

Mateja Strbad¹, Vesna Švab²

Stigmatizacija in psihiatrija

Stigmatization and Psychiatry

IZVLEČEK

KLJUČNE BESEDE: duševne motnje, predsodki

Predsodki o ljudeh s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami so glavna ovira za kakovostnejšo skrb za duševno zdravje. Vzroki stigmatizacije so neznanje, zastarela znanja o vzrokih in napovedi duševnih bolezni, strah in odpor pred drugačnostjo, zavajajoče obveščanje medijev, stranski učinki psihoaktivnih zdravil, sama terminologija hudih duševnih motenj. Posledice stigmatizacije so slabša samopodoba in slabše delovanje ljudi s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami, slabša kakovost zdravljenja, pomanjkljivo sodelovanje oziroma nepovezovanje med različnimi strokovnjaki, neprofesionalne alternativne oblike pomoči, slabše možnosti zaposlovanja in šolanja ter neurejena državna zakonodaja. Stigmatizacijo dokazano zmanjšujeta izobraževanje o duševnih motnjah in neposreden stik z ljudmi s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami.

ABSTRACT

KEY WORDS: mental disorders, prejudice

Prejudice about people with severe mental illness is a major obstacle to high-quality mental health care. The reasons for stigmatization are lack of information, outdated information about the causes and prognosis of mental diseases, fear and resentment of different people, media disinformation, adverse effects of psychotropic medication, the terminology of severe mental illness. The consequences of stigmatization include lower self-image and poorer functioning of people with severe mental illness, lower quality of treatment, insufficient cooperation or lack of cooperation between practitioners, unprofessional alternative types of treatment, smaller employment and education opportunities and lack of relevant national legislation. Stigmatization has been proved to be reduced by education about mental disorders and direct contact with people with severe mental illness.

¹ Mateja Strbad, štud. med., Psihiatrična klinika Ljubljana, Studenec 48, 1260 Ljubljana.

² Doc. dr. Vesna Švab, dr. med., Psihiatrična klinika Ljubljana, Studenec 48, 1260 Ljubljana.

UVOD

V zdravstvu se stigma somatskih bolezni (na primer raka, epilepsije) zmanjšuje, stigmatiziranost ljudi s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami (HDM) pa se ohranja (1, 2). Pri opredelitvi zveze hude in ponavljajoče se duševne motnje (v nadaljevanju HDM) se najpogosteje uporablja definicija, ki jo je sprejel ameriški Inštitut za duševno zdravje leta 1987. Ta razvršča bolnike s HDM po diagnozi (funkcionalna psihoza ali osebnostna motnja), po trajanju bolezni in zdravljenja, ki morata biti dolga vsaj dve leti, in po manjši zmožnosti oz. invalidnosti, ki vsebuje tri izmed osmih meril za invalidnost (3). Vzorčni primer HDM je shizofrenija. Stigmatizacija najbolj ovira skrb za duševno zdravje. Prispevek predstavlja stigmatizacijo, njene vzroke in posledice, naštetih so najpogostejši predsodki o ljudeh s HDM ter predstavljeni dokazano učinkoviti načini za zmanjševanje stigmatiziranosti ljudi s HDM. Stroke, ki obravnavajo problematiko duševnega zdravja, različno poimenujejo skupino ljudi, ki jim skušajo pomagati (duševni bolniki, psihiatrični pacienti, ljudje z duševnim motnjami, ljudje s HDM, uporabniki psihiatričnih služb in podobno).

OPREDELITEV

Stigma je v Slovarju slovenskega knjižnega jezika pojasnjena kot znamenje, narejeno pobeglim sužnjem in hudodelcem. V Slovarju tujk o stigmati piše, da je to sramotno znamenje. Stigmatiziranost tako razumemo kot zaznamovanost oziroma ožigosanost zaradi neke lastnosti, ki posameznika loči od drugih, tako da ima večina in on sam to lastnost za odklonsko ali deviantno. Predmet stigme so lahko telesne pomanjkljivosti ali poškodbe, telesne bolezni (na primer aids, rak), duševne motnje, spolna usmerjenost, kršenje določenih navad, pravil in načel, narodna pripadnost in podobno (4).

