

A MENTÁLIS BETEGSÉGEK NEME

Toronyi Aliz, Szabó Zsolt Péter^{1,2} Lantos Nóra¹

¹Eötvös Loránd Tudományegyetem PPK PPI

²Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem Ergonómia és Pszichológia Tanszék

toronyi.aliz99@gmail.com

Kutatásunk vizsgálatának tárgya a nemi sztereotípiák hatása a mentális betegeket érő stigmatizációra. Korábbi publikációk alapján két megközelítése létezik a témának, az első elképzelés interakciós hatást feltételez a nem és a betegség között. Ennek alapján tipikus és atipikus mintázatok különíthetők el: egy betegség lehet összhangban a hozzá kapcsolódó nemi sztereotípiával (pl. alkoholfüggő férfi, mint tipikusnak észlelt eset), vagy épp ellentétes a nemi sztereotípiával (pl. alkoholfüggő nő, mint atipikusnak észlelt eset). A második teória szerint a férfiasnak észlelt betegségekkel küzdő betegek részesülnek nagyobb stigmatizációban. Vizsgálatunk mindkét megközelítést tesztelte, kiegészítve az előítéletesség férfi és női kitöltők között feltételezett különbségnek vizsgálatával. Online kísérletet végeztünk, ahol egy mentális betegségben érintett személyről szóló vignetta szövegét manipuláltuk (nem és betegség variálása), így soroltuk a kísérleti személyeket 4 különböző kísérleti feltételbe. Arra kértük a kitöltőket (n=501), hogy válaszoljanak a történetben szereplő személlyel kapcsolatban néhány kérdésre, amelyek a stigmatizáció mérésére szolgáltak (társadalmi távolságtartás, attribúciók). Eredményeink alapján a betegség észlelt férfiassága volt elsődleges hatással a mentális betegeket érő stigmatizációra, míg a betegség és nemi sztereotípiák összeillése nem mutatott ilyen erős hatást. Azonban a férfiak hajlamosabbak voltak negatív attribúciókkal fordulni a tipikus párosítással élő betegek felé, mint a nők, így nem vethető el teljesen az interakciót feltételező modell sem. A különbség egy lehetséges magyarázata a mentális zavarok kialakulásában tulajdonított felelősség eltérő mivolta.

Kulcsszavak: mentális betegségek, depresszió, alkoholizmus, stigma, nemi sztereotípiák, mental illness, depression, alcoholism, stigma, gender stereotypes

Képzeli el, hogy egy súlyos depresszióval élő, gyógyszeres kezelésben résztvevő személyről olvasunk. Egy nő vagy egy férfi jelent meg előttünk? És ha depresszió helyett alkoholizmussal kezelték volna? Megváltozna az elképzelt személy neme? Minek köszönhető ez a percepcióbeli változás? Miért gondolkodunk másképp egyes betegekről, betegségekről? A nemi sztereotípiák olyan erősen és mélyen belénk ivódottak volna, hogy a mentális betegeket érő stigmatizációra is kihatnak? Megfigyelések azt mutatják, hogy érdemes ezekkel a kérdésekkel foglalkozni, hiszen a gyakorlatban is tapasztalható jelenség, hogy a férfiak nehezebben ismerik be pszichés állapotuk romlását és emiatt később fordulnak segítséghez, ennek következtében a férfi depressziót ritkábban diagnosztizálják (Rihmer, 2002). Ez magyarázattal szolgálhat az öngyilkosság nemi paradoxonjára is, miszerint sokkal több befejezett férfi szuicid kísérlet van, holott a depresszió a legjelentősebb prediktora az öngyilkosságnak (Vörös, 2010), amit kétszer olyan gyakran diagnosztizálnak nőknél. A felvetett problémák hatással vannak a mentális betegséggel élők mindennapjaira, alapvetően befolyásolhatják a betegség lefolyását, és a segítségkérési hajlandóságot. Kutatásunk ezekre a megfigyelésekre próbált mélyebb rálátást adni.

Magyarországon kiemelten fontos foglalkozni a mentális betegséggel élőket érő sztereotípiákkal, a negatív előítéletek minden aspektusával, hiszen az Európai Unióban Magyarország a negyedik legmagasabb szuicid rátával rendelkező ország (Rihmer et al., 2013). A mentális betegeket érő stigmák a pszichológia sokat kutatott területe, azonban a negatív előítéletek, diszkriminációk makacs módon megragadtak a hétköznapijainkban, valamint az egészségügyi ellátórendszeren belül is. Ez arra enged következtetni, hogy még mindig vannak feltárássra váró területek, nézőpontok, amik segítenének árnyalni a képet és ezáltal elősegíteni a negatív sztereotípiák csökkentését. Vizsgálatunk célja, hogy tisztázzunk egy-két olyan aspektust, amik segíthetnek magyarázatot találni a negatív előítéletek fennmaradására.

Goffman (1963) munkája óta tudatában vagyunk annak, hogy a stigmatizálás során az elszenvetett egy jellemző miatt elértékteleníti a környezete, nem tartozik többé a „normálisak” közé. A szerző szerint a jellemző háromféle lehet: testi deformitás, személyből adódó (pl.: szerhasználat), valamint csoporttagságból fakadó (pl.: rassz, vallás). Ezt a felosztást fontosnak tartom kiegészíteni Link (1989, idézi Rüsch et al., 2005) meglátásaival: „Az első az, hogy a közösség tagjainak érzékelnie kell a különbséget, relevánsnak tartania az adott helyzetben, valamint nevet is kell adnia neki. A második fontos tényező az, hogy a stigmatizáló csoportnak erősebb pozícióban kell lennie annál a csoportnál, mint akit meg szeretnének különböztetni”.

A 2000-es évek elejétől kezdve megjelent kutatások (Bos et al., 2013) már nem a stigmák tartalmát, megjelenésük kiváltó okát helyezik előtérbe, hanem elkülönítenek nyilvános (public) és internalizált/önstigmát (internalised/self-stigma). A nyilvános stigma a többség válasza az általuk alacsonyabb státuszúnak észlelt csoport tagjainak jelenlétére, ami előítéletben, diszkriminációban, sztereotípiában nyilvánul meg (Rüsch et al., 2005). Az önstigma nem választható el a nyilvános stigmától, hiszen a nyilvános negatív sztereotípiákat

internalizálják a megbélyegzett csoport tagjai, így kívülről érkező bántalmazás nélkül is lealacsonyítják magukat, megfosztva önmagukat a normálisokhoz való tartozás érzésétől (Corrigan & Watson, 2002). Vogel és munkatársai (2007) például azt találták, hogy az önstigma mediálhatja a nyilvános stigma és a segítségkérési hajlandóság közötti kapcsolatot. Nem véletlen azonban, hogy a publikációk nagy része egymástól elkülönítve vizsgálja a kétféle stigmát, ugyanis nem feltétlenül ugyanazokra a tényezőkre vannak hatással (v.ö. Eisenberg et al., 2009).

Bos és munkatársai (2013) az önstigma fogalmát kiegészítik azzal, hogy az internalizáció kevésbé passzív, hiszen a negatív felvetésekkel a megbélyegzett csoport tagjai is tisztában vannak. Bevezetik továbbá a társított stigma (stigma by association) fogalmát, ami a negatív felvetések kivetülését jelenti a stigmatizált csoporttaghoz közel álló személyekre (családtagok, barátok stb.). Elkülönítik továbbá az intézményesített diszkriminációt, amit a strukturalizált stigmával (structural stigma) magyaráznak, amely rendszer szinten teszi elfogadhatóvá a negatív sztereotípiákat.

Kutatások igazolták, hogy különbség észlelhető a szomatikus és a mentális betegek között, amikor saját magukat jellemzik ugyanis a kutatásban résztvevők nagyobb felelősséget tulajdonítanak az állapotukért mentális zavarok esetén (Teachman et al., 2006). Ez a negatív megítélés kihat az általános életminőségre is, sőt egyes vetületei esetén (pl.: társas kapcsolatok) számottevően kevesebb pontot adtak maguknak a lelki problémákkal küzdők, mint a szomatikus betegséggel élők (WHO (World Health Organisation) Quality of Life kérdőív alapján: Ginieri-Coccossis et al., 2009).

