

A mentális betegségek neme

Országos Tudományos Diákköri Konferencia pályamunka

Szerző:

Toronyi Aliz

ELTE Pszichológia MA

Témavezető:

Dr. Lantos Nóra Anna

ELTE egyetemi adjunktus

Budapest, 2023

Tartalomjegyzék

Absztrakt	3
1. Kutatási motiváció.....	3
2. Elméleti bevezető	5
2.1. Stigma.....	5
2.2. Mentális betegek stigmatizációja	6
2.3. Nem és mentális betegségek	9
3. Célkitűzések és hipotézisek	11
4. Módszer.....	12
4.1. Eljárás.....	12
4.2. Vizsgálati személyek.....	13
4.3. Méréseszközök	14
4.3.1. Vignetták.....	14
4.3.2. Társadalmi távolságtartás skála	14
4.3.3. Attribúció	14
4.3.4. Betegség észlelt férfiassága, gyakorisága a nemek függvényében	15
4.4. Statisztikai elemzési terv	15
5. Eredmények.....	15
5.1. Észlelt férfiasság, nőiesség	15
5.2. Kísérleti feltétel szerinti összehasonlítás.....	18
5.3. Tipikus/atipikus dimenzió szerinti összehasonlítás	21
5.4. Betegség szerinti összehasonlítás.....	23
5.5. Kitöltő nemének hatása.....	26
6. Megvitatás.....	27
6.1. Limitációk, kitekintés.....	29
Irodalom.....	31

Absztrakt

Kutatásunk vizsgálatának tárgya a nemi sztereotípiák hatása a mentális betegeket érő stigmatizációra. Korábbi publikációk alapján két megközelítése létezik a témának, az első elképzelés egy interakciót feltételez a nem és betegség között, így elkülönítünk tipikus és atipikus párosításokat, és ez az interakció van hatással a stigmatizáció mértékére. A második teória szerint a férfiasnak észlelt betegségek járnak nagyobb stigmatizációval. Célkitűzéseink közé tartozott mind a két megközelítés tesztelése, kiegészítve az előítéletesség férfi és női kitöltők közötti feltételezett különbségének vizsgálatával. A kérdések teszteléséhez egy online kísérletet terveztünk, ahol egy mentális betegről szóló vignetta szövegének manipulálásával (nem és betegség variálása) értük el a 4 különböző kísérleti feltétel egyikébe sorolódást, majd arra kértük a kitöltőket (n=501), hogy válaszoljanak a történetben szereplő személlyel kapcsolatban néhány kérdésre, amik a stigmatizáció mérésére szolgáltak (társadalmi távolságtartás, attribúciók). Eredményeink alapján a betegség észlelt férfiassága van elsődleges hatással a mentális betegeket érő stigmatizációra, míg a betegség és nemi sztereotípiák összeillése nem mutatott ilyen erős hatást. Azonban, a negatív attribúciók esetén a férfiak hajlamosabbak voltak negatív előítéletekkel fordulni a tipikus párosítással élő betegek felé, így nem vethető el teljesen az interakciót feltételező modell sem. A különbség egy lehetséges magyarázata a mentális zavarok kialakulásában tulajdonított felelősség eltérő mivolta.

1. Kutatási motiváció

Képzeljük el, hogy egy súlyos depresszióval élő, gyógyszeres kezelésben résztvevő személyről olvasunk. Egy nő vagy egy férfi jelent meg előttünk? És ha depresszió helyett alkoholizmussal kezelték volna? Megváltozna az elképzelt személy neme? Minek köszönhető ez a percepcióbeli változás? Miért gondolkodunk másképp egyes betegekről, betegségekről? A nemi sztereotípiák olyan erősen és mélyen belénk ivódtak volna, hogy a mentális betegeket érő stigmatizációra is kihatnak? Megfigyelések azt mutatják, hogy érdemes ezekkel a kérdéssel foglalkozni, hiszen egy a gyakorlatban is tapasztalható jelenség, hogy a férfiak nehezebben ismerik be pszichés állapotuk romlását és emiatt később fordulnak segítséghez, ennek következtében a férfi depressziót ritkábban diagnosztizálják (Rihmer, 2002). Ez magyarázattal szolgálhat az öngyilkosság nemi paradoxonjára, miszerint sokkal több befejezett férfi szuicid kísérlet van, holott a depresszió a legjelentősebb prediktora az öngyilkosságnak (Vörös, 2010), amit kétszer olyan gyakran diagnosztizálnak nőknél. A Dr. Lantos Nóra témavezetése mellett kivitelezett kutatás többek között ezekre a kérdésekre, megfigyelésekre próbált meg válaszolni. Látható,

hogy a felvetett problémák hatással vannak a mentális betegséggel élők mindennapjaira, alapvetően befolyásolhatják a betegség lefolyását, segítségkérési hajlandóságot. Magyarországon kiemelten fontos foglalkozni a mentális betegséggel élőket érő sztereotípiákkal, negatív előítéletek minden aspektusával, hiszen az Európai Unióban Magyarország a negyedik legmagasabb szuicid rátával rendelkező ország (Rihmer et al., 2013). A mentális betegeket érő stigmák a pszichológia tudomány egy sokat kutatott és vizsgált területe, azonban a negatív előítéletek, diszkriminációk makacs módon megragadtak a hétköznapijainkban, valamint az egészségügyi ellátórendszeren belül is. Ez arra enged következtetni, hogy még mindig vannak feltárára váró területek, nézőpontok, amik segítenének árnyalni a képet és ezáltal elősegíteni a negatív sztereotípiák csökkentését.

Egyetemi tanulmányaim során volt szerencsém részt venni egy a témához lazán kötődő projektben (gyakorlatvezető: Dr. Szabó Zsolt Péter), amiben az egyetemi tanulmányok és egyes mentális betegségben szenvedők stigmatizációja között vontunk párhuzamot. Ebben a kérdőívben a kitöltők vignettákat olvashattak, egy rövid történetet, amiben egymástól eltérő mentális zavarral élő személyek szerepeltek, azonban mindhárom szereplő férfi volt. A kérdőív végén volt lehetőség észrevételt megfogalmazni a kutatással kapcsolatban és számos résztvevő nehezményezte, hogy csak férfi szereplőkről olvashattak. Ez kíváncsivá tett, hiszen a kitöltőket nagy mértékben bosszanthatta a női szereplők hiánya, ha szóvá tették és kiemelték a kutatás készítői számára, így elgondolkodtatott, hogy érdemes lenne egy genderre és mentális betegekre egyaránt fókuszáló vizsgálatot kivitelezni. Az első inspirációt tehát ez adta egy saját kutatás fejlesztéséhez, ami szerencsére Dr. Lantos Nóra kutatói motivációját is felkeltette, így közös munkánk eredményeként született meg az elkövetkezőekben bemutatott vizsgálat.

Az együttműködés immáron több, mint két éve folyik, ez alatt az idő alatt minden feladat kettőnk között oszlott el, ebből kifolyólag a kivitelezés minden fázisában jelen voltam. A fogalmak tisztázása, elméleti keret kidolgozása, mérőeszközök felkutatása, etikai engedély benyújtása, kérdőív megfogalmazása, kivitelezése, kutatási design megtervezése, kitöltők toborzása, adatok tisztítása, statisztikai próbák elvégzése, következtetések levonása mind az elvégzett feladataim közé tartoznak. A legtöbb elintéznivalót közösen oldottuk meg, ez gyakran azt jelentette, hogy útmutatást követően önállóan dolgoztam, majd újabb közös ötletelés következett, ahol tanáccsal, esetleg javítanivaló szempontokkal látott el Dr. Lantos Nóra.

2. Elméleti bevezető

Annak érdekében, hogy minél átfogóbb és széleskörű ismerettel rendelkezek a kutatás fókuszáról fontos volt mélyen beleásni magamat a kapcsolódó szakirodalomba. Ehhez az is hozzátartozik, hogy az általánosabb ismeretek felől haladtam a specifikusabb publikációk felé, hiszen így lehetett egy stabil elméleti alapot kialakítani a vizsgálatunknak. Ennek értelmében a stigma alapvető értelmezésétől haladtam a mentális betegeket érő specifikus stigmák felé, végül a nemi sztereotípiák hatására tértem ki.

2.1. *Stigma*

A stigma szó eredeti (görög) jelentése bélyeg, mára ez azonban átalakult és átvitt értelemben használjuk. A történelem során hosszú évszázadokon keresztül alkalmazták a bőrbe égetett vagy karcolt billogot becsületbüntetésre vagy az alárendelt (pl. rabszolga) státusz jelzésére. A közösség elfordult az ilyen személyektől, jobbnak látták, ha messziről elkerülik őket (Löwi, 2018). A kereszténység térhódításával azonban jelentős átalakuláson esett át a stigma jelentése, hiszen Jézus Krisztus a keresztre feszítések elszenvetett testi jegyeit is így nevezték. A kiválasztottakon való feltűnése a krisztusi szenvedés testen való megnyilvánulásainak tekintették, „félelemmel vegyes tiszteletet” váltott ki a környezetből (Löwi, 2018, 5. old). Napjainkban azonban a fizikai, testi billog jelentés már kevésbé használatos és egy összetett szimbolikus jelentése van.

A téma gyakorlati jelentősége, relevanciája óriási, hiszen a különböző döntéshozó szervek számos eltérő tudományterület meglátásaira (szociológia, orvostudomány, kriminológia, pszichológia) támaszkodnak, így kiemelt fontosságú, hogy a tudósok érdemben foglalkozzanak a témával. Goffman (1963) könyvét számítjuk hagyományosan a stigmakutatás kezdetének, ami teoretikus módon szemlélte a stigmát, valamint a lélekben lezajló belső folyamatokról szólt. Felvetése szerint az elszenvetett egy jellemző miatt elértékteleníti a környezete, nem tartozik többé a „normálisak” közé (Goffman, 1963). A szerző szerint ez a tulajdonság háromféle lehet: testi deformitás, személyből adódó (pl.: szerhasználat), valamint csoporttagságból fakadó (pl.: rassz, vallás). Ezt a felosztást fontosnak tartom kiegészíteni Link (1989, idézi Rüsch et al., 2005) meglátásaival: „Az első az, hogy a közösség tagjainak érzékelnie kell a különbséget, relevánsnak tartania az adott helyzetben, valamint nevet is kell adnia neki. A második fontos tényező az, hogy a stigmatizáló csoportnak erősebb pozícióban kell lennie annál a csoportnál, mint akit meg szeretnének különböztetni.” (Link, 1989, idézi Rüsch et al., 2005, 4. old.).

Az azóta eltelt évtizedekben számos, a Goffman-féle felosztástól eltérő klasszifikáció látott napvilágot, ez nem csoda, ugyanis a 2000-es évek elejétől kezdve ezer és ezer cikket jelentettek meg a kutatók a stigmakutatás témakörében (Bos et al., 2013). Az újfajta kategorizációk azonban már nem a stigmák tartalmát, megjelenésük kiváltó okát helyezik előtérbe, hanem elkülöníteneik nyilvános (public) és internalizált/önstigmát (internalised/self-stigma). A nyilvános stigma a többség válasza az általuk alantasabbnak észlelt csoport tagjainak jelenlétére, ami előítéletben, diszkriminációban, sztereotípiában nyilvánul meg (Rüsch et al., 2005). Az önstigma nem választható el a nyilvános stigmától, hiszen pontosan ezeket a negatív sztereotípiákat internalizálják a megbélyegzett csoport tagjai, így kívülről érkező bántalmazás nélkül is lealacsonyítják magukat, megfosztva önmagukat a normálisokhoz való tartozás érzésétől (Corrigan & Watson, 2002). Vogel és munkatársai (2007) például azt találta, hogy az önstigma mediálhatja a nyilvános stigma és segítségkérési hajlandóság közötti kapcsolatot. Nem véletlen azonban, hogy a publikációk nagy része egymástól elkülönítve vizsgálja a kétféle stigmát, ugyanis nem feltétlenül ugyanazokra a tényezőkkel vannak hatással. Egy amerikai cikk szerint például az önstigma csökkentette a segítségkérési hajlandóságot, míg a nyilvános stigma kevésbé (Eisenberg et al., 2009).

Az eddig bemutatottak kiegészítéseként szeretném megemlíteni Bos és munkatársai (2013) terminológiáját. A nyilvános stigma értelmezése megegyezik a korábbiakkal, azaz a többség viselkedéses, affektív, kognitív reakciója a stigmatizált kisebbség tagjaira. Az önstigma kiegészül azzal, hogy az internalizáció kevésbé passzív, hiszen a negatív felvetésekkel a megbélyegzett csoport tagjai is tisztában vannak. A harmadik aspektus a társított stigma (stigma by association), ami a negatív felvetések kivetülését takarja a stigmatizált csoporttaghoz közel álló személyekre (családtagok, barátok stb.). Az intézményesített diszkriminációt pedig a negyedik tényezővel, a strukturalizált stigmával (structural stigma) magyarázzák, amely rendszer szinten teszi elfogadhatóvá a negatív sztereotípiákat.

