

A „SZKIZOFRÉNIA” DIAGNÓZIS JELENTÉSÉNEK VIZSGÁLATA LAIKUS VIZSGÁLATI SZEMÉLYEK KÖRÉBEN



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
pek.gyozo@arts.unideb.hu

ÖSSZEFOGLALÓ

Háttér és célkitűzések: Vizsgálatunk a mentális betegségekkel járó megbélyegzés kutatásának alapjaként arra keresi a választ, mennyiben különbözik általában egy pszichiátriai beteg megítélése a szkizofrénia diagnózissal rendelkező beteg megítélésétől, különös tekintettel a betegség okaira, kezelhetőségére és prognózisára, valamint veszélyességére vonatkozóan.

Módszer: 167 önkéntes vizsgálati személy random módon került a két kísérleti csoportba, a független változóként használt rövid szöveg, „vignetta” elolvasása után válaszoltak kérdőívünkre. *Eredmények:* A szkizofrénia címke a genetikailag meghatározott, veleszületett idegfejlődési rendellenesség irányába mozdítja el a laikus oki vélekedéseket. Ugyanakkor a diagnózis nem változtat azon, hogy mennyien értenek egyet: kapcsolati vagy családi kommunikációs jellemzők játszhatnak szerepet a betegség kialakulásában. A szkizofrénia diagnózis a kezelési lehetőségek és prognózis tekintetében a gyógyszeres kezelésre szoruló, pszichoterápiával is kezelhető, ezek mellett javuló, de krónikus betegség képét inkább előhívja, mint a diagnózis nélküli leírás. Valószínűbb a diagnózis mellett a veszélyesség súlyosabb megítélése és ezzel összefüggésben a kevésbé pozitív személyiségmegítélés is. *Következtetések:* Használt módszereink alkalmasnak látszanak a diagnózis jelentésmódosító

hatásának detektálására, a címke jelentésének leíró jellemzésére. Egy antistigma-program során hasonló módszerekkel mérhetőek lennének az intervenció előtti és utáni vélekedések, attribúciók különbségei.

Kulcsszavak: mentális betegség, szkizofrénia, stigma

HÁTTÉR ÉS CÉLKITŰZÉSEK

Kutatások sora elfogadott tényként kezeli, hogy mentális betegnek lenni megbélyegzéssel jár az európai társadalmakban. A stigma bélyeg, egy olyan tulajdonított jellemző, mely értéktelenít, hiteltelenít, szégyenletes a hordozója számára. A megbélyegzés által valakiből, akit addig megbecsültünk, rendes embernek tartottunk, egy „szennyezett”, „romlott”, leértékelt személy lehet. A stigmatizáció folyamata a kapcsolat a sztereotípiá és az attribútum között (Goffman 1963; Link–Yang–Phelan–Collins 2004).

A mentális betegségekhez fűződő megbélyegzést illetően gyakran kutatott terület a szkizofrén betegek stigmatizációja (Link 2004; Brohan et al. 2010; Harangozó et al. 2013). Az észlelt és a tapasztalt stigma akadályozhatja a betegek segítségkérését, a betegség titkolására készítheti az érintetteket, megnehezítve a kezelést, de a későbbi rehabilitációt is. Szkizofréniaival élni Magyarországon jelentősen rosszabb életminőséget jelent másokhoz, más betegségekhez képest is (Péntek és mtsai 2012). A szkizofrén betegek egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó stigma-tapasztalatait vizsgálva nemzetközi összehasonlításban elmondható, hogy a posztkommunista európai országokban élő betegek (szemben más európai országok szkizofrén betegeivel) nagyobb arányban és nagyobb mértékű megkülönböztetést tapasztalnak az egészségügyi személyzet részéről is, viselkedésüket tiszteletlenebbnek is észlelik magukkal szemben (Harangozó és mtsai 2013).

A stigmakutatások kiemelten foglalkoznak a szkizofréniaival (és különböző formáival), mert az ebbe a csoportba tartozó betegségeket általában súlyosnak tartja a közvélemény is (Link 2004; Brohan et al. 2010). Klinikai tünetei (téveszmék, hallucinációk, inkoherens beszéd, szétesett viselkedés, hangulati üresség, társas kapcsolatokról való visszahúzóds stb.) átfogóak, változatosak: a szkizofrén személyek rejtélyesnek tűnhetnek. Ugyanakkor ez a fiatal felnőttkorban kifejlődő betegség minden kultúrában ugyanolyan gyakorisággal (0,5–1,2%) megtalálható, tehát kultúrától függetlenül minden populációban előfordul (Réthelyi 2011; Trixler–Tényi 2009). Ez a populációtól független előfordulás teszi alkalmassá a betegséggel kapcsolatos attitűdök, vélekedések és diszkrimináló viselkedések kulturális összehasonlító vizsgálatára.

