

# **Povezanost između samostigmatizacije, percepcije diskriminacije i socijalne mreže kod oboljelih od shizofrenije**

## ***/ Correlation between internalized stigma, perception of discrimination and empowerment in schizophrenia patients***

Marijan Alfonzo Sesar, Slađana Ivezić, Lana Mužinić, Darija Zubić

Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb, Hrvatska

*/ University Psychiatric Hospital Vrapče, Zagreb, Croatia*

U istraživanju je ispitana veza između internalizirane stigme, percepcije diskriminacije i osnaženja na 80 sudionika oboljelih od shizofrenije. Ispitana je i mogućnost predikcije razine samostigmatizacije na temelju stupnja osnaženja, percepcije diskriminacije, te socijalne podrške, uz osvrt na moderatorski utjecaj socijalne podrške na vezu između ovih ljestvica. Na kraju je utvrđena veza između sociodemografskih karakteristika, te osobnih i socijalnih aspekata bolesti i ovih triju ljestvica. Pearsonovim koeficijentom korelacije utvrđena je značajna, negativna povezanost ( $r=-0,673$ ) između internalizirane stigme i stupnja osnaženosti, umjerena pozitivna povezanost između razine samostigmatizacije i percepcije diskriminacije ( $r=0,430$ ), te niža negativna povezanost između stupnja osnaženosti i percepcije diskriminacije ( $r=-0,380$ ). Stupanj osnaženosti i percepcija diskriminacije pokazali su se kao dobri prediktori razine samostigmatizacije, dok se socijalna podrška pokazala kao moderator veze između samostigmatizacije i percipirane devaluacije. Sudionici s većom socijalnom podrškom pokazuju manju samostigmatizaciju u slučaju niže percepcije devaluacije, dok sudionici s manjom socijalnom podrškom pokazuju višu i stabilniju samostigmatizaciju, čak i kada im je percepcija diskriminacije niska. Kod specifičnih socijalnih aspekata bolesti, sudionici s bliskom osobom u obitelji pokazuju veći stupanj osnaženja od onih koji takvu podršku nemaju. Skupine različitih sociodemografskih karakteristika (spola, stupnja obrazovanja i radnog statusa), te osobnih aspekata bolesti (poznavanja dijagnoze i slaganja s dijagnozom) ne razlikuju se značajno u rezultatima na ovim ljestvicama. Navedeni rezultati ukazuju na mogućnost smanjenja razine štetne samostigmatizacije uvođenjem programa osnaženja oboljelih, te programa edukacije javnosti u svrhu smanjenja diskriminacije prema njima. Rezultati također ukazuju na važnost socijalne podrške za oboljele od shizofrenije.

*/ This study investigated the correlation between internalized stigma, perception of discrimination and empowerment, on 80 participants suffering from schizophrenia. The predictive power of empowerment, perception of discrimination and social support was also examined, along with the moderation effect of social support. Finally, we tested the effect of demographic characteristics, and personal and social aspects of the illness, on differences in these three scales. We found significant and negative Pearson correlation ( $r = -0.673$ ) between the level of internalized stigma and the level of empowerment, moderate positive correlation between the level of self-stigma and perception of discrimination ( $r = 0.430$ ) and low negative correlation between the level of empowerment and perception of discrimination ( $r = -0.380$ ). Empowerment and perception of discrimination proved to be good indicators of self-stigma, while social support proved to be a moderator of the correlation between self-stigma and perceived devaluation. Participants with greater social support showed lower self-stigma if perception of devaluation was also low, while participants with lower social support showed higher and more stable self-stigma, even when their perception of discrimination was low. When it comes to specific aspects of social support, participants with close family members showed higher levels of empowerment than those who did not have such support. Groups of different socio-demographic characteristics (gender, education level and employment) and personal*

*aspects of the illness (knowledge and agreeing with diagnosis) do not differ significantly in the results on these three scales. These findings indicate that introducing empowering programs and public awareness programs can play a role in reducing harmful internalized stigma among patients with schizophrenia. The results also point to the importance of social support.*

**ADRESA ZA DOPISIVANJE:**

Dr. sc. Marijan Alfonzo Sesar  
Centar za rehabilitaciju Silver  
Štefanovec 34  
10 000 Zagreb, Hrvatska

**KLJUČNE RIJEČI / KEY WORDS**

shizofrenija / *schizophrenia*  
stigma / *stigma*  
samostigma / *self-stigma*  
osnaženje / *empowerment*

## UVOD

Veliki broj oboljelih od shizofrenije prihvaća stigmatizirajuće stavove društva kao osobno relevantne što dovodi do procesa samostigmatizacije. Internalizirana stigma se ne odnosi samo na prihvaćanje stigmatizirajućih stavova, nego na generalni doživljaj osobe da se ne uklapa u društvenu sredinu (1) te sumnje je li uopće sposobna živjeti samostalno, zadržati posao, zaraditi novac ili pronaći intimnog partnera. Premda se osobe sa psihičkom bolesti uspiju osloboditi simptoma bolesti, samostigmatizacija može narušavati kvalitetu njihovog života. Pokazalo se da je svjesnost o postojanju stigme važna, ali ne i jedina komponenta samostigmatizacije (2). Samostigmatizacija može i ne mora biti povezana s diskriminacijom. Premda je socijalno izbjegavanje oboljelih od psihičke bolesti realnost, a ne samo percepcija, postoji određeni broj oboljelih koji će anticipirati diskriminaciju i u odsustvu stvarnog iskustva diskriminacije. Prema Linku i sur. (3) osobe s psihičkom bolesti razviju niz negativnih vjerovanja o anticipiranoj diskriminaciji i devaluaciji od strane društva, čak i prije nego se diskriminacija dogodi. Ipak, percepcija diskriminacije nije mjerilo samostigmatizacije, već više svjesnosti o postojanju

stigme (4). Kada oboljeli od psihičke bolesti vjeruju da će ih ljudi obezvrijediti i odbaciti, to može dovesti do niza posljedica kao što su demoralizacija, nisko samopouzdanje, teškoće socijalne adaptacije, nezaposlenost, gubitak financija, smanjene suradnje u uzimanju lijekova (5) te smanjene suradnje u rehabilitaciji (6). Istraživanja pokazuju da je internalizirana stigma povezana s poteškoćama subjektivnog i objektivnog oporavka uključujući bespomoćnost (7,8), smanjenje samopoštovanja (8-10), nisko samopouzdanje (11), nisku kvalitetu života (7,12,13), osiromašenje socijalnih odnosa (7,14) i povećanje rizika za depresiju (1).