2.2. *Mentális betegek stigmatizációja*

Az általános szempontokat magunk mögött hagyva, rátérnék a konkrét nehézségekre, amikkel a mentális zavarral élőknek szembe kell nézniük a betegséggel járó tünetek mellett. A mentális betegek stigmatizáltsága természetesen nem újkéletű dolog, az előítéletek és diszkrimináció minden történelmi korban jelen volt, azonban minden korszakban máshogy tekintettek a problémára, másfajta megoldásokat dolgoztak ki rá (Hinshaw & Cicchetti, 2000). A jelenkorban kutatások igazolták (Teachman et al., 2006), hogy különbség észlelhető a szomatikus és mentális betegek megítélése között, ugyanis a résztvevők nagyobb felelősséget

tulajdonítanak az állapotukért mentális zavarok esetén. Ez a negatív megítélés kihat az általános életminőségre is, azonban egyes vetületei esetén (pl.: társas kapcsolatok) számottevően kevesebb pontot adtak maguknak a lelki problémákkal küzdők, mint a szomatikus betegséggel élők (WHO (World Health Organisation) Quality of Life kérdőív alapján: Ginieri-Coccossis et al., 2009).

Milyen tényezők játszhatnak közre a mentális betegek stigmatizációjának kialakulásában? Az egyik legmegbízhatóbban jelen lévő befolyásoló komponens a félelem és veszély érzése. Ezeket az érzéseket például a társadalmi távolságtartás skálával lehet mérni, ami általában olyan állításokból áll, amik felméri, hogy a kitöltők mennyire közeli kapcsolatba lennének hajlandók kerülni egy mentális beteg személyrel (pl. barát, szomszéd, munkatárs). Siltan és munkatársai (2011) kutatásában a résztvevők rövid bemutatásokat olvashattak valamilyen betegségben szenvedő személyről (alkoholizmus, depresszió, skizofrénia, egy nem meghatározott betegség), majd egy veszélyességi skálán kellett elhelyezni a leírások szereplőit. Az előzetes feltételezéseknek megfelelően a skizofrén beteget találták a leginkább fenyegetőnek, míg a depresszió esetén kevésbé született egyértelmű eredmény. Egy másik publikáció (Link et al., 1999) eredményei alapján a résztvevők egyharmada reális esélyt lát arra, hogy egy depresszióval élő ember is erőszakos legyen. Ezekből az adatokból látható, hogy a betegség milyensége erősen befolyásolja a negatív előítéletek mértékét. A betegnek címkézés szintén növelheti a stigmatizációt, erre bizonyítékot egy magyar kutatás talált (Sztancsik et al., 2015). A vizsgálat résztvevői veszélyesebbnek ítélték meg két ugyanolyan tünetekkel rendelkező személy közül azt, akinek a leírásában feketén-fehéren szerepelt a skizofrénia diagnózis.

Habár az észlelt veszélyességhez kötődik a félelemérzet, természetesen másfajta emóciók is fontos szerepet játszhatnak. Angermeyer és munkatársai (2010) metaanalízise alapján a leggyakrabban előforduló érzelem valóban a félelem, azonban a nyilvános stigmához leginkább kötődő emóciók pozitívak (sajnálat, empátia, segítségnyújtás vágya, kedvesség), és ezt követi a harag.

A betegség kialakulásáért tulajdonított felelősség (kontrollálhatóság érzése), valamint az egyes korlátozások és kényszerítő attitűdök szintén megbízható mutatói a negatív előítéleteknek. Mindig egy érdekes kérdés, hogy a külső szemlélők milyen okkal magyarázzák a betegség kialakulását, az egyes kultúrákra mások a jellemzők (Chen & Mak, 2008). Az elmúlt 20 évben egyre inkább biológiai, nem kontrollálható okoknak tulajdonítja a társadalom nagy része, ami akár laikusként belegondolva is azt eredményezné, hogy csökken a stigmatizáció mértéke

(Pescosolido et al., 2010). Ez azonban nem következett be, az adatok alapján nem figyelhető meg csökkenés (Pescosolido et al., 2010). Ami pedig a kényszerítő attitűdöket illeti, egy amerikai vizsgálat továbbra is azt találta, hogy a résztvevők több, mint a fele törvényileg köteleznék a skizofréniás betegeknek a gyógyszeres kezelést, kórházi ellátást (Pescosolido et al., 2019).

A segítség felajánlása, illetve a segítség kérése szintén fontos jelzője lehet a mentális zavarral élők stigmatizáltságának. A segítségnyújtás mértéke erős összefüggést mutat a demográfiai jellemzőkkel (nem, etnikai hovatartozás, életkor), hiszen a férfiak, fehérek, és az idősebbek általában kevésbé hajlandók felajánlani a segítségüket mentális zavarral élőknek (Corrigan et al., 2003). Az alapvető jellemzőkön túl a korábban már tárgyalt észlelt felelősségérzet, valamint a korábbi tapasztalatok, ismerősség (milyen jól ismerik a betegséget, volt-e már korábban dolguk vele) szintén befolyásolja a résztvevők stigmatizációra való hajlamát. Az önstigmához szorosan kapcsolódik a segítségkérés, ami nagyon gyakran képezi kutatások tárgyát, hiszen tapasztalható negatív következményekkel jár, ha az érintettek túl későn fordulnak szakemberhez. Mindenképpen érdemes kiemelni, hogy a depresszív tünetekkel élők egyharmada nem kér semmilyen segítséget (Schomerus et al., 2019). Egy 2010-ben megjelent metaanalízis 13 olyan tényezőt nevezett meg, ami aktívan akadályozza a segítségkérést, ezzel szemben csupán 8 olyan faktort találtak, ami elősegíti az ellátó rendszertől való segítségkérést (Gulliver et al., 2010).

Az előbbi gondolatmenetből látható, hogy a stigmatizáció talán egyik legsúlyosabb következménye a segítségkérés elmaradása, hiszen akadályt gördít a gyógyulás elé. Mivel a legtöbb mentális betegség nem jár külsőleg is látható tünettel, ezáltal sokkal könnyebb elfedni a problémát, úgy tenni mintha nem létezne, csendben szenvedni tőle (Rüsch et al., 2005). A panaszokkal együtt élő, de professzionális támogatást nem kérő személyek rettegnek attól, hogy valamilyen mentális zavart állapítanak meg náluk. Ez jól példázza a nyilvános stigma önstigmává alakulásának folyamatát, és annak az akár egész életre kiható következményeit (Rüsch et al., 2005). A negatívumok folytatódhatnak a strukturalizált stigmában. A szabályozások természetesen országonként mások, azonban alapvető tendencia, hogy rengeteg olyan korlátba ütköznek a mentális betegséggel élők, amiket a törvénykönyvek alapvetően nem indokolnának (Corrigan et al., 2004).

2.3. *Nem és mentális betegségek*

A dolgozat eddigi részében igyekeztem minél tágabb nézőpontból bemutatni ezt az igazán komplex témát, ahol mondhatni minden mindennel összefügg. Éppen ezért volt számomra meglepő, hogy az áttanulmányozott szakirodalom alapján egy eddig kevésbé vizsgált terület a különböző, stigmatizációra okot adó tulajdonságok egymásra való hatása. Egy személy több olyan identitással rendelkezhet, ami magában hordozza a megbélyegzettség veszélyét, ezáltal egyszerre akár több stigmatizált csoport tagjává válhat. Az utóbbi évtizedben a kutatók elkezdtek foglalkozni ezzel a területtel is, egyre több publikáció látott napvilágot, ahol kettő vagy több faktort vizsgáltak. A mentális betegséggel élőket érő stigmákat összefüggésbe hozták például a szexuális irányultsággal (O'Connor et al., 2018), rasszal és büntetett előélettel (West et al., 2014). A kontaktus alapú érzékenyítő programok magasabb sikerrátájának egyik lehetséges magyarázata pontosan az, hogy ezeken az alkalmakon egyszerre több megbélyegzettséget okozó tényező megjelenhet (Oxle & Corrigan, 2018).

Véleményem szerint a mentális betegséggel élők stigmatizáltságának vizsgálatakor magától értetődő második identitás a beteg neve. Az eddigi eredmények részletes bemutatása előtt azonban ki kell emelnem, hogy nem áll rendelkezésünkre számottevő empirikus adat a nem és mentális betegségek megítélésének kapcsolatáról. A kutatómunka eredményeként azonban kijelenthető, hogy kétféle, egymásnak némileg ellentmondó teória különíthető el, ám azokon belül is vannak egyet nem értések az akademikusok között.

Wirth és Bodenhausen (2009) vizsgálatában a szerzőpáros arra volt kíváncsi, hogy a kitöltők negatívabban ítélik-e meg a hagyományos nemi sztereotípiáknak nem megfelelő betegségben szenvedő személyeket vagy éppen fordítva. Előzetes feltételezéseik alapján a major depresszió feminin, míg az alkoholizmus maszkulin betegségnek számít. A kutatási elrendezésben a résztvevők egy rövid történetet (ún. vignettát) olvastak egy depresszióval/alkoholdependenciával élő nőről/férfiről, majd a megismert betegről szóló kérdésekre kellett választ adniuk. Ezek a kérdések a stigmatizáció számos aspektusát (érzelmeik, okok a kialakulásra, segítségnyújtás) felmérték. Az adatok elemzését követően meghökkentő eredmények születtek, ugyanis az atipikus párosítások (depressziós férfi, alkoholista nő) kevesebb negatív sztereotípiával szembesültek. Az ő állapotukat inkább biológiai, kontrollálhatatlan okoknak, mintsem a személyiségből fakadó hibának tekintették, emellett feléjük pozitívabb érzelmekkel is fordultak. A segítségnyújtás kérdése már nem hozott ennyire egyértelmű eredményt, a női résztvevők nem reagáltak másképpen a kétféle szereplőre, míg a férfiak hamarabb segítenének az atipikus esetekben. A két betegség összevetésekor szintén

szignifikáns eltérés volt tapasztalható, mégpedig az alkoholizmus esett negatívabb megítélés alá, ez az eredmény a dolgozat további részében kiemelt fontosságú lesz. A szerzőpáros az észlelhető különbséget a betegség kialakulásáról való elképzelések eltérő mivoltával magyarázzák, azaz nagyobb felelősséget tulajdonítanak az emberek tipikus helyzetben, mint atipikus felosztás esetén.

Ugyanebben az elméleti megközelítésben végzett kutatást Rosenfield (1982), aki kórházban, pszichiátriai osztályon tartózkodó betegek statisztikáit vetette össze. Arra volt kíváncsi, hogy a férfi és női betegeket milyen típusú zavarral vonják hamarabb kórházi kezelés alá. Az összehasonlítást követően arra a megállapításra jutott, hogy nincs különbség a férfiak és nők között, hanem abban az esetben veszik fel őket hamarabb pszichiátriai osztályra, ha a betegségük nem felel meg a hagyományos nemi sztereotípiáknak. Annak ellenére, hogy ez egy valóban nagyon régi kutatás, illetve speciális mintát vett alapul (kórházi betegek), érdemes észben tartani ezt az eredményt, mivel éppen ellentétes Wirth és Bodenhausen (2009) megállapításaival.

Egy másik vizsgálat a megközelítésen belül abból a felvetésből indult ki, hogy a férfiak később vagy egyáltalán nem kérnek szakemberi segítséget, amikor valamilyen mentális zavartól szenvednek, mivel erre a gyengeség beismeréseként tekintenek, ami csökkenti a férfiaság érzésüket (Michniewicz et al., 2016). A kutatás előkészítő szakaszában szisztematikus felmérésekkel elkülönítettek férfiasnak és nőiesnek érzékelt betegségeket, így olyan vignettákat állíthattak össze, amiben manipulálni tudták a szereplő nemét és nemre jellemző betegségét, így kialakítva tipikus/atipikus párosításokat. A rövid történetek elolvasása után felmérték, hogy a résztvevők milyen mértékű státuszvesztést élnek át a nemi identitásukban, pszichológiai distresszt élnek meg, valamint milyen valószínűséggel fordulnának segítségért, ha a szereplő helyébe képelték magukat. Az atipikus esetekről való olvasás nagyobb fenyegetést jelentett a nemi identitásra mindkét nem esetében, azonban a férfiaknál erősebben jelent meg ez a hatás. Ez az eredmény összecseng Rosenfield (1982) eredményével, hiszen az atipikus párosítás nagyobb előítélettel járt. A konklúzió azonban óvatosan kezelendő, ugyanis a segítségkérés és distressz változók esetén nem születtek ennyire egyértelmű eredmények, tehát adódik a kérdés, hogy valóban a nem lenne-e a legmegbízhatóbb prediktor.