Mint Callard és munkatársai rámutattak (2012), a XX. század számos megközelítése a családi kommunikáció zavarát, a közvetlen családot, különösen az anyát központi szerepűnek tartotta a szkizofrénia kialakulásában. Bár a tudományos kutatás nem bizonyította a szkizofrénia ilyenfajta kórereditét, ennek ellenére a közvéleményben mélyen gyökeres lehet a betegség efféle narratívája. A biológiai elméletek a genetikai eltérésekre, az agy strukturális és funkcionális abnormalitására koncentráltak. Az elmúlt években robbanásszerű fejlődést lehetett megfigyelni a szkizofrénia kutatásban, a betegség biológiai eredete elfogadott a szakemberek körében, de a pontos okát még ma sem ismerjük (Souza–

Romano-Silva–Kennedy 2009; Rapoport–Giedd–Gogtay 2012; Moser 2014). A biológia faktorok önmagukban nem magyarázzák a betegség sokféle kimenetelét, heterogenitását a betegpopulációban. Úgy tűnik, hogy genetikai, idegfejlődési problémák, neurokémiai jellegzetességek és az agyi konnektivitás abnormalitása, valamint pszichés stresszorok mind hozzájárulnak a betegség klinikai képének alakulásához.

A mentális betegség stigmájának korábbi kutatásai alapján a szkizofrén betegeket hibáztatják legkevésbé az emberek a betegségük kialakulásáért (szemben például a drogfüggőkkel), de mivel veszélyesnek, kiszámíthatatlannak, megbízhatatlannak tartják őket, mégis negatívan vélekednek róluk (pl. Crisp–Gelder–Goddard–Meltzer 2005; Kovács 2006; Rössler 2009; Abdullah–Brown 2011).

Vizsgálatok szerint kulturális különbségek befolyásolják a mentális betegségekhez való viszonyunkat, annak mértékét és minőségét, hogy mennyire „stigmatizálunk” (Abdullah–Brown 2011; Angermeyer et al. 2004; Littlewood et al. 2007; Rao–Feinglas–Corrigan 2007). Ennek ellenére kevés olyan hazai vizsgálat ismert, amely ebben a kultúrkörben vizsgálja a mentális betegségek reprezentációit, a megbélyegzés kulturális jellemzőit (Sztancsik–Pék 2014).

Jelen kutatásunkban arra keressük a választ, hogy különbözik-e a *szkizofrénia* címkével felruházott pszichiátriai beteg megítélése egyáltalán bármilyen pszichiátriai beteg személy megítélésétől a mi kultúránkban. Különbözik-e a tulajdonított okok, a kezelhetőség, a prognózis, a veszélyesség tekintetében? Hiszen például Feldman és Crandall (2007) vizsgálata 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, és ha veszélyesnek tartják a személyt, valamint minél ritkább betegségként gondolnak a kórképre. Eredményeik szerint ez a három tényező magyarázza a megbélyegzés varianciájának kb. 60%-át.

MÓDSZER

Korábban részben ismertetett vizsgálatunkban (Sztancsik–Máth–Pék 2013) 276 laikus vizsgálati személy vett részt, akik független változóként kétféle teszt- vagy egy kontrollleírást olvashattak egy minden esetben azonos fiktív személyről, aki 1) szkizofrénia diagnózissal rendelkező pszichiátriai beteg, 2) pszichiátriai beteg, 3) nem volt beteg. A vizsgálati személyek random módon kerültek a két kísérleti vagy a kontrollcsoportba.

Módszerválasztásunkat indokolja, hogy a mentális betegségekre vonatkozó stigmakutatások független változóit elemezve Link és munkatársai is (2004) kiemelték a „vignetták” (egy-egy rövid betegség- vagy személyleírást tartalmazó szövegek) alkalmazását, melyek a kezdetektől népszerűek voltak ezen a területen (pl. Star 1955; Phillips 1963; Link et al. 1999; Pescosolido et al. 2002). Ezek a rövid szövegek kifinomultabb ingerhelyzetet hoznak létre, mintha csak egyszerűen „a mentális betegségről” kérdezzük a vizsgálati személyeket, és a leírások rugalmasan változtathatók a kutató érdeklődésének megfelelően, lehetőséget adva nagyobb populáció randomizált, kísérleti elrendezésű vizsgálatára is.