Raziskave so izluščile tri pomembne sestavine stigme: čustveno sestavino strah, kognitivno sestavino stereotipiziranje in vedenjsko sestavino družbenega nadzora oziroma zadržanosti (5). Ponazorimo jih lahko z naslednjimi primeri:

Strah: *Bojim se ljudi z duševnimi motnjami;*
Stereotipiziranje: *Ljudje z duševnimi motnjami so nevarni;*

Družbena zadržanost: *Izogibam se ljudi z duševnimi motnjami.*

V spodnji tabeli je prikazana soodvisnost različnih dejavnikov in razsežnosti stigmatizacije ter odzivov nanje (5) (tabela 1).

Tabela 1. Tabela soodvisnosti različnih dejavnikov in razsežnosti stigmatizacije ter odzivov nanje.

Čustvena sestavina	Kognitivna sestavina	Vedenjska sestavina
Nestigmatizirani (do stigmatiziranih)		
<i>Negativno:</i> odpor gnus strah ravnodušnost	stereotip(izacija)	izogibanje zmerjanje izločitev
<i>Pozitivno:</i> zanimanje ljubezen	zaznavanje podobnosti uporaba individualiziranih podatkov	trud za vključevanje prijeteljevanje
Stigmatizirani (do nestigmatiziranih)		
<i>Negativno:</i> sovraštvo jeza	stereotip(izacija)	izogibanje izločitev upor
<i>Pozitivno:</i> upanje ljubezen	zaznavanje podobnosti uporaba individualiziranih podatkov	vključevanje iskanje pravice

ZNAKI STIGMATIZACIJE: PREDSODKI

V Slovarju slovenskega knjižnega jezika je predsodek razložen kot negativen, odklonilen odnos do koga ali česa, neodvisen od izkustva. V družboslovni literaturi je predsodek definiran kot vrsta stališč, ki niso upravičena, utemeljena in preverjena, vendar jih spremljajo izrazito močna čustva in so odporna na spremembe. Predsodki se v vedenju posameznika in skupine odražajo na različne načine, na primer kot obrekovanje, izogibanje, zapostavljanje (4).

Najpogostejši predsodki o ljudeh s HDM se nanašajo na njihove lastnosti (1, 6), na primer predsodki o njihovi manjši sposobnosti, lenobi, nezanesljivosti, nepredvidljivosti, nevarnosti, nasilnem vedenju, nadpovprečni umetniški ustvarjalnosti, zunanji prepoznavnosti, nezmožnosti za komunikacijo, neumnosti, nesposobnosti za sodelovanje pri zdravljenju in za odločanje o svojem življenju ter nesposobnosti za delo. Drugi predsodki se povezujejo z ozdravljivostjo HDM in se kažejo kot zmotna prepričanja, da je duševna bolezen neozdravljiva in je ni mogoče zdraviti ter da je napoved teh boleznih slaba. Tretja vrsta predsodkov je vezana na predvidene značilnosti HDM in se kaže v povsem nerazumskih predstavah o tem, da lahko ljudje s HDM s svojo »norostjo« okužijo druge ljudi, da so duševne bolezni in motnje posledica družbenih in družinskih pritiskov in niso bolezni, da je duševna bolezen le navidezna in hlinjena, da izraža šibkost volje in značaja, da so oboleli za svojo bolezen sami krivi ali da so krivi njihovi starši.