U sklopu GAMIAN Europe (15) provedeno je istraživanje o učestalosti samostigmatizacije i percepcije diskriminacije oboljelih od shizofrenije i shizoafektivne psihoze na 1.229 sudionika, u 14 europskih zemalja, koje je uključivalo i Hrvatsku. Za procjenu razine samostigmatizacije i percepcije diskriminacije korišteni su isti instrumenti koji su korišteni u ovom istraživanju. Rezultati su pokazali da je 41,7 % sudionika imalo umjeren do visok stupanj samostigmatizacije, a 69,4 % je navelo da javnost ima negativne stavove prema oboljelima od psihičke bolesti, tj. iskazalo percipiranu diskriminaciju. Dakle, veliki broj oboljelih ima pro-

blema s internaliziranom stigmom i procesima koje ona potiče poput sniženog samopouzdanja i smanjene samoefikasnosti (16). Brohan i sur. (15) su također utvrdili da su osnaženost i socijalni kontakt povezani s redukcijom samostigmatizacije kod oboljelih od shizofrenije, što daje velike nade da bi terapijski postupci koji potiču osnaživanja mogli utjecati na prevenciju samostigmatizacije kao i njenu redukciju. Osnaženost je samopoštovanje koje se javlja zbog participacije u aktivnostima, uspjeha i postignuća (17), koje rezultira povećanjem kapaciteta pojedinca da odabere i provede svoju odluku u akciju i ishod, tj. da kontrolira svoj život (18). Neka istraživanja su pokazala da je osnaženost pozitivno povezana s percipiranom kvalitetom života (19), samopouzdanjem i socijalnom podrškom (20), te da kvaliteta života oboljelih od shizofrenije negativno korelira sa stigmom i depresijom.

Meta-analiza 45 radova (21) istražila je povezanost između samostigme oboljelih od mentalnih poremećaja sa sociodemografskim, psihosocijalnim i psihijatrijskim obilježjima. Autori su utvrdili da sociodemografska obilježja (spol, dob, edukacija, zaposlenje, bračni status, prihodi, nacionalnost) nisu u statistički značajnoj korelaciji sa samostigmom, dok je visoka razina samostigmatizacije povezana s gubitkom nade, niskim samopoštovanjem, niskom osnaženosti, niskom kvalitetom života i slabom socijalnom podrškom. Ako govorimo o psihijatrijskim obilježjima samostigma je pozitivno povezana s težinom simptoma, a negativno sa suradljivosti u liječenju. Također se pokazalo da neki osobni aspekti bolesti, poput uvida u dijagnozu, te njenog prihvaćanja mogu biti povezani s razinom samostigmatizacije, percepcije diskriminacije i osnaženjem. Istraživanja povezana s poznavanjem dijagnoze donose različite rezultate. Neki autori upućuju da je povećanje uvida u bolest povezano s depresijom (22), sniženim samopoštovanjem (23) i smanjenom kvalitetom života (24-26), dok s

druge strane neki pokazuju da uvid u bolest ima osnažujući povoljan učinak (7).

## CILJ RADA

U ovom istraživanju pokušali smo utvrditi međusobnu vezu između internalizirane stigme, percepcije diskriminacije i osnaženja, te utvrditi sociodemografske karakteristike, te osobne i socijalne aspekte bolesti koji su u vezi s rezultatima na tim ljestvicama. Također smo ispitali prediktivnu moć stupnja osnaženja, percepcije diskriminacije i socijalne podrške na samostigmatizaciju uz poseban osvrt na moderatorski utjecaj socijalne podrške na vezu između tih ljestvica. U skladu s dosadašnjim istraživanjima, očekujemo da će viša internalizirana stigma biti povezana s višom percepcijom diskriminacije i nižim stupnjem osnaženosti, te da će ta veza biti još izraženija u slučaju izostanka socijalne podrške. Također očekujemo da sociodemografske karakteristike neće imati značajnijeg utjecaja na razinu samostigmatizacije, percepcije diskriminacije i osnaženosti. Osim toga, pretpostavka je da će osobe s uvidom u bolest i s boljom socijalnom podrškom pokazati veći stupanj osnaženosti.

## METODA

### Sudionici

U ispitivanju je sudjelovalo 80 sudionika, 49 muškaraca i 31 žena, oboljelih od shizofrenije. Dijagnoza sudionika postavljena je na temelju Međunarodne klasifikacije bolesti (27). Raspon dobi sudionika bio je od 18 do 65 godina, pri čemu je prosječna dob iznosila 42 godine.

Svi sudionici su prije provođenja istraživanja informirani o temi i svrsi istraživanja, anonimnosti i povjerljivosti podataka te načinu prezentacije rezultata. Uključeni su samo oni sudionici koji su dali pristanak za istraživanje,

a za one koje imaju skrbnika pristanak je dao i skrbnik. Pribavljena je suglasnost Povjerenstva za etiku Klinike za psihijatriju Vrapče, ustanove u kojoj se provodi istraživanje.

## Instrumenti

### Ljestvica internalizirane stigme – Internalized Stigma of Mental Illness Scale – ISMI (28)

Ta ljestvica mjeri samostigmatizaciju, tj. stupanj sudionikovih predrasuda prema samome sebi zbog svoje psihičke bolesti, odnosno stupanj u kojem sudionik prihvaća predrasude iz svoje okoline prema sebi kao duševno oboljelom. Sastoji se od 29 čestica, na Likertovoj ljestvici procjene od četiri stupnja, pri čemu veći ljestvični rezultat upućuje na veću razinu samostigmatizacije. Ukupni rezultat na ljestvici određuje se kao aritmetička sredina svih čestica.

Inicijalna validacija instrumenta pokazala je visoke saturacije svih čestica s jednim zajedničkim faktorom.

Ljestvica ima visoku unutrašnju konzistenciju ( $\alpha=0,90$ ) i pouzdanost ( $r=0,92$ ). U GAMIAN-ovu istraživanju o stigmatizaciji unutrašnja konzistencija iznosila je  $\alpha=0,94$ , a na uzorku iz Hrvatske,  $\alpha=0,92$  (29). U ovom istraživanju  $\alpha=0,90$ .

### Ljestvica percepcije obezvrjeđenja i diskriminacije - *Perceived devaluation and discrimination scale* - PDD (14)

Instrument je namijenjen mjerenju percipiranog socijalnog obezvrjeđivanja i diskriminacije, tj. mjeri stupanj u kojem sudionik percipira okolinu kao diskriminirajuću prema duševnim bolesnicima. Originalni se instrument sastoji od 12 čestica, kojima je pridružena intervalna ljestvica procjene od četiri stupnja, pri čemu veći rezultat na ljestvici indicira višu percipiranu razinu diskriminacije. Ukupni rezultat na ljestvici određuje se kao aritmetička sredina svih čestica.

Faktorska analiza ukazala je na jednodimenzionalnost ljestvice.

U GAMIAN-ovu istraživanju o stigmatizaciji utvrđeno je da ljestvica ima umjerenu unutrašnju konzistenciju ( $\alpha=0,86$ ), na uzorku iz Hrvatske -  $\alpha=0,77$ . U ovom istraživanju  $\alpha=0,79$ .

Prema dosadašnjim istraživanjima u literaturi, srednja vrijednost na ljestvici iznosi 2,84 ( $SD=0,49$ ) (3,30).