Kutatásunk tervezése során szem előtt tartottuk, hogy a használt leírások, jellemzések mindig hipotetikusak, konstruáltak. Az általunk használt leírás klinikai pszichológusok független bírálata alapján olyan, egy ember gyors jellemzésére használt szöveg, mely nem tartalmaz nagyon egyértelmű tüneteket

(pl. hallucinációk). Így a leírt pszichiátriai betegség a diagnosztikus kategória megadása nélkül más problémát is jelezhet, nem feltétlenül szkizofréniát. Ugyanakkor a szkizofrenia kialakulását megelőző vagy akár egészséges személyiség alakulást is jelezhet a rövid élettörténeti bevezetés. Ha valamely mentális zavar diagnosztikus kritériumait vettük volna alapul a vignetta megalkotásához, akkor olyan ingerhelyzetet teremtünk, mely nem életszerű. Valószínűtlen, hogy egy hétköznapi élet helyzetben mentális beteg személlyel ismeretségbe kerülve valamennyi tünetéről teljes képet kapjunk egy rövid interakció során.

A keretben olvasható a független változóként használt leírás – a szöveg árnyalatai a három csoport közötti szövegkülönbségeket jelzik.

Ezt követően mindhárom csoportban felmértük, milyen személyiségvonásokat tulajdonítanak ennek a személynek, illetve hogyan viszonyulnak gyermekvállalásához, valamint mindezek és a kívánatos szociális távolság összefüggéseit is vizsgáltuk. Korábban közölt eredményeink szerint a válaszadók minden helyzetben két klaszterbe tömörültek: egy pozitívabb, vagy toleránsabb

és egy kevésbé pozitív vagy óvatosabb megítélést mutató csoportba. A különböző teszt-leírások, a klaszterbe tartozás és a szociális távolság beállítása hatással voltak egymásra (erről bővebben: Sztancsik–Máth–Pék 2013).

Az 1)-es és 2)-es teszt helyzetekben, ahol a független változók közötti különbség csupán „a szkizofrenia egyik formáját diagnosztizálták nála” szövegrész megléte vagy hiánya volt, azt is felmértük, milyen szóba jöhető okoknak tulajdonítanak szerepet az olvasott betegség létrejöttében, és milyen kezelési lehetőségeket, prognózist feltételeznek róla, kezelés nélkül vagy mellett veszélyesnek tartják-e, és önálló életvezetésre alkalmas személynek vélik-e a korábbiakban megszemélyesített „Annát”. A felsorolt állításokkal kapcsolatban a kísérleti csoportokba tartozó 167 vizsgálati személy egyetértését vagy egyet nem értését fejezhetette ki minden egyes tételnél. A vizsgálat erre vonatkozó eredményeit a korábbiakban nem közöltük – jelen cikkünkben ezek az adatok kerülnek ismertetésre.

A statisztikai feldolgozás során az SPSS 14.0 programcsomaggal dolgoztuk (az alkalmazott próbákat ld. az *Eredmények* fejezetben).

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

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

A vizsgálati minta

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

A vizsgálati személyek, várhatóan, magasan iskolázott személyek voltak – 8 fő kivételével legalább érettségizettek. 80 férfi és 195 nő válaszolt, egy személy nem jelölte a nemét. Az egyetemista minta túlnyomó részt a 20–25-éves korosztályból került ki, míg az interneten kitöltők 35–40 éves kor közötti csúcsot mutattak. Az iskolázottság, az életkor, a nem és a kitöltés módja nem volt hatással a korábban vizsgált attribúciókra, megítélésre (Sztancsik–Máth–Pék 2013).

Itt közölt eredményeink a random módon a két kísérleti csoportba került 167 vizsgálati személy vélekedéseit tükrözik – ők a leírt betegség okaira, prognózisára, a vignettán szereplő személy életvezetésére vonatkozó itt ismertetendő kérdésekre is válaszoltak, a fentebb leírt módon.

EREDMÉNYEK

Az okokra vonatkozó összesített gyakorisági sorrendből (1. táblázat) természetesen nem következtethetünk arra, hogy általában milyen okoknak tulajdonítanak leginkább szerepet

egy pszichiátriai betegség kialakulásában a vizsgálati személyek. Ez a sorrend csak a független változóként használt, fent leírt vignettán olvasható információk alapján levont következtetés a vizsgálati személyek részéről, még ha befolyásolták is őket ismereteik és általános vélekedésük, azt módosíthaták a szövegben leírt információk. Az 1)-es és 2)-es teszthelyzet közötti oktulajdonítási különbségek viszont informatívak a „szkizofrénia” címke jelentésmódosító hatására nézve. Ezeket a különbségeket Khí-négyzet próbákkal vizsgáltuk meg.

