

Слађана М. Драгишић Лабаш¹
Универзитет у Београду
Филозофски факултет
Одељење за социологију
Београд (Србија)

УДК 316.647.8-056.34:616.89(497.11)
Оригинални научни рад
Примљен 02/12/2019
Прихваћен 14/03/2019
[doi: 10.5937/socpreg53-20565](https://doi.org/10.5937/socpreg53-20565)

МИШЉЕЊЕ КОРИСНИКА ПСИХИЈАТРИЈСКИХ УСЛУГА О СЛИЦИ КАКВУ ОСТАВЉАЈУ НА ДРУГЕ И ТЕРМИНИМА КОЈИ ИХ СТИГМАТИЗУЈУ: РАЗМАТРАЊЕ ДОЖИВЉЕНЕ СТИГМЕ И ПРЕДЛОГА ЗА ПРОМЕНУ ТЕРМИНА

Сажетак: У раду се бавимо истраживањем мишљења корисника психијатријских услуга о томе како их други, „здрави” виде, и терминима који се користе у јавном дискурсу за особе које имају психичке тегобе, али пре свега, интересује нас који су термини најадекватнији и најприхватљивији за испитанике. Ова тема је потпуно неистражена, што вероватно значи за нашу научну јавност и недовољно важна. Подаци указују да су најчешће коришћени управо стигматизујући и дисквалификујући термини, а да се препорука СЗО о коришћењу другачијих (мање стигматизујућих) не поштује у свим здравственим установама, а још мање у другим институцијама или радној организацији. Већина испитаника сматра да их други виде у *непозитивном светлу* као „нефункционалне”, „другачијег расположења и изгледа” и „опасне”. У раду представљамо и податке о доживљеној дискриминацији у радном и породичном окружењу из два интервјуа. Сматрамо да су осим препорука за преименовање, потребне едукација у образовним институцијама, добро осмишљени антистигма програми и одговорно извештавање у медијима, и знатно већи број истраживања у којима су испитаници особе које имају психичке тегобе.

Кључне речи: корисници психијатријских услуга, стигматизујући термини, стереотипи, доживљена стигма, промена термина

Увод

Особе које имају психичке тегобе суочавају се са низом препрека у образовању, запошљавању, заштити менталног здравља и интеграцији у друштво, али не због својих ограничења, већ због негативних ставова у јавности.² Процењује се да је

¹ sladjadl@yahoo.com

² Схизофренија је највише стигматизована ментална болест, те је СЗО 1996. покренула међународну кампању против стигме фокусирајући се на ову болест. Циљ је био да се олакша терет стигме коју носе оболели, путем мобилизације породица, подршке у заједници

око 20% популације имало у току живота искуство са психичким тегобама, а од тога код $\frac{3}{4}$ особа проблеми почињу у просеку са 24.5 године (Koike et al. 2017, p. 170). Стигма и дискриминација које су повезане са психичким поремећајима (тј. са особама и породицама чији је члан оболео) битно утичу на необраћање за помоћ институцијама, посебно од стране младих. Истраживања указују на постојање доживљене и антиципиране дискриминације³ у различитим социјалним контекстима. Значи да се негативни стереотипи⁴ (који узрокују стигму, социјалну дистанцу, одбацивање) временом прихватају, стигма се интернализује, и оболела особа осећа стид у комбинацији са смањеним самопоштовањем и лошом сликом о себи. Стога је промена негативних ставова према корисницима психијатријских услуга неопходна да би се побољшао приступ институцијама за ментално здравље и услугама рехабилитације, запошљавању и образовању. Очекује се да истраживања утврде значајне факторе који утичу на формирање негативних ставова у различитим културама.

Истраживање употребе различитих термина којима се називају или обележавају особе са психичким проблемима такође сматрамо важним, чак и првим кораком ка већим реформама на овом плану. Нови изрази треба да утичу на развој друштвене свести, промену става и смањење дискриминације, али неопходно је подвући да промене израза и политички коректни термини свакако нису довољни, и да су они *корак у низу* у политикама према особама са психичким тегобама. Такође има и другачијих схватања о политички коректним терминима. На пример, да се у еуфемизмима (стил и љубазност) крије посебан вид социјалне контроле, назван нихилација, која као средство контроле користи непримећивање, одбацивање

и од стране институција за ментално здравље у 19 земаља. У оквиру кампање рађена је едукација младих о шизофренији, а у неким земљама уз разговор са људима који су оболели и са члановима њихових породица. Према истраживањима, овакав едукативни програм битно је утицао на промену става средњошколаца и студената у више земаља. Закључено је да су добро ментално здравље и ризик за менталне болести универзални проблеми, а стицање нових сазнања важан фактор у промени става (Sartorius & Schulze, 2005).

³ Стигма и дискриминација имају дугу историју, јер су се још у Старој Грчкој оболели третирали као непожељни, и они који понижавају и срамоте друге. Некада се стигма сматрала моралном карактеристиком личности, а данас она представља друштвени конструкт који се састоји од 4 повезане компоненте: означавање разлика између људи; етикетирање људи условљено културним веровањима и негативним стереотипима; етикетиране особе су смештене у *групу* категорију која их одваја од „нас”; етикетирани доживљавају одбацивање и дискриминацију. Дакле, стигма је негативан став према особама које имају психичке тегобе, а дискриминација неправедно третирање људи као друштвено непожељних. Овакав третман може да узрокује незапосленост, социјалну изолованост, бескућништво, институционализацију (Högberg et al. 2012; WPA, 2005, p. 15). Angermeyer (Angermeyer, 2004 према Opalić, 2008, str. 55) наводи три форме дискриминације: индивидуална (социјална дистанца изазвана сажаљењем, страхом, љућом...); структурална (дискриминација оболелих на правном, политичком и друштвеном нивоу): самостигматизација (повлачење оболелих ради избегавања даље дискриминације, која је подељена на антиципирану и стварно доживљену).

⁴ Стереотипи и други негативни ставови о стигматизованим групама представљају „културну мудрост”, те се преносе трансгенерацијски, путем социјализације (Mojtabai, 2010, p. 706).

и игнорисање (Marinković, 2006, према Ljubičić, 2015, стр. 16-17). Питање је - да ли друштво на овај начин пориче и скрива менталну болест? Љубичић (Ljubičić, 2015), у значајној социолошкој студији о неурачунљивости, сматра да језичка трансформација није толико важна⁵, јер не доводи до структуралних и статусних промена код особа са психичким тегобама. Узимајући све примедбе на политички коректне изразе као важне за разматрање и дискусију, ми смо у овом раду питали људе оболеле од различитих психичких поремећаја како они желе да их други називају, те добијене податке треба сматрати изразом њихове жеље и потребе.⁶

Даље у тексту биће речи о ставовима према особама са психичким проблемима у различитим друштвима и културама, као и о терминима који су се користили за њихово означавање.

Ставови и социјална дистанца према особама са психичким проблемима и термини који се користе за њихово „обележавање”

У нашој литератури наилазимо на податке о коришћењу различитих термина у различитим временским периодима. Па су тако изрази „душевно болесник”, „душевно ненормална особа” и „душевно поремећена особа” и „душевно поремећен човек” повезани са науком о лечењу душе, уколико би се „дословно превела грчка реч ψυχιατρική (psychiatrici), (Munjiza, 2011, стр. 23), тј. психијатријом.⁷ Потом се користе термини супротни од менталног здравља, као што су: „ментално поремећени”, „ментално оболели”, затим повезани са психолошким или психијатријским стањем „психички оболео” „психички поремећен”, „психијатријски болесник”, „психијатријски пацијент”. Овакви и слични изрази су сматрани неадекватним и стигматизујућим, те је Америчка психијатријска асоцијација (АПА) наложила да се при употреби термина избегавају увредљиви изрази, те да се на прво место стави човек, а потом сметња, уз препоруку да се

⁵ Ауторка наглашава да промену термина не прате промене у пракси, те поступања према особама са психичким проблемима. Дакле, политичку коректност треба да прати акција. Нажалост, за сада све остаје на апеловању за коректне термине, што у ствари представља начин избегавања одговорности од стране друштва.

⁶ Све до '60. година прошлог века, како је наводио Фуко (према Воžović, Dimitrijević, 2011, стр. 79-81), „језик психијатрије је био монолог разума о лудилу”. Потом пацијенти постају клијенти и представници различитих покрета за људска права, а са антипсихијатријом *долазе* нове идеје о настанку психичких проблема и нови приступи према оболелима. Нов тренд у последњих 25 година је отварање дијалога између корисника и институција, док се у последњих 15 оснивају у САД удружења која воде сами корисници (који су обучени за ову врсту рада).