A másik elméleti megközelítés szerint nem a betegség és nem összeillése a mérvadó, hanem önmagában a férfias betegségek nagyobb stigmatizációval járnak. Boysen és munkatársai (2014) egy három egymásra épülő vizsgálat segítségével felmérte számos mentális zavar esetén, hogy az eltolódik-e férfias vagy nőies irányba (a résztvevők egy rövid ismertetést olvastak a

betegségről, majd elhelyezték egy kétpólusú skálán). Ezt követően sikerült azt is bebizonyítani, hogy a maszkulin zavarokat nagyobb negatív előítélet övezi. Klasszikusan férfias betegségnek számítottak a különböző függőségek, parafiliák, antiszociális személyiségzavar, míg a nőies zavarok közé az evészavarok, hisztrionikus és borderline személyiségzavarok kerültek. Laikus szemmel nézve is látható, hogy miért az előbbi betegségek járnak nagyobb stigmatizációval, azonban egy másik lehetséges magyarázat, hogy a maszkulin zavarok nagyrésze externalizáló tünetekkel (az agresszió a környezet felé irányul) jár, míg a feminin betegségek inkább internalizáló tünetekben (az agresszió önmaga felé irányul) nyilvánulnak meg. A hagyományos nemi sztereotípiák egyik leggyakrabban emlegetett vetülete, hogy a nők több érzelmet élnek át, mint a férfiak, ez alól egyetlen kivétel van, mégpedig a düh, ez tehát párhuzamba állítható a tünetek kifelé vagy befelé irányulásával is.

Az előbbieken bemutatott publikációt követően Boysen és Logan (2017) indokoltnak látták, hogy megkíséreljék megismételni Wirth és Bodenhausen (2009) úttörő kutatását, mivel az némileg ellentmondott az ő megállapításaiknak. Részben sikerült replikálni a kollégák eredményeit, azonban az eredetitől (alkoholizmus, depresszió) eltérő betegségekkel már nem működött a tipikus/atipikus felosztás áttörő hatása, sőt azt találták, hogy a férfias betegségek nagyobb stigmatizációval járnak, mint a nőies zavarok, alátámasztva ezzel a korábbi elemzéseiket.

3. Célkitűzések és hipotézisek

Az elméleti bevezetőben bemutatottak alapján tehát érdemes további vizsgálatokat folytatni a mentális betegséggel élőket sújtó stigmákkal kapcsolatban, annak fényében, hogy férfias vagy nőies betegségben szenvednek. A szakirodalmi áttekintés során kirajzolódott két megközelítés merőben eltér egymástól, de még az egyes teóriákon belül is vannak ellentmondások. Ennek következtében nem lehet egyértelmű elvárást megfogalmazni az általunk kivitelezett vizsgálat eredményeivel kapcsolatban, így mindkét nézőpont felvetéseit szeretnénk volna megvizsgálni, hogy az új eredmények segítsenek állást foglalni a kérdésben. Az eddig bemutatott vizsgálatok rengeteg változatos stigmát mérőeszközt vonultattak fel, éppen ezért a mi kutatásunkba is minél többet szeretnénk volna átemelni. Ez elősegített minket abban, hogy feltárjuk, hogy a stigmatizáció mely aspektusaira van hatással a betegség és a nemi sztereotípiák kapcsolata, és melyikre nem. A felsorolt szempontokat szem előtt tartva szeretnénk volna választ kapni arra, hogy melyik elméleti keret magyarázza jobban a mentális betegek érő stigmatizációt, így hipotézisek helyett kutatási kérdéseket fogalmaztunk meg, két különböző fókusszal:

1. Egy mentális betegséggel élő személy a neméhez illő, azaz tipikus, vagy a neméhez nem illő, azaz atipikus betegség esetén szenved el nagyobb mértékű stigmatizációt?
2. Erősebb stigmatizációt kell-e elszenvednie azoknak a mentális betegeknek, akik férfiasnak észlelt mentális zavarban szenvednek, függetlenül a beteg nemétől?
3. Van-e különbség férfiak és nők között a mentális betegek megítélésében?

4. Módszer

4.1. Eljárás

A kutatás etikai engedélyét az ELTE PPK Kutatásetikai Bizottsága (engedély száma: 2022/224) hagyta jóvá 2022-ben. A kérdőív legelején a résztvevők beleegyezését kértük a felvett adatok tudományos célú használatához, illetve biztosítottuk őket az adatok bizalmas kezeléséről, valamint arról, hogy a későbbiekben nem lesznek beazonosíthatóak. A kérdőív kitöltése önállóan zajlott, így ebben az első szakaszban tájékoztattuk őket arról is, hogy a részvétel önkéntes, bármelyik pillanatban megszakítható, ismert káros következménnyel nem jár. A téma érzékenysége miatt azonban biztosítottuk az elérhetőségünket már a legelső szakaszban is.

A kísérlethez egy online kitölthető kérdőívet készítettünk a Qualtrics rendszerén belül, így a népszerűsítés is online zajlott. A toborzáshoz igénybe vettük az ELTE PPK Döntéslabor segítségét, emiatt nagyrészt egyetemi hallgatók töltötték ki a kérdőívet vagy ők továbbították az ismerőseiknek. Fontos szempont volt azonban, hogy előzetesen ne áruljuk el, hogy a nem és betegség kapcsolatát szeretnénk vizsgálni, így a nyitó oldalon erről szándékosan nem ejtettünk szót.

Annak ellenére, hogy a vizsgálathoz kérdőív segítségét vettük igénybe, a kutatás egy online kísérlet is egyben, hiszen manipulációnak köszönhetően tudtuk négy csoportba osztani a résztvevőket. Ezt úgy nevezett vignetákkal értük el, amit az egyes betegségekről való gondolatáramlás kialakításához használtunk. A vignetták használata igazán kifizetődő a mentális zavarral küzdők megítélésének vizsgálatakor, ugyanis a szövegben, rövid történetben tetszőleges jellemzőket (akár diagnosztikai kritériumokat) fel lehet vonultatni, illetve könnyen hozzá lehet adni olyan elemeket, amiket manipulációra lehet használni, mint az, ahogy a mi esetünkben is történt. A kérdőív legelején minden résztvevő véletlenszerű módon besorolódott a négy kísérleti feltétel valamelyikébe. Minden kitöltő elolvasott egy rövid történetet egy depresszióval vagy alkoholizmussal élő személyről, akinek vagy Ádám, vagy Anna volt a neve (tehát mindenki egy vignettát olvasott). Az eltérő nevek segítségével tudtuk manipulálni a

történetben szereplő személy nemét, a sztori szövege ezen kívül minden másban megegyezett, semmilyen más eltérés nem volt, kizárva ezzel egy harmadik változó befolyásoló hatását. Ezután a történetben szereplő személlyel kapcsolatban olvashattak állításokat a kitöltők, valamint általánosan a különböző mentális betegséggel élőkre vonatkozóan, ezek az itemek a mérőeszközök részénél kerülnek részletes bemutatásra. A kérdőív utolsó négy kérdése általános demográfiai adatokat mért fel (nem, életkor stb.).

A téma érzékenysége miatt a kérdőív befejezését követően kapott helyet a betegségek rövid leírása, valamint elérhetőségek, szolgáltatások, amiket igénybe tudnak venni, amennyiben ők vagy ismerőseik tapasztalnak hasonló nehézségeket. Mivel kísérleti manipulációt alkalmaztunk, ezért itt röviden bemutatásra került a vizsgálat eredeti célja is, valamint ismételten biztosítottuk az elérhetőségeinket.

4.2. Vizsgálati személyek

A vizsgálatra összesen több, mint hatszáz válasz érkezett, azonban az adattisztítás során rengeteg éppen, hogy elkezdett választ kellett eltávolítani. Emellett kisebb számban ugyan, de előfordultak olyan kitöltők is, akik nem fogadták el a beleegyező nyilatkozat, vagy rosszul válaszoltak a figyelemellenőrző kérdésre (így nem volt megbízható a kutatás többi részére adott válasz sem). Az elejétől a végéig 501 személy töltötte ki a kérdéssort. Az adatelemzés egyes fázisaiban magasabb elemszámmal dolgoztam abban az esetben, ha a résztvevő választ adott a kísérlet szempontjából releváns kérdésre, de nem ért teljesen a kérdőív végére. Egyértelműen jelezni fogom az eltérést a továbbiakban, az eredmények részénél feltüntettem minden statisztikai próba esetén az elemszámot.

Az 501 teljes adat közül 178 résztvevő vallotta magát férfinak (35,529%), 321 nőnek (64,072%), 1 személy egyéb nemet jelölt, 1 személy pedig nem kívánt válaszolni a kérdésre. Az átlagéletkor 22,521 év volt ($M=22,521$, $SD=4,961$), az életkori tartomány 18 és 53 év között mozgott. A legmagasabb iskolai végzettség a következőképpen alakult a mintán: 4 fő (0,798%) szakiskola és szakmunkásképző (érettségi nélkül), 34 fő (6,786%) érettségi (gimnázium vagy szakközépiskola), 392 fő (78,244%) folyamatban lévő felsőfokú tanulmányok, 71 fő (14,172%) felsőfokú oktatásban megszerzett diploma.

4.3. MÉRŐESZKÖZÖK

4.3.1. Vignetták

A kérdőívben szereplő, depressziós és alkoholista személyről szóló vignettákat Link és munkatársai (1999) alkották meg, ezeket fordította le Dr. Szabó Zsolt, amiket részben mi is felhasználtunk a kutatáshoz. Apróbb változtatásokat eszközöltünk annak érdekében, hogy a magyar köznyelvhez jobban passzoljanak a történetek, illetve a szereplők neveit Annára/Ádámra módosítottuk a kísérleti manipuláció érdekében. Próbáltunk hasonló hosszúságú és gyakoriságú keresztneveket találni, így elkerülve, hogy ez torzító hatással legyen az eredményekre. A vignettákat az 1. számú melléklet tartalmazza.

4.3.2. Társadalmi távolságtartás skála

A társadalmi távolságtartás skála hatékony mérőeszköz annak a meghatározására, hogy a válaszadók milyen közelségbe lennének hajlandók kerülni egy mentális beteg személlyel, ahogy arról korábban szót ejtettem. Az általunk használt verzió (Link et al., 1999) öt állítást tartalmaz, a kitöltőknek pedig el kell döntenie, hogy milyen mértékben értenek egyet az állításokkal (1-egyáltalán nem ért egyet; 5-teljes mértékben egyetért). Az állítások különböző kapcsolati szinteket (szomszéd, munkatárs, ismerős, közeli barát, családtag) vonultatnak fel és arra kíváncsiak, hogy milyen mértékben lennének hajlandók ilyen kapcsolatba kerülni a történetben szereplő személlyel, tehát minél magasabb átlagértéke van a kitöltőnek, annál inkább elfogadó a mentális betegségekkel élők felé. A skála kiváló (Cronbach- $\alpha=0,91$) reliabilitás mutatóval rendelkezik.

4.3.3. Attribúció

Az attribúciók blokk (vizsgálatának indokoltságát Wirth és Bodenhausen (2009) publikációja magyarázza) a betegség kialakulásának okaira vonatkozó állításokat tartalmaz, a résztvevőknek egy ötfokú skálán kellett értékelni az egyetértésüket (1-egyáltalán nem ért egyet; 5-teljes mértékben egyetért). Két állítás kevés felelősséget tulajdonít a betegnek a zavar kialakulásában (Valódi mentális zavarban szenved, A problémájának biológiai okai vannak), így a továbbiakban közös alskálát alkottunk belőle, amit pozitív attribúciónak neveztünk el. A korreláció a két tétel között azonban gyengének bizonyult ($r=0,28$, $p<0,001$). Hasonló elképzelés mentén további két ítemet vontunk össze negatív attribúciók néven, amik egyértelmű felelősséget tulajdonítanak a személynek a betegség kialakulásában (A betegsége a személyiségében gyökerező problémára utal, Ő is tehet a problémájáról). A korrelációs

együttható szintén gyenge volt az összevonást követően ($r=0,29$, $p<0,001$). Ebben a blokkban az ötödik tétel a betegség szokatlanságára utalt (A problémája szokatlannak tűnik).