VZROKI STIGMATIZACIJE

V strokovni literaturi se kot razlog za stigmatizacijo največkrat navaja neznanje in nepoučenost. Splošna prepričanja (7), da so ljudje, oboleli za shizofrenijo, nevarni (71,3 % vprašanih), nepredvidljivi (77,3 %), da je z njimi težko komunicirati (58,4%), da drugače čustvujejo (57,9%), da nikoli ne ozdravijo (50,8%), kažejo na nizko izobraženost ljudi o duševnih motnjah in njihovih posledicah.

Drugi pomemben razlog je zgodovinski. V preteklosti so si duševne motnje razlagali demonistično, to je kot obsedenost s hudičem.

Za Mojzesa so bile zaslužena kazen za neposlušnost božjim zakonom. Nasilne razsežnosti je demonologija dobila v obdobju čarovniških procesov, ki so se najbolj razmahnilo v 16. stoletju. Metoda zdravljenja, imenovana eksorcizem (izganjanje hudiča), je uradno opisana v dokumentu *Malleus Maleficarum*. Na grmadah naj bi bilo sežganih več kot 100.000 ljudi (večinoma žensk), med katerimi je bilo zelo veliko ljudi z duševnimi motnjami. Do polovice 19. stoletja so se uporabljale naslednje metode zdravljenja in umirjanja psihiatričnih bolnikov:

- umirjevalni stol, na katerega so bolnika privezali čez prsi, za zapestja in gležnje, čez glavo pa so mu dali škatalo;
- angleška krsta, kjer je bil bolnik popolnoma negiben, prosto je imel le glavo;
- hruška, to je zamašek, ki so ga preveč glasnemu in zgovornemu bolniku vtaknili v usta;
- most presenečenja, s katerim so se pod bolnikom nenadoma odprla tla in se je znašel v vodi;
- vrtilni stroj, na katerem so bolnika vrteli do kolapsa.

Nasilni odnos do ljudi z duševnimi motnjami se v obliki predsodkov, bolj ali manj prikrito, delno ohranja tudi v današnjem času (8).

Pomemben zgodovinski razlog za diskriminacijo duševno bolnih najdemo v prvih razvrstitvah duševnih motenj. Psihiatra Kraepelin (ta je 1896 v psihiatrijo uvedel pojem *dementia praecox*) in Bleuler (leta 1911 je *dementia praecox* preimenoval v shizofrenijo) sta na podlagi opazovanja bolnikov, ki so bili dolgo časa v bolnišnici, trdila, da nobeden od obolelih za shizofrenijo ne ozdravi. Tako razumevanje poteka shizofrenije se je v psihiatriji obdržalo do danes (5).

Razlog za odpor pred duševno boleznijo je tudi v strahu vsakega posameznika, da bi sam izgubil nadzor nad mišljenjem ali znavanjem. Dejansko so možnosti za pojav duševnih motenj velike. Raziskave kažejo, da 41,2 odstotka ljudi, starih od 18 do 64 let, vsaj enkrat v življenju prizadene duševna motnja, ki jo lahko razvrstimo po Mednarodni klasifikaciji bolezni (10. izdaja). 23,3 odstotka ljudi je imelo duševno motnjo v zadnjih dvanajstih mesecih (9). Ker se duševne motnje kažejo

v spremenjenem doživljanju in vedenju, lahko to bolnika iztrga iz njegovega družbenega okolja ali celo povzroči, da krši pravila sožitja v družbi. Pričakovan odziv ljudi ni sočutje in prijateljska pomoč, temveč obramba in protinapad (8). Slednje ne velja le v primeru duševnih bolezni, ampak ob soočanju ljudi z vsakršno drugačnostjo.

Eden izmed vzrokov stigmatizacije je tudi zavajajoče obveščanje medijev. Le-ti prikazujejo ljudi s HDM kot nevarne in nasilne, nemoralne, posiljevalce, morilce z razcepljenimi osebnostmi (10, 11). To velja tako v (dnevno)informativnih oddajah (11, 12, 13) kot tudi v zabavni industriji – filmi in nadaljevanke (film *Me, myself and Irene* (14) in zelo gledana nadaljevanka *Urgenca*, ki prikazuje ljudi z duševnimi motnjami kot nevarne in nasilne (13)). Mediji bi lahko imeli pomembno vlogo pri zmanjševanju stigme, saj imajo veliko moč pri oblikovanju javnega mnenja, obveščanju in izobraževanju javnosti (11).

