Tudatosság* skála értéke volt kiemelkedően magasabb, ezt követte az *Egyetértés* skála értéke, majd együttesen az utolsó két skálán kapták átlagosan a legalacsonyabb értékeket (lásd korábban a 2. táblázatban is, Corrigan és mtsai, 2011 és 2012).

A skálák keresztkorrelációs vizsgálata az elméleti elképzelés helytállóságát bizonyítja a magyar mintában is. Az egymással szomszédos skálák (például *Tudatosság* és *Egyetértés*) erősebben, míg a modell szerint egymástól távolabb eső skálák nem (például *Tudatosság* és *Önképtartalom*) vagy gyengébben korrelálnak (például *Tudatosság* és *Alkalmazás*).

Feltételezésünk szerint, ha tisztán elkülöníthetők az egyes fokozatok, ötféle válasz-kombinációt kellene találnunk. Az első, leg-

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

SSMIS-SF skála	Cronbach- $\alpha$ értéke	Átlag	Szórás
Tudatosság	0,71	30,73	9,09
Egyetértés	0,64	19,80	8,80
Alkalmazás	0,59	13,46	7,55
Önképtartalom	0,72	12,69	8,46

4. táblázat. A SSMIS-SF skálák keresztkorrelációi a vizsgálati mintában

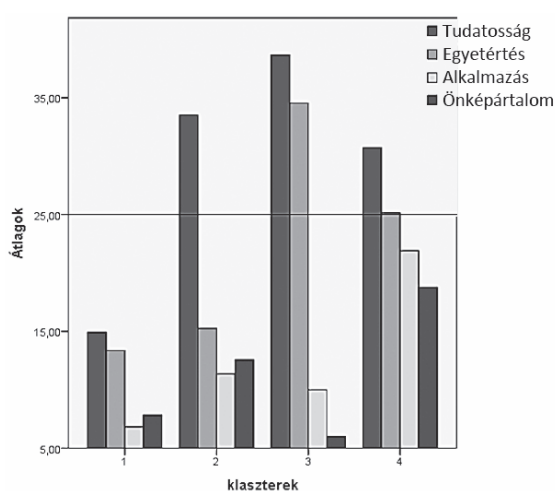
SSMIS-SF skála		Tudatosság	Egyetértés	Alkalmazás	Önképtartalom
Tudatosság	Pearson-korreláció	1	0,449	0,249	0,130
	Szig. (p)		0,000	0,024	0,246
Egyetértés	Pearson-korreláció		1	0,318	0,060
	Szig. (p)			0,004	0,595
Alkalmazás	Pearson-korreláció			1	0,693
	Szig. (p)				0,000



jobb esetben mind a négy skálán (Tudatosság, Egyetértés, Alkalmazás, Önképartalom) kis pontszámot ér el, nincs semmilyen stigmaélménye 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 magasabb lesz. Eredményeink szerint a mintában ez az öt fokozat nem jelenik meg tisztán, a válaszadók pontszámai csak részben az elvártak megfelelő módon rendeződnek csoportba (1. ábra és 5. táblázat).

A klaszteranalízis 1-es csoportját alkotják, akiknek nincs vagy minimális stigmaélménye van, a 2-es és 3-as csoport az elvártak 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 lehet a további kutatás számára, hogy mennyire tartós védelem ez, milyen gondolkodási mintázatokkal, milyen személyiségjellemzőkkel lehet összefüggésben. Ugyanakkor a modell szerinti következő fokozat nem jelenik meg külön lépcsőfokként a min-

tában: akik magukra nézve inkább elfogadják a stigmatizáló látásmódot (*Alkalmazás* skála), azoknak az önképét is ezzel párhuzamosan károsítja ez az attitűd (lásd 4-es klaszter az 1. ábrán). A súlyosabb önstigma kialakulásának progresszív modelljét támasztja alá tehát, hogy a kialakulás sorrendje szerint zárkóznak fel egymáshoz a skálaértékek, kivéve az *Alkalmazás* és *Önképartalom* esetében, melyek inkább együttesen maradnak alacsonyok, vagy emelkednek meg.



1. ábra. A SSMIS-SF skála pontszámainak átlagai a klaszteranalízis eredménye szerint

A klaszterek skálaértékeinek különbsége az egy szempontos varianciaanalízis eredménye szerint nemcsak szignifikáns mindegyik skála esetében ( $p < 0,001$ ), de a kis klaszter-nagyság ellenére is jelentős, amit az étanégyszet mutatók fejeznek ki (6. táblázat).