⁷ У статистичком извештају Болнице за душевне болести у Београду за период 1861-1890 (Danić, Cvijetić, 1895) наишли смо на следеће изразе: „суманути”, „неизлечиви паралитичари”, „с ума сишавша лица”, „згранути” „луди”. Званична класификација менталних поремећаја, усвојена на међународном психијатријском конгресу, из 1889. садржала је у својој класификацији следеће категорије: „периодично лудило”, „морално лудило”, „нервно лудило”, „религиозно лудило”, „идиотизам”, „блесавост”, „блесавост старачка”, итд. (Danić, Cvijetić, 1895, стр. 47).

користи – „особа са симптомом менталне болести” (Halmari, 2002 према Ljubičić, 2015, стр. 15). Данас се у нашем језику, у медицинским институцијама и стручној литератури, углавном користе термини: „особа са психичким проблемом”, „особа са психичким тегобама”, „особа која пати од психичког поремећаја”, а последњих година и „корисник психијатријских услуга”.

Према налазима једне раније студије Поповића и сарадника (1988) о ставовима према особама оболелим од психоза, алкохолизма и наркоманије добијени су одређени стереотипи, на основу којих може да се претпостави да су у том периоду били присутни снажни стигматизујући социјални ставови о оболелима. Оболели од психоза су виђени, пре свега, као *агресивни* („склони испадима”, „опасни”, „вређају”, „физички нападају”); потом *иовучени* („изоловани”, „недруштвени”, „апатични”), а затим и *нервозни са исиомјорним поремећајима, друјачијим сјољним изјледом* („уплашеног, празног погледа”, „запуштени”, „бледи...), *неурачунљиви и јојишијени*. Зависници од алкохола су описани као: *агресивне особе, склоне иресјуйничком и криминалном јонашању, слабих радних сјособности, и са бројним моралним недосјацаима*. Зависници од дрога, као *људи без моралној инјејријетија, неурачунљиви, јовучени, изоловани и некорисни за друшјиво*, па потом *агресивни и склони криминалном јонашању*.

Такође је и наше пилот истраживање (Ljubičić, Dragišić Labaš, Nastasić, 2013) потврдило присуство негативних ставова студената⁸ према особама са психичким проблемима, мада у мањем броју од претходног истраживања (које није укључило студентску популацију). За оболеле од психоза везују се: *агресивности, нејредвидљивости јонашања и повучености/изолованости*, али један број студената сматра да се оболели не разликују од других људи и препоручују лечење и хуманији однос друштва према њима. Мање су толерантни према зависницима од ПАС, те их сматрају „агресивним”, а зависнике од алкохола поред овога и „себичним и апатичним”, „онима који беже од проблема” и „лабилним особама”⁹.

У иностраној литератури се налази на различите податке о ставовима опште популације, студената и медицинског особља. Неки од њих указују да особе које имају контакт са корисницима психијатријских услуга негују значајно толерантнији став према свим оболелим, други пак налазе да су ставови психијатара и ставови опште популације, слични, те да и једни и други гаје социјалну дистанцу према особама са психичким тегобама (Malla, Schow, 1999; Probst, Peuskens, 2009; Eker, Onert, 1999; Lauber et al. 2004 према Ljubičić, Dragišić Labaš, Nastasić, 2013).

⁸ Промена става, уколико не раније, може да се започне у високо образовној институцији. Стога је ово истраживање имало и практичну сврху, тј. послужило као *јушоказ* за даљи рад на курсу Социологија менталних поремећаја. После добијених података, посебно смо настојали да студентима презентујемо информације о спољним - друштвеним, културним и породичним факторима у настајању психичких проблема. Такође смо настојали да упутимо будуће социологе да критике преусмере од појединца ка друштву и институцијама, а што је значајан корак у смањењу стигматизације.

⁹ Разлози става о изузетној друштвеној опасности алкохолизма, леже у распрострањености и доступности (преко 80% одговора). Наркоманија се сматра друштвено најштетнијом због раширености, немогућности излечења и повезаности са криминалним понашањем, а ментално обољење због неизлечивости.

У земљама ЕУ (N= 29.248) нађено је (Мојтабаи, 2010) да су социјални стигматизујући ставови према корисницима психијатријских услуга снажно повезани са индивидуалним стигматизујућим ставовима, те да и једни и други утичу на не/спремност оболелих да потраже професионалну помоћ.¹⁰ Социјална средина у којој су присутни негативни ставови, а посебно они о опасности и непредвидивости оболелих, значајније утичу на индивидуалне ставове. Старији испитаници више подржавају ставове о опасности и немогућности излечења особа са психичким проблемима, за разлику од високообразованих жена, које у већем броју не подржавају ни један од наведених ставова. Овакви налази су значајни за дизајнирање анти-стигма програма, пре свега, у заједници или потребу за „масовним приступима” овом проблему.

Испитивање ставова¹¹ у општој популацији према особама оболелим од депресије и шизофреније на великим узорцима¹² у Немачкој (Schomerus et al. 2015) налази да се социјална дистанца повећава са годинама старости (без обзира у ком су периоду у току 20. века испитаници рођени), а посебно према оболелима од шизофреније.¹³ Аутори истичу да забрињава податак о социјалној дистанци код особа рођених после 1970, дакле, времену бољег образовања и промовисања толерантнијих ставова према особама са нарушеним менталним здрављем. Тако да се разматра потреба прављења антистигма програма намењеног старијима.

Податке о социјалној дистанци добијамо и из истраживања рађеном у Јапану о стигматизовању особа са психичким проблемима од стране студената и њихових родитеља. Наиме, показало се да су родитељи исказали већу социјалну дистанцу према оболелима од шизофреније у односу на њихову децу, што аутори (Koike et al. 2017, p. 176)¹⁴ повезују са бољим образовањем¹⁵ младих и новим програмима о менталном здрављу и информацијама о стигматизацији оболелих од психоза. Такође

¹⁰ Испитивано је не/слагање са следећим ставовима: Особе са психолошким или емоционалним здравственим проблемима представљају **опасност** за друге; Особе са психолошким или емоционалним здравственим проблемима су **непредвидиве**; Особе са психолошким или емоционалним здравственим проблемима су **саме криве** због настанка болести; Особе са психолошким или емоционалним здравственим проблемима се **не могу излечити** (Мојтабаи, 2010, p. 706).

¹¹ Став се састоји од 3 компоненте: когнитивне (веровања), афективне (емоције), бихевиоралне (активности, намере, понашање) (Högberg et al. 2012, p. 87).

¹² У питању је истраживање у три периода 1990, 2001, 2011 на узорку од 7.835 испитаника, старости од 18 до 93 године.

¹³ Постављено је питање - зашто се повећава социјална дистанца према оболелима међу старијима. Претпоставка је - генерално виши ниво толеранције према депресији, јер је она ближа свакодневном искуству, док су симптоми шизофреније *чудни и застрашујући*. Такође да је конзерватизам знатно присутнији у старосној категорији 40-60, као и да старији праве ужи избор људи (социјалних партнера) који утичу на позитивне емоције,

¹⁴ У питању је узорак од 259 студената са 20 универзитета у Токију и 160 родитеља.

¹⁵ До '80. у уџбеницима у Јапану је стајало да особе оболеле од шизофреније и биполарног афективног поремећаја треба да прекину трудноћу, јер се болести генетски преносе. После реакције удружења за менталне болести, ови су садржаји изостављени.

је промењено име за шизофренију.¹⁶ Претходни назив „mindsplit disease” - „болест раздвојеног ума”, замењен је 2002. термином „поремећај интеграције” што је допринело смањивању стигматизације.¹⁷ Међутим, метаанализа преименовања назива „шизофренија” на смањење стигме код особа које су оболеле и чланова њихових породица, указује да су потребна додатна истраживања да би се ово и потврдило.¹⁸ (Yamaguchi et al. 2017, p. 347).

Идеју о преименовању термина „шизофренија”, према једном истраживању рађеном у Русији (Pavlichenko, 2016, p. 421), подржавају психијатри¹⁹, и сматрају да је овај термин у њиховој дугогодишњој пракси утицао на стигматизацију оболелих. У Русији се шизофренија повезује са непредвидивошћу и опасношћу, а најчешће коришћен термин за особе које су оболеле је „шизофреник”. Често се у јавности и у медијима (најчешће спорт и забава) користи као метафора за „ружно, лоше, срамотно”. Стога су психијатри изјавили да је промена термина утицала на чешће пристајање на лечење, јављање за помоћ, бољу интеграцију оболелих и смањење стигме.²⁰

У Шведској је социјална дистанца према особама које имају психичке проблеме знатно мања у односу на друге земље (Högberg et al. 2012)²¹. Ипак, је социјална дистанца различита и зависи од дијагнозе оболелог. На пример, ако су у питању оболели од неуроza (депресије) прихватање такве особе за суседа је прихваћено од

¹⁶ Такође је важно размишљати колико класификације могу да утичу на окривљавање и стигматизацију оболелих уколико се психички поремећај третира само као индивидуални. Тако се примедбе од стране породичних терапеута системске оријентације, на нову DSM-V (2013) класификацију психичких поремећаја Америчке психијатријске асоцијације, односе на несистемски приступ менталним болестима, а тиме и на начин дијагностиковања, те њихово везивање за појединца, а не за интерперсоналне односе и окружење. Дакле недостаје холистички или биопсихосоцијални приступ. Предлаже се пројекат (Research Domain Criteria project - RDoC) за системски оријентисане терапеуте и истраживаче (Denton & Bell, 2013).