Na odnos do duševno bolnih vplivajo tudi posledice stranskih učinkov zdravil, ki jih ti bolniki prejemajo. Mednje sodijo ekstrapiramidni znaki (15) (distonije, akatizija, parkinsonizem, tardivna diskinezija), ki močno spremenijo njihovo motoriko, povečana telesna teža ter spominske in spoznavne motnje, ki ovirajo njihovo delovanje (16).

Ko bolnik dobi diagnozo shizofrenija, ga ljudje, ki imajo stike z njim, začnejo doživljati drugače. V svoje zaznavanje namreč vgradijo negativne asociacije in predsodke, ki so opisani zgoraj, in ga začnejo zavračati (15, 17). Vendar izsledki nekaterih raziskav ne potrjujejo, da samo poimenovanje povečuje stigmatiziranost (18). Predsodki se vgrajujejo tudi v odnose do duševno bolnih v (nekaterih) psihiatričnih ustanovah, ki se še vedno kažejo v pomanjklji-

vi skrbi, izključevanju bolnikov iz vseh oblik odločanja, v površnih obravnava in pokroviteljstvu. Slednje je vsaj deloma posledica velikokrat prisotne tesnobe osebja (19), ki dela z ljudmi z duševnimi motnjami. Primeri za pokroviteljski odnos so omejevanje samostojnosti, tikanje, toga struktura dejavnosti na oddelkih, neprimerne psihoterapevtske tehnike, kot so dolge tišine pri še hudo tesnobnih bolnikih, uporaba regresivnih terapevtskih tehnik, vsiljevanje oddelčne discipline in zanikanje potrebe po izbiri (na primer hrane) (20, 21).

Stigmatizacija se kaže tudi v procesih izobraževanja. Primer je Medicinska fakulteta v Ljubljani, kjer je predmetu psihiatrija namenjenih bistveno manj pedagoških ur kot nekaterim drugim kliničnim predmetom (tabela 2), čeprav se v splošnih ambulantah vsaj 20 odstotkov ljudi oglašja zaradi duševnih motenj (22).

POSLEDICE STIGMATIZACIJE

Ljudje s HDM so izpostavljeni stigmatizaciji, zapostavljanju in odirvanju na obrobje družbe (23). Zaradi teh vplivov okolja pogosto izražajo negativna čustva, kot so strah, krivda, sram, opisujejo negativno samopodobo in se neustrezno vedejo. Mnogo oseb s HDM trdi, da so stigma in z boleznijo povezani predsodki enako (10) ali celo bolj obremenjujoči (24) kot sami simptomi bolezni in z njo povezana nezmožnost. Ni pomembno, ali bolniki stigmatiziranost dejansko izkusijo ali pa jo le predvidevajo (dejanska (angl. *experienced*) stigma proti pričakovani (angl. *anticipated*)), v obeh primerih jih ovira v družbenih stikih, iskanju zaposlitve in zmanjšuje kakovost njihovega življenja (25, 26). Stigma slabša samopodobo in znižuje samospoštova-

Tabela 2. Primerjava števila ur, namenjenih nekaterim kliničnim predmetom na Medicinski fakulteti v Ljubljani.