4.3.4. Betegség észlelt férfiassága, gyakorisága a nemek függvényében

A kísérleti manipulációtól függetlenül egy négy kérdésből álló blokk minden résztvevő számára megjelent, és itt már arra kértük őket, hogy vonatkoztassanak el a történetben szereplő személyről olvasottaktól. Arra kértük őket, hogy helyezzenek el egy depressziós személyt egy hétfokú skálán, ahol az 1-es érték a kifejezetten nőies, 4 a se nem nőies, se nem férfias, 7 pedig a kifejezetten férfias értéket képviselte. Ezután a depresszió gyakoriságára kérdeztünk rá egy szintén hétfokú skálán: 1-inkább nőknél gyakori, 4-egyforma gyakorisággal fordul elő a két nemnél, 7-inkább férfiaknál gyakori. A két kérdés ezután megismétlődött, azonban egy alkoholista személyre vonatkoztatva. Egyrésztől szeretnénk volna egy általánosabb képet kapni arról, hogy milyen asszociációk kötődnek az alkoholizmushoz és depresszióhoz a nemek függvényében, másrésztől érdemes újfent megvizsgálni, hogy milyen mértékben tartják a minta résztvevői férfiasnak vagy nőiesnek a betegségeket, így ennek fényében fogalmaztuk meg ezt a négy kérdést.

4.4. Statisztikai elemzési terv

A statisztikai elemzéshez az IBM SPSS program 28.0.0.0 (190)-es verzióját használtam.

Az észlelt gyakoriság és maszkulinitás/femininitás vizsgálatához egymintás t-próbát fogok alkalmazni, amennyiben nem teljesülnek a teszt előfeltételei, akkor Wilcoxon-próbát fogok elvégezni.

A továbbiakban két csoport eredményeinek összehasonlításakor független mintás t-próbát fogok elvégezni. Ha az előfeltételek sérülnek, Mann-Whitney U teszt eredményeit fogom figyelembe venni. Kettőnél több csoport átlagainak összevetéséhez a független mintás egyszempontos varianciaanalízis, illetve a több szempontos független mintás varianciaanalízis használatát tartom célszerűnek, előfeltételek sérülésekor Welch-próbával fogom helyettesíteni az ANOVA eredményeit.

5. Eredmények

5.1. Észlelt férfiasság, nőiesség

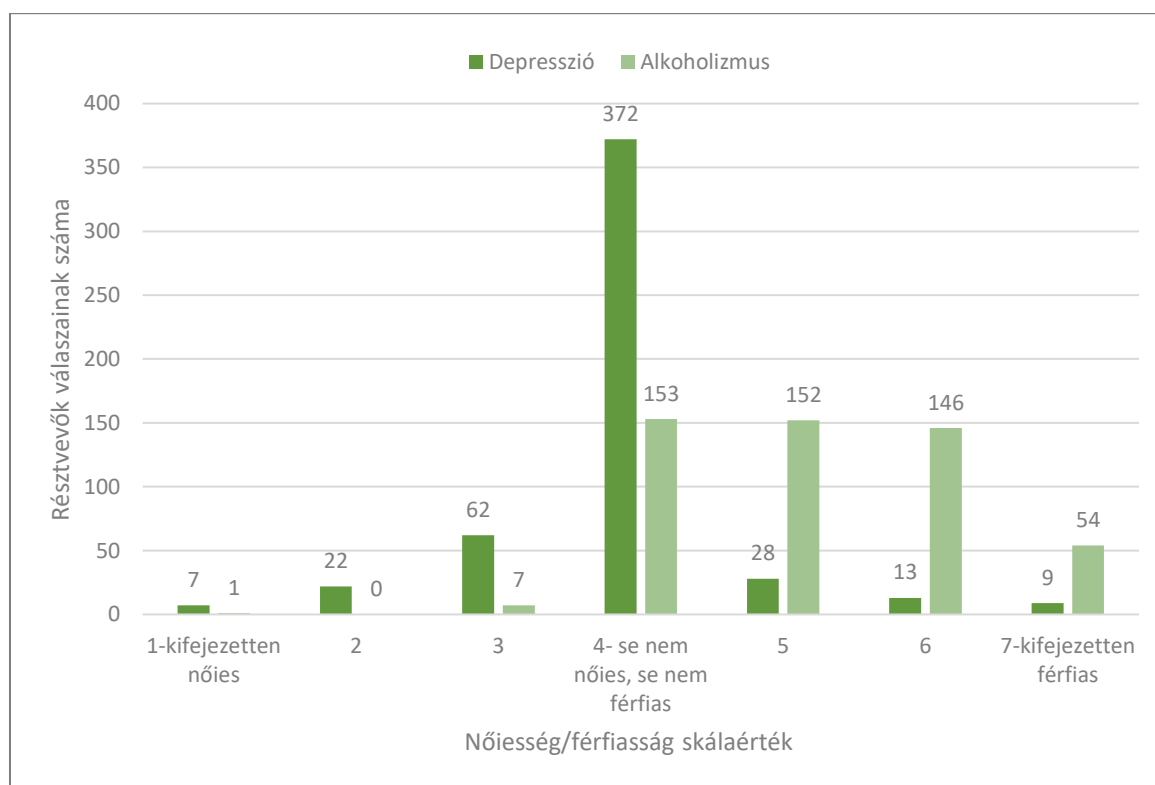
Egy általános kiindulási pont az egész kutatásra nézve, ha összehasonlítjuk, hogy mennyire tartják férfias vagy nőies betegségnek az alkoholizmust és a depressziót, illetve nőknél vagy

férfiaknál tartják gyakrabban előforduló betegségnek. Előzetes feltételezéseink alapján a depressziót nőies és a nők körében gyakrabban előforduló, míg az alkoholizmust férfias és férfiaknál gyakrabban előforduló betegségnek fogják tartani a résztvevők. Ezekben az elemzésekben 513 fő válasza vett részt.

Az 1. számú ábrán összehasonlításra került a két betegség észlelt nőiessége és férfiassága az egyes válaszlehetőségek eloszlásának függvényében. Az ábrán látható, hogy a depresszió némi eltolódást mutat a nőies irányba (a középérték kiugróan magas), az alkoholizmus viszont jelentőset a férfias irányba.

1. számú ábra

Betegségek észlelt nőiessége/ferfiassága



Az eloszlások vizsgálatán túl természetesen statisztikai próbáknak is alávetettük a válaszokat. Elsősorban egymintás t-próbát szerettünk volna lefuttatni az adatokon, a referenciaérték 4 (se nem nőies, se nem férfias) volt, hiszen az alapfeltevésünk akkor igazolódik be, ha eltér a válaszok átlagértéke a középértéktől. Azonban mivel az egymintás t-próba előfeltételei közé tartozik a változók normális eloszlása, ami mind az alkoholizmus, mind a depresszió esetében sérül a Shapiro-Wilk teszt alapján ($p < 0,001$). Ennek értelmében non-parametrikus eljárás, Wilcoxon-próba alá vetettük az eredményeket.

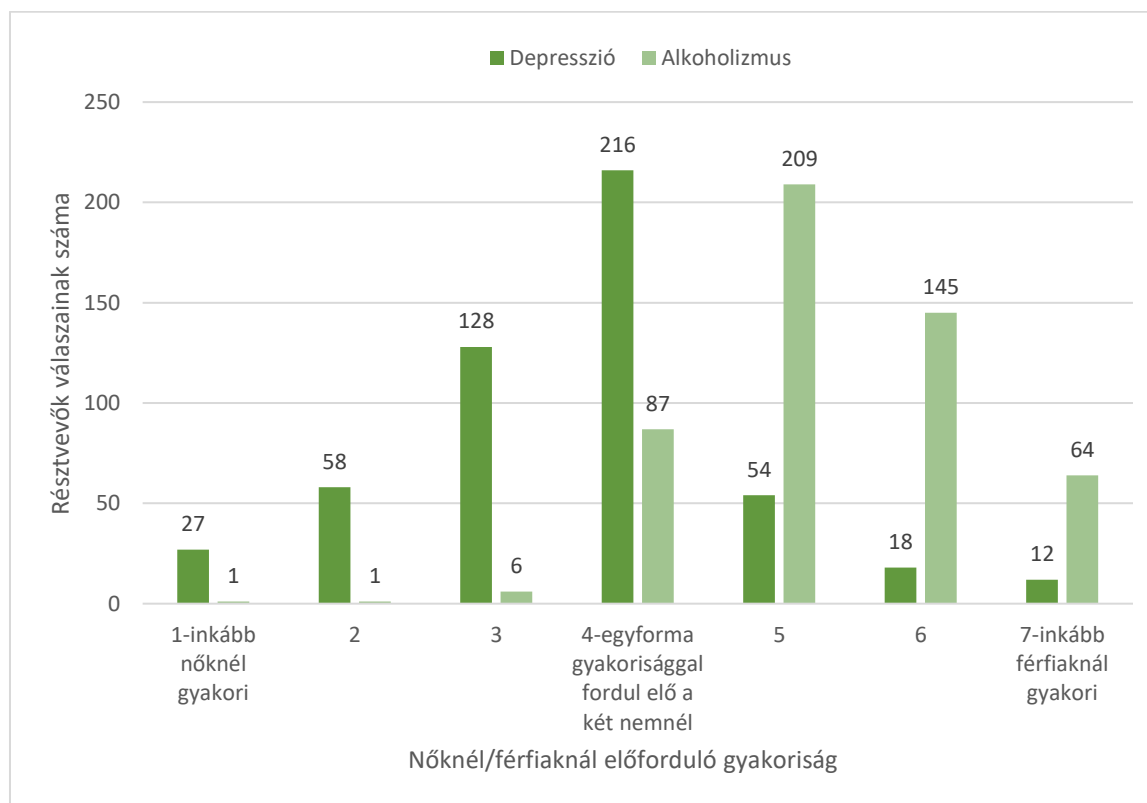
A depresszió esetén a Wilcoxon-próba szignifikáns eredményt mutatott: $Z=-2,401$, $p<0,016$. A válaszadók átlaga 3,91, míg szórása 0,85 volt, azaz mindösszesen kilenc század az eltérés a középértéktől (azaz a nőiesség irányába való átbillenés). Hiába a szignifikáns eredmény, ez nem tekinthető erős különbségnek, amit az is alátámaszt, hogy a minta mediánja 4 volt, ahogyan az előzetesen feltételezett medián is 4 volt.

Az alkoholizmusra beérkezett válaszok alapján a Wilcoxon-próba eredménye a következő: $Z=16,312$, $p<0,001$. Az alkoholizmus nőiesség/férfiasság skálára érkezett válaszok átlaga 5,16, szórása 1,032 volt. A depresszióhoz viszonyítva láthatóan nagyobb az eltérés a referenciaértéktől, így az alkoholizmus esetén kifejezettebb a betegség maszkulin hatása. A minta mediánja 5 volt, azaz ez az erősebb eltolódás ebben is megmutatkozott, hiszen eltér hipotetikus mediántól, ami a középérték (4) volt.

A 2. számú ábrán feltüntettük a depresszió és alkoholizmus észlelt gyakoriságát a nemek függvényében. A depresszió esetében egy enyhe eltolódás látszódik a nők felé, az alkoholizmusnál elenyésző elemszám helyezkedik el a skála női felén, teljes mértékben a férfiak felé osztódnak el a válaszok.

2. számú ábra

Betegségek észlelt gyakorisága nők/férfiak esetében



Az észlelt gyakoriság esetében hasonlóan jártunk el, mint a korábbiakban, azaz Wilcoxon-próbát végeztünk az itemekre adott válaszokon, mivel a Shapiro-Wilk teszt mindkét betegség esetén szignifikáns eredményt hozott ($p < 0,001$), így egyértelmű, hogy a változók normális eloszlása nem teljesül. Referenciaértéknek a középértéket (4-egyforma gyakorisággal fordul elő a két nemnél) állítottuk be.

A depressziós értékeken lefuttatott Wilcoxon-próba szignifikáns eredményt hozott ($Z = -6,887$, $p < 0,001$), az átlag 3,61, a szórás 1,218 volt. Ez a közel 4 tizednyi eltolódás a nőies értékek irányába továbbra is inkább enyhének tekinthető, azonban beigazolja az előzetes feltevéseinket. A minta mediánja 4 volt, azaz megegyezett a referenciaértékkel, ez is alátámasztja az enyhe eltérést.

Az alkoholizmus észlelt gyakoriságán végzett Wilcoxon-próba a következő eredményt hozta: $Z = 17,747$, $p < 0,001$, a minta mediánja nem egyezett meg a középértékkel, hanem eggyel több, azaz 5 volt. Az átlag 5,33, míg a szórás 0,971 volt, ez a nagyobb eltérés szintén beigazolja az előzetes elképzeléseket, miszerint az alkoholizmus észlelt gyakorisága a férfiak irányába tolódik.