¹⁷ На Тајвану и у Хонг Конгу у употреби је термин „дисфункција мисли и перцепције”, а у Јужној Кореји „поремећај усклађености” (Yamaguchi et al. 2017, p. 348).

¹⁸ Уз шизофренију су историјски укорењена веровања о „подељеној личности” и „катастрофалној дезорганизацији” (Yamaguchi et al. 2017).

¹⁹ Истраживање о употреби термина „шизофренија” и стигматизацији, рађено у Русији, међу младим психијатрима налази да 96.3% повезује овај термин са стигмом, док 55.5% сматра да овај термин треба одмах напустити, а 30% у блиској будућности (Pavlichenko, 2016, p. 427).

²⁰ Постоје различита мишљења о адекватној замени за термин шизофренија, па се тако предлаже „дисрегулацијски синдром”, „синдром психозе”, „поремећаји психотичног спектра”, „Блојлеров синдром”, итд. Тако је у најновијој класификацији менталних поремећаја АПА, ДСМ-В, „шизофренија” замењена термином „неурокогнитивни поремећај” (Pavlichenko, 2016, p. 424).

²¹ У овом истраживању (на 3000 испитаника) коришћен је тест „Community Attitudes to Mental Illness in Sweden” (CAMI) (Taylor & Dear, 1981). Утврђена су 4 важна фактора који утичу на ставове према особама са психичким проблемима, и то: намера за остварењем интеракције, страх и избегававање, отвореност и прихватање, идеологија менталног здравља у заједници (Högberg et al. 2012, p. 86).

скоро 100% испитаника, али уколико су у питању оболели од шизофреније онда је 70%. Иначе би више од 70% испитаника прихватило да буде пријатељ са корисницима психијатријских услуга. Веће прихватање је нађено у женској популацији, старости 31-50, и код особа са вишим образовањем, као и оних који су имали искуство са психичким проблемима, док није нађена повезаност између негативних ставова и нижег социјалног статуса.

У Холандији је према једном истраживању, нађено да испитаници нису показали „оштре” негативне ставове према особама са психичким тегобама, али ипак јесу „тенденцију” ка опрезности. Утврђена је мања социјална дистанца према корисницима психијатријских услуга уколико су веровања о настанку менталног поремећаја повезана са структуралним узроцима, а не са генетиком. Међутим, ако се за ментално обољење везује непоузданост, агресивност и склоност ка стварању проблема, узнемиравању и криминалном понашању, социјална дистанца је већа, а посебно уколико испитаници верују да су оболели одговорни за њихову болест (van t Veer et al. 2006).

Негативни ставови према корисницима психијатријских услуга примећени су и у Пољској, посебно при запошљавању. Негативан став је условљен концептом о корисницима психијатријских услуга као запосленим људима, као и веровањима да имају велика ограничења у обављању посла, настала услед менталне болести, те не могу бити независни у томе, као и недостатак знања и искуства у сарађивању са оболелима. Наиме, послодавци су ретко имали контакт са оболелима (само око 7%), док око половине испитаних послодаваца сматра да је само 10% особа са психичким тегобама у стању да задржи посао.²² Стога, се аутори залажу са спровођење кампања о запошљавању особа са психичким проблемима (Kaszyński & Cechnicki, 2011, p. 45).

Из наведених студија сазнајемо да је социјална дистанца према корисницима психијатријских услуга, у мањем или већем обиму, препозната у свим земљама, без обзира на економске и културне различитости. Међутим, негативни стереотипи и стигматизација се свакако могу смањити, што и показују примери из Шведске и Холандије, као и преименовање термина из Јапана и Русије. Боље разумевање менталних болести и особа које имају психичке тегобе у јавном дискурсу, допринеће знатно чешћем обраћању оболелих за помоћ и бржем опоравку. С друге стране, корист од оваквог понашања имаће „здрави” – смањиће страх од „опасности, непредвидивости и агресивности”.

Циљ, узорак и метод истраживања

Циљ овог рада је био истраживање мишљења особа које имају психичке тегобе и које се лече у психијатријској институцији о терминима који се користе за њих и друге особе са сличним проблемима у јавном дискурсу, као и о терминима који би, по њиховом мишљењу, били најприхватљивији и мање стигматизујући. Узорак од

²² Узорак су чинила 503 послодавца из средњих и малих предузећа. Према налазима сваки би десети послодавац отпустио радника када би сазнао да има психичке проблеме, док им 25% послодаваца не би продужило радни однос, а 60% испитаника би радника упутило код психијатра.

124 испитаника/ца (63.7% мушкараца и 36.3% жена) чинили су корисници услуга психијатријске болнице „Др Лаза Лазаревић” у Београду. Већи број мушкараца у узорку условљен је већим бројем мушкараца у популацији зависника од психоактивних супстанци. Иначе, испитаници су имали различита обољења која се могу сврстати у три групе: психозе, зависност од психоактивних супстанци и неурозе. Неки су били хоспитализовани, једном или више пута, док су други користили услуге Дневне болнице и Диспанзера, Клуба лечених зависника „Скела”, Клуба младих, Центра за брак и породицу. Испитаници су били заинтересовани за овакво истраживање и сматрали га корисним за истраживача и њих, јер су могли да искажу своје мишљење, али уз мало наде да ће се нешто у скорије време променити. С једним бројем испитаника обављени су и интервјуи, од којих ће за потребе овог рада бити издвојени неки делови. У питању је непробабилистички пригодан узорак²³ у коме су се *наиле* особе које су користиле различите услуге ове установе у периоду 2013-2014. године. У питању су испитаници различитог пола и старости, са различитим дијагнозама, али под једним условом - да су услуге користили у трајању од најмање годину дана.

Резултати истраживања

Социо-демографске карактеристике испитаника

Од 124 испитаника/ца (63.7% мушкараца и 36.3% жена) највише њих је старости између 51 и 61 године (34%), док је по другим старосним категоријама проценат заступљености сличан. Испитаници који припадају најчесталијој старосној категорији корисници су услуга Дневне болнице (групне социотерапије и индивидуалне психотерапије), Клуба лечених зависника од ПАС и Центра за брак и породицу. Адолесценти и млади одрасли заједно (18-29, 29-39) такође су у сличном проценту заступљени као претходна категорија и корисници су услуга Диспанзера (индивидуалне и породичне психотерапије) и Клуба младих.

Образовна структура испитаника је веома добра [Табела бр. 1], јер преко 30% чине особе са вишим и високим образовањем, док је према попису из 2011. проценат више и високо образованих око 16% (Статистички годишњак РС, 2014). Међутим, без обзира на повољну образовну структуру само је 25% запослених, а у пензији је такође 25%. Око 20% испитаника је добило отказ, и они су кажу „били први на удару када су фирме одлазиле под стечај”, док је 15% дало отказ и као најчешће разлоге наводе „тренутно смањење радних способности”, „честа боловања” и „неприхватање од стране других”, па чак „исмејавање и вређање”. Дакле, незапослених је 50% [Табела бр. 2], значи дупло више од процента незапослених у Србији у 2013. када је незапосленост достигла 23% за старије од 15 година (Statistical Yearbook of RS, 2014, str. 64).

²³ Бирање доступних (расположивих) чланова (Fajgelj, 2014, str. 568) из популације која има психичке тегобе, а који се тренутно лече у одређеној психијатријској институцији.

Иначе велики проблем у Србији представља незапосленост (углавном дугорочна) високообразованих младих људи.^{24, 25} Оваква ситуација на тржишту рада уз негативан став (од стране менаџера и осталих у руководећим структурама предузећа) о запошљавању особа са психичким тегобама значајно смањује шансе за налажење посла оболелих. Такође је и према налазима из страних истраживања незапосленост особа које имају психичке проблеме од три до пет пута виша у односу на општу популацију, али је повезана и са дијагнозом. Тако су особе оболеле од схизофреније у најмањем броју запослене (незапослених је од 80% до 90%), потом оболели од биполарног поремећаја (незапослено је од 40% до 60%) и у мањем проценту у односу на претходне две категорије особе које болују од анксиозног поремећаја (незапослених од 20% до 35%) (Milačić-Vidojević et al, 2010, str. 6). У једном од ретких истраживања, рађених у Београду, такође се показало да је број незапослених особа са дијагнозом схизофреније висок и износи 76%, док 38% испитаника жели да ради, али не успева да се запосли (Milačić-Vidojević et al, 2010)²⁶.

На добијене податке о повољној образовној структури наших испитаника, са једне стране и високој незапослености, с друге, посебно треба обратити пажњу. Овај налаз захтева истраживање и то свакако на већем узорку.