Az eredmények szerint az 1)-es teszthelyzetben (a szkizofrénia diagnózisa mellett) tendenciózusan nagyobb arányban okolják a betegség kialakulásában *Anna* „személyisége speciális jellemzőit” [$\chi^2(1) = 4,7$ $p = 0,029$]. Emellett jelentősen nagyobb arányban gondolják, hogy „veleszületett rendellenességként örökölte” [$\chi^2(1) = 8,6$ $p = 0,005$], hogy „genetikai örökségének köszönheti” [$\chi^2(1) = 13,1$ $p < 0,001$] és hogy betegségét „idegfejlődési zavar okozhatja” [$\chi^2(1) = 20$ $p < 0,001$]. Ugyanakkor a szkizofrénia diagnózisa mellett kevesebben választják igaznak, hogy „anyagi nehézségek okozzák” problémáját, míg a diagnózis nélküli 2)-es teszthelyzetben jelentős arányban egyetértenek ezzel az állítással [$\chi^2(1) = 13$ $p < 0,001$]. Az okokra vonatkozó többi állítás tekintetében nem találtunk különbségeket az 1)-es és a 2)-es teszthelyzet között, tehát a különböző társas kapcsolati tényezőket, családi kommunikációs jellemzőket, külső társadalmi tényezőket stb. körülbelül ugyanannyian választják a betegség okai közé mindkét csoportban, a diagnózistól függetlenül. Elmondható, hogy nagyon kevesen hibáztatják Annát az állapotáért, emellett az alkalmazott szöveg mellett, akár van szkizofrénia diagnózis, akár nincs („magának köszönheti”

1. táblázat. A bemutatott pszichiátriai betegség oka a választások gyakorisági sorrendje szerint

	egyetért %
Személyisége speciális jellemzői okozhatják.	66
Társadalmi tényezők okozhatják.	65
A családi kommunikáció zavara okozhatja.	63
Gyenge idegrendszere okozza.	60
Valamilyen korábbi trauma (pl. bántalmazás) okozhatja.	60
Partnerkapcsolati nehézségek okozhatják.	56
Munkahelyi problémái okozhatják.	51
Idegfejlődési zavar okozhatja.	43
Anyjával való kapcsolata okozhatja valamiképpen.	42
Genetikai örökségének köszönheti.	42
Apjával való kapcsolata okozhatja valamiképpen.	41
Anyagi nehézségek okozhatják.	40
Baráti kapcsolatainak nehézségei okozhatják.	35
Veleszületett rendellenességként örökölte.	32
Neveltetése okozhatja.	27
Nem megfelelő életmódtényezők (táplálkozás, mozgás stb.) okozhatják.	26
Testvérével való kapcsolata okozhatja valamiképpen.	25
A véletlennek/sorsnak köszönheti.	24
Immunrendszerének zavara okozhatja.	17
Isten rendelte így.	10
Magának köszönheti.	10

(a szürke szín a két teszthelyzetben szignifikáns különbségeket mutató tételeket emeli ki)

10% szerint), ami a szakirodalmi adatok szerint kisebb mértékű stigmatizációval jár együtt (Feldman–Crandall 2007). Az adatok szerint tehát a szkizofrénia címke a genetikailag meghatározott, veleszületett idegfejlődési rendellenesség irányába tolja a laikus oki vélekedéseket, de nem változtat azon, hogy mennyiben véljük: társas kapcsolati vagy családi kommunikációs jellemzők játszanak szerepet a pszichiátriai betegség kialakulásában. A külső okok közül viszont kisebb hangsúlyú lesz az anyagi nehézségek vélt okozati szerepe.

A leírt pszichiátriai betegség kezelhetőségét és prognózisát tekintve (2. táblázat) általában elmondható, hogy összességében a vizsgálati személyek kezelhetőnek gondol-

ják azt, és bíznak a kezelések eredményességében. A lelki támogatást, a kezelés valamilyen formáját többségükben szükségszerűnek is tartják. A szkizofrénia címke esetén a „nem gyógyítható (nem múlik el)” tételt szignifikánsan többen választják igaznak (27,6%, szemben a szkizofrénia diagnózis nélküli leírás 10%-ával) $\chi^2(1) = 8,3$ $p = 0,005$. Nagyobb arányban gondolják, hogy „gyógyszeres kezelésre szorul” $\chi^2(1) = 11,12$ $p = 0,001$, szkizofrénia esetében 46%-ban, míg a diagnózis megadása nélkül csak 27,5%-ban értenek ezzel egyet. „Kezelés mellett is vissza-visszatérhet”: ezzel az állítással szkizofrénia diagnózis mellett 71,3% ért egyet, míg anélkül csak 46,3%-a a válaszadóknak $\chi^2(1) = 10,8$ $p = 0,002$. Érdekes