5.2. Kísérleti feltétel szerinti összehasonlítás

A kutatási elrendezés elsősorban azért lett a korábban bemutatott módon megalkotva, hogy össze tudjuk vetni, hogy más megítélés alá esnek-e az eltérő betegség-nem párosítással élő mentális betegek, ennek leképezéseként sorolódtak be a résztvevők a négy különböző kísérleti feltétel egyikébe. Ezt az összehasonlítást független mintás egyszempontos varianciaanalízis segítségével lehet elvégezni. A statisztikai próba előfeltétele többek között a változók normális eloszlása, valamint a szóráshomogenitás is, ami a kívánt társadalmi távolságtartás változó esetén nem teljesül. Mind a Shapiro-Wilk teszt, mind a Levene-teszt szignifikáns eredményt mutatott, így a parametrikus eljárás helyett érdemes robusztus próbát elvégezni az adatokon, jelen esetben ez a Welch-próba volt. Az elemszám 528 fő volt, a négy csoport társadalmi távolságtartás skálán elért átlagát, szórását és pontos elemszámát az 1. számú táblázat, az eredmények egymáshoz viszonyított ábrázolását pedig a 3. számú ábra tartalmazza. A nem parametrikus eljárás a következő eredményt mutatta: $t(283,419) = 71,652$, $p < 0,001$, ezáltal kijelenthető, hogy statisztikailag szignifikáns különbség van a kísérleti feltétel alapján besorolt csoportok között a kívánt társadalmi távolságtartás mértékében. A négy csoport közötti különbség a következőképpen alakult a legkevésbé a leginkább stigmatizált csoport felé haladva: depressziós nő, depressziós férfi, alkoholistá nő, alkoholistá férfi.

1. számú táblázat

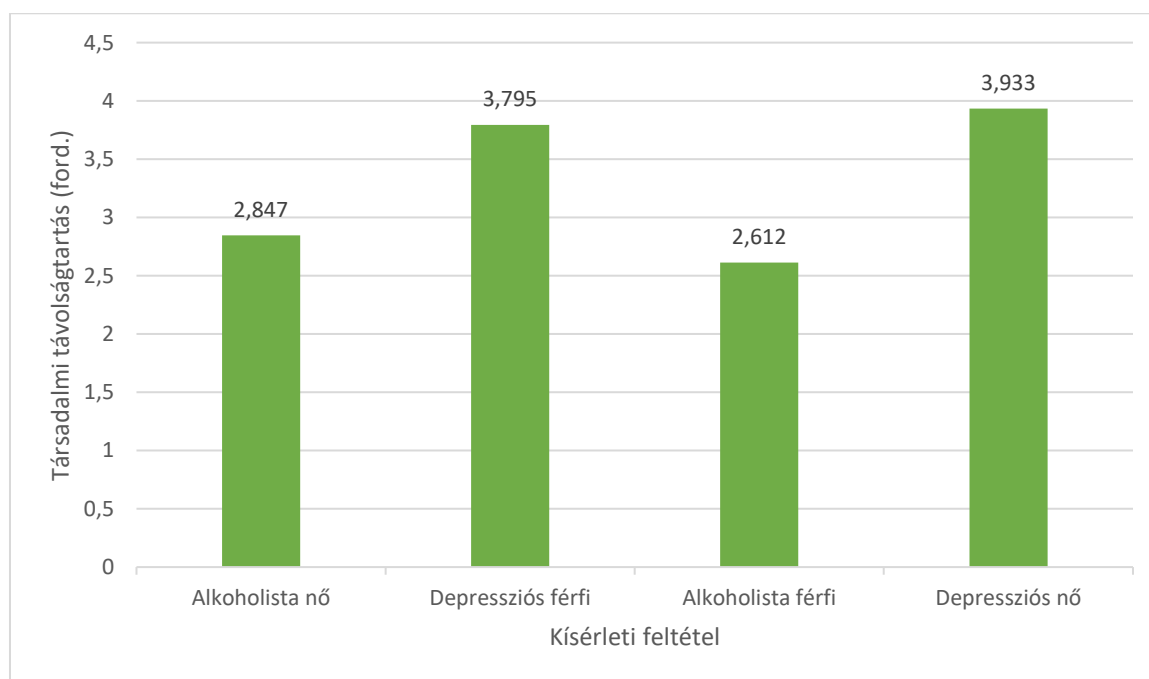
Társadalmi távolságtartás skála értékei a négy kísérleti feltétel mentén

	M	SD	N
Alkoholista nő	2,847	0,926	153
Depressziós férfi	3,795	1,04	114
Alkoholista férfi	2,612	0,87	132
Depressziós nő	3,933	0,846	129

M=átlag; SD=szórás; N=elemszám

3. számú ábra

Kísérleti feltétel hatása a társadalmi távolságtartásra



Az attribúciók esetén szintén hasonló volt a helyzet, mint a társadalmi távolságtartás skála esetén, mind a pozitív, mind a negatív attribúció mutató esetén sérült a normális eloszlás feltétele (a szóráshomogenitás feltétele nem sérült, mivel a Levene-teszt egyik esetben sem hozott szignifikáns eredményt), így Welch-próbát futattunk az adatokon. Az elemszám mindkét teszt esetén 519 volt, a pontos értékeket a 2. számú táblázat, az ebből készített diagramot a 4. számú ábra mutatja be. A nem parametrikus eljárások mind a pozitív attribúciók

($t(279,184)=7,553$, $p<0,001$), mind a negatív attribúciók ($t(276,085)=41,061$, $p<0,001$) esetén statisztikailag szignifikáns eredményt mutatott. A pozitív attribúciókon belül a következő sorrendet lehet felállítani, ha azt vesszük figyelembe, hogy mennyire egyéni kívül álló oknak tekintik a betegség kialakulását a legkevésbé okolt csoporttól a leginkább okolt csoport felé haladva: depressziós férfi, depressziós nő, alkoholista férfi, alkoholista nő. A negatív attribúciók esetén az egyes kísérleti feltételben szereplő szereplőknek a következő sorrendben haladva tulajdonítanak egyre nagyobb felelősséget a kitöltők: depressziós nő, depressziós férfi, alkoholista nő, alkoholista férfi.

2. számú táblázat

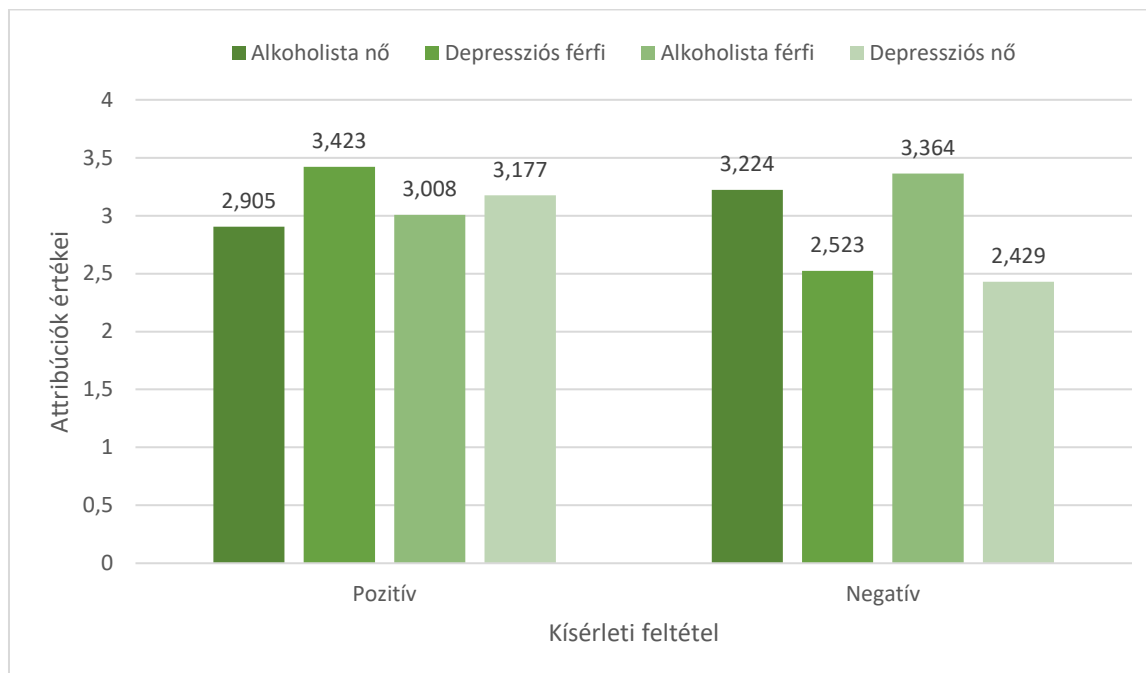
Attribúciók skála értékei a négy kísérleti feltétel mentén

	Pozitív attribúciók			Negatív attribúciók		
	M	SD	N	M	SD	N
Alkoholista nő	2,905	0,904	152	3,224	0,774	152
Depressziós férfi	3,423	0,939	111	2,523	0,923	111
Alkoholista férfi	3,008	0,882	129	3,364	0,863	129
Depressziós nő	3,177	0,823	127	2,429	0,818	127

M=átlag; SD=szórás; N=elemszám

4. számú ábra

Kísérleti feltétel hatása az attribúciókra



5.3. Tipikus/atipikus dimenzió szerinti összehasonlítás

A Welch-próba tehát megmutatta, hogy van különbség a kísérleti feltétel által megszabott csoportok között, így érdemes további elemzéseket végezni az adatokon. Ennek érdekében további csoportosítást végeztünk el. Az első kutatási kérdés a betegség és nem összeillését hivatott vizsgálni, így ennek érdekében a kísérleti feltételeket két további csoportra osztottuk: nemi sztereotípiáknak tipikusan megfelelő ($n=261$) és nem megfelelő, azaz atipikus ($n=267$) csoportok. Előbbibe a depressziós nőről, valamint alkoholista férfiról, míg utóbbiba a depressziós férfiról és alkoholista nőről olvasó válaszadók kerültek. Az összehasonlításhoz független mintás t-próbát szeretnénk volna alkalmazni, melynek előfeltétele a változók normális eloszlása (Shapiro-Wilk teszt eredménye szignifikáns tehát sérül), illetve a szórászhomogenitás (Levene-teszt eredménye nem szignifikáns, tehát teljesül ez az előfeltétel). Mivel az előfeltételek nem teljesülnek maradéktalanul, ezért nem parametrikus próbát végeztünk el az adatokon. A változók leíró adatait a 3. számú táblázat, míg a csoportok közötti különbség vizuális megjelenítését az 5. számú ábra mutatja. A robosztus Mann-Whitney U teszt eredménye nem volt szignifikáns ($U=34489,5$, $p=0,84$), azaz statisztikai szempontból számottevő különbség nincsen a tipikus és atipikus feltételek között.

3. számú táblázat

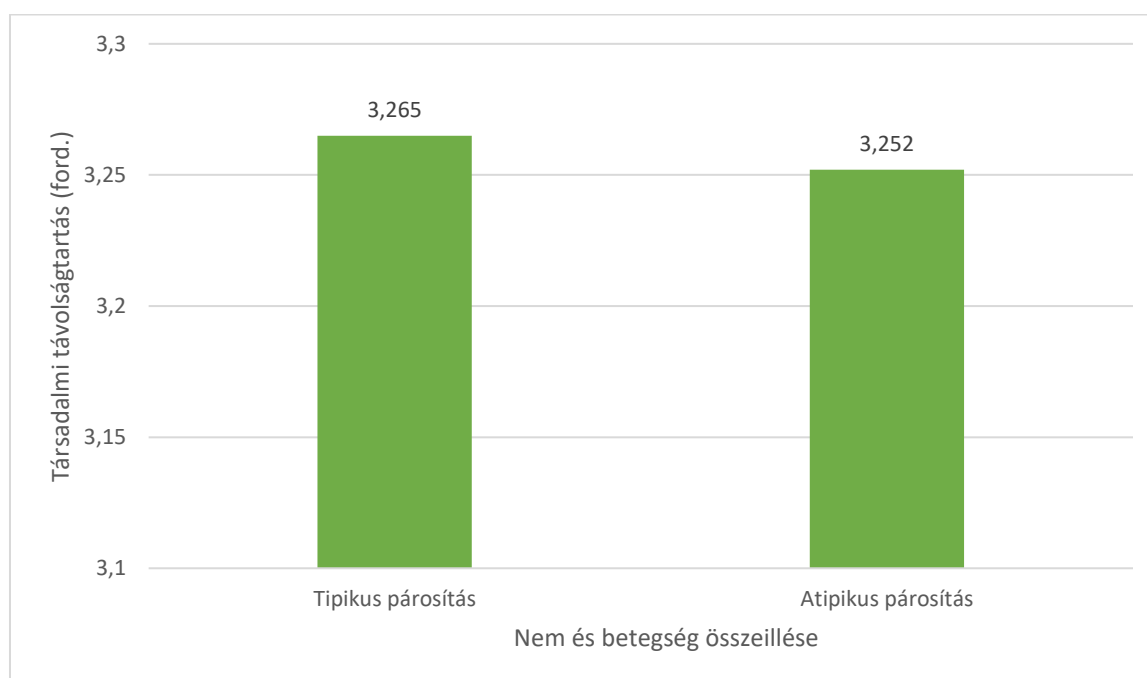
Társadalmi távolságtartás skála értékei a tipikus/atipikus dimenzió mentén

	M	SD	N
Tipikus párosítás	3,265	1,081	261
Atipikus párosítás	3,252	1,081	267

M=átlag; SD=szórás; N=elemszám

5. számú ábra

Tipikus/atipikus dimenzió hatása a társadalmi távolságtartás skálára



Az attribúciók blokk elemzésében már csak 256 résztvevő alkotta a tipikus feltételt, míg 263 fő az atipikust. A szóráshomogenitás megvalósult ugyan, azonban a változók eloszlása nem volt normális, így Mann-Whitney U tesztet futattunk az adatokon. Egyik függő változó esetén sem született szignifikáns eredmény, így kijelenthető, hogy sem a pozitív ($U=32,529$, $p=0,5$), sem a negatív attribúciók ($U=33315,5$, $p=0,836$), mentén nem tapasztalható statisztikailag szignifikáns különbség a tipikus/atipikus irányvonal mentén. Az átlagok, szórások pontos értékeit a 4. számú táblázat, az adatok egymás viszonyított ábrázolását a 6. számú ábra tartalmazza.