Значајан број испитаника/ца, и то преко 40%, не живи у браку, док је преко 20% разведених, што нам указује, с једне стране, на године старости и присуство млађих испитаника у узорку, а који се још нису одлучили за ванбрачно или брачно партнерство, а с друге, да можда постоји проблем у налажењу партнера, а повезан са психичким тегобама и неприхватањем оваквих проблема од стране „здравих”. Такође висок проценат, скоро $\frac{1}{4}$ разведених, упућује на размишљање о нетолерисању и неприхватању, а по речима једне испитанице – „партнера са дијагнозом”, посебно ако се болест развила у току брака (Табела бр. 3)

Већи је број мушкараца ван брака у односу на жене (скоро половина), али су то углавном припадници млађе старосне категорије од 18 до 28 година, што представља *оштри иренд* каснијег улажења у брак у односу на прошли век у нашем друштву. Међутим, значајан број је у категорији од 29 до 39, што може да укаже на проблем тј. теже налажење партнерке „толерантне на психичке проблеме”, незапосленост и нижи социјални статус, као и немање жеље за партнерством, што се према искуству из праксе показује као најмање могућа претпоставка. Тако један испитаник (35 година, високог образовања, тренутно незапослен) наводи:

²⁴ После 2008. године у Србији „велики број обесхрабраних младих у тражењу посла прелази у неактивност” која је често у комбинацији са продужавањем школовања (Arandarenko, 2011 према Мојић, 2012, str. 120).

²⁵ Мојић (Мојић, 2012, str. 122) у свом истраживању наводи да један број младих дуже чека на запослење и да је већа дужина трајања незапослености уколико су оскудни следећи ресурси: индивидуални (број година школовања, додатне активности) и породични (културни капитал, образовање родитеља, просечни приходи по члану домаћинства).

²⁶ Према овом истраживању 62% испитаника је доживело дискриминацију везану за посао, и то, 28% приликом конкурсисања, а 34% приликом задржавања посла (доживљена дискриминација). Значајан податак је да код 54% испитаника присутна антиципирана дискриминација (очекивања да ће бити дискриминисани и неравноправно третирани) те услед тога и не траже посао.

„Нисам у вези већ 3 године. Раније сам имао девојке. Био сам у дужим и краћим везама. Сада је то проблем. Не желим да уђем у везу, а да не кажем да се лечим и да кријем када идем на психотерапију. За сада су две девојке одустале од мене, а онда сам ја почео да одустајем од њих. Разлози које јесу најважнији ствари о мени и другима који се лече. Ја то само донекле разумем, ја сам васпитаван да прихватим различите људе. Међу нама има и добрих и лоших, без обзира на дијагнозу... Група не подржава моје понашање у вези са девојкама – мислим одустајање, и одлучио сам да поново пробам. Лакше је наравно ступити у контакт и везу када и девојка има психичке проблеме, али их ја не бирам по томе. Сада се баш добро осећам, очекујем и неки посао, па ћу поново да се ангажујем у изражењу партерке, верујем са мало више успеха” (осмех).

У браку је само троје мушкараца из обе старосне категорије, значи само 7%. Млађи испитаници живе са родитељима, исто као и они старости од 29 до 39 година, док ниједан испитаник не живи сам. Према нашем истраживању (Драгишић Лабаш, Љубичић, 2012), економска и стамбена зависност младих у Србији значајно је повезана са функционалном и когнитивном димензијом психолошке сепарације.²⁷ Ипак, у случају испитаника, корисника психијатријских услуга, ослањање на родитеље је условљено, поред наведених фактора, додатним осећањем несигурности због психичких тегоба, а посебно стигматизације и дискриминације у различитим контекстима.

Материјални статус скоро свих испитаника је процењен као „лош” или „веома лош”, јер преко 50% анкетираних „некако излази на крај”, док преко 20% „нема новца за основне потребе” или има „само за храну”, док само 4% испитаника оцењује свој материјални положај *сасвим добрим* – „одличним” (Табела бр. 4).

Овакви подаци упућују на низак социјални статус испитаника и поред значајне заступљености вишег и високог образовања, које се иначе повезује са већом запосленošћу и вишим материјалним положајем. Нажалост, корисници психијатријских услуга су на основу ових, али и других података, *добили позицију* у маргинализованог популацији. У овом разматрању налазе место и даље актуелни ставови антипсихијатара о психичким проблемима „изазваним друштвеним условима живљења” или *социози* уместо психозе, како је назвао Кискер, потом о Фукоовом *лудилу* као културно-историјском феномену у чијем настајању учествује друштво, као и Гофмановог *каријери* особа са психичким проблемима коју карактерише ограничавање упражњавања нормалних образаца живљења, те све већа изолација, којима у великој мери доприносе институције друштва (Оралић, 2008; в. Драгишић Лабаш, 2012)).

Тако да, судећи према налазима о високој незапослености, вероватно условљеној незапошљавањем особа које имају психичке проблеме, живљења младих одраслих у заједничком домаћинству са родитељима, психичким тегобама, потребној додатној количини пара за лекове и евентуално приватне психотерапијске услуге, проблемима са налажењем партнера, доживљају нераумења и одбацивања од стране

²⁷ Љубичић (Љубичић, 2012) у свом истраживању наводи да су психолошки мање зависни од родитеља старији испитаници, стамбено и материјално независни од родитеља, као и они који су (вишеструко) остварени у родитељским улогама. Такође да се мора узети у обзир да су млади у нашем друштву чврсто емотивно повезани са својим родитељима, а независно од пола, стамбене и материјалне ситуације, што представља друштвено очекивано понашање, за разлику од нпр. нордијског модела одрастања.

„здравих” и институција, без системских решења и добрих политика за оболеле, опоравак је неизван.

Значај институционалних и других мрежа подршке у процесу дестигматизације испитаника

Према исказима наших испитаника, ослањање на психијатријске и психотерапијске услуге у болници помаже у бољем разумевању *својих* негативних фактора за њихово ментално здравље, смањењу осећања личне кривице због болести, те лакшој борби са стигматизацијом.

Добили смо и важне податке о постојању три врсте подршке и помоћи (материјалној, емотивној и *емпиријско-разумевајућој и саветодавној*) које испитаници углавном добијају у својој породици и психијатријској институцији. Међутим, нашим испитаницима је потребан знатно снажнији ослонац за материјалне и друге проблеме, и то у државним политикама и закону. Тако, према њиховој процени, могу да се обрате за материјалну помоћ, пре свега, родитељима (45.2%), потом пријатељима и рођацима, а веома мали проценат Центру за социјални рад (6.5%), док се око 20% испитаника не би никоме обратило „јер им нико не би помогао”.

Емотивну подршку добијају од родитеља исто колико и од психијатара и психотерапеута (28.2%) потом партнера и нешто мање од пријатеља и рођака. Када им је потребна емотивна подршка 13% испитаника се никоме не обраћа. Отворено комуницирају о својим проблемима и потребама у највећем броју са психотерапевтима и психијатрима (око 50%), потом пријатељима, родитељима и партнером, док 5% ни са ким не *дели* своје проблеме. Око 10% испитаника нема пријатеље, око 30% њих дружи се са људима који немају психичке тегобе, и осећају се прихваћеним у њиховом друштву, док се 60% дружи са људима који имају сличне тегобе. Нажалост, само двоје наших испитаника су чланови Удружења корисника психијатријских услуга („Душа” и „Видеа”). Знатан број није чуо да ова удружења постоје, преко 30%, док други сматрају да им чланство у њима није потребно, јер су им услуге које добијају у психијатријској институцији, посебно у клубовима, довољне. Испитаници очито још увек не виде удружења као места за подршку, дељење искустава, упознавање људи и дружење.²⁸

Судећи по овим подацима 70% испитаника су вероватно етикетирани, а етикетање води ка стигми „која трајно учвршћује негативни стереотип о особама које имају психичке тегобе” (Link and Felan, 1999 према Опалић, 2008, стр. 55). Стереотипно (мишљење да су сви оболели - опасни, агресивни, непредвидиви, радно нефункционални, неизлечиви...) нетачно је, претерано, искривљено и сувише уопштено, те не одговара стварним карактеристикама људи на које се односи. Дакле, стереотип искривљује стварност (Кестановић, 2010), док су шансе за бољи положај и квалитетнији живот наших испитаника вероватно мале. Тако смо у једном ранијем истраживању стигматизације зависника од алкохола у процесу лечења (Dragišić

²⁸ У Србији је према подацима из 2011. (Божовић, Димитријевић, 2011) радило 7 удружења корисника психијатријских услуга: „Душа” (15 чланова) „Херц” (око 40 чланова) и „Видеа” (15 чланова) из Београда, „Звоно” (преко 100 чланова) и „Валенца” (око 40 чланова) из Ниша, „УЛОП” (преко 100 чланова) из Новог Сада и „Дуга” (око 40 чланова) из Зрењанина.