2. táblázat. A bemutatott pszichiátriai betegség kezelhetősége és prognózisa a választások gyakorisági sorrendje szerint

	egyetért %
Egy darabig lelki támogatásra szorul.	70
Az idők folyamán egyre súlyosabb lesz, ha nem kezelik.	69
Az idők folyamán egyre jobban lesz, ha kezelik.	68
Tartós lelki támogatásra szorul.	67
Gyógyszerekkel kezelhető.	62
Kezelés nélkül vissza-visszatér.	61
Kezelés mellett is vissza-visszatérhet.	59
Tartósan társas támogatásra szorul.	59
Pszichoterápiával kezelhető (jobban lesz, de nem múlik el).	57
Egy darabig társas támogatásra szorul.	53
Pszichoterápiával gyógyítható (elmúlik a hatására).	47
Gyógyszeres orvosi kezelésre szorul.	41
Gyógyszerekkel gyógyítható.	19
Nem gyógyítható (nem múlik el).	19
Az idők folyamán egyre jobban lesz, kezelés nélkül is.	08
Nem kezelhető (nem lehet jobban).	06
Az idők folyamán egyre súlyosabb lesz, ha kezelik is.	06
Magától elmúlik.	05

(a szürke szín a két teszthelyzetben szignifikáns különbségeket mutató tételeket emeli ki)

módon, míg a pszichoterápiával való gyógyíthatóság tekintetében nincs számottevő különbség a két tesztcsoport választási gyakorisága között, addig a „pszichoterápiával kezelhető (jobban lesz, de nem múlik el)” állítást többen választják igaznak a szkizofrénia diagnózis mellett (66,7% szemben 47,5%-kal), valószínűleg a zárójeles magyarázat jelentésmódosító hatása miatt $\chi^2(1) = 6,27$ $p = 0,018$. Ezen eredmények alapján kijelenthetjük, hogy a szkizofrénia címke a kezelés és prognózis tekintetében inkább a gyógyszeres kezelésre szoruló, pszichoterápiával is kezelhető, ezek mellett javuló, de meg nem szűnő krónikus betegség irányába mozdítja el a vélekedéseket.

A pszichiátriai betegség veszélyességének megítélése kiemelten fontos lehet a stigmatizáció szempontjából (Feldman–Crandall

2007). A 3. táblázat az erre vonatkozó állítások választási gyakoriságát foglalja össze. Összességében igaz, hogy a leírt betegséget mind ön-, mind másokra veszélyesnek többen gondolják, ha a betegség kezeletlen. Kezeletlen betegség esetén a szkizofrénia diagnózisa mellett jelentősen többen gondolják önmagára veszélyesnek (74,4%, szemben a diagnózis nélküli 56,3%-kal) a leírt személyt, $\chi^2(1) = 6,3$ $p = 0,012$, és még inkább másokra veszélyesnek (61% vs. 21,3%) $\chi^2(1) = 26,9$ $p < 0,001$.

A bemutatott személy önállóságára vonatkozóan nem találtunk különbséget a két tesztcsoport között, összességében a válaszadók 77%-a értett egyet azzal, hogy kezelés mellett, vagy attól függetlenül a leírt betegség nem akadályozza az önálló életvitelt (4. táblázat).

3. táblázat. A bemutatott pszichiátriai betegség veszélyessége a választások gyakorisági sorrendje szerint összesítve

	egyedért %
Önmagára veszélyes lehet, ha nem kezelik.	66
Másokra veszélyes lehet, ha nem kezelik.	42
Önmagára veszélyes lehet, ha kezelik is.	26
Másokra veszélyes lehet, ha kezelik is.	14

(a szürke szín a két teszthelyzetben szignifikáns különbségeket mutató tételeket emeli ki)

4. táblázat. A bemutatott pszichiátriai beteg önállóságára vonatkozó állítások választási gyakorisága (összesítve)

	egyedért %
Kezelés mellett nem akadályozza önálló életvitelét.	55
Nem akadályozza önálló életvitelét.	31
Önálló életvitelét akadályozza.	23

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

A veszélyesség megítélése szempontjából így három fokozati csoportra oszthatók

a vizsgálati személyek: a továbbiakban 0-val jelöltük, akik szerint nem veszélyes semmiképp, 1-gyel a köztes és 2-vel azt a csoportot, amely szerint mindenképp veszélyes a leírt beteg személy.

A veszélyesség megítélése összefüggést mutat a korábban leírt tulajdonított személyiségjellemzők pozitívabb vagy kevésbé pozitív klasztereivel, azaz a másokra való veszélyesség megítélése valóban a várt irányba hat, gyakrabban jár együtt kevésbé pozitív személyiségre vonatkozó attribúciókkal $\chi^2(2) = 10,17$ $p = 0,006$.

A loglineáris elemzés eredménye szerint a másokra való veszélyesség kapcsolatban van és magyarázza a megítélés klasztereinek és a független változónak (pszichiátriai betegség leírása szkizofrénia diagnózisával vagy anélkül) a kapcsolatát (7. és 8. táblázat). Azaz a veszélyesség megítélése lehet felelős a szkizofrénia, a szkizofrén beteg kevésbé pozitív megítéléséért – vagyis a stigmatizációért. Szkizofrénia esetén valószínűbb, hogy a veszélyesség megítélése legalább 1-es lesz. Továbbá az óvatos és a toleránsabb klaszterarány is együtt növekszik a veszélyesség megítélésének fokával, de különösen magasra válik a 2-es fokozat esetén. [A modell illeszkedés-vizsgálata szerint: $\chi^2(3) = 2,92$ $p = 0,4$.] Azaz a „szkizofrénia” címke valószínűbben előhívja a veszélyesség súlyosabb megítélését és ezzel összefüggésben a kevésbé pozitív személyiségmegítélést.