	Predavanja (št. ur)	Vaje (št. tednov)*	Izbirni pouk (št. ur)
Psihiatrija	30	4 (3 dni v tednu po 4 ure)	15
Kirurgija	150	7 (5 dni v tednu po 8 ur)	30
Ginekologija s porodništvom	90	4 (5 dni v tednu po 6 ur)	15
Pedriatrija	90	4 (5 dni v tednu po 6 ur)	30

*Če količino vaj izrazimo s številom ur, imajo študentje na psihiatriji 48 ur vaj, na kirurgiji 280 ur, na ginekologiji s porodništvom ter pediatriji pa po 120 ur vaj.

nje (25, 27) ter ovira bolnike pri iskanju pomoči in pri sodelovanju (angl. *compliance*) v psihiatričnem zdravljenju (25). Raziskava o medsebojnem vplivu simptomov shizofrenije in drugih bolnikovih lastnosti na eni ter stigmatiziranostjo na drugi strani je pokazala, da imajo bolniki, ki se čutijo bolj stigmatizirane, več pozitivnih (blodnje, sumničavost) in negativnih (čustveni in družbeni umik) simptomov. Tudi splošni psihopatološki simptomi (tesnoba, somatske težave, izogibanje družbenim dejavnostim) so bolj izraženi. Pri bolnikih, ki bolj doživljajo stigma, je stopnja nezmožnosti (angl. *disability*) večja. Kaže se v slabši komunikaciji, nemiru, slabši skrbi zase, težavah pri druženju in vsakdanjih dejavnostih (28). Ljudje s HDM, ki živijo v manjših krajih, se čutijo bolj stigmatizirani (pričakovana stigma), čeprav je dejanska stigmatiziranost enaka kot v večjih krajih (26).

Stigmatizacija tudi ovira kakovostno zdravljenje, ker zaradi nje številni ljudje s HDM ne poiščejo pomoči v službah za duševno zdravje ali pa pomoči ne sprejmejo (29). Službe, ki jih dosežejo, pa so mnogokrat slabše kakovosti ali premalo občutljive za njihove potrebe (23). Zaradi pomanjkljive skrbi so pogosto sprejeti v psihiatrične ustanove, kar zmanjšuje možnosti za ugoden potek in dobro napoved (6).

Kakovost skrbi dodatno omejuje tudi pomanjkljivo sodelovanje in slabo povezovanje med različnimi strokovnjaki. Ker sta zdravljenje in skrb nezadostna in pomanjkljiva, bolniki iščejo pomoč pri alternativnih in neprofesionalnih zdravilcih, ki lahko s površnimi obravnavami poslabšajo duševno stisko posameznikov ali vsaj povečujejo zakasnitve pri izvajanju ustreznega zdravljenja, kar dokazano (23) slabša napoved duševnih motenj.

Stigmatizacija zmanjšuje možnosti za izobraževanje in zaposlovanje (30, 31). Ljudem z duševnimi motnjami se pogosto odreka pravica do izobraževanja in zaposlovanja v javnih službah (23). Le 10 do 20 odstotkov obolelih za shizofrenijo v Evropi je zaposlenih (31), kar je glavni razlog za to, da živijo ljudje s HDM v najtežjih življenjskih razmerah, odkrnjeni od družbe, pogosto brezposelni ali brezdomci (6).

Državne zakonodaje ljudi z duševnimi motnjami večinoma ne zapostavljajo odkrito, vendar jim postavljajo neprimerne in nepo-

trebne ovire in bremena za enakopravno vključitev v skupnost (23). Marsikje (tudi pri nas) zakonodaja na področju duševnega zdravja sploh ni urejena, vendar v nekaterih primerih tudi sprejetje zakonodaje ne zagotavlja zaščite bolnikovih pravic. Še več, zakonodajni akti s področja duševnega zdravja v nekaterih državah celo omogočajo sistematično kršenje nekaterih pravic bolnikov, kot so človekove pravice (23) in pravica do zdravljenja (24). V petindvajsetih državah s skoraj 31 odstotkom svetovnega prebivalstva zakonodaje na področju duševnega zdravja ni. V Evropi ima 91,7 odstotka držav državno zakonodajo na tem področju, v vzhodni sredozemski regiji pa le 57 odstotkov. V polovici držav so zakonodajo na področju duševnega zdravja sprejeli po letu 1990, v 15 odstotkih pa je bila sprejeta v šestdesetih letih 20. stoletja, ko večina sodobnih metod zdravljenja ni bila dostopnih. Zakonodaja na področju duševnega zdravja naj se ne ukvarja le z zdravljenjem in skrbjo, temveč naj bo zakonita osnova za urejanje kritičnih problemov duševnega zdravja, kot so dostop do skrbi, rehabilitacije in nadaljevanja zdravljenja, vključevanje ljudi z duševnimi motnjami v skupnost in izobraževanje o duševnem zdravju v družbi (23).