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

Angermeyer és munkatársai (2010) metaanalízise alapján a leggyakrabban előforduló érzelem valóban a félelem, azonban a nyilvános stigmához leginkább kötődő emóciók pozitívak (sajnálát, empátia, segítségnyújtás vágya, kedvesség),

és ezt követi a harag.

A betegség kialakulásáért tulajdonított felelősség (kontrollálhatóság érzése), valamint az egyes korlátozások és kényszerítő attitűdök szintén megbízható mutatói a negatív előítéleteknek. Mindig releváns az a kérdés, hogy a külső szemlélők milyen okkal magyarázzák a betegség kialakulását. Az elmúlt 20 évben egyre inkább biológiai, nem kontrollálható okoknak tulajdonítja a társadalom nagy része a mentális betegségeket (Pescosolido et al., 2010), amiből logikusan következhetne, hogy csökken a stigmatizáció mértéke. Ez azonban nem következett be, az adatok alapján nem figyelhető meg csökkenés (Pescosolido et al., 2010). Ami pedig a kényszerítő attitűdöket illeti, egy amerikai vizsgálat továbbra is azt találta, hogy a résztvevők több, mint a fele törvényileg kötelezné a skizofréniás betegeknek a gyógyszeres kezelést, kórházi ellátást (Pescosolido et al., 2019).

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

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

Egy személy több olyan identitással rendelkezhet, ami magában hordozza a megbélyegzettség veszélyét, ezáltal egyszerre akár több stigmatizált csoport tagjává válhat. Az utóbbi évtizedben a kutatók a mentális betegséggel élőket érő stigmákat összefüggésbe hozták például a szexuális irányultsággal (O'Connor et

al., 2018), a rasszal és a büntetett előélettel (West et al., 2014). A kontaktus alapú érzékenyítő programok magasabb sikerrátája (más módszerekhez képest pl.: pszichoedukáció) egyik lehetséges magyarázata pontosan az, hogy ezeken az alkalmakon egyszerre több megőlyegzettséget okozó tényező megjelenhet és a pozitív tapasztalat által csökkenhet (Oexle & Corrigan, 2018).

A mentális betegséggel élők stigmatizáltságának vizsgálatakor jelentős identitástényező a beteg neme. Nem áll rendelkezésünkre azonban számottevő empirikus adat a nem és mentális betegségek megítélésének kapcsolatáról. Elméleti szinten azonban két egymásnak némileg ellentmondó teória különíthető el.

Az egyik -már említett - elméleti megközelítés szerint a betegség és a nem összeillése a mérvadó. Wirth és Bodenhausen (2009) vizsgálatában a szerzőpáros arra volt kíváncsi, hogy a kitöltők negatívabban ítélik-e meg a hagyományos nemi sztereotípiáknak nem megfelelő betegségben szenvedő személyeket, vagy éppen fordítva. Előzetes feltételezéseik alapján a major depresszió feminin, míg az alkoholizmus maszkulin betegségnek számít. A kutatásban a résztvevők egy rövid történetet (ún. vignettát) olvastak egy depresszióval/alkoholdependenciával élő nőről/férfiről, majd a megismert betegről szóló kérdésekre kellett választ adniuk. Az eredmények szerint az atipikus párosítások (depressziós férfi, alkoholista nő) kevesebb negatív sztereotípiát hívtak elő. Az ő állapotukat inkább biológiai, kontrollálhatatlan okoknak, mintsem a személyiségből fakadó hibának tekintették, emellett feléjük pozitívabb érzelmekkel is fordultak. A segítségnyújtás kérdésében a női résztvevők nem reagáltak másképpen a kétféle szereplőre, míg a férfiak hamarabb segítettek volna az atipikus esetekben. A két betegség összevetésekor az alkoholizmus esett negatívabb megítélés alá, ez az eredmény a dolgozat további részében kiemelt fontosságú lesz. A szerzők a különbséget a betegség kialakulásáról való elképzelések eltérő mivoltával magyarázzák, azaz úgy vélik, hogy az emberek nagyobb felelősséget tulajdonítanak az érintetteknek tipikus helyzetben, mint atipikus esetben.

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

Egy másik vizsgálat abból a felvetésből indult ki, hogy a férfiak később, vagy egyáltalán nem kérnek szakemberi segítséget, amikor valamilyen mentális zavartól szenvednek, mivel erre a gyengeség beismeréseként tekintenek, ami csökkenti a férfiasság érzésüket (Michniewicz et al., 2016). A kutatás előkészítő szakaszában szisztematikus felmérésekkel elkülönítettek férfiasnak és nőiesnek ítélt betegségeket, így olyan vignettákat állíthattak össze, amiben manipulálni

tudták a szereplő nemét és nemre jellemző betegségét, kialakítva tipikus/atipikus párosításokat. A rövid történetek elolvasása után felmérték, hogy amikor a résztvevők a szereplő helyébe képzeltek magukat, milyen mértékű státuszvesztést gondoltak átélni a nemi identitásukban, és milyen valószínűséggel fordulnának segítségért. Az atipikus esetekről való olvasás nagyobb fenyegetést jelentett a nemi identitásra mindkét nem esetében, azonban a férfiaknál erősebben jelent meg ez a hatás. Ez az eredmény összecseng Rosenfield (1982) eredményével, hiszen az atipikus párosítás nagyobb előítéllettel járt. A konklúzió azonban óvatosan kezelendő, ugyanis a segítségkérés és distressz változók esetén nem születtek ennyire egyértelmű eredmények, tehát adódik a kérdés, hogy valóban a nem lenne-e a legmegbízhatóbb prediktor.

A másik elméleti megközelítés szerint nem a betegség és a nem összeillése a mérvadó, hanem az, hogy önmagukban véve a férfiasnak észlelt betegségek nagyobb stigmatizációval járnak. Boysen és munkatársai (2014) három egymásra épülő vizsgálat segítségével felmérték számos mentális zavar esetén, hogy az eltolódik-e férfias vagy nőies irányba (a résztvevők egy rövid ismertetést olvastak a betegségről, majd elhelyezték egy kétpólusú skálán). Ezt követően sikerült azt is bebizonyítani, hogy a maszkulin zavarokat nagyobb negatív előítélet övezi. Klasszikusan férfias betegségnek számítottak a különböző függőségek, parafiliák, antiszociális személyiségzavar, míg a nőies zavarok közé az evészavarok, hisztrionikus és borderline személyiségzavarok kerültek. A különbség úgy írható le, hogy a maszkulin zavarok nagyrésze externalizáló tünetekkel (az agresszió a környezet felé irányul) jár, míg a feminin betegségek inkább internalizáló tünetekben (az agresszió önmaga felé irányul) nyilvánulnak meg. A hagyományos nemi sztereotípiák egyik leggyakrabban emlegetett vetülete, hogy a nők több érzelmet élnek át, mint a férfiak, ez alól egyetlen kivétel van, mégpedig a düh. Ide köthető a Sztereotípiák Tartalom Modell elmélete is (Fiske et al., 2002). A férfiaknál alacsonyabb a szerethetőség, miközben ágenssebbnek (veszélyesebbnek) észlelhetjük őket, míg a nőknél a szerethetőség magasabb, azonban az ágenscia alacsonyabb. A nőktől tehát kevésbé elfogadható a düh kifejezése, mivel ez magas ágensciát és alacsony szerethetőséget feltételez.