### Ljestvica osnaženosti – *The Boston University Empowerment Scale* – BUES (31)

Instrument je namijenjen mjerenju samoprocjene osnaženosti (samopouzdanog doživljaja selfa), odnosno sposobnosti pacijenta da kontrolira svoj vlastiti život i svoju ulogu u društvu. Sastoji se od 28 čestica, kojima je pridružena ljestvica procjene Likertovog tipa od četiri stupnja. Pri tome veći ljestvični rezultat indicira i veću razinu osnaženosti. Ukupni rezultat prikazuje se kao aritmetička sredina svih odgovora. Autori su faktorskom analizom instrumenta utvrdili dvije dimenzije: Samopouzdanje - samoeфикаsnost te Moć - nemoć. No, s obzirom da je inicijalna validacija instrumenta pokazala visoku saturaciju svih 17 čestica s prvom dimenzijom, autori su procijenili kako je prikladno čitav instrument promatrati kao jednodimenzionalan.

Istraživanje o stigmatizaciji GAMIAN utvrdilo je da ljestvica ima umjerenu unutrašnju konzistenciju ( $\alpha=0,87$ , za uzorak iz Hrvatske,  $\alpha=0,82$ ). U ovom istraživanju  $\alpha=0,79$ . U istraživanju Rogersa i sur. (31) prosječna vrijednost dobivena na uzorku duševnih bolesnika je iznosila 2,94 ( $SD=0,32$ ).

### Sociodemografski upitnik

Ovaj upitnik sastoji se od 15 pitanja, a odnose se na: sociodemografske karakteristike sudionika (spol, dob, stupanj obrazovanja, bračni status, zaposlenost, prihode, stanovanje); osobne aspekte bolesti (početak liječenja,

poznavanje dijagnoze, prihvaćanje dijagnoze, dužina liječenja); socijalne aspekte bolesti (s kime žive, imaju li partnera, imaju li prijatelja/najboljeg prijatelja, jesu li bliski s obitelji).

### Socijalna podrška

Iz postojećeg upitnika kreirana je nova varijabla *Socijalna podrška*. Ona je sastavljena od četiri pitanja koja ispituju prisutnost bliskih osoba u sudionikovom životu. Ta pitanja su:

- Imate li trenutno bračnog druga, partnera ili mladića/djevojku?
- Između ljudi koje često vidate smatrate li nekoga prijateljem?
- Imate li najboljeg prijatelja, nekoga kome se možete povjeriti?
- Jeste li posebno bliski s nekim unutar obitelji?

Rezultat na varijabli *Socijalna podrška* formiran je kao zbroj pozitivnih odgovora na ova pitanja, pri čemu je svaki pozitivan odgovor iznosio 1, a svaki negativan 0. Time dobivamo mogući raspon rezultata od 0 do 4, a taj je broj istodobno broj situacija u kojima ispitanik ima bliske osobe. Stoga je varijabla nazvana *Socijalna podrška*, pri čemu smo nulu označili kao pokazatelj izostanka socijalne podrške (ni u jednoj od opisanih situacija sudionik nema bliske osobe), a 4 kao postojanje visoke socijalne podrške (sudionik ima bliske osobe u svim opisanim situacijama).

### Obrada podataka

Povezanost samostigmatizacije, percepcije diskriminacije, osnaženosti, te socijalne podrške prikazana je Pearsonovim koeficijentom korelacije.

Varijabla *Socijalna podrška* je formirana kako bismo ispitali mogućnost predikcije razine samostigmatizacije na temelju udruženih socijalnih aspekata bolesti, te utvrdili postoji li moderatorski utjecaj socijalnih aspekata na

vezu između samostigmatizacije i osnaženosti, te samostigmatizacije i percepcije diskriminacije. Mogućnost predviđanja stupnja samostigmatizacije na temelju druge dvije ljestvice i socijalne podrške, kao i moderatorski utjecaj socijalne podrške, izračunati su provedbom regresijske analize (metoda *enter*), u prvom koraku, te dvije hijerarhijske regresijske analize sa socijalnom podrškom kao moderatorom. U prvoj regresijskoj analizi ispitujuemo ukupnu mogućnost predikcije stupnja samostigmatizacije na temelju osnaženosti, percepcije diskriminacije i socijalne podrške. U druge dvije analize ispituje se moderatorski utjecaj socijalne podrške na vezu između ovih ljestvica. Smjer dobivenih moderatorskih utjecaja utvrđen je provjerom aritmetičkih sredina samostigmatizacije, po prethodno kreiranim kategorijama percepcije diskriminacije i socijalne podrške.

Razlike u razini samostigmatizacije, osnaženosti i percepciji diskriminacije s obzirom na sociodemografska obilježja, osobne i socijalne aspekte bolesti testirane su t-testom i jednostavnom analizom varijance.

## REZULTATI

Početno su izračunate aritmetičke sredine i standardne devijacije na ljestvicama ISMI, BUES i PPD, na svim sudionicima (tablica 1). Provjera normalnosti distribucija, Kolmogorov-Smirnov i Shapiro-Wilksovima testovima pokazuje da su rezultati na ljestvicama ISMI i BUES distribuirani normalno, dok rezultati na ljestvici PPD značajno odstupaju od normalne distribucije ( $p < 0,05$ ). Ipak, provjera vrijednosti zakrivljenosti (engl. *skewness*) i spljoštenosti (engl. *kurtosis*) rezultata na ljestvici PPD pokazuje da je usprkos statističkoj značajnosti odstupanje od normalnosti blago (*skewness statistik* iznosi 0,882, uz standardnu pogrešku 0,269; *kurtosis* 2,027, uz pogrešku 0,532).



**TABLICA 1.** Deskriptivni podatci ljestvice ISMI, BUES i PDD (N=80)

	Deskriptivni pokazatelji				Test normalnosti distribucija (df=80)			
	M	SD	Min	Max	KS test	p	SW test	p
Ljestvica internalizirane stigme (ISMI)	2,32	.37	1,41	3,59	.08	.200	.98	.153
Ljestvica osnaženja (BUES)	2,61	.36	1,71	3,53	.09	.200	.99	.599
Ljestvica percepcije obezvrjeđenja i diskriminacije (PDD)	2,58	.39	1,75	3,92	.13	.002	.95	.002

Kako bismo ustanovili razinu povezanosti između triju korištenih mjera, te socijalne podrške, izračunat je Pearsonov koeficijent korelacije. Pronađena je statistički značajna povezanost između svih triju korištenih ljestvica. Rezultati na ljestvici internalizirane stigme pokazuju prilično visoku negativnu povezanost s rezultatima na ljestvici osnaženosti ( $r=-0,673$ ;  $p<0,01$ ; tablica 2), što nam, sukladno očekivanjima, ukazuje da je veći stupanj internalizirane stigme povezan s nižim stupnjem osnaženosti sudionika. Također se pokazalo da postoji umjereno visoka povezanost samostigmatizacije i percipirane diskriminacije ( $r=0,430$ ,  $p<0,01$ ; tablica 2). U skladu s tim dvima korelacijama, povezanost između osnaženosti i percepcije diskriminacije pokazala se umjerenom, negativnom i statistički značajnom ( $r=-0,380$ ,  $p<0,01$ ; tablica 2). Stupanj socijalne podrške se nije pokazao u značajnoj vezi ni s jednom od triju korištenih mjera.