NAČINI ZMANJŠEVANJA STIGME

Negativni odnosi do ljudi z duševnimi motnjami so večinoma posledica neznanja o teh motnjah (7, 12, 32, 33). Protistigmatizacijski programi so lahko učinkoviti, če se upošteva zapletenost procesa stigmatizacije, to pomeni, da programi razlikujejo posamezne sestavine procesa in ločujejo posamezne duševne bolezni (17). Večina programov proti stigmatizaciji je usmerjenih v javno delovanje, v nekaterih državah pa se posebej osredotočajo na izobraževanje študentov in strokovnjakov (34). Na družbeno zadržanost laikov do ljudi s HDM poleg verovanj o vzrokih in slabi napovedi vpliva predvsem predsodek, da so ljudje s HDM nepredvidljivi in nevarni, zato bi se izobraževanje javnosti moralo usmerjati posebej na ta stereotip (17, 35). Študije dokazujejo, da izobraževanje strokovnjakov (22), bodočih strokovnjakov (36), bolnikov (37) in njihovih svojcev (38), mladostnikov

in laikov (39–42) o duševnem zdravju vpliva na zmanjševanje stigmatiziranosti ljudi z duševnimi motnjami. V nemški raziskavi, v kateri so sodelovali srednješolci, so po enotedenskem izobraževalnem projektu *Crazy? So what!* ugotovili izboljšanje mnenja dijakov o ljudeh s shizofrenijo. Stereotipiziranje in družbena zadržanost sta se zmanjšali (43). Angleški raziskavi, v katerih so bili vključeni policisti in srednješolci, sta pokazali, da izobraževalne delavnice prispevajo k spremembi odnosa do ljudi z duševnimi motnjami, k boljši obveščenosti in večji gotovosti v neposrednem stiku z ljudmi z duševnimi motnjami; mnenja, da so ljudje z duševnimi motnjami nasilni, pa izobraževanje policistov ni spremenilo (44, 45). Sartorius (46) med drugim priporoča, naj se oblikujejo izobraževalni programi o duševnih motnjah na vseh stopnjah izobraževanja. Ugotovitve švicarske študije, da izobraževanje o duševnih motnjah, posebej shizofreniji, lahko poveča družbeno zadržanost, pa opozarjajo na zapletenost pojava stigmatizacije (47). Nemška študija (48) je ugotovila, da poudarjanje bioloških vzrokov pri nastan-

ku shizofrenije in depresije ne pripomore k zmanjševanju družbene zadržanosti do ljudi s HDM.

Če v izobraževanje o HDM vključimo tudi neposredno komunikacijo z ljudmi s HDM (17), se odnos do ljudi z duševnimi motnjami bistveno spremeni (41, 49, 50), in sicer bolj kot s samim izobraževanjem (51). Tisti študentje, ki še niso bili v neposrednem stiku z osebo z duševno motnjo, so bili bolj zadržani do iz psihiatrične bolnišnice odpuščenih bolnikov, ki so bili še naprej v psihiatrični oskrbi, kot pa do tistih ljudi z duševnimi motnjami, ki se niso zdravili z zdravili in jih psihiatrične službe niso spremljale. Hkrati pa so tisti vprašani, ki so bili že prej v stiku z osebo z duševno motnjo, raje navezovali stike z že odpuščenimi bolniki (52).