Labaš et al, 2012) дошли до података да се 61% испитаника, и то више мушкараца, на почетку лечења од алкохолизма осећало стигматизованим.²⁹

Више од 80% наших испитаника су чланови неке терапијске групе, док више од 60% има свог психотерапеута. Ипак се посебно вредним показао рад у групи. И према нашим ранијим истраживањима рад у групи је довео до бржег опоравка и дуже апстиненције од ПАС.³⁰ Рад у групи, у Клубу младих, оснажује чланове да се лакше суочавају са различитим проблемима у породици, међу вршњацима и у окружењу, да науче технике за бољу комуникацију, лакше остваре и одржавају другарске и пријатељске контакте, реализују партнерство, потом наставе или заврше започето школовање, све до предлога о различитим начинима тражења и налажења посла. Позитивни ефекти групног рада се испољавају у смањењу депресије и анксиозности, док континуирани психо-едукативни рад повећава фонд знања о менталним поремећајима, што утиче на прихватање различитости и смањење самостигматизације, али и стигматизације других са „тежим обољењима” (Ristić et al. 2018).

Стигматизација кроз термине, негативне ставове и однос према корисницима психијатријских услуга

Испитаници сматрају да други „здрави” (најчешће они који их не познају), имају о њима негативно мишљење и да их често виде као: *нефункционалне* - „неспособне за рад и за живот”, потом *грујачијеј расположења и изгледа* - „досадне”, „незанимљиве”, „превише тужне”, „оне који се не заустављају у причању”, „одсутне”, „необичне”, „смешне”, „сасвим другачије”, и на крају *ојасне* - „оне од којих је боље склањати се”, „оне за које се не зна шта ће у ком тренутку да ураде”. Неки су испитаници доживели да их овако називају, а неки претпостављају да други овако мисле о њима. Овакви налази су очекивани, јер су наши испитаници као и „здрави” социјализовани у истом друштву и култури, па су вероватно некада и сами стигма-

²⁹ Већи број мушкараца у односу на жене доживео је одбацивање и дистанцу, и то: на послу (колеге, послодавац); у социјалној средини (познаници, пријатељи, кумови); у широј породици (рођаци); у ужој породици (супружник). Овакав доживљај је трајао од 7 месеци до 3 године. Разлог овоме може се наћи у јавном дискурсу у којем је очекивано и оправдано када мушкарац пије алкохол све до долажења у стање зависности које „није дозвољено” и „неочекивано је за мушкарце”, па ће и лечење изазвати стигму. За жене је супротно, јер је пијење „недозвољено”, а уколико се ово правило прекрши, улазак у зависност је очекиван, и очекује се да се жена лечи.

³⁰ Истраживањем ефеката различитих врста терапија, према мишљењу испитаника, у њиховом лечењу алкохолизма и зависности од других ПАС, добијени су следећи подаци о значају: 1. психотерапијских и социотерапијских метода за апстиненцију, успостављање стабилних интерперсоналних односа и квалитетног психолошког опоравка, без медикације; 2. породичне психотерапије као врсте третмана са највећим позитивним ефектима; 3. укључивања породичног сарадника или друге значајне особе; 4. потреби и мотивисаности за долазак у Клуб који се доживљава као повољно, подржавајуће и дестигматизујуће социјално окружење; 5. Клубу као делу *ланца опоравка* који омогућава комплетирање породичне рехабилитације, побољшање квалитета живота и социјалну интеграцију; као и 6. повезаности дуже апстиненције са мањим бројем зависника у ужој и широј породици (Dragišić, Nastasić, 2013).

тизовали друге, што у разговору један број и потврђује. Око 80% испитаника се не слаже са сликом коју други имају о њима. Сматрају да претерују и да су они када се лече „скоро као здрави“, док других 20% сматра да су се битно променили у односу на период пре болести, што указује да је антиципирана стигма снажна.

Одговори испитаника о томе како их други виде слични су са подацима из неких наших студија које су се бавиле овом темом, али су две карактеристике - „агресивност“ и „опасност“ имале значајније место од онога које му испитаници придају. Дакле, они сматрају да их други доживљавају мање агресивним и да их се мање плаше. Из интервјуа сазнајемо да се често испитаници плаше „здравих“, јер је значајан број и доживео вербалну и физичку агресију.

Ставовe „здравих“ према „болеснима“ потврђују следећи примери у којима наши саговорници описују како су се други понашали према њима и како су се они због тога осећали. У питању је стигматизација, пре свега у радној средини, али у другом случају и у породици.

Приказ случаја 1. „Људи то нисам ја“

Невена³¹, старости 25 година, апсолвенткиња книжевности, студенткиња са високим просеком, повремено ради хонорарно као новинарка, неувата, живи са родитељима и братом, лечи се у психијатријској болници 3 године, дијагностикован је биполарни афективни поремећај. Годину дана долази на породичну терапију и у Клуб младих, у доброј је ремисији.

„Кад сам раније била у маничној фази, њресѝанем да ѝијем лекове, одмах мењам боју косе, сукња краћа, одмах нађем бар шѝри момка, ѝијем алкохол кад изађем, све ми лејо и весело, брже радим, више ѝрешим, ѝелефонирам, ѝравим рачуне, не сређујем собу, мрзи ме да ѝерем судове, на ѝруи не заѝварам усѝа, одлејим скроз. Кад се саберем, одем на ѝрејлед, ѝочнем да ѝијем лекове, разѝоварам са ѝерајеуѝом, онда ме је срамоѝа од родѝијеља, браѝа, од колеѝа на ѝослу. Чула сам како колеѝница каже – ‚ојетѝ ѝолудела‘. Знам да ме зову и ‚лудача‘, и ‚луда инѝелекѝиуалка‘. Осећала сам се ѝрозно, била сам очајна и сѝидела се збоѝ ѝаквоѝ ѝонашања, али знам да ѝо нисам ја. Дође ми да вичем: – Људи, ѝо нисам ја, ја сам друѝачија особа кад нисам у ѝој фази, ѝо су ѝи ѝроклеѝи симѝѝоми. Не би ме ни ѝримили на ѝосао да су знали, али ја сам радила дујле смене за истѝе ѝаре и добро ѝишем ѝа еѝо... Сада симѝѝоме држим ѝод конѝролом, сѝарија сам, не ѝравим ѝрешке. Али сада је касно. Кад једном добијеш еѝи-кеѝу никада је или веома ѝешико скинеш. У ѝоследње време оѝворено ѝоворим о болесѝи са неким колеѝама, чини ми се да ме мало разумеју, као да ме ѝрихваѝају, али само КАО. Баш се лоше осећам, ѝужна сам, Chesѝо збоѝ ѝоѝа ѝлачем, а знам да сада нисам де-ѝресивна, функционисhem добро. Не верујем да ће ме икада друѝачије осим као ‚лудачу‘ ѝосмаѝраѝи колеѝе, комиѝје, мноѝи рођаци. Једино у ѝруи имам ѝодрику, ѝраву и ис-крену, а друѝима је истѝо као и мени. Може ли неѝѝо да се ѝромени, ѝѝа ви мислиѝе?“

Приказ случаја 2. „Зовем се Алкохоличар“

Небојша³², старости 45 година, архитектонски техничар (завршио 3 године на студијама Архитектонског факултета), запослен, има 22 године радног стажа,

³¹ Промењено име.

³² Промењено име.

ожењен, једно дете. Лечи се од зависности од алкохола 3 године. Дугогодишњи конзумент алкохола, од своје 20. године. У време уласка у брак такође конзумирао алкохол и повремено се опијао. Долазио на породичну терапију и у Клуб лечених зависника, потом на индивидуалну терапију и у Клуб.

„Пијем иредуио, али ми се чини да је мојој суирузи и неким мојим колеџама више одговарало када сам био неџо сага када се лечим и не пијем. Пијам се ко је овде луд^с они или ја (смех). Очекивао сам пџозиџивне реакџије и коменџаре, а у сџивари добио нешџо шџо сам најмање очекивао, њихово неџриџаџно изненађење, као да су џочели да се пијџају ‘Је л’ моџуће да је Небоџиа алкос’, џа неџо шџа сам. И џако сам ја доживео да ме одбаце заџо шџо сам дошао у ‘Лазу’ џо значи да сам сиџурно луд, а онда чим ми је џоџребно лечење да сам сџиварно алкохоличар, значи џреба и име да џроменим, да се зовем Алкохоличар... Како сам се осећао у џочетџку - џрозно, џужно, неџодржано, осџављено, али ми је џруџа дала снаџу и информације ... А у сџивари ја сам сага најоџон нормалан човек, и веома сам џносан на џо шџа сам све урадио за ове 3 године. Моја жена не може да џрихваџи да сага заједно одлучујемо, да сам заинџересован за многе сџивари за које нисам био, да се доџоварамо око џара и улаџања у кућу, џрестџала је да буде сарадник у лечењу. А ови моји на џослу су ме израбџивали док сам био колико џод су моџи, а саг више не моџу да маниџулишу, џо је џроблем... Наравно да сам еџикетџиран, али заџо шџо се лечим, а не заџо шџо пијем, за разлику од груџих који имају џсихозу, и које не воле да виде у фирми, склањају се од њих, џлаше се, џа их мрзе, као да ће да их заразе. Имамо неколико баџ добрих инжењера, лече се и баџ су добри џуди. Имамо ми мноџо више оних здравих који џреба да се лече, и џо не само алкохоличаре, неџо слџављаче, маниџулаџџоре, моралне неџџоџе, џо се ваљда зове џоремеџај личностџи...”