Općenito, možemo reći da su rezultati na ljestvicama ISMI, PPD i BUES međusobno zna-

čajno povezani na način da sudionici s višom razinom samostigmatizacije pokazuju niži stupanj osnaženosti i povećanu percepciju diskriminacije, dok sudionici s višim stupnjem osnaženosti pokazuju manju razinu samostigme i percipirane diskriminacije. Viša razina samostigmatizacije ujedno upućuje i na višu razinu percipirane diskriminacije. Takvi su rezultati dobar temelj za daljnju regresijsku analizu. S obzirom da razina socijalne podrške ne korelira ni s jednom od korištenih ljestvica, u daljnjim analizama korištena je ne samo kao prediktor, već kao potencijalni moderator veze između tih ljestvica.

Regresijska analiza (metoda *enter*) pokazuje da je regresijski model statistički značajan na razini od 1 % ( $F_{(3,76)}=24,443$ ;  $p<0,01$ ), te samo ove tri varijable objašnjavaju gotovo 50 % ukupne varijance samostigmatizacije ( $R^2=0,491$ ,  $R^2_{kor}=0,471$ ). Pritom najveći udio u objašnjenju samostigme ima stupanj osnaženosti sudionika ( $\beta=-0,583$ ,  $p<0,01$ ), zatim percepcija diskriminacije ( $\beta=0,208$ ,  $p<0,05$ ), dok se, u skladu

**TABLICA 2.** Povezanost između rezultata na ljestvicama internalizirane stigme, osnaženosti i percepcije obezvrjeđenja i diskriminacije, te socijalne podrške (N=80)

	Ljestvica osnaženosti (BUES)	Ljestvica percepcije obezvrjeđenja i diskriminacije (PDD)	Socijalna podrška
Ljestvica internalizirane stigme (ISMI)	-0,673**	0,430**	-0,167
Ljestvica osnaženosti (BUES)		-0,380**	0,187
Ljestvica percepcije obezvrjeđenja i diskriminacije (PDD)			-0,011

\*\* Korelacija je statistički značajna na razini od 1 % ( $p<0,01$ )

**TABLICA 3.** Mogućnost predikcije stupnja samostigmatizacije na temelju stupnja osnaženosti, percepcije diskriminacije i socijalne podrške

Prediktor	Beta	t	p
Ljestvica osnaženosti (BUES)	-0,583	-6,464	.000
Ljestvica percepcije obezvrjeđenja i diskriminacije (PDD)	0,208	2,344	.022
Socijalna podrška	-0,056	-0,666	.508
Regresijski model	R=0,701 R <sup>2</sup> =0,491 R <sup>2</sup> <sub>kor</sub> =0,471 F <sub>(3,76)</sub> =24,443; p<0,01		

s ranijim rezultatima, socijalna podrška nije pokazala statistički značajnim prediktorom razine samostigmatizacije (tablica 3).

Daljnja analiza (tablica 4) pokazuje da dodavanje socijalne podrške, kao prediktora sa stupnjem osnaženosti ne doprinosi značajno povećanju objašnjene varijance samostigmatizacije ( $\Delta R^2 = 0,002$ ,  $p > 0,05$ ). Također vidimo da interakcija stupnja osnaženosti i socijalne podrške nije statistički značajna ( $\beta = -0,301$ ,  $p > 0,05$ ), niti doprinosi povećanju objašnjene varijance ( $\Delta R^2 = 0,001$ ,  $p > 0,05$ ). Ipak, u slučaju percepcije diskriminacije pronalazimo značajan moderatorski učinak socijalne podrške. Iako se socijalna podrška nije pokazala značajnim prediktorom ( $\beta = -0,162$ ,  $p > 0,05$ ), niti njezino dodavanje u model u drugom koraku hijerarhijske regresije

nije značajno doprinijelo povećanju objašnjene varijance samostigmatizacije ( $\Delta R^2 = 0,026$ ,  $p > 0,05$ ), treći korak, u koji je uključena interakcija percepcije diskriminacije i socijalne podrške pokazuje statistički značajno povećanje objašnjene varijance ( $\Delta R^2 = 0,055$ ,  $p < 0,05$ ). Ova interakcija se pokazala kao statistički značajan prediktor samostigmatizacije ( $\beta = -1,049$ ,  $p < 0,05$ ), što znači da socijalna poželjnost moderira odnos između percepcije diskriminacije i samostigme (tablica 5).

Kako bismo ustanovili smjer ove moderacije, kategorizirali smo percepciju samostigmatizacije u visoku i nisku, te socijalnu podršku u nisku, srednju i visoku. Aritmetičke sredine stupnja samostigmatizacije prema ovim kategorijama prikazane su u tablici 6. Smjer in-

**TABLICA 4.** Mogućnost predviđanja samostigmatizacije na temelju osnaženosti i uz moderatorski utjecaj socijalne podrške

	Beta	t	p	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>kor</sub>	F(R <sup>2</sup> )	$\Delta R^2$	F( $\Delta R^2$ )	p
1. Ljestvica osnaženosti (BUES)	-.673	-8,029	.000	.453	.445	64,467**	.453	64,467	.000
2. Ljestvica osnaženosti (BUES)	-.665	-7,756	.000	.454	.440	32,047**	.002	.248	.620
Socijalna podrška	-.043	-.498	.620						
3. Ljestvica osnaženosti (BUES)	-.580	-2,571	.012	.455	.434	21,187**	.001	.165	.686
Socijalna podrška	.229	.339	.735						
Ljestvica osnaženosti (BUES) x Socijalna podrška	-.301	-.406	.686						

\*\* značajno na razini od 1 % ( $p < 0,01$ )

**TABLICA 5.** Mogućnost predviđanja samostigmatizacije na temelju percepcije diskriminacije i uz moderatorski utjecaj socijalne podrške