ZAKLJUČEK

Neznanje je eden glavnih vzrokov za stigmatizacijo ljudi s HDM. Stigmatiziranost je zanje lahko bolj obremenjujoča kot simptomi bolezni in posledična nezmožnost (invalidnost).

LITERATURA

1. Bolton J. How can we reduce the stigma of mental illness? *BMJ* 2003; 22 (326): 57.
2. Corrigan PW. Don't call me nuts: an international perspective on the stigma of mental illness. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109: 403–404.
3. Švab V (ur.). Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana: ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje; 2004.
4. Ule MN. Temeljni socialne psihologije. Ljubljana: Znanstveno in publicistično stališče; 1997.
5. Ule MN (ur.). Predsodki in diskriminacije. Izbrane socialno-psihološke študije. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče; 1999.
6. Dosegčivo na: URL: www.opentheodoors.com
7. Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 4–7.
8. Milčinski L (ur.). Psihiatrija. Druga, dopolnjena izdaja. Ljubljana: DZS; 1986.
9. Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 32: 587–595.
10. Hocking B. Reducing mental illness stigma and discrimination – everybody's business. *Med J Aust* 2003; 178 (9 Suppl 5): 47–48.
11. Angermeyer MC, Schulze B, Dietrich S. Courtesy stigma: A focus group study of relatives of schizophrenia patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38: 593–602.
12. Gaebel W, Baumann A, Witte AM, Zaeske H. Public attitudes towards people with mental illness in six German cities. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002; 252: 278–287.
13. Condren RM, Byrne p. The psychokiller strikes again. *BMJ* 2000; 320 (7244): 1282.
14. Byrne p. Schizophrenia in the cinema. *Psychiatric Bulletin* 2000; 24: 364–365.
15. Sartorius N. Iatrogenic stigma of mental illness. *BMJ* 2002; 324: 1470–1471.
16. Tomori M, Ziherl S (ur.). Psihiatrija. Ljubljana: Litterapicta; 1999.
17. Angermeyer MC, Matschinger H. The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108: 304–309.
18. Mann CE, Himelein MJ. Factors associated with stigmatization of persons with mental illness. *Psychiatr Serv* 2004; 55 (2): 185–7.