5 táblázat. A veszélyesség megítélésére vonatkozó állítások választási gyakorisága

		Másokra veszélyes lehet, ha kezelik is.		
		nem igaz	igaz	összesen
Másokra veszélyes lehet, ha nem kezelik.	nem igaz	92 94,8%	5 5,2%	97 100%
	igaz	52 74,3%	18 25,7%	70 100%
	összesen	144 86,2%	23 13,8%	167 100%

6. táblázat. A veszélyesség megítélési fokozatai és a tulajdonított személyiségjellemzők klasztereinek összefüggése

		megítélés klaszter		összesen
		óvatosabb, kevésbé pozitív	toleránsabb, pozitív	
Másokra való veszélyesség megítélése	0	51 56,7%	39 43,3%	90 100%
	1	39 69,6%	17 30,4%	56 100%
	2	17 94,4%	1 5,6%	18 100%
összesen		107 65,2%	57 34,8%	167 100%

7. és 8. táblázat. A másokra való veszélyesség, a személyiségjellemzők megítélésének klaszterei és a „szkizofrénia diagnózis” összefüggésének loglineáris elemzése

		Másokra való veszélyesség megítélése		
		0	1	2
Független változó (csoport)	szkizofrénia címkével	-0,5	0,28	0,25
	szkizofrénia címke nélkül	0,5	-0,28	-0,25

		Másokra való veszélyesség megítélése		
		0	0	0
Megítélés klaszter	óvatosabb, kevésbé pozitív	-0,52	-0,24	0,76
	toleránsabb, pozitívabb	0,52	0,24	-0,76

A pszichiátriai betegségek megítélését illetően lényeges kérdés, hogy a stigmatizáció vajon visszatartja-e az embereket a segítségkéréstől vagy sem. Eredményeink szerint a kétféle teszthelyzetben a laikus vizsgálati személyek arra a kérdésre, hogy „Ha Anna helyébe képzelem magát, mit gondol, Ön keresne segítséget?”, inkább válaszolnak „igen”-nel, vagy „talán”-nal ha a szkizofrénia diagnózis is szerepelt mint független változó: $\chi^2(2) = 6,54$ $p = 0,038$. Ugyanakkor a helyébe képzelve magukat, a segítségkérési szándék általában inkább jellemző, ha nem vagy kevésbé tartják veszélyesnek a leírt személyt

mint beteget: $\chi^2(2) = 7,8$ $p = 0,02$. (Igaz, nagyon kevesen voltak a mintában, akik nem keresnének segítséget, és azok is, akik kifejezettebben veszélyesnek tartják a leírt személyt, ld. 9. táblázat.)

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

9. táblázat. A veszélyesség megítélése és a segítségkérési szándék

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

KÖVETKEZTETÉSEK

A pszichiátriában, a klinikai pszichológia területén nem jártas laikus személyek körében vizsgáltuk egy rövid leírásban megszemélyesített pszichiátriai beteg megítélését, „szkizofrénia diagnózis” mellett, vagy anélkül. A két különböző teszthelyzetben felmértük a vélt oki tényezők különbségeit, a kezelés, a prognózis megítélését, valamint a stigmatizáció szempontjából kiemelten fontos veszélyesség befolyásoló szerepét. Használt módszereink alkalmasnak látszanak a diagnózis jelentésmódosító hatásának detektálására, a címke jelentésének leíró jellemzésére.

Eredményeink szerint a szkizofrénia címke a genetikailag meghatározott, veleszületett idegfejlődési rendellenesség irányába tolja a laikus oki vélekedéseket, de nem változtat azon, mennyiben vélik a vizsgálati személyek úgy, hogy társas kapcsolati vagy családi kommunikációs jellemzők játszhatnak szerepet a betegség kialakulásában.

Az itt leírt pszichiátriai betegséget általában kezelhetőnek gondolják a vizsgálati személyek, és bíznak a kezeléseket eredményességében. A lelki támogatást, a kezelés valamilyen formáját többségében szükség-szerűnek is tartják. A szkizofrénia címke a kezelési lehetőségek és a prognózis tekintetében inkább a gyógyszeres kezelésre szoruló, pszichoterápiával is kezelhető, ezek mel-

lett javuló, de meg nem szűnő krónikus betegség irányába mozdítja el a vélekedéseket.