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

KUTATÁSI KÉRDÉSEK

A fentiek alapján a jelen kutatás abból indult ki, hogy érdemes további vizsgálatokat folytatni a mentális betegséggel élőket sújtó stigmákkal kapcsolatban annak fényében, hogy férfias vagy nőies betegségről beszélünk. A szakirodalomban kirajzolódott két megközelítés eltér egymástól, és még az egyes teóriákon belül is vannak ellentmondások. Ennek következtében nem tudtunk egyértelműen állást foglalni, így mindkét nézőpont feltevéseit szerettük volna megvizsgálni, hogy az eredmények segítsenek világosabb helyzetet teremteni a tekintetben, hogy melyik elméleti keret magyarázza jobban a mentális betegeket érő stigmatizációt. Célunk volt feltárni, hogy a stigmatizáció mely aspektusaira van hatással a betegség és a nemi sztereotípiák kapcsolata, és melyekre nem. Hipotézisek helyett kutatási kérdéseket fogalmaztunk meg, három különböző fókusszal:

1. Egy mentális betegséggel élő személy a neméhez illő, azaz tipikus, vagy a neméhez nem illő, azaz atipikus betegség esetén szenved-e el nagyobb mértékű stigmatizációt?
2. Erősebb stigmatizációt kell-e elszenvednie azoknak a mentális betegeknek, akik férfiasnak észlelt mentális zavarral élnek, függetlenül a nemüktől?
3. Van-e különbség férfiak és nők között abban, hogy mennyire ítélik el a mentális betegséggel élőket?

MÓDSZEREK

ELJÁRÁS

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

Amellett, hogy kérdőívet alkalmaztunk, a kutatás online kísérlet is egyben, hiszen a manipulációnak köszönhetően négy független csoportba tudtuk osztani a résztvevőket, ezt úgy nevezett vignettákkal értük el. A vignetták használata jól alkalmazható a mentális zavarral küzdők megítélésének vizsgálatakor, ugyanis a szövegben, rövid történetben tetszőleges jellemzőket (akár diagnosztikai kritériumokat) fel lehet vonultatni, illetve könnyen hozzá lehet adni olyan elemeket, amiket manipulációra lehet használni, mint ahogyan az a mi esetünkben is történt. A kérdőív legelején minden résztvevő véletlenszerű módon besorolódott a négy kísérleti feltétel valamelyikébe. Minden kitöltő elolvasott egy

rövid történetet egy depresszióval vagy alkoholizmussal élő személyről, akinek vagy Ádám, vagy Anna volt a neve (tehát mindenki egy vignettát olvasott). Az eltérő nevek segítségével tudtuk manipulálni a történetben szereplő személy nemét, a szöveg ezen kívül minden másban megegyezett, kizárva ezzel egy harmadik változó befolyásoló hatását. Ezután a történetben szereplő személlyel kapcsolatban olvashattak állításokat a kitöltők, valamint általánosan a különböző mentális betegséggel élőkre vonatkozóan. A kérdőív utolsó négy kérdése általános demográfiai adatokat mért fel (nem, életkor stb.). A téma érzékenysége miatt a kérdőív befejezését követően kapott helyet a betegségek rövid leírása, valamint elérhetőségek, szolgáltatások, amiket szükség esetén a kitöltők igénybe tudtak venni, amennyiben ők vagy ismerőseik tapasztaltak hasonló nehézségeket. Ezen a ponton került röviden bemutatásra került a vizsgálat eredeti célja is, valamint ismételten biztosítottuk az elérhetőségeinket.

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

VIZSGÁLATI SZEMÉLYEK

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

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

MÉRŐESZKÖZÖK

Vignetták

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

Társadalmi távolságtartás skála

A társadalmi távolságtartás skála általunk használt verziója (Link et al., 1999) öt állítást tartalmaz, a kitöltőnek pedig el kell döntenie, hogy milyen mértékben ért egyet az állításokkal (1-egyáltalán nem ért egyet; 5-teljes mértékben egyetért). Az állítások különböző kapcsolati szinteket (szomszéd, munkatárs, ismerős, közeli barát, családtag) vonultatnak fel és arra kíváncsiak, hogy milyen mértékben lennének hajlandóak ilyen kapcsolatba kerülni a történetben szereplő személlyel. Minél magasabb átlagértéke van a kitöltőnek, annál inkább elfogadó a mentális betegségekkel élők felé. A skála kiváló (Cronbach- $\alpha=0,91$) reliabilitás mutatóval rendelkezik.

Attribúció

Az attribúciók blokk (vizsgálatának indokoltságát Wirth és Bodenhausen (2009) publikációja magyarázza) a betegség kialakulásának okaira vonatkozó állításokat tartalmazott. A résztvevőknek egy ötfokú skálán kellett értékelniük az egyetértésüket (1-egyáltalán nem ért egyet; 5-teljes mértékben egyetért). Két állítás kevés felelősséget tulajdonít a betegnek a zavar kialakulásában (Valódi mentális zavarban szenved, A problémájának biológiai okai vannak), így a továbbiakban közös alskálát alkottunk belőle, amit pozitív attribúciónak neveztünk el. A korreláció a két tétel között azonban gyengének bizonyult ($r=0,28$, $p<0,001$). Hasonló elképzelés mentén további két itemet vontunk össze negatív attribúciók néven, amik egyértelmű felelősséget tulajdonítanak a személynek a betegség kialakulásában (A betegsége a személyiségében gyökerező problémára utal, Ő is tehet a problémájáról). A korrelációs együttható szintén gyenge volt az összevonást követően ($r=0,29$, $p<0,001$). Ebben a blokkban az ötödik tétel a betegség szokatlanságára utalt (A problémája szokatlannak tűnik).

Betegség észlelt férfiassága, gyakorisága a nemek függvényében

Egy négy kérdésből álló blokk minden résztvevő számára megjelent, és itt már arra kértük őket, hogy vonatkoztassanak el a történetben szereplő személyről olvasottaktól. Arra kértük őket, hogy helyezzenek el egy depressziós személyt egy hétfokú skálán, ahol az 1-es érték a kifejezetten nőies, a 4-es a se nem nőies, se

nem férfias, a 7-es pedig a kifejezetten férfias értéket képviselte. Ezután a depresszió gyakoriságára kérdeztünk rá egy szintén hétfokú skálán: 1-inkább nőknél gyakori, 4-egyforma gyakorisággal fordul elő a két nemnél, 7-inkább férfiaknál gyakori. A két kérdés ezután megismétlődött, azonban egy alkoholista személyre vonatkoztatva. Egyrésztől szerettünk volna egy általánosabb képet kapni arról, hogy milyen asszociációk kötődnek az alkoholizmushoz és depresszióhoz a nemek függvényében, másrésztől érdemes újfent megvizsgálni, hogy milyen mértékben tartják a minta résztvevői férfiasnak vagy nőiesnek a betegségeket, így ennek fényében fogalmaztuk meg ezt a négy kérdést.