4. számú táblázat

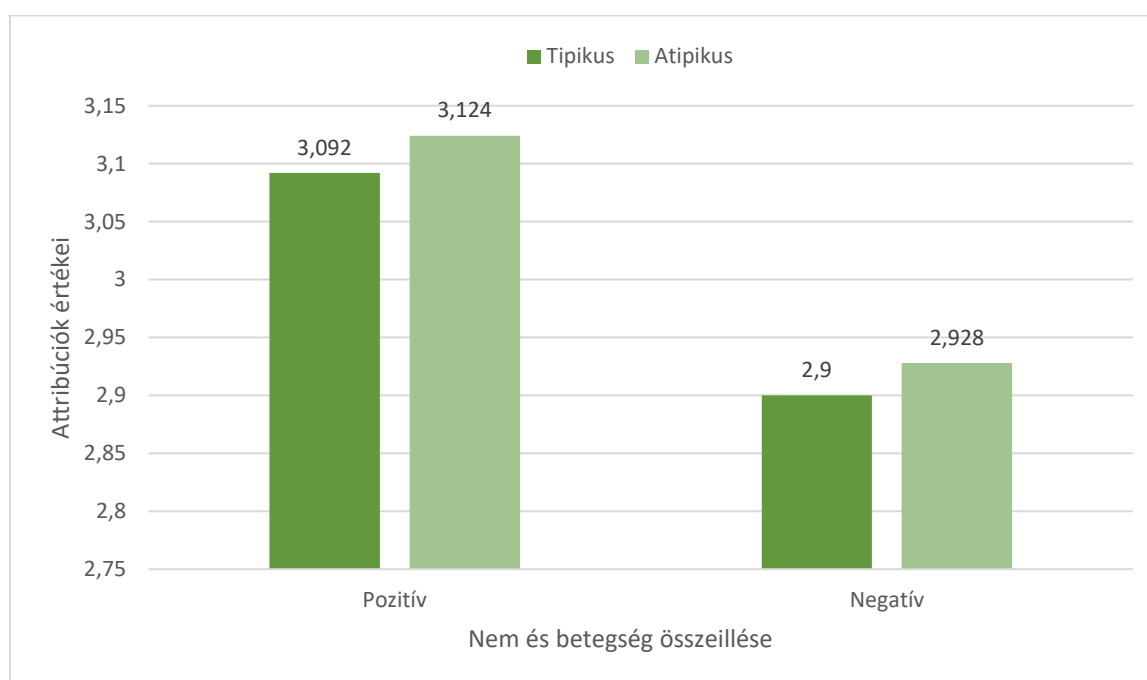
Attribúciók skála értékei a tipikus/atipikus dimenzió mentén

	Pozitív attribúciók			Negatív attribúciók		
	M	SD	N	M	SD	N
Tipikus	3,092	0,855	256	2,9	0,961	256
Atipikus	3,124	0,953	263	2,928	0,907	263

M=átlag; SD=szórás; N=elemszám

6. számú ábra

Tipikus/atipikus dimenzió hatása az attribúciókra



5.4. Betegség szerinti összehasonlítás

A kísérleti feltételek egy másfajta felosztása ha betegségek mentén alkotunk két csoportot, ez a második kutatási kérdésfelvetésre szolgálhat válasszal. Értelmeszerűen az alkoholista csoportba (n=285) kerültek azok a kitöltők, akik alkoholista nőről vagy férfiről olvastak, depresszió csoportba (n=243) pedig azok, akik depressziós nőről vagy férfiről tudhattak meg többet. Az összevetéshez kétmintás t-próbát kell alkalmazni (szóráshomogenitás feltétele teljesül, mert a Levene-teszt eredménye nem szignifikáns), azonban a változóknak nem normális az eloszlása

(szignifikáns a Shapiro-Wilk teszt eredménye), így inkább Mann-Whitney U próbát futattunk az adatokon. A robosztus próba ($U=13666$, $p<0,001$) eredménye szignifikáns lett, azaz statisztikai szempontból releváns különbség van a betegségek megítélése között, méghozzá az alkoholizmus kárára, tehát nagyobb a kívánt társadalmi távolságtartás az alkoholista személyek felé. A pontos értékeket az 5. számú táblázatban, az adatok alapján készített diagramot a 7. számú ábrán tüntettem fel.

5. számú táblázat

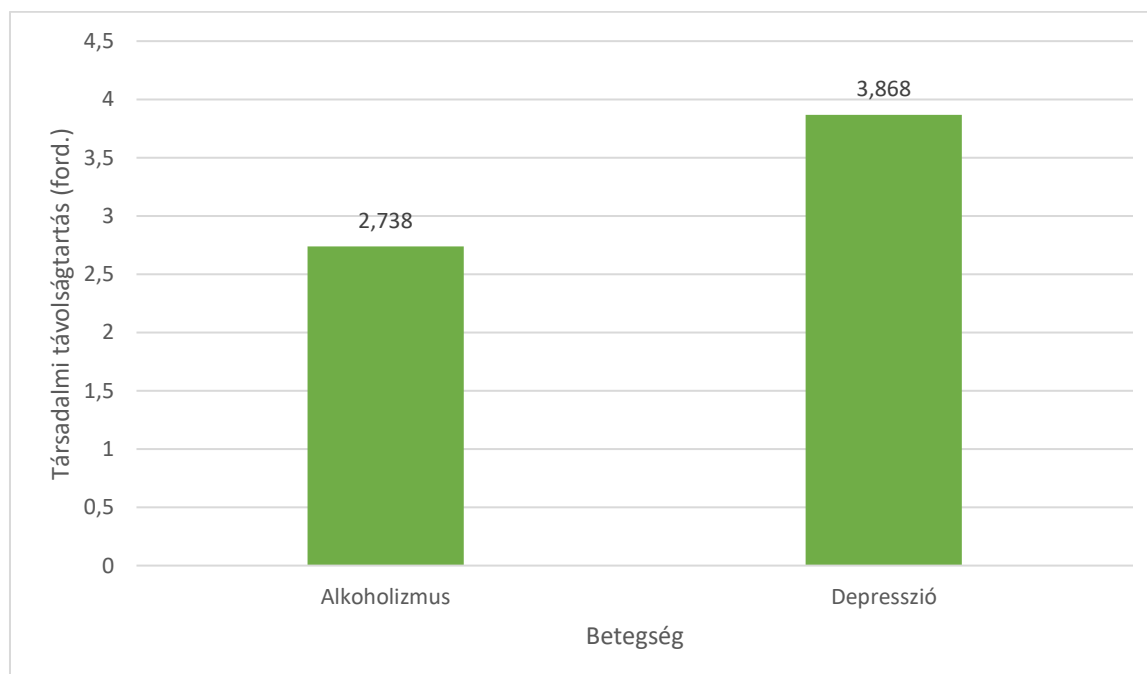
Társadalmi távolságtartás skála átlagai a betegségek mentén

	M	SD	N
Alkoholizmus	2,738	0,905	285
Depresszió	3,868	0,943	243

M=átlag; SD=szórás; N=elemszám

7. számú ábra

Betegség hatása a társadalmi távolságtartás skálára



Az attribúciók blokk betegség szerinti felosztásának részletes értékeit a 6. számú táblázat, vizuális megjelenítését a 8. számú ábra mutatja be. Az átlagértékek összehasonlításához Mann-Whitney U próbát alkalmaztunk, ugyanis a változók eloszlása eltért a normálistól

(szóráshomogenitással nem volt probléma). A robosztus próbák eredménye a következő volt: pozitív attribúciók: $U=26292$, $p<0,001$, negatív attribúciók: $U=16803,5$, $p<0,001$. Kijelenthető tehát, hogy szignifikáns különbség van a betegségek szempontjából a felelősségtulajdonítás kérdésében, mégpedig az alkoholizmus kárára, azaz több negatív és kevesebb pozitív attribúciót társítanak hozzá a depresszióhoz képest.

6. számú táblázat

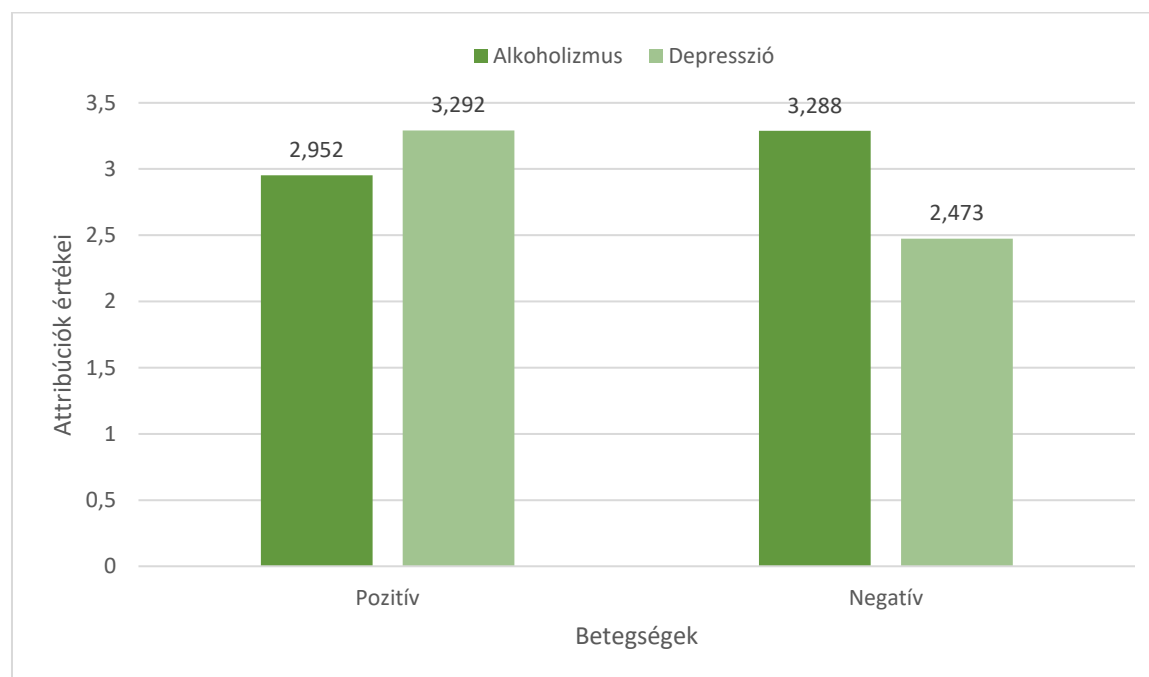
Attribúciók skálák értékei a betegségek mentén

	Pozitív attribúciók			Negatív attribúciók		
	M	SD	N	M	SD	N
Alkoholizmus	2,952	0,894	281	3,288	0,818	281
Depresszió	3,292	0,886	238	2,473	0,868	238