5. táblázat. Az önstigma klasztercsoportok létszáma a mintában, és legfontosabb skálaértékeik

Önstigma klasztercsoport	Fő	Minta%	SSMIS-SF skála			
			Tudatosság átlag szórás	Egyetértés átlag szórás	Alkalmazás átlag szórás	Önképart. átlag szórás
1 – stigmamentesek	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
<b>Összesen</b>	<b>81</b>	<b>100</b>				

6. táblázat. A klaszterek skála értékelteréseinek éta-négyzet mutatói

	Tudatosság	Egyetértés	Alkalmazás	Önképtartalom
Éta-négyzet	0,539	0,629	0,511	0,246

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, internalizált 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-klasztereket 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 volt 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:  $\chi^2(1) = 5,892$ ;  $p = 0,015$ ].

Kézenfekvő az a kérdés is, hogy szkizofréniával élő emberek vizsgálata esetén a stigmaészlelés és az önstigmatizáló látásmód a *paranoiditással* állhat összefüggésben. A vizsgálati személyek mind valamilyen szkizofréniadiagnózissal élnek (kezelőorvos ajánlása alapján kerültek a vizsgálatba), de saját maguk adták meg közelebbi ismert diagnózisukat. Önbeszámolóik alapján vizsgálati személyeink három csoportra voltak oszthatók: paranoid szkizofrén 30 fő, szkizoaffektív zavarban szenved 10 fő, és 41 fő

egyéb szkizofréniával (például 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 WHO Általános Jóllét 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 betegek vonatkozó stigmát, számottevően alacsonyabb pontszámot érnek el a Jóllét Indexen is, azaz mérhetően rosszabbul is érzik magukat emellett (7. táblázat). A mintában a WHO Általános Jóllét Indexén a maximális 25 pontból átlagosan 11,82 pontot értek el vizsgálati személyeink, 5,64-es szórás mellett. Az öttételes mérőeszköz tételként 0–5-ig terjedő pontozási módjával dolgoztunk (Bech, Staecher-Johansen és Gudex, 1996, in: Kopp és Kovács, 2006).

## KÖVETKEZTETÉSEK

Bemutattuk Corrigan és Watson (2002) négylépcsős progresszív elméleti modelljét, mely a pszichiátriai betegséghez kapcsolódó önstigma szintjeit és különbségeit igyekszik magyarázni. Kipróbáltuk az erre a modellre épülő mérőeszköz első magyar fordítását

7. táblázat. Az általános jóllét és az önstigma kapcsolata a mintában

Önstigma klasztercsoport	Fő	WHO Jóllét Index átlag értékek	WHO Jóllét Index átlag sorszámkok (Kruskal–Wallis-teszt)	Szignifikancia (p) (Kruskal–Wallis-teszt)	Próbastatisztika értéke
1 – stigmamentesek	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		
<b>Összesen</b>	<b>81</b>	<b>11,82</b>			

81 szkizofréniával vagy szkizoaffektív zavar diagnózissal élő vizsgálati személy körében. Vizsgálatunk eredményei szerint a négy skála belső konzisztenciája jó, a négylépcsős modell bizonyítására a keresztkorrelációs vizsgálaton kívül hierarchikus klaszteranalízist alkalmaztunk. Eredményeinkből hasonló következtetés vonható le, mint Corrigan és munkatársai (2011 és 2012) vizsgálatából: a stigma miatti önképtartalom nem jelenik meg külön lépcsőfokként, együtt jár inkább azzal, ha a beteg a stigmatizáló nézeteket magára alkalmazza. Így tulajdonképpen az önstigma szempontjából az a négyféle csoport alakult ki mintánkban, akiket mi *stigmamentesnek*, *észlelőnek*, *egyetértőnek* és *internalizálóknak* neveztünk. Az önstigmában az első csoport tulajdonképpen nem érintett. A négy szintre igaz, hogy általában, az elvártan megfelelően, az internalizálók rosszabbul érzik magukat (6. táblázat). Az idő – sajnos – a súlyosabb önstigma kialakulásának kedvez, ez az eredmény is Corrigan és munkatársai progresszív modelljét támogatja.

Vizsgálatunk elérte célját, a progresszív önstigma koncepció igazolódni látszik, a szkizofréniával élő mintán kipróbált mérőeszköz alkalmas lehet a hazai használatra. Ugyanakkor a vizsgálat korlátai közé sorolhatjuk a viszonylag kis mintanagyságot – jóllehet viszonylag ritka, 0,5–1% körüli gyakoriságú betegségről (Réthelyi, 2011) és

a stigma miatt is nehezebben elérhető populációról van szó, s a kérdőíveket személyes beszélgetés során egyenként, négy szemközt vette fel a vizsgálatvezető. A kis mintanagyság ellenére is jelentős eredményeket kaptunk a modell bizonyítása során (lásd 6. táblázat).