STATISZTIKAI ELEMZÉSI TERV

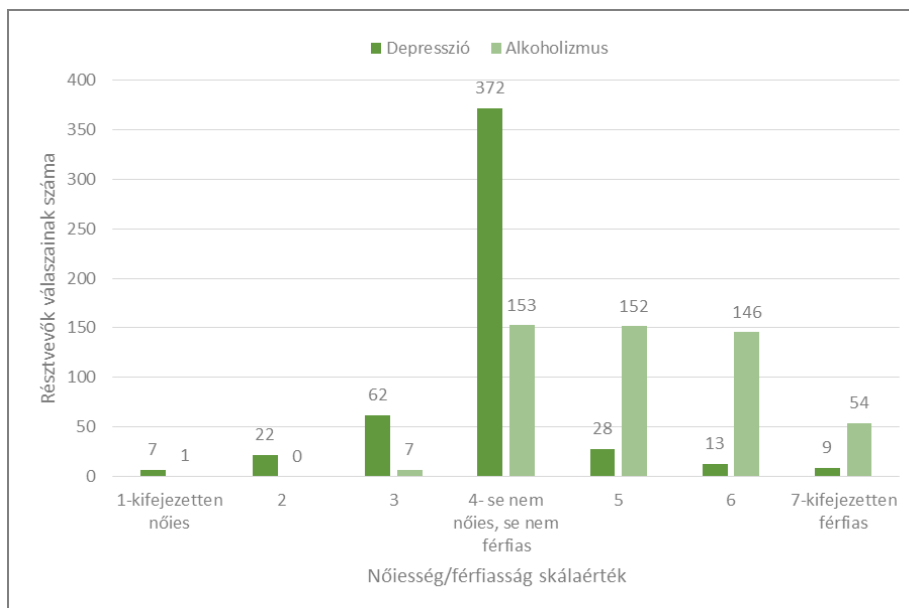
A statisztikai elemzéshez az IBM SPSS program 28.0.0.0 (190)-es verzióját használtam. Az észlelt gyakoriság és maszkulinitás/femininitás vizsgálatához egymintás t-próbát fogok alkalmazni, amennyiben nem teljesülnek a teszt előfeltételei, akkor Wilcoxon-próbát fogok elvégezni. A továbbiakban két csoport eredményeinek összehasonlításakor független mintás t-próbát fogok elvégezni. Ha az előfeltételek sérülnek, Mann-Whitney U teszt eredményeit fogom figyelembe venni. Kettőnél több csoport átlagainak összevetéséhez a független mintás egyszempontos varianciaanalízis, illetve a több szempontos független mintás varianciaanalízis használatát tartom célszerűnek, előfeltételek sérülésekor Welch-próbával fogom helyettesíteni az ANOVA eredményeit.

EREDMÉNYEK

ÉSZLELT FÉRFIASSÁG, NŐIESSÉG

Általános kiindulási pont az egész kutatásra nézve, hogy mennyire tartják férfias vagy nőies betegségnek az alkoholizmust és a depressziót, illetve nőknél vagy férfiaknál tartják gyakrabban előforduló betegségnek. Előzetes feltételezéseink alapján a depressziót nőies és a nők körében gyakrabban előforduló, míg az alkoholizmust férfias és férfiaknál gyakrabban előforduló betegségnek fogják tartani a résztvevők. Ezekben az elemzésekben 513 fő válasza vett részt.

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



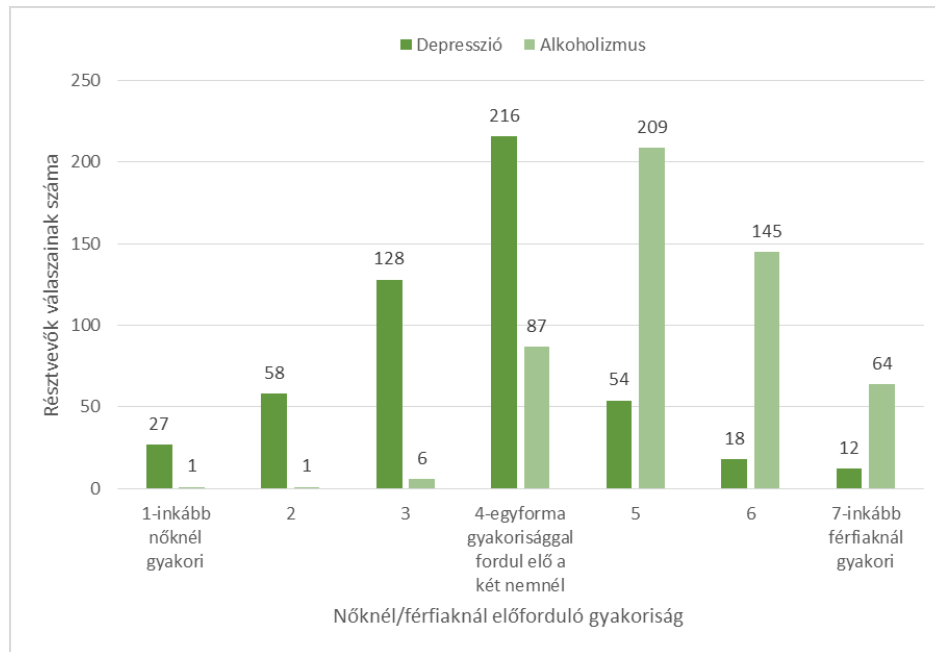
1 ábra: Betegségek észlelt nőiessége/férfiassága

Egymintás t-próbát szerettünk volna lefuttatni az adatokon, azonban mivel ennek előfeltételei közé tartozik a változók normális eloszlása, ami mind az alkoholizmus, mind a depresszió esetében sérült a Shapiro-Wilk teszt alapján ($p < 0,001$), non-parametrikus eljárás, Wilcoxon-próba alá vetettük az eredményeket.

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

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

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



2. ábra: Betegségek észlelt gyakorisága nők/férfiak esetében

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

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

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

KÍSÉRLETI FELTÉTEL SZERINTI ÖSSZEHASONLÍTÁS

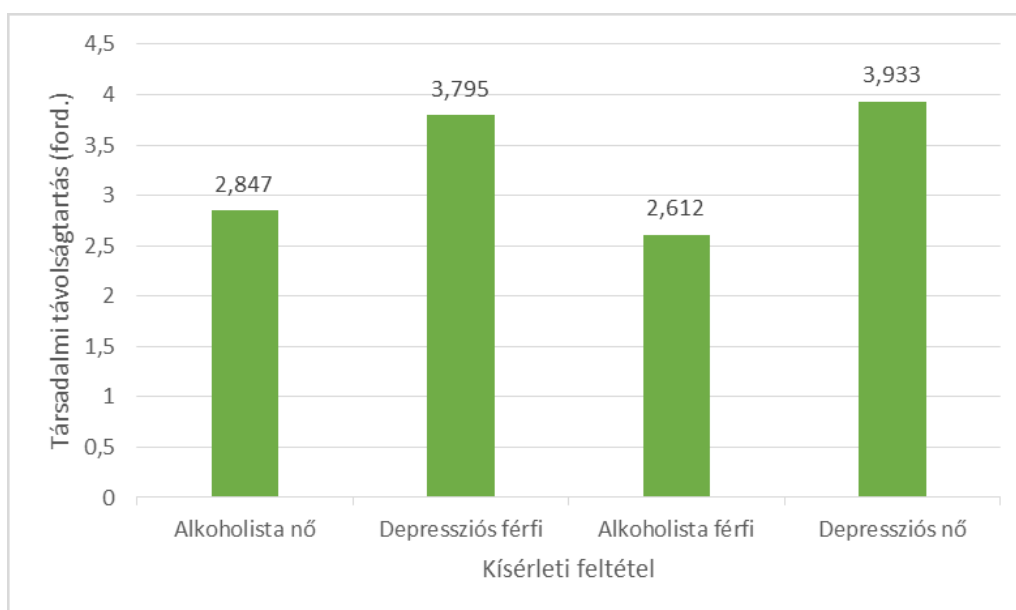
A kutatási elrendezés elsősorban azért lett a korábban bemutatott módon megalkotva, hogy össze tudjuk vetni, hogy más megítélés alá esnek-e az eltérő betegség-nem párosítással élő mentális betegek, ennek leképezéseként sorolódtak be a résztvevők a négy különböző kísérleti feltétel egyikébe. Ezt az összehasonlítást független mintás egyszempontos varianciaanalízis segítségével lehet elvégezni, azonban ennek előfeltétele többek között a változók normális eloszlása, valamint a szóráshomogenitás is, ami a kívánt társadalmi távolságtartás változó esetén nem teljesült. Mind a Shapiro-Wilk teszt, mind a

Levene-teszt szignifikáns eredményt mutatott, így a parametrikus eljárás helyett érdemesnek mutatkozott robusztus próbát elvégezni az adatokon, jelen esetben ez a Welch-próba volt. Az elemszám 528 fő volt. A négy csoport társadalmi távolságtartás skálán elért átlagát, szórását és pontos elemszámát az 1. számú táblázat, az eredmények egymáshoz viszonyított ábrázolását pedig a 3. számú ábra tartalmazza. A nem parametrikus eljárás a következő eredményt mutatta: $t(283,419)=71,652$, $p<0,001$, ezáltal kijelenthető, hogy statisztikailag szignifikáns különbség van a kísérleti feltétel alapján besorolt csoportok között a kívánt társadalmi távolságtartás mértékében. A négy csoport közötti különbség a következőképpen alakult a legkevésbé stigmatizálttól a leginkább stigmatizált csoport felé haladva: depressziós nő, depressziós férfi, alkoholista nő, alkoholista férfi.