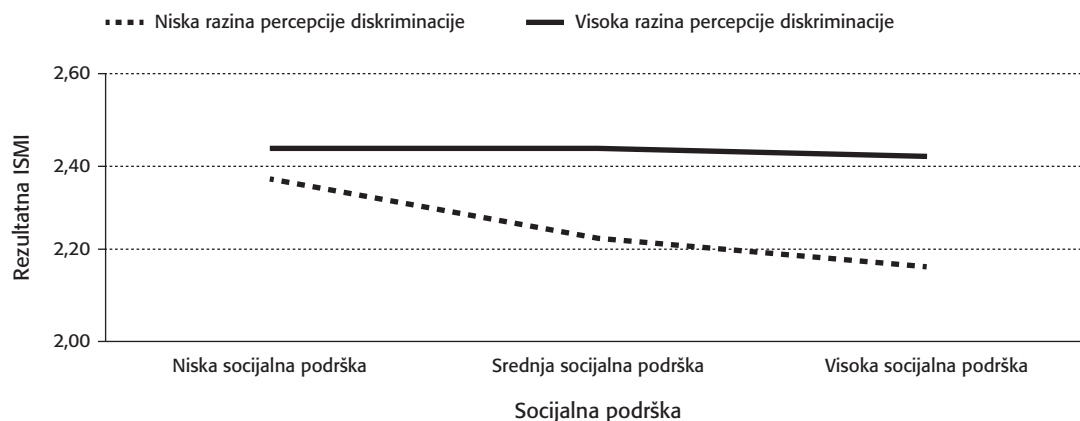
	Beta	t	p	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>kor</sub>	F(R <sup>2</sup> )	ΔR <sup>2</sup>	F(ΔR <sup>2</sup> )	p
1. Ljestvica percepcije obezvrjeđenja i diskriminacije (PDD)	.430	4,207	.000	.185	.175	17,701**	.185	17,701	.000
2. Ljestvica percepcije obezvrjeđenja i diskriminacije (PDD)	.428	4,232	.000	.211	.191	10,314**	.026	2,571	.113
Socijalna podrška	-.162	-1,603	.113						
3. Ljestvica percepcije obezvrjeđenja i diskriminacije (PDD)	.722	4,584	.000	.266	.237	9,194**	.055	5,696	.019
Socijalna podrška	.820	1,938	.056						
Ljestvica percepcije obezvrjeđenja i diskriminacije (PDD)x Socijalna podrška	-1.049	-2,387	.019						

\*\* značajno na razini od 1 % (p<0.01)

terakcijskog učinka jasno je vidljiv iz sl. 1., te nam ukazuje da kod osoba s niskom razinom percepcije diskriminacije, samostigma opada više s većom socijalnom podrškom. Drugim riječima, što je socijalna podrška veća, to će samostigmatizacija intenzivnije opadati s padom percepcije diskriminacije.

Varijable kojima smo definirali socijalnu podršku, odnosno socijalne aspekte bolesti obuhvaćaju pitanja o tome žive li sudionici sami, s prijateljima ili bračnim partnerom i djecom, jesu li u braku ili partnerskom odnosu s nekim, smatraju li neke od osoba koje viđaju svojim

prijateljima, imaju li najboljeg prijatelja kojem se mogu povjeriti, te jesu li bliski s nekim unutar obitelji. S obzirom da je socijalna podrška pokazala moderatorsku ulogu u vezi između samostigmatizacije i percepcije diskriminacije, testirali smo svako od pitanja o socijalnim aspektima bolesti. Tako smo utvrdili razlikuju li se sudionici u rezultatima na ljestvicama ovisno o specifičnom pokazatelju socijalne podrške. Rezultati su pokazali da postoji razlika u stupnju osnaženosti onih sudionika koji su bliski sa nekim članom obitelji u odnosu na one koji nisu ( $t(78)=2,45$ ,  $p<0,05$ , tablica 7).

**SLIKA 1.** Interakcijski učinak socijalne podrške i percepcije obezvrjeđenja i diskriminacije na razinu samostigmatizacije



**TABLICA 6.** Aritmetičke sredine dobivene na ljestvici ISMI, prikazane po kategorijama stupnja osnaženosti i percepcije diskriminacije, te ovisno o socijalnoj podršci

		Ljestvica percepcije obezvrjeđenja i diskriminacije (PDD)	
		Niska	Visoka
Socijalna podrška	Niska	2,37	2,44
	Srednja	2,22	2,44
	Visoka	2,17	2,42

**TABLICA 7.** Deskriptivni podatci i testiranje razlike na korištenim ljestvicama između kategorija socijalnih aspekata bolesti

			N	M	SD	F/t*	p
S kime živite?	ISMI	Bračni drug/djeca	12	2,25	0,43	1,68	0,193
		Ostali	51	2,29	0,37		
		Sam	17	2,46	0,32		
	BUES	Bračni drug/djeca	12	2,53	0,34	1,00	0,373
		Ostali	51	2,66	0,36		
		Sam	17	2,55	0,38		
	PDD	Bračni drug/djeca	12	2,73	0,53	1,50	0,229
		Ostali	51	2,58	0,37		
		Sam	17	2,48	0,32		
Imate li trenutno bračnog druga, partnera ili mladića/djevojku?	ISMI	Da	29	2,30	0,44	-0,35	0,729
		Ne	51	2,33	0,33		
	BUES	Da	29	2,59	0,41	-0,46	0,650
		Ne	51	2,63	0,33		
	PDD	Da	29	2,66	0,49	1,40	0,166
		Ne	51	2,54	0,32		
Između ljudi koje često vidate smatrate li nekoga za prijatelja?	ISMI	Da	58	2,29	0,38	-1,13	0,263
		Ne	22	2,39	0,33		
	BUES	Da	58	2,65	0,37	1,23	0,224
		Ne	22	2,53	0,31		
	PDD	Da	58	2,58	0,43	-0,05	0,958
		Ne	22	2,59	0,28		
Imate li najboljeg prijatelja, nekoga kome se možete povjeriti?	ISMI	Da	49	2,29	0,39	-0,90	0,372
		Ne	31	2,37	0,34		
	BUES	Da	49	2,65	0,39	1,24	0,219
		Ne	31	2,55	0,30		
	PDD	Da	49	2,58	0,45	-0,15	0,884
		Ne	31	2,59	0,28		
Jeste li posebno bliski s nekim unutar obitelji?	ISMI	Da	55	2,28	0,40	-1,53	0,131
		Ne	25	2,41	0,30		
	BUES	Da	55	2,68	0,37	2,45*	0,017**
		Ne	25	2,47	0,30		
	PDD	Da	55	2,54	0,39	1,50	0,137
		Ne	25	2,68	0,38		

\* U koloni je prikazana vrijednost t ili F omjera ovisno o tome ima li varijable dva ili više mogućih odgovora.

\*\* Razlika je statistički značajna na razini od 5 % ( $p < 0,05$ )

Na kraju, u nastojanju da provjerimo dosadašnje nalaze o niskoj ulozi sociodemografskih osobina i testiramo vezu uvida u bolest sa samostigmatizacijom, izračunali smo razlike u rezultatu na ljestvicama samostigmatizacije, osnaženosti i percepcije diskriminacije između različitih sociodemografskih skupina, te skupina s različitim osobnim aspektima bolesti. Pritom je korišten

F, odnosno t omjer, ovisno o broju razina nezavisnih varijabli na pojedinom obilježju. Razlike su izračunate s obzirom na spol, obrazovanje, radni status, poznavanje dijagnoze i slaganja s dijagnozom. Pokazalo se da se sudionici međusobno ne razlikuju u razini samostigmatizacije, osnaženosti i percepcije diskriminacije ni prema jednom od tih obilježja (tablica 8).