Термини којима се најчешће обележавају особе са пихичким тегобама у нашем друштву и мишљење испитаника о адекватнијим терминима

Наши испитаници/це сматрају да се у јавном дискурсу најчешће користе следећи термини за особе са психичким тегобама: лудак, душевни болесник, ментално џоремеџен, џсихџичар, нервни болесник, алкос, алкохоличар, нарџоманџина и нарџоман, гроџираџи. Ређе од претходних термина су у употреби изрази: зависник од гроџа, џсихџџџриџски џацијентџ, човек са џсихџичким џроблемом, особа са џсихџичким џоремеџајем, особа која има џроблем са ПАС, а најређе корисник џсихџџџриџских услуга.

Стигматизујући термини, из прве групе најчешће коришћених, испитанике: „вреџају” и „понижавају”. Термини „немају везе са њиховим понашањем, а посебно када су у терапији”, а други џуди зато „верују да су они сасвим различити”, „о њима ружно мисле”. Термини такође „затварају очи другима”, „све стављају у исти кош”, „лечене не разликују од нелечених”. Термини су и „однос према нама, а не само речи” и „реч може да убије”.

Испитаници сматрају да су најадекватнији и најмање стигматизујући термини „корисник услуга дневне болнице” и „корисник психотерапијских и психџџриџских услуга”, али се у нешто мањем броју наводе и „зависник од ПАС у процесу лечења”, „успешни апстинент од алкохола”, „корисник услуга Саветовалишта за брак и породицу”, „корисник услуга Саветовалишта за младе”.

Није нађена статистички значајна разлика између образовања, година старости и предлога *адекватних термина*. Дакле, испитаници су изразили жељу да се стигматизујући термини промене, и они верују да ће то делимично утицати на промену односа према њима. Да би се променио однос, како каже једна испитаница „потребно је и 100 година, али боље и тада, него никад”.

Тако је један испитаник написао: „Ма зовите како хоћете, само немојте више да бијете.”

Закључак

Третман, брига и однос према особама које имају психичке тегобе, како у јавности, тако и у медицинским институцијама, произлази из става према њима. Уколико је став негативан, он може бити повезан са коришћењем неадекватних термина. Неадекватним изразима се снажније изражава нетолерантност, дистанца и одбацивање. Такође, уколико је веровање о настанку менталног поремећаја повезано са психосоцијалним чиниоцима и стресним животним околностима, разумевање је веће, а дистанца мања, док пребацивање узрока на медицински, индивидуални, генетски или морални ниво, повећава дистанцу и негативне стереотипе.

Наши испитаници сматрају да термини који су најчешће у употреби њих вређају и стигматизују, те се залажу за њихово преименовање од „лудака”, „алкоса” и „наркоманчине” у „корисник психијатријских услуга”. Сматрају да медији могу доста да допринесу томе, али и образовне институције. Јасно им је да то не значи директно и промену, тј. бољи однос према њима, па то у скорје време не очекују, али верују да је могуће.

Различите врсте терапија, које добијају у психијатријској институцији значајне су за ублажавање или нестанак симптома, док психоедукација и рад са њиховим породицама сматрају најважнијим за смањење антиципиране стигме, и превазилажење „досадашњих препрека”, нпр. у тражењу посла, партнера и пријатеља. Ипак, не може се рећи да се у психијатријским институцијама не стигматизују пацијенти. И поред израженог задовољства услугама и односом особља према нашим испитаницима, неадекватан третман и однос су и даље присутни. Тако да се улога психијатрије од давнина није битно променила, а како то и Муњиза (Munjiza, 2011, str. 29) наводи „више се психијатрија бринула за заштиту друштва од душевног болесника, него за заштиту самог душевног болесника” те је овакав однос, мада не у размерама као раније, присутан и данас.

Поправљање породичних односа и повољнија породична клима јесте важан фактор за добро функционисање оболелих и ван породице, али уколико су негативни стереотипи снажни и општи, дискриминација у другим социјалним контекстима, оболеле *враћа и задржава* у породици. Управо се ово догодило нашим испитаницима. Њихово ослањање на материјалне и емоционалне породичне ресурсе је видно, а условљено структурним факторима (економским, политичким) у последње две деценије у Србији, као и структуралном дискриминацијом која битно смањује животне шансе оболелих, а само делимично болешћу.³³

³³ Препорука – пробајте прво да видите човека па онда његов психички проблем. Схватићете колико сте имали предрасуда.

Стога се у литератури препоручују антистигма програми намењени старијој популацији (која има снажније негативне ставове), потом кампање за запошљавање корисника психијатријских услуга, едукативни програми базирани на научним студијама о факторима који утичу на формирање негативних ставова, промена раније коришћених назива за особе са психичким проблемима и називе одређених менталних поремећаја, посебно шизофреније. Овде свакако треба рећи и колико су удружења корисника психијатријских услуга важна и да је њихов број у Србији у односу на број особа које имају психичке тегобе занемарљив, па је отварање нових и материјална подршка заједнице неопходна.

Sladana M. Dragišić Labaš¹
University of Belgrade
Faculty of Philosophy
Department of Sociology
Belgrade (Serbia)

**OPINIONS OF USERS OF PSYCHIATRIC SERVICES ABOUT
THE *IMAGE* THEY LEAVE ON OTHERS AND STIGMATIZING
TERMS: CONSIDERATION OF THE EXPERIENCED STIGMA AND
SUGGESTIONS FOR ALTERNATIVE TERMS**

(Translation In Extenso)

Abstract: This paper considers opinions of users of psychiatric services on how others see them and about the terms used in public discourse for people with mental disorders. Above all, we are interested in terms that the responders deem most appropriate and respectful. In Serbia, this topic remains largely unexplored and is given almost no scholarly attention. The data however indicate that the most commonly used terms are precisely those which are stigmatizing and disqualifying and that the WHO recommendations on the use of different (less stigmatizing) terms has not been followed in all health institutions, and even less so in other institutions or work organizations. Most respondents think that others see them in a negative light, as “dysfunctional”, “oddly behaving and looking”, or even as “dangerous”. We hence present the data on experienced discrimination in work and family environments obtained from two interviews. We believe that, besides the recommendations for the usage of alternative terms, education in educational institutions is needed, as well as well-designed anti-stigma programs and responsible media reporting, and considerably more research in which respondents are persons with mental disorders.

Keywords: users of psychiatric services, stigmatizing terms, stereotypes, experienced stigma, change of terms

Introduction

People with mental disorders face a number of obstacles in education, employment, mental health and integration into society, but not because of their limitations, but because of negative attitudes in the public.² It is estimated that about 20% of the

¹ sladjadl@yahoo.com

² Schizophrenia is the most stigmatized mental illness, and the WHO launched an international anti-stigma campaign focused on this illness in 1996. The goal was to ease the burden of the stigma carried by the ill, through family mobilization, community support and mental health institutions

population has experienced psychological problems in their lifetime, with $\frac{3}{4}$ of people starting to experience these problems at the average age of 24.5 (Koike et al., 2017, p. 170). The stigma and discrimination related to psychological disorders (i.e. to persons and families with an ill member) have a significant impact on people avoiding to seek help from institutions, especially when it comes to young people. Research indicates the existence of experienced and anticipated discrimination³ in different social contexts. It means that negative stereotypes⁴ (which cause stigma, social distance, rejection) are accepted over time, the stigma is internalized, and the person suffering from a mental illness feels shame in combination with a reduced self-esteem and a bad image of oneself. Therefore, the shift of negative attitudes towards users of psychiatric services is necessary in order to improve access to mental health institutions and rehabilitation, employment and education services. Research is expected to identify important factors that affect the formation of negative attitudes in different cultures.

Research on the use of different terms used to refer to or *label* people with mental problems is also considered to be an important or even the first step towards major reforms in this field. New terms should influence the development of social awareness, the change of attitude and reduction of discrimination, but it is necessary to emphasize that changes in names and politically correct terms are certainly not sufficient, and that they are *one step in the line* of policies directed towards persons with mental disorders. There are also different views on politically correct terms, for example, those that say that euphemisms (style and courtesy) hide a special type of social control, called nihilation, which uses non-perception, rejection and ignoring as means of control (Marinković, 2006, according to Ljubičić, 2015, pp. 16-17). The question is - does society deny and hide mental illness in this way? Ljubičić (2015), in a significant sociological study on competence, expresses

in 19 countries. Over the course of the campaign, young people were educated on schizophrenia, in some countries, in conversation with people who were ill and with the members of their families. According to research, such educational programs significantly influenced the change of attitude of high school and university students in several countries. It was concluded that good mental health and the risk of mental illness are universal problems, and that the acquisition of new knowledge is an important factor for the change of attitudes (Sartorius & Schulze, 2005).