1. táblázat: Társadalmi távolságtartás skála értékei a négy kísérleti feltétel mentén

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

M=átlag; SD=szórás; N=elemszám



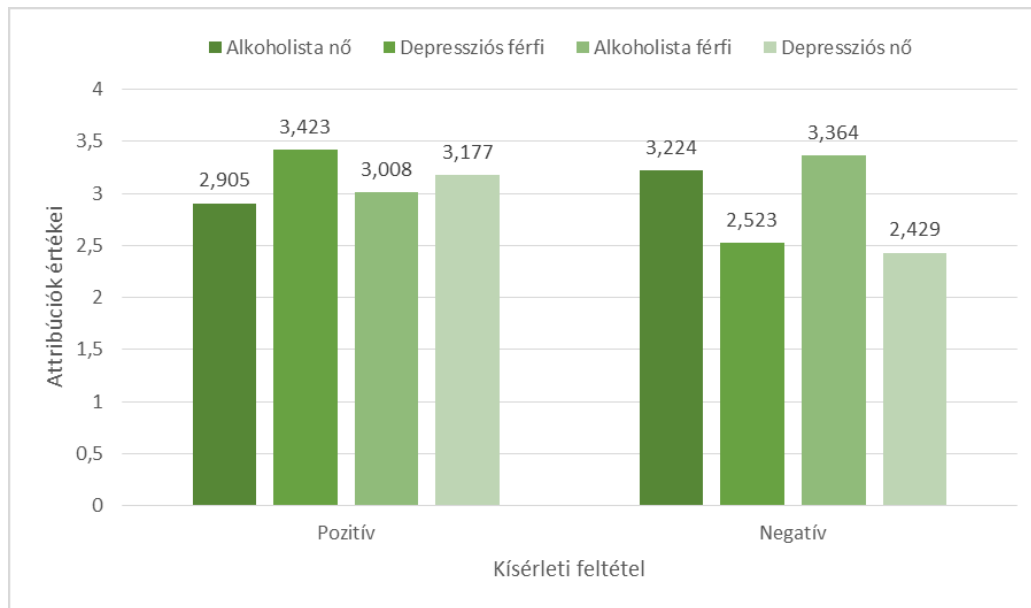
3. ábra: Kísérleti feltétel hatása a társadalmi távolságtartásra

Az attribúciók esetén szintén hasonló volt a helyzet, mint a társadalmi távolságtartás skála esetén, azaz mind a pozitív, mind a negatív attribúció mutató esetén sérült a normális eloszlás feltétele (a szóráshomogenitás feltétele nem sérült, mivel a Levene-teszt egyik esetben sem hozott szignifikáns eredményt), így Welch-próbát futtattunk az adatokon. Az elemszám mindkét teszt esetén 519 volt, a pontos értékeket a 2. számú táblázat, az ebből készített diagramot a 4. számú ábra mutatja be. A nem parametrikus eljárások mind a pozitív attribúciók ($t(279,184)=7,553$, $p<0,001$), mind a negatív attribúciók ($t(276,085)=41,061$, $p<0,001$) esetén statisztikailag szignifikáns eredményt mutattak. A pozitív attribúciókon belül a következő sorrendet lehet felállítani, ha azt vesszük figyelembe, hogy mennyire egyénen kívül álló oknak tekintik a betegség kialakulását a legkevésbé okolt csoporttól a leginkább okolt csoport felé haladva: depressziós férfi, depressziós nő, alkoholista férfi, alkoholista nő. A negatív attribúciók esetén az egyes kísérleti feltételben szereplő szereplőknek a következő sorrendben haladva tulajdonítanak egyre nagyobb felelősséget a kitöltők: depressziós nő, depressziós férfi, alkoholista nő, alkoholista férfi.

2. táblázat: Attribúciók skála értékei a négy kísérleti feltétel mentén

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

M=átlag; SD=szórás; N=elemszám



4. ábra: Kísérleti feltétel hatása az attribúciókra

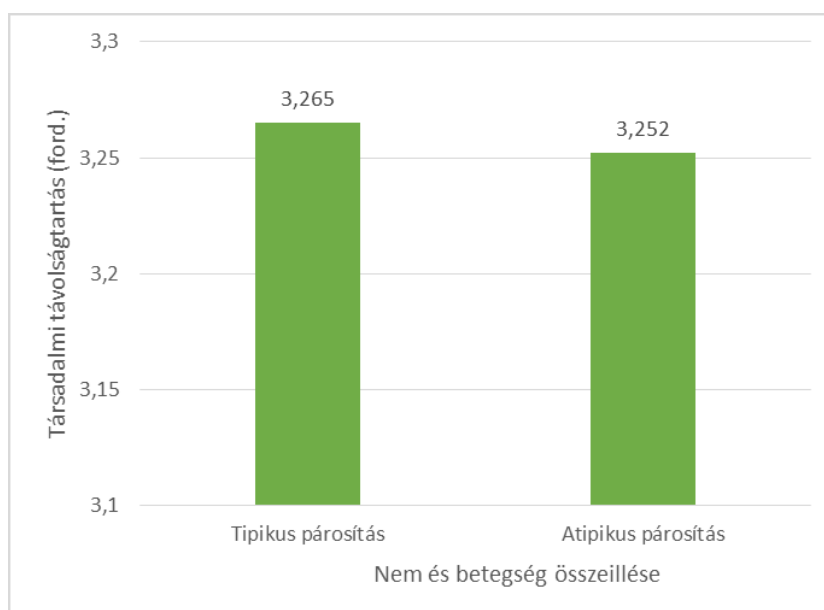
TIPIKUS/ATIPIKUS DIMENZIÓ SZERINTI ÖSSZEHASONLÍTÁS

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

3. táblázat: Társadalmi távolságtartás skála értékei a tipikus/atipikus dimenzió mentén

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

M=átlag; SD=szórás; N=elemszám



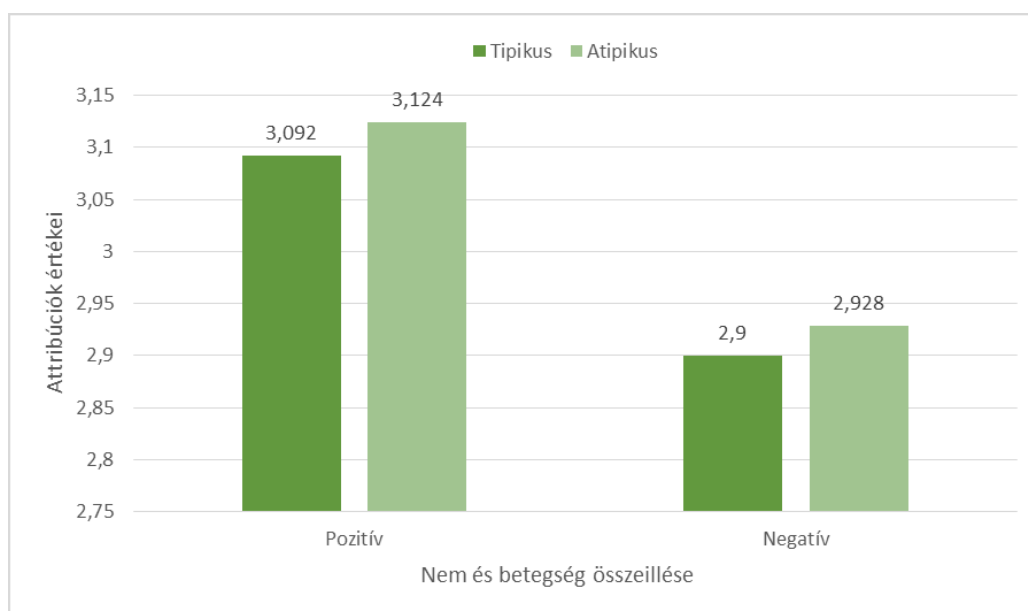
5. ábra: Tipikus/atipikus dimenzió hatása a társadalmi távolságtartás skálára