**TABLICA 8.** Deskriptivni podatci i testiranje razlike na korištenim ljestvicama između sociodemografskih kategorija, te osobnih aspekata bolesti

			N	M	SD	F/t*	p
Spol	ISMI	Muško	49	2,38	0,35	1,81	0,075
		Žensko	31	2,23	0,40		
	BUES	Muško	49	2,61	0,38	-0,23	0,822
		Žensko	31	2,63	0,33		
	PDD	Muško	49	2,64	0,38	1,53	0,130
		Žensko	31	2,50	0,39		
Obrazovanje	ISMI	Niže	9	2,30	0,54	0,01	0,991
		Srednje	49	2,31	0,30		
		Više	20	2,29	0,37		
	BUES	Niže	9	2,64	0,34	0,06	0,939
		Srednje	49	2,62	0,34		
		Više	20	2,65	0,40		
	PDD	Niže	9	2,56	0,28	0,05	0,950
		Srednje	49	2,57	0,41		
		Više	20	2,60	0,37		
Radni status	ISMI	Radi	10	2,38	0,23	-0,28	0,778
		Ne radi	29	2,41	0,31		
	BUES	Radi	10	2,62	0,31	0,53	0,601
		Ne radi	29	2,55	0,38		
	PDD	Radi	10	2,84	0,45	1,52	0,137
		Ne radi	29	2,64	0,34		
Poznavanje dijagnoze	ISMI	Da	70	2,33	0,39	0,64	0,524
		Ne	10	2,25	0,22		
	BUES	Da	70	2,64	0,36	1,36	0,178
		Ne	10	2,47	0,37		
	PDD	Da	70	2,58	0,37	-0,36	0,721
		Ne	10	2,63	0,53		
Slaganje s dijagnozom	ISMI	Da	48	2,33	0,36	0,44	0,660
		Ne ili nije siguran	32	2,30	0,39		
	BUES	Da	48	2,61	0,36	-0,17	0,865
		Ne ili nije siguran	32	2,62	0,37		
	PDD	Da	48	2,63	0,39	1,22	0,226
		Ne ili nije siguran	32	2,52	0,39		

\*U koloni je prikazana vrijednost t ili F omjera ovisno o tome ima li varijable dva ili više mogućih odgovora

Rezultati ovog istraživanja, slično rezultatima Brohana i sur. (15), potvrdili su povezanost između samostigmatizacije, osnaženja, percepcije diskriminacije i socijalne mreže na način da je osnaživanje, smanjena percepcija diskriminacije i socijalna mreža povezano s nižom razinom samostigmatizacije, što otvara optimizam prema učinkovitosti terapijskih postupaka temeljenih na osnaživanju i poticanju korisne socijalne mreže. Stoga su naši rezultati u skladu s drugim autorima koji navode kako veća razina osnaženosti štiti od samostigmatizacije (11,32,33). U ovom istraživanju internalizirana stigma se pokazala visoko negativno povezanom s rezultatima na ljestvici osnaženosti ( $r=-0,673$ ;  $p<0,01$ ; tablica 2), te je stupanj osnaženosti jaki prediktor razine samostigme ( $\beta=-0,583$ ,  $p<0,01$ ; tablica 3). Taj nalaz je u skladu s ranijim istraživanjima čiji autori iznose da internalizirana stigma oslabljuje osnaženost i obratno (2,34).

Kada govorimo o percepciji diskriminacije, mnogi autori koriste samostigmatizaciju i percepciju diskriminacije kao sinonime. Međutim, pokazalo se da doživljaj diskriminacije nije sam po sebi mjera za samostigmatizaciju već prije mjera za osviještenost da stigma postoji (4,35). Prema ranijim istraživanjima povezanost samostigmatizacije s percepcijom diskriminacije nije uvijek jasna, neki autori nalaze značajnu korelaciju (15), dok prema drugima, te povezanosti nema (1,2,36). Link i sur. su 2001. g. (35) istraživali povezanost percepcije diskriminacije sa socijalnim povlačenjem zbog doživljene stigme i samopoštovanjem te su pronašli da, premda nisko, samopoštovanje nije bilo značajan problem u ovoj skupini sudionika, većina sudionika je vjerovala da psihijatrijski pacijenti doživljavaju odbijanje društva. Na temelju ovog istraživanja oni su naveli složeniju povezanost između tih dvaju faktora: utvrdili su da je stigma povezana s niskim samopoštovanjem na način da će

oni koji percipiraju devaluaciju - diskriminaciju imati više povlačenja od društva. To je zapravo u skladu s našim nalazom u kojem se socijalna podrška pokazala kao moderator veze između samostigmatizacije i percipirane devaluacije. Naime, mi smo potvrdili da sudionici s većom socijalnom podrškom, odnosno s više bliskih ljudi oko sebe, imaju manju samostigmatizaciju, s manjom percepcijom devaluacije. Za usporedbu, sudionici s manjim brojem bliskih osoba oko sebe pokazuju višu i stabilniju samostigmatizaciju, čak i kada im je percepcija diskriminacije niska. Ipak, mi u ovom slučaju ne možemo tvrditi što je uzrok, a što posljedica, pa je tako i moguće da su osobe sa višom razinom percepcije diskriminacije i samostigmatizacije sklonije osamljivanju, dok će osobe koje se manje stigmatiziraju, te percipiraju okolinu kao manje neprijateljsku, imati više bliskih osoba u svojoj okolini. Corrigan i Penn (37) iznose da subjektivna percepcija poniženja i marginaliziranosti može biti prisutna neovisno o prisutnosti objektivne diskriminacije i dovesti do smanjenog samopoštovanja. Samostigmatizacija može biti prisutna kada nema direktne diskriminacije. Način na koji se sama osoba odnosi prema svojoj bolesti može biti stalni izvor stresa i tjeskobe, čak i kada nema diskriminacije. To potvrđuje i istraživanje Ūčoka i sur. (38), koje upućuje da veliki broj oboljelih anticipira diskriminaciju, premda ova anticipacija ne mora biti povezana sa stvarnim iskustvom diskriminacije. Stoga oni zaključuju da je u redukciji diskriminacije potrebno primijeniti mjere za smanjenje diskriminacije prema osobama s psihičkom bolesti, ali i identificirati učinkovite metode za redukciju anticipacije diskriminacije oboljelih od psihičke bolesti. Mi bismo nadodali da je važno poticati oboljele na izgradnju čvrstih socijalnih veza. To potvrđuje i istraživanje Vautha i sur. (12) koji su pronašli povezanost percepcije diskriminacije s mehanizmima suočavanja karakterističnih za samostigmu. Oni su pretpostavili da su tajnovitost i socijalno povlačenje kao

defenzivni mehanizmi u sučeljavanju sa stigmom povezani s većom percepcijom stigme. Rüschi i sur. (39) navode da su anticipirana diskriminacija i samostigma vrlo usko povezane i da su okidač na prošlim iskustvima stigme i diskriminacije. Kako se u našem istraživanju potvrdila značajna, umjerena povezanost između percepcije diskriminacije i samostigmatizacije, te se percepcija diskriminacije pokazala dobrim prediktorom samostigme, možemo reći da dvije ljestvice koje smo primijenili (ISMI i BUES) mjere dva različita konstrukta, gdje je prema našim zaključcima percepcija diskriminacije negdje na pola puta između samostigmatizacije i objektivne diskriminacije društva prema oboljelim osobama, te je veza između tih dvaju konstrukata djelomično ovisna o socijalnoj okolini pojedinca. Znači, iako će ponekad samostigmatizacija proizvesti i veću percipiranu stigmom i obratno, također će i stvarni stupanj diskriminacije kroz koji je osoba prošla determinirati stupanj anticipirane stigme. U skladu s time je moguće da će različiti dizajni programa za smanjenje stigme rezultirati smanjenjem rezultata na obje ljestvice.