19. Lyth IM. *Containing Anxiety in Institutions. Selected essays. Volume 1.* London: Free Association Books; 1992.
20. Švab V (ur.). *Vloga psihoterapije pri skrbi za osebe s psihotičnimi motnjami.* Ljubljana: ŠENT; 2000.
21. Goffman E. *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates.* London: Penguin Books; 1991.
22. Hodges B, Inch C, Silver I. Improving the Psychiatric Knowledge, Skills and Attitudes of Primary Care Physicians, 1950–2000: A Review. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1579–1586.
23. *Mental Health Context. Mental Health Policy and Service Guidance Package.* Geneva: World Health Organization; 2003.
24. Švab V. *Priročnik o shizofreniji. Radovljica: Didakta; Ljubljana: Organizacija za duševno zdravje – ŠENT; 2001.*
25. Angermeyer MC. The stigma of mental illness from the patient's view – an overview. *Psychiatr Prax* 2003; 30 (7): 358–366.
26. Angermeyer MC, Beck M, Dietrich S, Holzinger A. The stigma of mental illness: patients' anticipations and experiences. *Int J Soc Psychiatry* 2004; 50 (2): 153–62.
27. Link BG, Struening EL, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan JC. The Consequences of Stigma for the Self-Esteem of People With Mental Illnesses. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 1621–1626.
28. Ertugrul A, Ulug B. Perception of stigma among patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 73–77.
29. Corrigan p. How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol* 2004; 59 (7): 614–25.
30. Henry AD, Lucca AM. Facilitators and barriers to employment: the perspectives of people with psychiatric disabilities and employment service providers. *Work* 2004; 22 (3): 169–82.
31. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment – a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004; 39 (5): 337–49.
32. Wolff G, Pathare S, Craig T, Leff J. Community Knowledge of Mental Illness and Reaction to Mentally Ill People. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 191–8.
33. Angermeyer MC, Matschinger H, Corrigan PW. Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey. *Schizophr Res* 2004; 69 (2–3): 175–82.
34. Brier p. The progress of reforms in Slovakia. *Mental Health Reforms* 2000; 3: 2–5.
35. Angermeyer MC, Beck M, Matschinger H. Determinants of the public's preference for social distance from people with schizophrenia. *Can J Psychiatry* 2003; 48 (10): 663–668.
36. Singh SP, Baxter H, Standen P, Duggan C. Changing the attitudes of «tomorrow's doctors» toward mental illness and psychiatry: a comparison of two teaching methods. *Med Educ* 1998; 32: 115–120.
37. Winkler A. Izobraževanje bolnikov s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo ter njihovih svojcev. In: Švab V. *Psihosocialna rehabilitacija.* Ljubljana: ŠENT; 2004. p. 32–36.
38. Belak E. Proces izobraževanja svojcev in skrbnikov. In: *Izobraževanje za spremembo: Zbornik konference.* Ljubljana: ŠENT; 2004. p. 70–74.
39. Tanaka G, Ogawa T, Inadomi H, Kikuchi Y, Ohta Y. Effects of an educational program on public attitudes towards mental illness. *Psychiatry Clin Neurosci* 2003; 57 (6): 595–602.
40. Gaebel W, Baumann AE. Interventions to reduce the stigma associated with severe mental illness: experiences from the open the doors program in Germany. *Can J Psychiatry* 2003; 48 (10): 657–662.
41. Tanaka G, Inadomi H, Kikuchi Y, Ohta Y. Evaluating stigma against mental disorder and related factors. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2004; 8 (5): 558–66.
42. Corrigan PW, Watson AC, Warpinski AC, Gracia G. Implications of educating the public on mental illness, violence, and stigma. *Psychiatr Serv* 2004; 55 (5): 577–80.
43. Schulze B, Richter-Werling, Matschinger H, Angermeyer MC. Crazy? So what! Effects of a school project on student's attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 107: 142–150.
44. Pinfold V, Huxley P, Thornicroft G, Farmer P, Toulmin H, Graham T. Reducing psychiatric stigma and discrimination. Evaluating an educational intervention with the police force in England. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38: 337–344.
45. Pinfold V, Toulmin H, Thornicroft G, Huxley P, Farmer P, Graham T. Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 342–346.
46. Sartorius N. One of the Last Obstacles to Better Mental Health Care: the Stigma of Mental Illness. In: Guimon J, Fischer W & Sartorius N (eds.). *The Image of Madness.* Basel: Krager; 1999.
47. Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rossler W. Factors influencing social distance toward people with mental illness. *Community Ment Health J* 2004; 40 (3): 265–74.
48. Dietrich S, Beck M, Bujantugs B, Kenzine D, Matschinger H, Angermeyer MC. The relationship between public causal beliefs and social distance toward mentally ill people. *Aust N Z J Psychiatry* 2004; 38 (5): 348–54.
49. Brockington IF, Hall P, Levings J, Murphy C. The Community Tolerance of the Mentally Ill. *Br J Psychiatry* 1993; 162: 93–9.

50. Stuart GW, Burland J, Ganju V, Levounis P, Kiosk S. Educational Best Practices. *Adm Policy Ment Health* 2002; 29: 325-333.
51. Wolff G, Pathare S, Craig T, Leff J. Public education for community care. A new approach. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 141-7.
52. Chung KF, Chen EY, Liu CS. University students' attitudes towards mental patients and psychiatric treatment. *Int J Soc Psychiatry* 2001; 47 (2): 63-72.

Prispelo 6. 1. 2005