További eredményeink szerint valóban a veszélyesség megítélése lehet felelős a szkizofrénia, a szkizofrén beteg kevésbé pozitív megítéléséért – vagyis a stigmatizációért. A „szkizofrénia” címke valószínűbben előhívja a veszélyesség súlyosabb megítélését és ezzel összefüggésben a kevésbé pozitív személyiségmegítélést. Ugyanakkor az, hogy hasonló helyzetben kérnének-e segítséget a laikus vizsgálati személyek, nem függött össze a kedvezőbb vagy kedvezőtlenebb személyiségmegítéléssel, de „szkizofrénia” címke esetén szignifikánsan többen fordulnának valamilyen szakemberhez. Feltételezzük, hogy a leírt betegség súlyossága erősebben hat a segítségkérési hajlandóságra, mint más, a stigmatizációban szerepet játszó itt vizsgált változók.

Eredményeink szerint a laikus vizsgálati személyeink vélekedéseit tulajdonképpen korszerű tudásunkhoz igazodó irányba mozdítja el a „szkizofrénia” címke a betegség okaival, kezelhetőségével kapcsolatban, ugyanakkor a „szkizofrénia” diagnózis mégis sokak számára veszélyességet jelent, kevésbé pozitív személyiségmegítélést hívva elő bennük egy önkéntes kísérleti helyzetben is.

A gyakorisági adatokból az is kitűnik, a laikus vizsgálati személyek tudása a betegségről korántsem teljes. A szélesebb kör-

höz eljutó tudásátadással, tájékoztatással – átfogó antistigma-kampánnyal – még adós a hazai szakmai élet, annak ellenére, hogy vannak kiváló civil kezdeményezések (pl. az Ébredések Alapítvány antistigma-programja, vagy a Nyitnikék Magyar Antistigma Kezdeményezés munkája), országos stratégia nincsen. Egy ilyen program kidolgozása során módszereinkkel mérhetőek lennének a mentális betegségekről való előzetes vélekedések, attribúciók, és egy esetleges antistigma-programban való részvétel utáni változások, akár szélesebb körben is.

Természetesen a mentális betegségekhez társuló megbélyegzés kutatása során nem

csak a közvélemény vélekedései lényegesek. Ezzel összefüggésben az érintett betegek önbecsülését befolyásoló diszkriminációs tapasztalatok, és a mindennapi életüket, kezelésüket, gyógyulásukat befolyásoló észleléseik, vélekedéseik önmagukról legalább olyan fontosak. A „nyilvános” és az „ön-stigma” együttes, kulturális értékalapú vizsgálatával nyerhetünk csak olyan ismereteket, amelyek megalapozhatják a stigmatizáció folyamatának teljes megismerését és egy hatékony antistigma-stratégia kidolgozását (Harangozó et al. 2013; Sztancsik–Pék 2014).

SUMMARY

INVESTIGATING THE MEANING OF “SCHIZOPHRENIA” DIAGNOSIS AMONG NON-PROFESSIONALS

Background and aims: As a starting point of investigating mental illness stigma, present survey aims to answer the question whether and to what extent the opinion about a psychiatric patient, without a specific diagnosis, differs from the opinion about a person who has the diagnosis of schizophrenia. Specifically, opinions about the causes of the illness, possible treatments, prognosis, and dangerousness of an ill person were examined. *Methods:* 167 volunteers were selected randomly to the two experimental groups and filled in our inventory after reading the different vignettes used as independent variables. *Results:* The label of schizophrenia seems to have an effect on lay opinions towards perceiving the disorder as an innate neurodevelopmental disorder, but does not affect the number of subjects who think that interpersonal or communicational characteristics (of the family) play a role in its onset. Regarding treatment and prognosis, schizophrenia is more likely thought to be a chronic illness that requires medication and can improve by psychotherapy than the described illness without diagnosis. A psychiatric patient with the diagnosis, however, is more likely considered more dangerous and, in connection with this belief, is seen less positive regarding attributed characteristics. *Discussion:* The methods applied seem to be appropriate to detect the possible modifying effects of the diagnosis on the meaning of a psychiatric illness and to examine the label in a descriptive way. Similar methods could be appropriate to measure differences of opinions and attributions before and after an antistigma intervention.