A beválogatás kritériumai nem voltak szigorúak, bevallott diagnózis és elérhetőség alapján válogattuk az önkéntes, szkizofréniával élő résztvevőket. Nem szűrtük a betegeket komorbid fennálló pszichiátriai zavarokra sem. Ezek magyarázata, hogy alapvetően szubjektíven megélt tapasztalataikra voltunk kíváncsiak (a teljes vizsgálatnak csak egy része volt a SSMIS-SF magyar fordításának kipróbálása), s az efféle szűrés jelentősen meghosszabbította volna a vizsgálati időt és próbára tette volna a válaszadók türelmét. Szélesebb körű, többféle mentális betegséggel élő mintán elvégzett validálás során azonban érdemes lenne az egyidejűleg fennálló zavarokat is figyelembe venni, strukturált klinikai diagnosztikai interjúkat alkalmazni a kérdőív mellett. Corrigan és munkatársai (Corrigan, Rafacz és Rüsck, 2011; valamint Corrigan és mtsai, 2012) a modell tesztelése és a validáló kutatások során hat hónapos követéses vizsgálatot is végeztek, és nemcsak más, magyarul szintén nem elérhető stigmamérő eszközök eredményeivel vetették össze a SSMIS-SF eredményeit, de a Rosenberg

Önértékelés Skála (RSES), valamint a Beck Reménytelenség Skála eredményeivel (BHS) is. Emellett depressziós tünetekre is szűrték a vizsgált populációt. Így elkülöníthető volt, hogy az önstigma okozza-e a reménytelenséget és az önbizalom csökkenését, vagy a fennálló depressziós tünetek (Corrigan, Raftery és Rüsch, 2011). A kiterjesztett magyar validáló vizsgálat hasonlóan alapos, többszintű mérést és elemzést kívánna.

A SSMIS-SF magyar változatának első kipróbálása a 81 fős szkizofréniával élő mintán elővizsgálatnak tekinthető. Elérhetővé tettük a kérdőív magyar fordítását, és felhívjuk a figyelmet a mentális betegségek önstigmájának mérésére alkalmas, hazai validálásra és használatra érdemes eszközre. Igazoltuk, hogy a mentális betegség bélyege, ha az érintett személy internalizálja azt, negatív hatással van jóllétére, életminőségére. További vizsgálat tárgya lehet, hogy miként előzhető meg, hogy ez a káros hatás és az internalizált stigma kialakuljon, és mit tehetünk ez ellen. Mi védi azokat az embereket a stigma káros hatásától, akik az *észlelők* csoportjába tartoznak, de mégis sikerül önképüktől távol tartani ezeket a negatív sztereotípiákat?

A súlyosabb, káros önstigma kialakulásának megelőzése nem csak a szkizofréniá-

val élők megértésén és segítésén múlik, az igazolt elméleti modell szószólói szerint sem. A megelőzés azzal kezdődhet el, ha kulturális sztereotípiákon változtatunk pozitív módon. Ez csak átfogó, széles társadalmi rétegeket megszólító antistigma-stratégia kidolgozásával és megvalósításával vihető végbe, amely során a nyilvános stigmán, azaz az önstigma alapját is jelentő káros társadalmi sztereotípiákon és attitűdökön változtatunk hatékonyan (Corrigan és Shapiro, 2010; Thornicroft, 2006).

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönet illet minden vizsgálati személyt, aki a kutatásban részt vett, valamint az intézmények vezetőit és szakembereit, akik ezt lehetővé tették. Kiemelten köszönjük 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 vizsgálat lebonyolítása során. Köszönet Patrick W. Corrigan professzornak, aki a SSMIS-SF kérdőívet készségesen rendelkezésünkre bocsátotta.