M=átlag; SD=szórás; N=elemszám

8. számú ábra

Betegség hatása az attribúciók skálákra



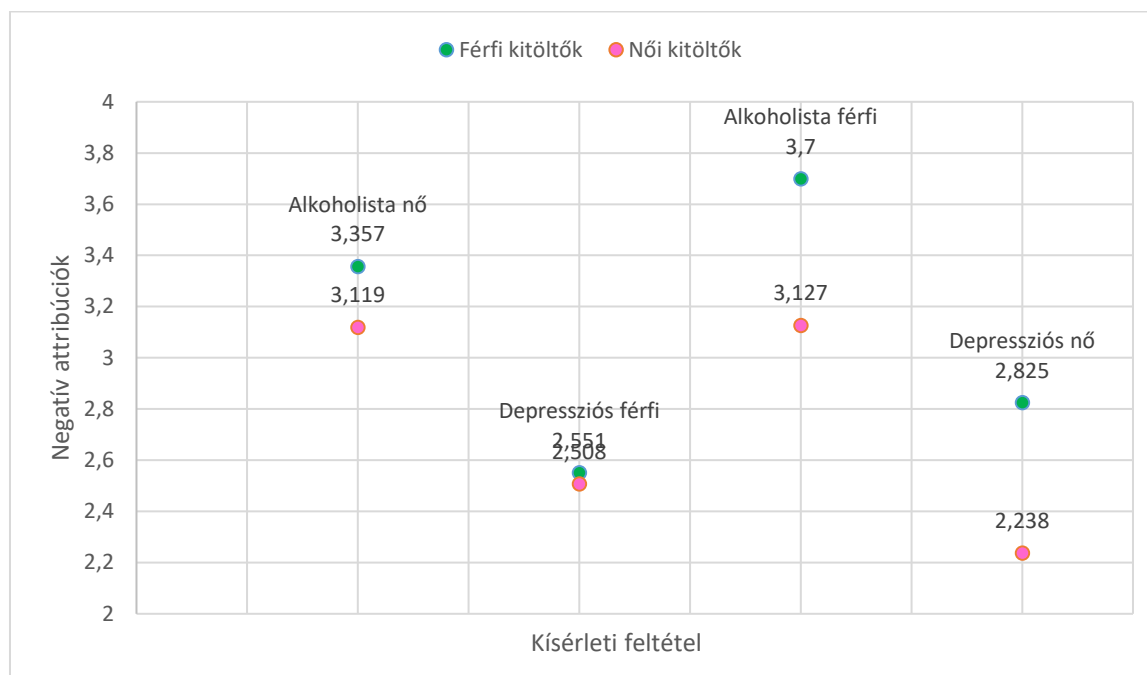
5.5. *Kitöltő nemének hatása*

A komplex adatfelvétel lehetővé tette, hogy az adatokon az eddigiektől eltérő, a részletekre és apróbb különbségekre érzékenyebb elemzéseket is elvégezhessünk a válaszokon. A több szempontos, független mintás varianciaanalízis lehetővé teszi, hogy egyszerre több változó hatását illetve azok közös interakcióját is megvizsgáljuk a kimeneti változó függvényében. Ezek a statisztikai próbák nagyrészt megerősítették az eddigi eredményeket, ugyanis a betegség főhatása mind a három kimeneti változó esetén szignifikáns volt (társadalmi távolságtartás skála: $F(1,491)=176,51$, $p<0,001$, $\eta^2=0,264$; pozitív attribúciók: $F(1,491)=18,5$, $p<0,001$, $\eta^2=0,036$; negatív attribúciók: $F(1,491)=105,207$, $p<0,001$, $\eta^2=0,176$). Ezzel ellentétben a történetben szereplő személy nemének és betegségének interakciója nem hozott szignifikáns eredményt egyik vizsgált függő változó esetén sem.

A történetben szereplő személy nemén kívül fontosnak tartottuk megvizsgálni a kitöltő nemének hatását is, hiszen korábbi eredmények alapján ennek is lehet hatása a stigmatizáció mértékére (Wirth & Bodenhausen, 2009). A demográfiai adatok résznél természetesen lehetőséget biztosítottunk a kérdés megtagadására, illetve az egyéb kategória bejelölésére, azonban mindösszesen egy-egy személy jelölte be ezen opciók valamelyikét, így a most következő elemzésekben őket kivettük az adatokból annak érdekében, hogy ne torzítsák azokat. Ennek értelmében csak férfi ($n=178$) és női ($n=321$) kitöltők válaszait hasonlítottuk össze az ANOVA tesztekben. Sem a társadalmi távolságtartás, sem a pozitív attribúciók nem hozott szignifikáns eredményt, azonban a negatív attribúciók esetén a következő eredmény született: $F(3,491)=176,51$, $p<0,001$, $\eta^2=0,179$. Megfigyelhető volt, hogy a férfi résztvevők hajlamosabbak voltak inkább felelősnek tartani a kialakult betegségért a tipikus párosítással (alkoholista férfi, depressziós nő) élő mentális betegeket, mint a nők (ezt a hatást bemutató diagramot a 9. számú ábra tartalmazza).

9. számú ábra

Kitöltő nemének hatása a negatív attribúciókra



6. Megvitatás

Amikor belevágtunk a kutatásba, nem titkolt célunk volt egy összetett vizsgálat létrehozása, ahol az adatok széleskörűen, több szempontot figyelembe véve elemezhetőek. Egyrészt a nyitott kérdések is megkövetelték, hogy többféle irányba el lehessen indulni a változók mentén, másrészt állást szerettünk volna foglalni az eddig uralkodó elképzelések között, ezáltal egyfajta kiindulási alapot szolgáltatva a komplexebb összefüggéseknek. Ennek érdekében szeretném bővebben értelmezni a kétféle megközelítésre érkezett eredményeket.

Az elsőként megfogalmazott kutatási kérdés egy interakciót feltételez a nem és betegségstípus között. A szakirodalom alapján azonban nem volt konszenzus abban, hogy a tipikus vagy éppen ellentétes módon az atipikus párosítással élők szenvednek nagyobb mértékű stigmatizációtól. A vizsgálatunkban arra a következtetésre jutottunk, hogy ez az interakció nem tekinthető mérvadónak, hiszen nem volt hatással a negatív előítéletek mértékére. Ez az eredmény mindenféleképpen meglepő, hiszen számos korábbi kutatás kimutatta, hogy a betegség és nem összeillése alapvetően megváltoztatja azt, ahogyan észleljük a mentális zavarral élőket. A megközelítés teljes elvetése előtt azonban érdemes szem előtt tartani azt, hogy ha figyelembe vettük a kitöltők nemét (harmadik kutatási kérdés), akkor a tipikus párosítással rendelkező betegeket negatívabban ítélték meg a férfi kitöltők. Ez részben alátámasztja Wirth és

Bodenhausen (2009) eredményeit, hiszen a férfiak nagyobb felelősséget tulajdonítottak a zavar kialakulásában azoknak a történetben szereplő személyeknek, akik megfeleltek a nemi sztereotípiáknak, illetve a betegséggel kapcsolatos előzetes elvárásaiknak. Az atipikus párosításoknál hasonló értékű választ adtak, mint a női kitöltők, így ott megengedőbbnek bizonyultak. Messzemenő következtetéseket nem lehet levonni ezen eredmény alapján, azonban arra utal, hogy valami hatás mégiscsak feltételezhető az interakciónak köszönhetően, azonban nem olyan elsöprő erejű, mint az előzetesen feltételeztük.

A második kutatási kérdés arra fókuszált, hogy a férfiasnak észlelt betegségek vajon magasabb stigmatizációval járnak-e, mint a nőiesnek tituláltak. Az előzetes feltevéseinket maximálisan igazolták a kapott eredmények, ugyanis az alkoholizmust negatívabban ítélték meg, mint a depressziót, függetlenül a betegséggel élő személy nemétől. Ez az eredmény jól illeszkedik Boysen és munkatársai (2014) vizsgálatainak eredményeihez, ezt a negatívabb attitűdöt azonban Wirth és Bodenhausen (2009) is megemlíti a publikációjukban. Az alkoholdependencia kárára történő nagymértékű stigmatizációból jogosan következtethetünk arra, hogy a kimutatott különbséget a mentális zavar férfias betegségként való észlelése okozza. Miért vélekedünk negatívabban a maszkulin zavarokról? Egy lehetséges magyarázat az észlelt veszélyesség lehet, hiszen a félelem óvatosságra int minket, ezáltal nagyobb valószínűséggel fogjuk elkerülni az illetőt, minél távolabb szeretnénk tőle kerülni (Silton et al., 2011). Boysen (2017) egy másik irányból közelítette meg ezt a kérdést, véleménye szerint az észlelt melegség (szerethetőség) és kompetencia függvénye is, hogy mennyire tartunk egy személyt ellenszenvesnek vagy éppen rokonszenvesnek. Vizsgálatában a feminin zavarral élők magasabb értéket értek el a melegség, míg kevesebb pontszámot a kompetencia skálákon, ez éppen ellentétes volt a maszkulin zavarok esetében. Ezt összefüggésbe hozta azzal az eredménnyel, hogy a férfias betegségben szenvedők kevésbé számíthatnak aktív segítségnyújtásra, valamint nagyobb valószínűséggel stigmatizálják őket, következtetése szerint mégpedig az alacsony rokonszenv (alacsony melegség, magas kompetencia érték) miatt.

Eredményeink szerint a betegség típusa lesz az elsődleges befolyásoló tényező a mentális zavarral élők stigmatizációjakor, míg a nem és betegség közötti interakció inkább másodlagos módon, egyedibb esetekben van befolyásoló hatással. Mivel ez utóbbi nem fordul elő általánosan, így nem tudjuk megerősíteni egyértelműen a nemi különbségeket, amit korábbi kutatások találtak. A társadalmi szinten jelen lévő koncepciók, mint hogy a fiúk nem sírnak, vagy hogy valamilyen nehézség katonadolog aktívan csökkentik a férfiak segítségkérési hajlandóságát (Michniewicz et al., 2016). Ezt a folyamatot a mi kutatásunk akkor igazolta

volna, hogyha az atipikus párosítással élő betegeket ítelték volna meg negatívabban, azonban nem ez történt, így a bemutatott jelenség ebben a kontextusban nem jelent meg. Ezzel szemben azonban felvetődik a kérdés, hogy miért stigmatizálták nagyobb mértékben a tipikus párosítással élő betegeket a férfiak? Wirth és Bodenhausen (2009) elképzelése szerint a szokatlan jelenségeket sokkal inkább tulajdonítjuk külső erők hatásának, ezáltal megengedőbbek is vagyunk velük szemben. Az észlelt gyakoriság megmutatta, hogy a depressziót inkább nők, míg az alkoholizmust inkább férfiak körében előforduló betegségként tekintik, így feltételezhetően ez a ritkaság érzés, kiugróság változtathatja meg az elképzeléseinket.

6.1. Limitációk, kitekintés

A kutatásnak az újító jellege mellett természetesen vannak olyan aspektusai, amik korlátozzák a levonható következtetések általánosíthatóságát. A mintában körülbelül egyharmad/kétharmad volt a férfi/női kitöltők aránya, ami nem elhanyagolható szempont, hiszen korábbi publikációk találtak arra vonatkozó különbséget, hogy a nők hamarabb nyújtanak segítséget, mint a férfiak (Wirth & Bodenhausen, 2009). Emellett a minta legnagyobb része egyetemistákból állt, ez több szempontból is limitálta a reprezentativitást a populációra nézve. Egyrészt emiatt a legtöbb kitöltő fiatal felnőtt volt, hiszen az átlagéletkor is 22 év lett, másrészt tanulmányi szempontból is szűri a résztvevőket: a mintából hiányoznak az alacsonyabban iskolázott személyek, akiknek a véleménye akár drasztikus módon is eltérhet az egyetemre járó személyek vélekedéseitől, főleg egy olyan megosztó téma esetén, mint a mentális betegek megítélése. Lehetséges, hogy az egyetemi mintán inkább érvényesültek a betegséggel kapcsolatos előítéletek, mint a nemi előítéletek, de egy diverzebb minta esetén jobban megnyilvánulhatna a nemnek és a betegség stigmájának interakciója.