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

4. táblázat: Attribúciók skála értékei a tipikus/atipikus dimenzió mentén

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

M=átlag; SD=szórás; N=elemszám



6. ábra: Tipikus/atipikus dimenzió hatása az attribúciókra

BETEGSÉG SZERINTI ÖSSZEHASONLÍTÁS

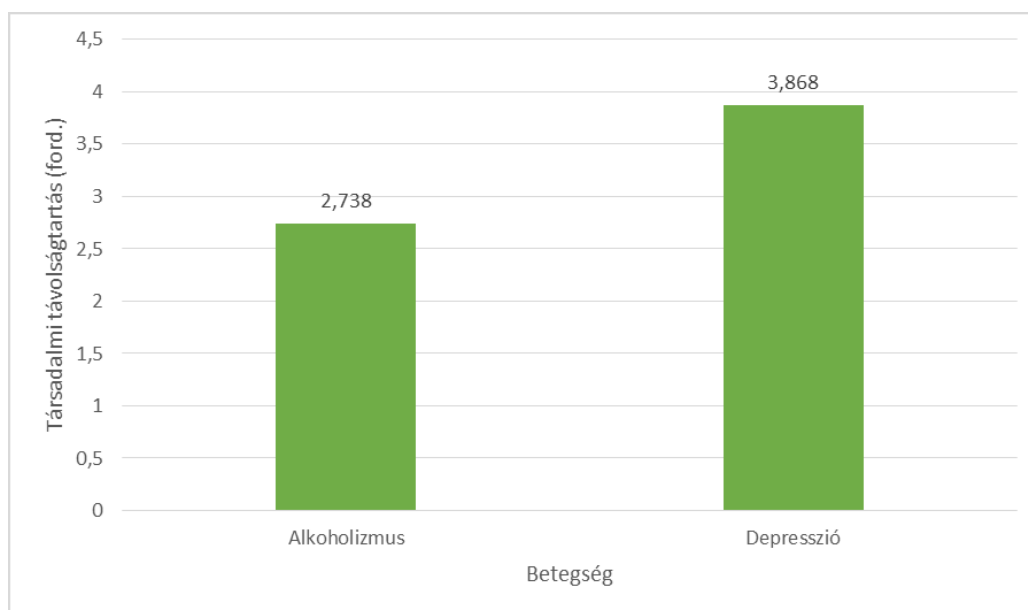
A kísérleti feltételek egy másfajta felosztása, ha betegségek mentén alkotunk két csoportot, ez a második kutatási kérdésfelvetésre szolgálhat válasszal. Értelemszerűen az alkoholisták csoportba ($n=285$) kerültek azok a kitöltők, akik alkoholisták nőről vagy férfiről olvastak, depresszió csoportba ($n=243$) pedig azok, akik depressziós nőről vagy férfiről tudhattak meg többet. Az összevetéshez kétmintás t-próbát kell alkalmazni (szóráshomogenitás feltétele teljesül, mert a Levene-teszt eredménye nem szignifikáns), azonban a változóknak nem normális az eloszlása (szignifikáns a Shapiro-Wilk teszt eredménye), így inkább Mann-Whitney U próbát futattunk az adatokon. A robosztus próba ($U=13666$, $p<0,001$) eredménye szignifikáns lett, azaz statisztikai szempontból releváns

különbség van a betegségek megítélése között, méghozzá az alkoholizmus kárára, tehát nagyobb a kívánt társadalmi távolságtartás az alkoholista személyek felé. A pontos értékeket az 5. számú táblázatban, az adatok alapján készített diagramot a 7. számú ábrán tüntettem fel.

5. táblázat: Társadalmi távolságtartás skála átlagai a betegségek mentén

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

M=átlag; SD=szórás; N=elemszám



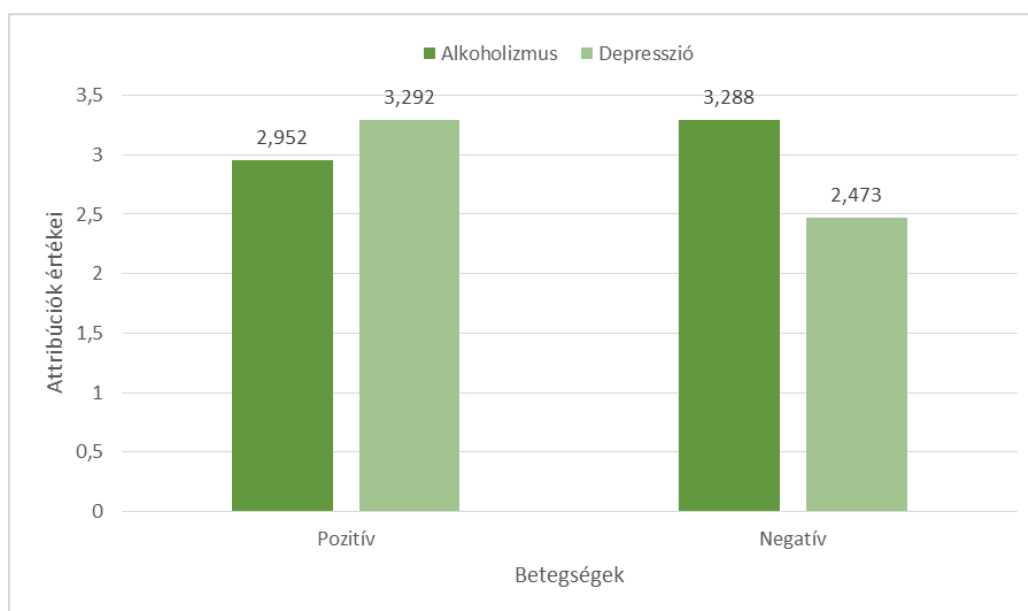
7. ábra: Betegség hatása a társadalmi távolságtartás skálára

Az attribúciók blokk betegség szerinti felosztásának részletes értékeit a 6. számú táblázat, vizuális megjelenítését a 8. számú ábra mutatja be. Az átlagértékek összehasonlításához Mann-Whitney U próbát alkalmaztunk, ugyanis a változók eloszlása eltért a normálistól (szóráshomogenitással nem volt probléma). A robusztus próbák eredménye a következő volt: pozitív attribúciók: $U=26292$, $p<0,001$, negatív attribúciók: $U=16803,5$, $p<0,001$. Kijelenthető tehát, hogy szignifikáns különbség van a betegségek szempontjából a felelősségtulajdonítás kérdésében, még pedig az alkoholizmus kárára, azaz több negatív és kevesebb pozitív attribúciót társítanak hozzá a depresszióhoz képest.