³ Stigma and discrimination have a long history, since persons suffering from a mental illness were treated as undesirable and the ones who bring humiliation and shame to others even in ancient Greece. In the past, the stigma was considered a moral characteristic of personality, and today it is a social construct that consists of 4 related components: the identification of differences between people; the labeling of people conditioned by cultural beliefs and negative stereotypes; the separation of the *labelled* people in a different category that separates them from “us”; the rejection and discrimination experienced by the labeled people. Therefore, the stigma is a negative attitude towards people with mental disorders, and discrimination is the unfair treatment of people as being socially undesirable. Such treatment can cause unemployment, social isolation, homelessness, institutionalization (Högberg et al., 2012; WPA, 2005, p. 15). Angermeyer (2004 according to Opalić, 2008, p. 55) lists three forms of discrimination: individual (social distance caused by pity, fear, anger...); structural (discrimination of the ill at the legal, political and social level): self-stigmatization (the withdrawal of the ill to avoid further discrimination, divided into the anticipated and actually experienced discrimination).

⁴ Stereotypes and other negative attitudes about stigmatized groups represent “cultural wisdom”, and are transgenerational, transmitted through socialization (Mojtabai, 2010, p. 706).

a belief that language transformation is not so important⁵ as it does not lead to structural changes and the changes in the status of persons with mental disorders. Taking all the remarks on politically correct terms as important for consideration and discussion, in this paper we asked people suffering from various psychological disorders how they preferred to be called by others, and the obtained data should be considered as an expression of their desire and need.⁶

The further text will be about attitudes towards people with psychological problems in different societies and cultures, as well as about the terms used to label them.

Attitudes and social distance towards people with psychological problems and the terms used to “label” them

In our literature, we find information on the use of different terms in different periods of time. So, the terms in the Serbian language which could be translated as “spiritually abnormal person” or “spiritually disturbed person” are related to the science of healing the soul, should the Greek word ψυχιατρική be literally translated (Munjiza, 2011, p. 23), i.e. psychiatry.⁷ Then, the terms opposite to mental health are used, such as “mentally disturbed”, “mentally ill”, then the terms connected with psychological or psychiatric conditions, “psychologically disturbed”, “psychiatric patient”, “psychiatric case”. Such and similar expressions were considered inadequate and stigmatizing, and the American Psychiatric Association (APA) gave instructions to avoid insulting expressions, and to put the person first and the illness second, with the recommendation to use – “a person with symptoms of mental illness” (Halmari, 2002 according to Ljubičić, 2015, p. 15). Today, in our language, in medical institutions and professional literature, the terms “persons with psychological problems”, “persons with psychological difficulties”, “persons suffering from a psychological disorder” and lately “users of psychiatric services” have been mostly in use.

According to the findings of an earlier study conducted by Popović and associates (1988) about attitudes towards people suffering from psychoses, alcoholism and narcotics, certain stereotypes were obtained which lead to an assumption that strong

⁵ The author emphasizes that changes in terms are not followed by changes in practice and the treatment of people with mental problems. Therefore, political correctness should be followed by action. Unfortunately, for now, everything ends with an appeal for correct terms, which in fact represents a way of avoiding responsibility by society.

⁶ Until the 1960s, according to Foucault (according to Božović, Dimitrijević, 2011, pp. 79-81), “the language of psychiatry was a monologue of reason about madness”. Then, the patients became clients and representatives of various human rights movements, and antipsychiatry brought new ideas about the emergence of psychological problems and new approaches to illness. Over the last 25 years, the opening of a dialogue between users and institutions has been a new trend, with associations led by the users themselves (trained for this type of work) being established in the US over the last 15 years.

⁷ In the statistical report of the Hospital for Mental Illnesses in Belgrade for the period 1861-1890 (Danić, Cvijetić, 1895), we found the following terms: “lunatics”, “incurable paralytics”, “persons out of their minds”, “disturbed”, “crazy”. The official classification of mental disorders, adopted at an international psychiatric congress in 1889, contained the following categories in its classification: “periodic madness”, “moral madness”, “neurotic madness”, “religious madness”, “idiocy”, “silliness”, “old-age silliness” etc. (Danić, Cvijetić, 1895, p. 47).

stigmatizing social attitudes about persons with psychological problems were present at that time. Psychosis sufferers were perceived, above all, as *aggressive* (“prone to outbursts”, “dangerous”, “prone to insults” and “physical attacks”); *withdrawn* (“isolated”, “non-social”, “apathetic”), *neurotic with psychomotor disorders and a different outward appearance* (“frightened, empty gaze”, “neglected”, “pale” ...), *noncompetent* and *depressed*. People addicted to alcohol were described as: *aggressive people, prone to crime and criminal behavior, having poor working abilities, and many moral shortcomings*. People addicted to drugs were described as people *without moral integrity, noncompetent, withdrawn, isolated and useless for society*, and then as *aggressive and prone to criminal behavior*.

Also, our pilot study (Ljubičić, Dragišić Labaš, Nastasić, 2013) confirmed the presence of negative attitudes of students⁸ towards people with mental problems, although to a lesser extent compared to the previous research (which did not include the student population). Psychosis sufferers are associated with *aggression, behavioral unpredictability and withdrawal/isolation*, but a number of students believe that the patients do not differ from other people and recommend a better treatment and a more humane attitude of the society towards them. They are less tolerant towards substance abusers, and consider them “aggressive”, while alcohol addicts are also considered to be “selfish and apathetic”, “people who run away from problems” and “unstable people”.⁹

Foreign literature holds various data about the attitudes of the general population, students and medical staff. Some of them point out that people who have contact with users of psychiatric services foster a significantly more tolerant attitude towards all those with such problems, while others find that the attitudes of psychiatrists and attitudes of the general population are similar, and that both show a social distance towards people with mental disorders (Malla, Schow, 1999; Probst, Peuskens, 2009; Eker, Onert, 1999; Lauber et al., 2004 according to Ljubičić, Dragišić Labaš, Nastasić, 2013).

In the EU countries (N = 29,248), it was found (Mojtabai, 2010) that social stigmatizing attitudes towards users of psychiatric services are strongly linked to individual stigmatizing attitudes, and that both influence the un/willingness to seek professional help.¹⁰ The social environment in which negative attitudes are present, especially about the dangerousness and unpredictability of people with mental problems, significantly influences individual

⁸ Changing the attitudes can start at higher-education institutions if not earlier. Therefore, this research had a practical purpose, i.e., it served as a *guideline* for further work on the course Sociology of Mental Disorders. After obtaining the data, we especially endeavored to present students with information about external factors - social, cultural and family factors in the emergence of psychological problems. We also endeavored to instruct future sociologists to redirect criticism from the individual to society and institutions, which is an important step in reducing stigmatization.

⁹ Reasons for the view on the extreme social danger of alcoholism lie in its prevalence and availability (over 80% of the answers). Substance abuse is considered to be socially most harmful due to its prevalence, inability to stop and connection to criminal behavior, and mental illness due to it being non-curable.

¹⁰ Non/agreement with the following attitudes was examined: People with psychological or emotional health problems pose a **danger** to others; People with psychological or emotional health problems are **unpredictable**; People with psychological or emotional health problems are **to blame** for the illness; People with psychological or emotional health problems **cannot be cured** (Mojtabai, 2010, p. 706).

attitudes. Older respondents are more supportive of attitudes about the dangerousness and inability to cure people with mental problems, unlike highly educated women, who do not support any of the above views in a large percentage. Such findings are important for designing anti-stigma programs in the community, first of all, or for the need for a “more massive approach” to this problem.

A study on attitudes¹¹ of the general population towards people with depression and schizophrenia on large samples¹² in Germany (Schomerus et al., 2015) found that social distance increases with age (regardless of the period in which the respondents were born during the 20th century), especially when it comes to schizophrenia.¹³ The authors point out that the data on social distance with persons born after the 1970s, that is, in the time of better education and promotion of more tolerant attitudes towards persons with mental health disorders, is worrying. The need to create an anti-stigma programs for the older population has been under consideration.

Data on social distance are also obtained from research on the stigmatization of people with mental problems by students and their parents conducted in Japan. Namely, it was shown that parents express a greater social distance towards schizophrenic patients compared to their children, which authors (Koike et al., 2017, p. 176)¹⁴ associate with better education¹⁵ of young people and new programs on mental health and information on the stigmatization of people suffering from psychosis. The name for schizophrenia was also changed.¹⁶ The previous name of “mind-split disease”, “a disease of the separated mind”, was replaced in 2002 by the term “integration disorder”, which contributed to the reduction of stigmatization.¹⁷ However, the meta-analysis of the change of the term

¹¹ The attitude consists of 3 components: the cognitive component (beliefs), the affective component (emotions), the behavioral component (activities, intentions, behavior) (Högberg et al., 2012, p. 87).