A kísérlet megalkotásakor egy másik nehézséget a megfelelő nőies és férfias betegségek megtalálása okozta. Számos nézőpontot figyelembe kellett vennünk a kiválasztási folyamatban, például, hogy korábbi kutatásokkal is összevethető legyen az eredmény, illetve, hogy egyértelműen elkülöníthetők legyenek egymástól férfiasság tekintetében a zavarok. Ennek ellenére laikus szemmel is érzékelhető, hogy az alkoholizmus és a depresszió nehezen összehasonlítható, egymástól sok szempontból eltérő betegségek, hiszen előbbi egy szerhasználati zavar, függőség, míg utóbbi egy affektív zavar. Nagyon nehéz olyan betegségeket találni, amik hasonlítanak egymáshoz, ezáltal könnyen párba állíthatóak egy ilyen vizsgálatban, azonban mégis egyértelműen vagy nőiesnek, vagy férfiasnak számítanak. A férfias zavarok körébe leginkább a különböző szerhasználati zavarok, parafilíák, antiszociális

személyiségzavar tartoznak, amik más stigmákat is magukban hordoznak, hiszen például a pedofiliát, heroinhasználatot (heroinfüggőséget) a törvény is bünteti. Nőies zavaroknak számítanak jellegzetesen az evészavarok, hisztrionikus személyiségzavar. Irreleváns lenne összevetni egy anorexia nervosa-t egy pedofiliával, hiszen nem lehetne kizárni más tényezők befolyásoló hatását, így adódik a kérdés, hogy nem lép-e fel hasonló hatás jelen kutatás esetén is. Végül többek között azért is döntöttünk az alkoholizmus és depresszió mellett, mivel a legtöbb ember számára ismert betegségről van szó, amiről egy alaptudással mindenki rendelkezik, ennek köszönhetően adekvátabb módon tudtak válaszolni a kitöltők a kérdéseinkre, mintha akkor hallottak volna először az adott betegségről. Ez azonban felveti azt a problémát, hogy az esetleges előzetes érintettség vagy negatív tapasztalat nincs-e hatással a történetben szereplők megítélésre. Ezek a betegségek alkalmasak voltak a kutatási kérdéseink teszteléséhez, azonban észben kell tartani, hogy steril módon nem lehet vizsgálni a betegségeket, így az általánosíthatóságnál ezt is figyelembe kell venni.

A témában való elmélyülés csak még inkább motiváltta tett arra, hogy a jövőben folytassam a tudományterület további feltárását, hiszen újabb kérdéseket vetett fel a vizsgálat. Véleményem szerint a leghasznosabb egy diverzebb mintán végzett kísérlet lenne, ahol a résztvevők számának növelésével lehetőség nyílna növelni a bevont betegségek számát is. Célszerű lenne azonban, ha ezt megelőzően egy feltáró vizsgálat is megszületne, ahol a különböző mentális betegségek besorolásra kerülnének férfias vagy nőies kategóriába (természetesen nem minden zavart lehet ebből a szempontból értelmezni, így akár egy harmadik, semleges kategória is megállná a helyét). Ez egyrészt megismételné Boysen és munkatársai (2014) kutatását, másrészt biztosabb kézzel lehetne az alkoholizmuson és depresszión kívül más betegségeket is bevonni a vizsgálatba, egymással még inkább összevethető zavarokat találni. Ehhez szorosan kapcsolódik annak vizsgálata, hogy milyen dimenziók mentén észlelik hasonlóknak vagy éppen ellenkezőleg, különbözőnek a betegségeket. Esetleg a korábban említett melegség-kompetencia szerepet játszhat ebben vagy a sztereotípiák tartalma fontosabb, ahogy azt Goffman (1963) gondolta? Egy másik lehetséges kutatási irány, ha megkíséreljük azonosítani azokat a mögöttes jellemzőket, ami miatt egy férfias betegség negatívabb megítélés alá esik. Mik azok a jellemzők, amik felerősítik a negatív sztereotípiákat? Az egymástól igazán eltérő betegségek között lehetséges olyan közös sajátosságokat találni, amik megkülönböztetik a férfias és nőies betegségeket? Ez egy olyan újfajta fókusz lenne, aminek gyakorlati haszna megkérdőjelezhetetlen, akár az antistigma programok kialakításában is.

Egy 2020-ban publikált metaanalízis (Waqas et al., 2020) oktatási intézményekben tartott antistigma programokat vetett össze tartalom és hatékonyság szempontjából. Eredményeik alapján a leggyakrabban használt intervenció a pszichoeducáció, ami előadásokból, esetleírásokból, vagy helyzetbemutatókból, esetleg videó demonstrációkból áll. Ezt követik a különböző kontaktus-alapú intervenciók, ahol szerepjáték vagy egy mentális zavarban szenvedő beteg meghívásával kívánták csökkenteni a stigmatizációt. Az egészségügyi dolgozók körében tartott stigmacsökkentő programok szintén kiemelt jelentőségűek, hiszen attitűdjeik közvetlen hatással lehetnek a kezelés hatékonyságára (Carrara et al., 2021). A célcsoportra irányuló intervenciók szisztematikus elemzése alapján a leghatékonyabbnak a kontaktus alapú intervenciók bizonyultak, azonban a bemutatott betegség típusa szintén hatással volt a stigmatizáció mértékére, tehát a zavarspecifikus intervenciók megbízhatóbb pozitív eredményeket produkálnak. Mind a két metaanalízis által felsorolt intervenciók bővíthetők a kutatásunk eredményeivel, mégpedig akkor, ha figyelmet szentelünk a tipikus/atipikus aspektusra. Következtetéseink alapján érdemes a tipikus párosítással élő betegek esetén kiemelni a betegségek biológiai hátterét, hiszen ez csökkentheti a zavar kialakulásában játszott felelősség percepcióját. Ez a szempont különösen a férfi résztvevők szempontjából lenne fontos, hiszen ők hajlamosabbak negatívan megítélni a nemi sztereotípiáknak megfelelő mentális zavarral élőket. Egy konkrét betegségre irányuló intervenció szintén bővíthető a zavarok maszkulin vagy feminin jellegével, hiszen alapvetően meghatározza a percepciókat, félelmeinket az adott betegséggel kapcsolatban. Ez az újfajta szemléletmód tehát könnyedén beilleszthető a téma gyakorlati implikációiba és kutatásunk eredményei bizonyítékkal szolgálnak arra is, hogy miért nem elhanyagolható a nemi sztereotípiák szem előtt tartása a mentális betegséggel élők stigmatizációjának vizsgálatakor.

Dolgozat lezárásának dátuma: 2023. január 11.

Irodalom

- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., & Matschinger, H. (2010). Emotional reactions to people with mental illness. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 19(1), 26–32.
<https://doi.org/10.1017/S1121189X00001573>
- Bos, A. E. R., Pryor, J. B., Reeder, G. D., & Stutterheim, S. E. (2013). Stigma: Advances in Theory and Research. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), 1–9.
<https://doi.org/10.1080/01973533.2012.746147>

- Boysen, G. A. (2017). Exploring the relation between masculinity and mental illness stigma using the stereotype content model and BIAS map. *The Journal of Social Psychology*, 157(1), 98–113. <https://doi.org/10.1080/00224545.2016.1181600>
- Boysen, G. A., & Logan, M. (2017). Gender and mental illness stigma: The relative impact of stereotypical masculinity and gender atypicality. *Stigma and Health*, 2(2), 83. <https://doi.org/10.1037/sah0000044>
- Boysen, G., Ebersole, A., Casner, R., & Coston, N. (2014). Gendered Mental Disorders: Masculine and Feminine Stereotypes About Mental Disorders and Their Relation to Stigma. *The Journal of Social Psychology*, 154(6), 546–565. <https://doi.org/10.1080/00224545.2014.953028>
- Carrara, B. S., Fernandes, R. H. H., Bobbili, S. J., & Ventura, C. A. A. (2021). Health care providers and people with mental illness: An integrative review on anti-stigma interventions. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(7), 840–853. <https://doi.org/10.1177/0020764020985891>
- Chen, S. X., & Mak, W. W. S. (2008). Seeking professional help: Etiology beliefs about mental illness across cultures. *Journal of Counseling Psychology*, 55(4), 442–450. <https://doi.org/10.1037/a0012898>
- Corrigan, P., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, M. A. (2003). An Attribution Model of Public Discrimination Towards Persons with Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(2), 162. <https://doi.org/10.2307/1519806>
- Corrigan, P. W., Markowitz, F. E., & Watson, A. C. (2004). Structural Levels of Mental Illness Stigma and Discrimination. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 481–491. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007096>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35–53. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>
- Eisenberg, D., Downs, M. F., Golberstein, E., & Zivin, K. (2009). Stigma and Help Seeking for Mental Health Among College Students. *Medical Care Research and Review*, 66(5), 522–541. <https://doi.org/10.1177/1077558709335173>
- Ginieri-Coccossis, M., Triantafyllou, E., Tomaras, V., Liappas, I. A., Christodoulou, G. N., & Papadimitriou, G. N. (2009). Quality of life in mentally ill, physically ill and healthy

- individuals: The validation of the Greek version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100) questionnaire. *Annals of General Psychiatry*, 8(1), 23. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-8-23>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 10(1), 113. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>
- Hinshaw, S. P., & Cicchetti, D. (2000). Stigma and mental disorder: Conceptions of illness, public attitudes, personal disclosure, and social policy. *Development and Psychopathology*, 12(4), 555–598. <https://doi.org/10.1017/S0954579400004028>
- 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. <https://doi.org/10.2105/AJPH.89.9.1328>
- Löwi, I. (2018). A stigmatizáció hatása a társadalmi szerepváltozásokra. *Hadtudományi Szemle*, XI. évfolyam(1.szám).
- Michniewicz, K. S., Bosson, J. K., Lenex, J. G., & Chen, J. I. (2016). Gender-Atypical Mental Illness as Male Gender Threat. *American Journal of Men's Health*, 10(4), 306–317. <https://doi.org/10.1177/1557988314567224>
- O'Connor, L. K., Pleskach, P., & Yanos, P. (2018). The Experience of Dual Stigma and SelfStigma Among LGBTQ Individuals With Severe Mental Illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 21(1), 167–187.
- Oexle, N., & Corrigan, P. W. (2018). Understanding Mental Illness Stigma Toward Persons With Multiple Stigmatized Conditions: Implications of Intersectionality Theory. *Psychiatric Services*, 69(5), 587–589. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700312>
- Pescosolido, B. A., Manago, B., & Monahan, J. (2019). Evolving Public Views On The Likelihood Of Violence From People With Mental Illness: Stigma And Its Consequences. *Health Affairs*, 38(10), 1735–1743. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00702>

- Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Long, J. S., Medina, T. R., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2010). "A Disease Like Any Other"? A Decade of Change in Public Reactions to Schizophrenia, Depression, and Alcohol Dependence. *The American journal of psychiatry*, 167(11), 1321–1330. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09121743>
- Rihmer, Z. (2002). *A bipoláris affektív betegségek korszerű diagnosztikája és ennek gyakorlati konzekvenciái, különös tekintettel a szuicidium predikciójára és perevenciójára*. Akadémiai doktori disszertáció.
- Rihmer, Z., Gonda, X., Kapitany, B., & Dome, P. (2013). Suicide in Hungary-epidemiological and clinical perspectives. *Annals of General Psychiatry*, 12(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-12-21>
- Rosenfield, S. (1982). Sex Roles and Societal Reactions to Mental Illness: The Labeling of „Deviant” Deviance. *Journal of Health and Social Behavior*, 23(1), 18. <https://doi.org/10.2307/2136386>
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529–539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>
- Schomerus, Georg, Stolzenburg, S., Freitag, S., Speerforck, S., Janowitz, D., Evans-Lacko, S., Muehlan, H., & Schmidt, S. (2019). Stigma as a barrier to recognizing personal mental illness and seeking help: A prospective study among untreated persons with mental illness. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269(4), 469–479. <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0896-0>
- Silton, N. R., Flannelly, K. J., Milstein, G., & Vaaler, M. L. (2011). Stigma in America: Has Anything Changed?: Impact of Perceptions of Mental Illness and Dangerousness on the Desire for Social Distance: 1996 and 2006. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 199(6), 361–366. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31821cd112>
- Sztancsik, V., Máth, J., & Pék, G. (2015). A „szkizofrénia” diagnózis jelentésének vizsgálata laikus vizsgálati személyek körében. *Alkalmazott Pszichológia*, 15 (2), 73–85. <http://dx.doi.org/10.17627/ALKPSZICH.2015.2.73>
- Teachman, B. A., Wilson, J. G., & Komarovskaya, I. (2006). Implicit and Explicit Stigma of Mental Illness in Diagnosed and Healthy Samples. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(1), 75–95. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.1.75>

- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Hackler, A. H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 40–50. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.54.1.40>
- Vörös, V. (2011). *Az öngyilkos viselkedés komplex stressz-diatézis szemlélete*. Doktori értekezés. Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar.
- Waqas, A., Malik, S., Fida, A., Abbas, N., Mian, N., Miryala, S., ... & Naveed, S. (2020). Interventions to reduce stigma related to mental illnesses in educational institutes: a systematic review. *Psychiatric Quarterly*, 91(3), 887-903. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09751-4>
- West, M. L., Yanos, P. T., & Mulay, A. L. (2014). Triple Stigma of Forensic Psychiatric Patients: Mental Illness, Race, and Criminal History. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(1), 75–90. <https://doi.org/10.1080/14999013.2014.885471>
- Wirth, J. H., & Bodenhausen, G. V. (2009). The role of gender in mental-illness stigma: A national experiment. *Psychological Science*, 20(2), 169–173. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2009.02282.x>