Kako bismo prethodno dobivene rezultate ispitivali pobliže, istražili smo postoji li razlika na ljestvicama samostigmatizacije, osnaženosti i percepcije obezvrjeđenja i diskriminacije ovisno o specifičnim aspektima socijalne podrške. Jedina pronađena razlika u našem istraživanju upućuje na značajnu ulogu bliskog člana obitelji na stupanj osnaženosti (tablica 7). U slučaju postojanja bliske osobe u obitelji, sudionici pokazuju veći stupanj osnaženosti, što dodatno ide u prilog važnosti socijalne podrške u nošenju s bolešću. Većina istraživanja na neki od načina povezuju loše posljedice internalizirane stigme ili osnaženosti na socijalnu mrežu osobe. Istraživanja Phelana i sur. (40) ukazuju na način na koji stigma potkopava socijalni status osobe, socijalnu mrežu i samopouzdanje, a sve ovo je povezano s isho-

dom liječenja uključujući deficit u socijalnoj adaptaciji, nezaposlenosti, socijalnom povlačenju i izolaciji. Istraživanja Sibitza i sur. (41) pokazalo je da siromašna socijalna mreža doводи do nedostatka osnaženosti, što rezultira depresijom i siromašnom kvalitetom života. U našem istraživanju je potvrđen odnos između osnaženosti i postojanja bliskog člana obitelji, koji ukazuje na veći stupanj osnaženosti onih sudionika koji imaju takvu osobu, u odnosu na one koji takvu podršku nemaju.

Na kraju, kod ispitivanja mogućih razlika u stupnju samostigmatizacije, osnaženosti i percepcije obezvrjeđenja i diskriminacije između skupina različitih sociodemografskih karakteristika (spol, stupanj obrazovanja, zaposlenost) nismo dobili rezultate koji bi ukazivali da se rezultati značajno razlikuju ovisno o navedenim karakteristikama (tablica 8). Ovi rezultati su u skladu s meta-analizom koja je uključila 45 radova (21), a istraživala je povezanost između samostigme oboljelih od mentalnih poremećaja sa sociodemografskim obilježjima. Neka od tih obilježja je također istraživala Gruber (42). U tom istraživanju nije utvrđena statistički značajna razlika u razini samostigmatizacije, samopouzdanja te percipirane socijalne diskriminacije između muških i ženskih sudionika, ali su, suprotno našem istraživanju i meta-analizi od Livingston i Boyd (21), nađene statistički značajno veće razine samostigmatizacije kod sudionika osnovnoškolskog obrazovanja i veća percepcija diskriminacije kod fakultetski obrazovanih, radno nesposobnih i nezaposlenih, te onih koji žive u instituciji.

Suprotno istom istraživanju od Gruberove (42), u našem istraživanju dobiveni su jednaki rezultati prilikom ispitivanja osobnih aspekata bolesti, tj. niti jedan aspekt nije pokazao značajne razlike u samostigmatizaciji, stupnju osnaženosti niti percepciji diskriminacije (tablica 4). Gruber (42) je, međutim, u svom istraživanju pokazala postojanje veze između

poznavanja dijagnoze i samostigmatizacije te percepcije diskriminacije. Neka istraživanja povezana s učinkom poznavanja bolesti upućuju da je povećanje uvida u bolest povezano s depresijom (22), sniženim samopoštovanjem (23) i smanjenom kvalitetom života (24-26). Lysaker i sur. (7) tvrde da uvid u bolest ima osnažujući povoljan učinak. Neki autori ovaj paradoks povezuju sa značenjem koje oboljeli pripisuju shizofreniji (43). U našem uzorku bio je vrlo malen broj sudionika bez uvida u dijagnozu, pa je to moglo utjecati na činjenicu da nismo našli značajne razlike između osoba s uvidom u dijagnozu i bez njega.

## Ograničenja istraživanja

Zbog same prirode istraživanja, u ovom je istraživanju korišten prigodni uzorak čime je limitirana kontrola ravnomjerne raspodjele sudionika prema istraživanim obilježjima. Iz tog razloga mnoge skupine značajno variraju u broju sudionika, pa je zbog toga otežano među njima utvrditi razlike u ISMI, PDD i BUES. Uz veći uzorak, te bolju kontrolu raspodjele sudionika prema sociodemografskim osobinama, osobnim i socijalnim aspektima bolesti, moguće je da bi dobiveni rezultati bili precizniji.

## ZAKLJUČAK

Osnaženost je statistički značajno, negativno povezana s internaliziranom stigmom ( $r=-0,673$ ;  $p<0,01$ ), dok je percepcija diskriminacije statistički značajno pozitivno povezana s internaliziranom stigmom ( $r=0,430$ ;  $p<0,05$ ). Sudionici s većim stupnjem internalizirane stigme postižu niže rezultate na ljestvici osnaženosti, što potvrđuje rezultate drugih istraživača koji navode da su internalizirana stigma i osnaživanje na suprotnim stranama kontinuuma, dok sudionici koji iskazuju visoku razinu percepcije obezvrjeđenja i diskriminacije imaju i umjereno višu razinu

samostigmatizacije. Osnaženost i percepcija diskriminacije su dobri prediktori razine samostigmatizacije, te zajedno sa socijalnom podrškom objašnjavaju čak 49,1 % njezine varijance. Pritom je stupanj osnaženosti nešto bolji prediktor ( $\beta=-0,583$ ,  $p<0,01$ ), od percepcije diskriminacije ( $\beta=0,208$ ,  $p<0,05$ ), dok se socijalna podrška nije pokazala statistički značajnom u ovom modelu. Ovi rezultati upućuju na potrebu osnaživanja oboljelih od shizofrenije, te djelomično na potrebu programa koji bi radili na smanjenju očekivanja negativne evaluacije od strane socijalne okoline. Socijalna podrška se, međutim, pokazala kao statistički značajan moderator veze između samostigmatizacije i percepcije diskriminacije ( $\Delta R^2=0,055$ ,  $p<0,05$ ) i to na način da što je socijalna podrška veća, to će samostigmatizacija intenzivnije opadati s padom percepcije diskriminacije.

Kada su u pitanju specifični socijalni aspekti bolesti, statistički značajna razlika pronađena je na ljestvici osnaženosti između sudionika koji imaju bliskog člana obitelji, u odnosu na sudionike koji takvog člana nemaju ( $t(78)=2,45$ ,  $p<0,05$ ). Sudionici koji imaju bliskog člana obitelji pokazuju veći stupanj osnaženosti, što je dodatni indikator važnosti socijalne podrške kod oboljelih od shizofrenije. Naše istraživanje ukazuje da bi osnaženost, smanjenje percepcija diskriminacije i socijalna mreža mogli biti protektivni faktori za razvoj samostigmatizacije.