## SUMMARY

### MEASURING SELF-STIGMA OF PEOPLE LIVING WITH SCHIZOPHRENIA

*Background and aims:* In recent years research has confirmed that perceived stigma damages self-esteem of the mentally ill. Though, perceived stigma and self-stigma are not equivalent: the first does not explain the wide range of differences among psychiatric patients in changing self-image caused by stigma (Corrigan et al., 2012). Corrigan' and Watson's (2002) four step progressive theoretical model explaining levels and differences of self-stigma is introduced. *Methods:* The first Hungarian translation of the measure (SSMIS-SF) based on the above model has been tested in a sample of 81 people living with the diagnosis of schizophrenia or

schizoaffective disorder. The assumptions of the theoretical model were examined by hierarchical cluster analysis. Interrelation of results in the self-stigma measure and the WHO Well-Being Index were examined. *Results*: Corrigan et al.'s (2012) theoretical model seems to hold true with a slight modification. The level of self-stigma and well-being displays the expected relation. *Discussion*: This survey is considered to be a pilot study introducing an appropriate, applicable model and measure of self-stigma of mental illness worthy of local validation. Results also call attention to the conclusion that prevention of mental illness self-stigma affecting well-being negatively, should start with changing societal, cultural stereotypes in a more positive direction.

*Keywords*: mental illness, self-stigma, schizophrenia

## IRODALOM

- ABDULLAH, T., BROWN, T. L. (2011): Mental illness stigma and ethnocultural beliefs and norms: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 31, 934–948.
- BECH, P., STAEHR-JOHANSEN, K., GUDEX, C. (1996): The WHO (Ten) Well-Being Index: validation in diabetes. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 183–190.
- CORRIGAN, P. W. (1998): The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive & Behavioral Practice*, 5, 201–222.
- 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., 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., 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.
- FARINA, A., FELNER, E. D. (1973): Employment interviewer reactions to former mental patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 82(2), 268–272.
- 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.
- GOFFMAN, E. (1963): *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, N.J.

- 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*. Freeman and Company, New York, N.Y.
- KOPP M., KOVÁCS M. E. (szerk.) (2006): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*, Semmelweis Kiadó, Budapest. 540.
- LINK, B. G. (1987): Understanding labelling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 54, 400–423.
- LINK, B. G., CULLEN, F. T., STRUENING, E. L., SHROUT, P. E. (1989): A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review*, 54, 400–423.
- 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., YANG, L. H., PHELAN, J. C., COLLINS, P. Y. (2004): Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 511–541.
- 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.
- PERLICK, D., ROSENHECK, R., CLARKIN, J., SIREY, J. A., SALAHI, J., STRUENING, E. L. (2001): Stigma as a barrier to recovery: Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of people diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatric Services*, 52, 1627–1632.
- RÉTHELYI J. (2011): A szkizofrénia diagnózisa Bleulertől a DSM-V-ig. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 13(4), 193–203.
- ROSENFELD, S. (1997): Labeling mental illness: The effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *American Sociological Review*, 62, 600–672.
- 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.
- 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.
- 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.

- SUSÁNSZKY É., KONKOLY THEGE B., STAUDER A., KOPP M. (2006): A WHO Jólét Kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 7(3), 247–255.
- SZOKOLSZKY Á., V. KOMLÓSI A. (2015): A „reziliencia gondolkodás” felemelkedése – ökológiai és pszichológiai megközelítések. *Alkalmazott Pszichológia*, 15(1), 11–26.
- SZTANCSIK V., MÁTH J., PÉK GY. (2013): 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., PÉK GY. (2014): A mentális betegek és a megbélyegzés: az észlelt, a tapasztalt és a belsővé tett stigma jellemzői és vizsgálati lehetőségei. In: MÜNNICH Á. (szerk.): *Pszichológiai kutatások*. Debreceni Egyetemi Kiadó, Debrecen University Press. 25–38.
- SZTANCSIK V., MÁTH J., PÉK GY. (2015): A „szkizofrénia” diagnózis jelentésének vizsgálata laikus vizsgálati személyek körében. *Alkalmazott Pszichológia*, 15(2), 73–85.
- THORNICROFT, G., (2006): *Shunned: Discrimination against people with mental illness*. Oxford University Press, New York.
- 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.
- 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.

## MELLÉKLET<sup>2</sup>

SSMIS-SF-Hungarian

sztanicsik.veronika@arts.unideb.hu

Az évek során a közvélemény sokféle dolgot hitt a mentális betegségekről, olyanokat is, amelyek sértőek lehetnek. Szeretnénk tudni, ön mit 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!

1. rész:

Nagyon nem érték egyet		Igen is meg nem is érték egyed					Nagyon egyedérték	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

<sup>2</sup> A mérőeszköz egyes részei az eredeti angol nyelvű változat formáját követve külön-külön lapon szerepelnek.

**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:

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

Nagyon nem érték egyet	Igen is meg nem is érték egyed	Nagyon egyetérték						
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 egyed	Nagyon egyetérték						
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 érték egyet	Nagyon egyetérték
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 skálapontok összege mindegyik részből a „3A + 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 (Önképtálatom): (Összes tétel pontjainak összege a 4. részben)