6. táblázat: Attribúciók skálák értékei a betegségek mentén

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

M=átlag; SD=szórás; N=elemszám



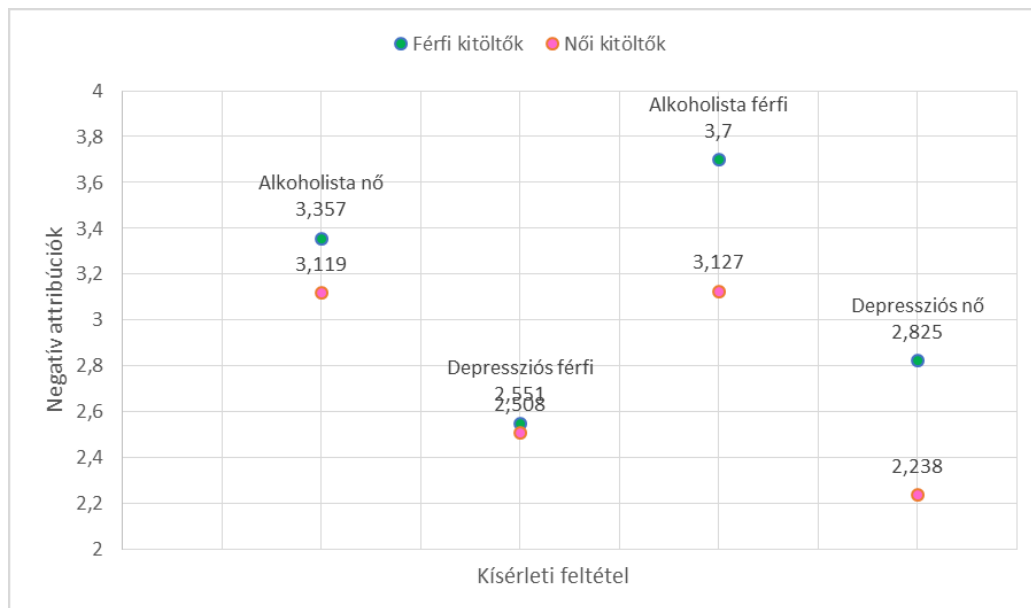
8. ábra: Betegség hatása az attribúciók skálákra

A KITÖLTŐ NEMÉNEK HATÁSA

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

betegségének interakciója nem hozott szignifikáns eredményt egyik vizsgált függő változó esetén sem.

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



9. számú ábra: Kitöltő nemének hatása a negatív attribúciókra

MEGVITATÁS

Amikor belevágtunk a kutatásba, nem titkolt célunk volt egy összetett vizsgálat létrehozása, ahol az adatok széleskörűen, több szempontot figyelembe véve elemezhetőek. Egyrészt a nyitott kérdések is megkövetelték, hogy többféle irányba el lehessen indulni a változók mentén, másrészt állást szerettünk volna foglalni

az eddig uralkodó elképzelések között, ezáltal egyfajta kiindulási alapot szolgáltatva a komplexebb összefüggéseknek. Ennek érdekében értelmezzük a kétféle megközelítésre érkezett eredményeket.

Az elsőként megfogalmazott kutatási kérdés interakciót feltételez a nem és betegségstípus között. A szakirodalom alapján azonban nem volt konszenzus abban, hogy a tipikus vagy éppen ellentétes módon az atipikus párosítással élők szenvednek nagyobb mértékű stigmatizációtól. A vizsgálatunkban arra a következtetésre jutottunk, hogy ez az interakció nem tekinthető mérvadónak, hiszen nem volt hatással a negatív előítéletek mértékére. Ez az eredmény mindenféleképpen meglepő hiszen számos korábbi kutatás kimutatta, hogy a betegség és nem összeillése alapvetően megváltoztatja azt, ahogyan észleljük a mentális zavarral élőket. A megközelítés teljes elvetése előtt azonban érdemes szem előtt tartani azt, hogy ha figyelembe vettük a kitöltők nemét (harmadik kutatási kérdés), akkor a tipikus párosítással rendelkező betegeket negatívabban ítélték meg a férfi kitöltők. Ez részben alátámasztja Wirth és Bodenhausen (2009) eredményeit, hiszen a férfiak nagyobb felelősséget tulajdonítottak a zavar kialakulásában azoknak a történetben szereplő személyeknek, akik megfeleltek a nemi sztereotípiáknak, illetve a betegséggel kapcsolatos előzetes elvárásaiknak. Az atipikus párosításoknál hasonló értékű választ adtak, mint a női kitöltők, így ott megengedőbbnek bizonyultak. Messzemenő következtetéseket nem lehet levonni ezen eredmény alapján, azonban arra utal, hogy valami hatás mégiscsak feltételezhető az interakciónak köszönhetően, azonban nem olyan elsőprő erejű, mint azt előzetesen feltételeztük.

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

Eredményeink szerint a betegség típusa lesz az elsődleges befolyásoló tényező a mentális zavarral élők stigmatizációjakor, míg a nem és betegség közötti interakció inkább másodlagos módon, egyedebb esetekben van befolyásoló hatással. Mivel ez utóbbi nem fordul elő általánosan, így nem tudjuk megerősíteni egyértelműen a nemi különbségeket, amit korábbi kutatások találtak. A társadalmi szinten jelen lévő koncepciók, mint hogy a fiúk nem sírnak, vagy hogy valamilyen nehézség katonadolog, aktívan csökkentik a férfiak segítségkérési hajlandóságát (Michniewicz et al., 2016). Ezt a folyamatot a mi kutatásunk akkor igazolta volna, hogyha az atipikus párosítással élő betegeket ítelték volna meg negatívabban, azonban nem ez történt, így a bemutatott jelenség ebben a kontextusban nem jelent meg. Ezzel szemben azonban felvetődik a kérdés, hogy miért stigmatizálták nagyobb mértékben a tipikus párosítással élő betegeket a férfiak az atipikushoz képest? Wirth és Bodenhausen (2009) elképzelése szerint a szokatlan jelenségeket sokkal inkább tulajdonítjuk külső erők hatásának, ezáltal megengedőbbek is vagyunk velük szemben. Az észlelt gyakoriság megmutatta, hogy a depressziót inkább nők, míg az alkoholizmust inkább férfiak körében előforduló betegségként tekintik, így az atipikus esetben feltételezhetően ez a ritkaság érzés, kiugróság vezethet kevesebb stigmatizációhoz.

LIMITÁCIÓK, KITEKINTÉS

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

A kísérlet megalkotásakor egy másik nehézséget a megfelelő nőies és férfias betegségek megtalálása okozta. Számos nézőpontot figyelembe kellett vennünk a kiválasztási folyamatban, például, hogy korábbi kutatásokkal is összevethető legyen az eredmény, illetve, hogy egyértelműen elkülöníthetőek legyenek egymástól férfiasság tekintetében a zavarok. Ennek ellenére laikus szemmel is érzékelhető, hogy az alkoholizmus és a depresszió nehezen összehasonlítható, egymástól sok szempontból eltérő betegségek, hiszen előbbi

egy szerhasználati zavar, függőség, míg utóbbi egy affektív zavar. Nagyon nehéz olyan betegségeket találni, amik hasonlítanak egymáshoz, ezáltal könnyen párba állíthatóak egy ilyen vizsgálatban, azonban mégis egyértelműen vagy nőiesnek, vagy férfiasnak számítanak. A férfias zavarok körébe leginkább a különböző szerhasználati zavarok, parafíliák, antiszociális személyiségzavar tartoznak, amik más stigmákat is magukban hordoznak, hiszen például a pedofíliát, heroinhasználatot (heroinfüggőséget) a törvény is bünteti. Nőies zavaroknak számítanak jellegzetesen az evészavarok, hisztrionikus személyiségzavar. Irreleváns lenne összevetni egy anorexia nervosa-t egy pedofíliával, hiszen nem lehetne kizárni más tényezők befolyásoló hatását, így adódik a kérdés, hogy nem lép-e fel hasonló hatás jelen kutatás esetén is. Végül többek között azért is döntöttünk az alkoholizmus és depresszió mellett, mivel a legtöbb ember számára ismert betegségről van szó, amiről egy alaptudással mindenki rendelkezik, ennek köszönhetően adekvátabb módon tudtak válaszolni a kitöltők a kérdéseinkre, mintha akkor hallottak volna először az adott betegségről. Ez azonban felveti azt a problémát, hogy az esetleges előzetes érintettség vagy negatív tapasztalat nincs-e hatással a történetben szereplők megítélésre. Ezek a betegségek alkalmasak voltak a kutatási kérdéseink teszteléséhez, azonban ésszerűen kell tartani, hogy steril módon nem lehet vizsgálni a betegségeket, így az általánosíthatóságnál ezt is figyelembe kell venni.