Keywords: mental illness, schizophrenia, stigma

IRODALOMJEGYZÉK

- ABDULLAH, T. – BROWN, T. L. (2011): Mental illness stigma and ethnocultural beliefs and norms: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 31. 934–948.
- ANGERMEYER, M. C. – BUYANTUGS, L. – KENZINE, D. V. – MATSCHINGER, H. (2004): Effects of labeling on public attitudes towards people with schizophrenia: Are there cultural differences? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109. 420–425.
- BROHAN, E. – ELGIE, R. – SARTORIUS, N. – THORNICROFT, G. – and for the GAMIAN-Europe Study Group (2010): Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia Research*, 122. 232–238.
- CALLARD, F. – ROSE, D. – QUIGELY, J. – GREENWOOD, K. – WYKES, T. (2012): Holding blame at bay? ‘Gene talk’ in family members’ accounts of schizophrenia aetiology. *BioSocieties*, 7. 273–293. doi:10.1057/biosoc.2012.12; published online 3 September 2012.
- CRISP, A. – GELDER, M. – GODDARD, E. – MELTZER, H. (2005): Stigmatization of people with mental illnesses: A follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry*, 4(2). 106–113.
- 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*. Engelwood Cliffs, NJ, Prentice Hall. 3–4.
- HARANGOZÓ, J. – RENESES, B. – BROHAN, E. – SEBES, J. – CSUKLY, G. – LÓPEZ-IBOR, J. – SARTORIUS, N. – ROSE, D. – THORNICROFT, G. (2013): Stigma and discrimination against people with schizophrenia related to medical services. *Int Journal of Social Psychiatry*, 2013 Jun 19. [Epub ahead of print] PMID:23788438 [PubMed - as supplied by publisher]
- KOVÁCS J. (2006): A pszichiátriai zavarok stigmatizáló hatása és az életminőség. In KOPP M. – KOVÁCS M. E. (szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest. 430–443.
- LINK, B. G. – PHELAN, J. C. – BRESNAHAN, M. – STUEVE, A. – PESCOSOLIDO, B. A. (1999): Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, 89(9). 1328–1333.
- LINK, B. G. – YANG, L. H. – PHELAN, J. C. – COLLINS, P. Y. (2004): Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3). 511–541.
- LITTLEWOOD, R. – JADHAV, S. – RYDER, A. G. (2007): A cross-national study of the stigmatization of severe psychiatric illness. Historical review, methodological considerations and development of the questionnaire. *Transcultural Psychiatry*, 44(2). 171–202.
- MOSER, P. (2014): Evaluating negative-symptom-like behavioural changes in developmental models of schizophrenia. *European Neuropsychopharmacology*, 24. 774–787.
- PÉNTÉK M. – HARANGOZÓ J. – ÉGERHÁZI A. – KELEMEN O. – GULÁCSI L. – BAJI P. – MÁTTYÁSSY A. – ERDÉLYI R. – LEHOCZKY SZ. – ORLEWSKA E. – VÁRTÓKNÉ HEVÉR N.

- FERENCZ Á. – BRODSZKY V. (2012): A szkizofréniával élő betegek egészséggel összefüggő életminősége és betegség-terhe Magyarországon. *Psychiatria Hungarica*, 27(1). 4–17.
- PESCOSOLIDO, B.A. – MARTIN, J. K. – LINK, B. G. – KIKUZAWA, S. – BURGOS, G. – SWINDLE, R. – PHELAN, J. (2002): *America's Views of Mental Health and Illness at Century's End: Continuity and Change*. Indiana Consortium for Mental Health Services Research, Bloomington, IN.
- PHILLIPS, D. L. (1963): Rejection: A possible consequence of seeking help for mental disorders. *American Sociological Review*, 28. 963–972.
- RAO, D. – FEINGLASS, J. – CORRIGAN, P. (2007): Racial and ethnic disparities in mental illness stigma. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(12). 1020–1023.
- RAPOPORT, J. L. – GIEDD, J. N. – GOGTAY, N. (2012): Neurodevelopmental model of Schizophrenia. *Molecular Psychiatry*, 17. 1228–1238; doi:10.1038/mp.2012.23; published online 10 April 2012
- RÉTHELYI J. (2011): A szkizofrénia diagnózisa Bleulertől a DSM-V-ig. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 13(4). 193–203.
- RÖSSLER, W. (2009): Does Stigma Impair Treatment Response and Rehabilitation in Schizophrenia? The “Contribution” of mental Health Professionals. In Gattaz, W. F. – Busatto, W. (ed.): *Advances in Schizophrenia Research 2009*. Springer Science+Business Media. 429–439.
- SOUZA, R. P. – ROMANO SILVA, M. A. – KENNEDY, J. L. (2009): Progress in Genetic Studies of Schizophrenia. In GATTAZ, W. F. – BUSATTO, W. (ed.): *Advances in Schizophrenia Research 2009*. Springer Science+Business Media, 233–250.
- 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.
- SZTANCSIK, V. – MÁTH, J. – PÉK, GY. (2013): Stigmatization of Psychiatric Patients and Schizophrenic People in Hungary. In ANGYALOSI, G. – MÜNNICH, Á. – PUSZTAI, G. (szerk.): *Interdisciplinary Research in Humanities*. Constantine the Philosopher University in Nitra, Faculty of Central European Studies, Nitra. 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. 25–38.
- 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.