Pokazalo se da nema značajne razlike u stupnju samostigmatizacije, osnaženosti i percepcije diskriminacije između skupina različitih sociodemografskih karakteristika (spol, stupanj obrazovanja, zaposlenost), kao ni između skupina sudionika s različitim osobnim aspektima bolesti kao što su poznavanje i prihvaćanje dijagnoze.



## LITERATURA

1. Ritsher JB, Phelan JC. Internalised stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Res* 2004; 129: 257-65.
2. Watson AC, Corrigan P, Larson JE, Sells M. Self-stigma in people with mental illness. *Schizophr Bull* 2007; 33: 1312-18.
3. Link BG, Cullen FT, Struening E, Shrout P, Dohrenwend BP. A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *Am Sociol Rev* 1989; 54: 400-23.
4. Watson AC, River LP. From self stigma to empowerment. U: Corrigan PW, ur. *A Comprehensive Review of the Stigma of Mental Illness: Implications for Research and Social Change*. Washington, DC: American Psychological Association, 2005, 145-64.
5. Bernstein GA, Borchardt CM, Perwien AR i sur. Imipramine plus cognitive-behavioral therapy in the treatment of school refusal. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 276-83.
6. Corrigan PW. Target-specific stigma change: A strategy for impacting mental illness stigma. *Psychiatr Rehabil J* 2004; 28: 113-21.
7. Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull* 2007; 33: 192-9.
8. Yanos PT, Roe D, Markus K, Lysaker PH. Pathways between internalised stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatr Serv* 2008; 59: 1437-42.
9. Link BG. Stigma as a barrier to recovery: the consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illness. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 1621-6.
10. Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The Self-Stigma of Mental Illness: Implications for Self-Esteem and Self-Efficacy. *J Soc Clin Psychol* 2006; 25: 875-84.
11. Wahl OF. Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophr Bull* 1999; 25: 467-78.
12. Vauth R, Kleim B, Wirtz M, Corrigan P. Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2007; 15: 71-80.
13. Fung K, Tsang H, Corrigan PW, Lam CS, Cheung WM. Measuring Self-Stigma of Mental Illness in China and Its Implications for Recovery. *Int J Soc Psychiatry* 2007; 53: 408-18.
14. Link BG, Mirotznik J, Cullen FT. The effectiveness of stigma coping orientations: can negative consequences of mental illness labelling be avoided? *J Health Soc Behav* 1991; 32: 302-20.
15. Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G, Gamian-Europe study group. Self stigma, empowerment and perceived discrimination among people with shizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe Study. *Schizophr Res* 2010; 122: 232-8.
16. Corrigan PW, Larson JE, Rüsçh N. Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry* 2009; 8: 75-81.
17. Liberman RP. *Recovery from disability: Manual of psychiatric rehabilitation*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2008.
18. Langer Ellison M, Dunn EC. Empowering and Demedicalized Case Management Practices Perspectives of Mental Health Consumer Leaders and Professionals. *J Soc Work Disabil Rehabil* 2006; 5: 1-17.
19. Rosenfield S. Factors contributing to the subjective quality of life of the chronic mentally ill. *J Health Soc Behav* 1992; 33: 299-315.
20. Rogers ES, Chamberlin J, Ellison ML, Crean T. A consumer constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatr Serv* 1997; 48: 1042-7.
21. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and Consequences of Internalized Stigma for People Living with Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Soc Sci Med* 2010; 71: 2150-61.
22. Dixon M, King S, Steiger H. The contribution of depression and denial towards understanding the unawareness of symptoms in schizophrenic out-patients. *Br J Med Psychol* 1998; 71: 85-97.
23. Warner R, Taylor D, Powers M, Hyman R. Acceptance of the mental illness label by psychotic patients: effects on functioning. *Am J Orthopsychiatry* 1989; 59: 389-409.
24. Kravetz S, Faust M, David M. Accepting the mental illness label, perceived control over the illness, and quality of life. *Psychiatr Rehabil J* 2000; 23: 323-32.
25. Moore O, Cassidy E, Carr A, O'Callaghan E. Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception in schizophrenia. *Eur Psychiatry* 1999; 14: 264-9.
26. Payne JM, Bean D, Sullivan G. Characteristics of patients with schizophrenia who do not believe they are mentally ill. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189: 146-53.
27. Folnegović-Šmalc V, ur. *MKB-10 Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja, Klinički opisi i dijagnostičke smjernice, Deseta revizija (WHO 1992)*. Zagreb: Medicinska naklada, 1999.
28. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res* 2003; 121: 31-49.
29. Gruber EN. *Što ugrožava sigurnost duševnih bolesnika, što oni pritom mogu učiniti, a što medicinsko osoblje? Prikazi slučajeva*. U: Gruber EN, ur. *Kako se sigurnije liječiti i živjeti s duševnom bolešću? Popovača: Vemako Tisak*, 2008, 78-88.
30. Link BG. Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *Am Sociol Rev* 1987; 52: 96-112.
31. Rogers ES, Chamberlin J, Ellison ML, Crean T. A consumer constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatr Serv* 1997; 48: 1042-7.
32. Corrigan PW, Green A, Lundin R, Kubiak MA, Penn DL. Familiarity with and social distance from people who have severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 953-8.

33. Corrigan PW. Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clin Psychol Sci Pract* 2000; 7: 48-67.
34. Hansson L, Bjorkman T. Empowerment in people with a mental illness: reliability and validity of the Swedish version of an empowerment scale. *Scand J Caring Sci* 2005; 19: 32-8.
35. Link BG, Struening EL, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan JC. Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 1621-6.
36. Hayward P, Wong G, Bright JA, Lam D. Stigma and self-esteem in manic depression: an exploratory study. *J Affect Disord* 2002; 69: 61-7.
37. Corrigan PW, Penn DL. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am Psychol* 1999; 54: 765-76.
38. Uçok A, Brohan E, Rose D i sur. Anticipated discrimination among people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2012; 125: 77-83.
39. Rüsç N, Hölzer A, Hermann C i sur. Self-stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia. *J Nerv Ment Dis* 2006; 194: 766-73.
40. Phelan JC, Link BG, Stueve A, Pescosolido BA. Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: what is mental illness and is it to be feared? *J Health Soc Behav* 2000; 41: 188-207.
41. Sibitz I, Amering M, Unger A i sur. The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2011; 26: 28-33.
42. Gruber EN. Kroskulturalna analiza posljedica društvene stigmatizacije osoba s psihičkim poremećajima. Doktorska disertacija. Zagreb: Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2011.
43. Roe D, Kravetz S. Different ways of being aware of a psychiatric disability: a multifunctional narrative approach to insight into mental disorder. *J Nerv Ment Dis* 2003; 191: 417-24.