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

A mentális betegségekkel kapcsolatos stigmatizációt vizsgáló kutatások, ide értve a saját munkánkat is fontos célja, hogy információt adjunk a hatékony antisigma programok számára. Egy 2020-ban publikált metaanalízis (Waqas et al., 2020) oktatási intézményekben tartott antistigma programokat vetett össze

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

IRODALOMJEGYZÉK

- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., & Matschinger, H. (2010). Emotional reactions to people with mental illness. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 19(1), 26–32. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00001573>
- Bos, A. E. R., Pryor, J. B., Reeder, G. D., & Stutterheim, S. E. (2013). Stigma: Advances in Theory and Research. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), 1–9. <https://doi.org/10.1080/01973533.2012.746147>
- Boysen, G. A. (2017). Exploring the relation between masculinity and mental illness stigma using the stereotype content model and BIAS map. *The Journal of Social Psychology*, 157(1), 98–113. <https://doi.org/10.1080/00224545.2016.1181600>
- Boysen, G. A., & Logan, M. (2017). Gender and mental illness stigma: The relative impact of stereotypical masculinity and gender atypicality. *Stigma and Health*, 2(2), 83. <https://doi.org/10.1037/sah0000044>
- Boysen, G., Ebersole, A., Casner, R., & Coston, N. (2014). Gendered Mental Disorders:

- Masculine and Feminine Stereotypes About Mental Disorders and Their Relation to Stigma. *The Journal of Social Psychology*, 154(6), 546–565. <https://doi.org/10.1080/00224545.2014.953028>
- Carrara, B. S., Fernandes, R. H. H., Bobbili, S. J., & Ventura, C. A. A. (2021). Health care providers and people with mental illness: An integrative review on anti-stigma interventions. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(7), 840–853. <https://doi.org/10.1177/0020764020985891>
- Chen, S. X., & Mak, W. W. S. (2008). Seeking professional help: Etiology beliefs about mental illness across cultures. *Journal of Counseling Psychology*, 55(4), 442–450. <https://doi.org/10.1037/a0012898>
- Corrigan, P., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, M. A. (2003). An Attribution Model of Public Discrimination Towards Persons with Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(2), 162. <https://doi.org/10.2307/1519806>
- Corrigan, P. W., Markowitz, F. E., & Watson, A. C. (2004). Structural Levels of Mental Illness Stigma and Discrimination. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 481–491. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007096>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35–53. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>
- Eisenberg, D., Downs, M. F., Golberstein, E., & Zivin, K. (2009). Stigma and Help Seeking for Mental Health Among College Students. *Medical Care Research and Review*, 66(5), 522–541. <https://doi.org/10.1177/1077558709335173>
- Fiske, S. T., Cuddy, A. J. C., Glick, P., & Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 878–902. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.878>
- Ginieri-Coccosis, M., Triantafyllou, E., Tomaras, V., Liappas, I. A., Christodoulou, G. N., & Papadimitriou, G. N. (2009). Quality of life in mentally ill, physically ill and healthy individuals: The validation of the Greek version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100) questionnaire. *Annals of General Psychiatry*, 8(1), 23. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-8-23>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 10(1), 113. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>
- Hinshaw, S. P., & Cicchetti, D. (2000). Stigma and mental disorder: Conceptions of illness, public attitudes, personal disclosure, and social policy. *Development and Psychopathology*, 12(4), 555–598. <https://doi.org/10.1017/S0954579400004028>
- Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. *American journal of public health*, 89(9), 1328–1333. <https://doi.org/10.2105/AJPH.89.9.1328>

- Lőwi, I. (2018). A stigmatizáció hatása a társadalmi szerepváltozásokra. *Hadtudományi Szemle, XI. évfolyam*(1.szám).
- Michniewicz, K. S., Bosson, J. K., Lenes, J. G., & Chen, J. I. (2016). Gender-Atypical Mental Illness as Male Gender Threat. *American Journal of Men's Health, 10*(4), 306–317. <https://doi.org/10.1177/1557988314567224>
- O'Connor, L. K., Pleskach, P., & Yanos, P. (2018). The Experience of Dual Stigma and SelfStigma Among LGBTQ Individuals With Severe Mental Illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 21*(1), 167–187.
- Oexle, N., & Corrigan, P. W. (2018). Understanding Mental Illness Stigma Toward Persons With Multiple Stigmatized Conditions: Implications of Intersectionality Theory. *Psychiatric Services, 69*(5), 587–589. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700312>
- Pescosolido, B. A., Manago, B., & Monahan, J. (2019). Evolving Public Views On The Likelihood Of Violence From People With Mental Illness: Stigma And Its Consequences. *Health Affairs, 38*(10), 1735–1743. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00702>
- Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Long, J. S., Medina, T. R., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2010). "A Disease Like Any Other"? A Decade of Change in Public Reactions to Schizophrenia, Depression, and Alcohol Dependence. *The American journal of psychiatry, 167*(11), 1321–1330. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09121743>
- Rihmer, Z. (2002). A bipoláris affektív betegségek korszerű diagnosztikája és ennek gyakorlati konzekvenciái, különös tekintettel a szuicidium predikciójára és perevenciójára. Akadémiai doktori disszertáció.
- Rihmer, Z., Gonda, X., Kapitany, B., & Dome, P. (2013). Suicide in Hungary-epidemiological and clinical perspectives. *Annals of General Psychiatry, 12*(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-12-21>
- Rosenfield, S. (1982). Sex Roles and Societal Reactions to Mental Illness: The Labeling of „Deviant” Deviance. *Journal of Health and Social Behavior, 23*(1), 18. <https://doi.org/10.2307/2136386>
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry, 20*(8), 529–539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>
- Schomerus, Georg, Stolzenburg, S., Freitag, S., Speerforck, S., Janowitz, D., Evans-Lacko, S., Muehlan, H., & Schmidt, S. (2019). Stigma as a barrier to recognizing personal mental illness and seeking help: A prospective study among untreated persons with mental illness. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 269*(4), 469–479. <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0896-0>
- Silton, N. R., Flannelly, K. J., Milstein, G., & Vaaler, M. L. (2011). Stigma in America: Has Anything Changed?: Impact of Perceptions of Mental Illness and Dangerousness on the Desire for Social Distance: 1996 and 2006. *Journal of Nervous & Mental Disease, 199*(6), 361–366. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31821cd112>
- Sztancsik, V., Máth, J., & Pék, G. (2015). A „szkizofrénia” diagnózis jelentésének

- vizsgálata laikus vizsgálati személyek körében. *Alkalmazott Pszichológia*, 15 (2), 73–85. <http://dx.doi.org/10.17627/ALKPSZICH.2015.2.73>
- Teachman, B. A., Wilson, J. G., & Komarovskaya, I. (2006). Implicit and Explicit Stigma of Mental Illness in Diagnosed and Healthy Samples. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(1), 75–95. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.1.75>
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Hackler, A. H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 40–50. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.54.1.40>
- Vörös, V. (2011). *Az öngyilkos viselkedés komplex stressz-diatézis szemlélete*. Doktori értekezés. Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar.
- Waqas, A., Malik, S., Fida, A., Abbas, N., Mian, N., Miryala, S., & Naveed, S. (2020). Interventions to reduce stigma related to mental illnesses in educational institutes: a systematic review. *Psychiatric Quarterly*, 91(3), 887–903. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09751-4>
- West, M. L., Yanos, P. T., & Mulay, A. L. (2014). Triple Stigma of Forensic Psychiatric Patients: Mental Illness, Race, and Criminal History. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(1), 75–90. <https://doi.org/10.1080/14999013.2014.885471>
- Wirth, J. H., & Bodenhausen, G. V. (2009). The role of gender in mental-illness stigma: A national experiment. *Psychological Science*, 20(2), 169–173. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2009.02282.x>