¹² It was a research over three periods, 1990, 2001, 2011, on a sample of 7,835 respondents, aged 18 to 93 years.

¹³ The question was raised - why is the social distance towards the ill increasing among the elderly. The assumption is - generally a higher level of tolerance for depression, because it is closer to everyday experience, while the symptoms of schizophrenia are *strange* and *frightening*. Also, conservatism is much more present in the age category 40-60, and older people make a narrow choice of people (social partners) that influence positive emotions.

¹⁴ It was a sample of 259 students from 20 universities in Tokyo and 160 parents.

¹⁵ Until the 1980s, textbooks in Japan claimed that people with schizophrenia and bipolar affective disorders should stop pregnancy, because the diseases are genetically transmitted. After the reaction of the mental illness associations, these contents were omitted.

¹⁶ It is also important to think about how much classification can affect the blaming and stigmatization of people suffering mental problems if psychological disorders are treated as being only individual. Thus, the remarks given by family therapists of systemic orientation regarding the new DSM-V (2013) classification of psychological disorders of the American Psychiatric Association relate to the non-systemic approach to mental illnesses, and thus to the way of diagnosis, attributing them to the individual, and not to interpersonal relationships and the environment. So, a holistic or biopsychosocial approach is lacking. The Research Domain Criteria Project (RDoC) is proposed for system-oriented therapists and researchers (Denton & Bell, 2013).

¹⁷ In Taiwan and Hong Kong, the term “dysfunction of thought and perception” is used, and “disorder of compatibility” in South Korea (Yamaguchi et al., 2017, p. 348).

“schizophrenia” to the reduction of stigma with the sufferers and members of their families indicates that further research is needed to confirm this.¹⁸ (Yamaguchi et al., 2017, p. 347).

According to a survey conducted in Russia (Pavlichenko, 2016, p. 421), the idea of changing the term “schizophrenia” is supported by psychiatrists¹⁹, and they believe that this term in their long-standing practice has influenced the stigmatization of the patients. In Russia, schizophrenia is associated with unpredictability and danger, and the most commonly used term for people who suffer from it is “schizophrenic”. Often, in the public and in the media (mostly sports and entertainment), it is used as a metaphor for “ugly, bad, shameful”. Therefore, psychiatrists stated that the change of the term influenced more frequent admission to treatment, asking for help, better integration and stigma reduction.²⁰

In Sweden, the social distance towards persons with mental problems is significantly lower than in other countries (Högberg et al., 2012).²¹ However, the social distance is different and depends on the diagnosis of the ill person. For example, in the case of patients with neurosis (depression), the acceptance of such a person as a neighbor is accepted by almost 100% of respondents, but if they are schizophrenic, then it is 70%. Otherwise, more than 70% of respondents would accept friendship with the users of psychiatric services. Higher acceptance was found with the female population aged 31-50, and with persons with higher education and those who had experience with mental problems, while a link between negative attitudes and a lower social status was not found.

In the Netherlands, according to one study, it was found that respondents did not show “harsh” negative attitudes towards people with mental disorders, but a “tendency” to be cautious. A lesser social distance towards the users of psychiatric services was determined when beliefs about the occurrence of a mental disorder were associated with structural causes, not genetics. However, if a mental illness was linked to unreliability, aggression and tendency to create problems, harassment and criminal behavior, the social distance was greater, especially if respondents believed that the ill were responsible for their illness (van ‘t Veer et al. 2006).

Negative attitudes towards users of psychiatric services were also noted in Poland, especially when it comes to employment. Negative attitudes were conditioned by the concept of users of psychiatric services as employed people, as well as beliefs that they

¹⁸ With schizophrenia, there are historically rooted beliefs about “shared personality” and “disastrous disorganization” (Yamaguchi et al., 2017).

¹⁹ A research on the use of the term “schizophrenia” and stigmatization, done in Russia among young psychiatrists found that 96.3% connect this term with stigma, while 55.5% think that this term should be abandoned immediately, and 30% in the near future (Pavlichenko, 2016, p. 427).

²⁰ There are different opinions about an adequate replacement for the term schizophrenia, so “dysregulation syndrome”, “psychosis syndrome”, “psychotic spectrum disorder”, “Bleuler syndrome” and other have been proposed. Thus, in the latest classification of mental disorders, APA, DSM-V, “schizophrenia” was replaced by the term “neurocognitive disorder” (Pavlichenko, 2016, p. 424).

²¹ In this study (3,000 respondents), the “Community Attitude to Mental Illness in Sweden” (CAMI) test was used (Taylor & Dear, 1981). Four important factors that influence attitudes towards people with mental problems were identified: intent to interact, fear and avoidance, openness and acceptance, the ideology of mental health in the community (Högberg et al., 2012, p. 86).

have large work-related limitations due to mental illness and cannot be independent, as well as by the lack of knowledge and experience in dealing with illness. Namely, employers rarely had contact with ill persons (only about 7%), while about half of the surveyed employers considered that only 10% of persons with mental disabilities were able to retain their jobs.²² Therefore, the authors advocate the implementation of campaigns on the employment of people with mental problems (Kaszyński & Cechnicki, 2011, p. 45).

From the above studies, we find that the social distance towards psychiatric users is, to a lesser or greater extent, recognized in all countries, regardless of the economic and cultural diversity. However, negative stereotypes and stigmatization can certainly be reduced, as shown by examples from Sweden and the Netherlands, as well as the use of alternative terms in Japan and Russia. A better understanding of mental illness and persons with mental disorders in public discourse would contribute to a more frequent treatment of patients and a faster recovery. On the other hand, the “healthy” would benefit from this behavior - the fear of “danger, unpredictability and aggressiveness” would be reduced.

The objective, sample and method of research

The aim of this paper was to study the opinions of persons with mental disorders treated in psychiatric institutions on the terms used to denote them and other persons with similar problems in public discourse, as well as on the terms which, in their opinion, would be the most acceptable and less stigmatizing. A sample of 124 respondents (63.7% men and 36.3% women) consisted of service users of the psychiatric hospital “Dr Laza Lazarević” in Belgrade. The higher number of men in the sample is due to a higher number of men in the population of people addicted to psychoactive substances. Otherwise, subjects suffered from different diseases that could be classified into three groups: psychosis, addiction to psychoactive substances and neurosis. Some were hospitalized, one or several times, while others used the services of the Day Hospital and Ambulance, the Club of Abstainers and Anti-Alcoholics “Skela”, the Youth Club, the Center for Marriage and Family. Respondents were interested in this research and considered it useful for researchers and themselves, because they could express their opinion, but with little hope that something would change in the near future. Interviews were also conducted with a number of respondents, some of them for the purpose of this paper. It is a non- probabilistically suitable sample²³, which consisted of people who used various services of this institution in the period 2013-2014. The respondents were of different sex and age, with different diagnoses, but all fulfilled one condition - that they used the services for at least one year.

²² The sample consisted of 503 employers from medium and small enterprises. According to the findings, every tenth employer would dismiss a worker if they learned about psychological problems, while 25% of employers would not extend their employment, and 60% would refer the worker to a psychiatrist.

²³ Selecting available members (Fajgelj, 2014, p. 568) from a population with mental disorders, currently being treated at a particular psychiatric institution.

Research results

Socio-demographic characteristics of the respondents

Of 124 respondents (63.7% men and 36.3% women), most were between the ages of 51 and 61 (34%), while the percentage of representation was similar in other age categories. Respondents belonging to the most prevalent category were users of the services of the Day Hospital (group sociotherapy and individual psychotherapy), the Former Addicts Club and the Center for Marriage and Family. Adolescents and young adults together (18-29, 29-39) were also similarly represented as the previous category and were the users of the services of the Ambulance (individual and family psychotherapy) and the Youth Club.

The educational structure of the respondents is very good (Table no. 1), as over 30% were persons with vocational college or academic education, taking into account that according to the 2011 census about 16% of the population had university education (Statistical Yearbook of RS, 2014). However, regardless of the favorable educational structure, only 25% were employed, and 25% were retired. About 20% of the respondents had been fired, and they said that they “were the first to be dismissed when companies went bankrupt”, while 15% quit, and the most common reasons for this were “the lessening of work performance at the time”, “frequent sick leave” and “non-acceptance by others” and even “ridicule and insults”. Thus, there was 50% of the unemployed (Table no. 2), which is twice the percentage of the unemployed in Serbia in 2013, when unemployment reached 23% for those over the age of 15 (Statistical Yearbook RS, 2014, p. 64).

The (mostly long-term) unemployment of highly educated young people has been a major problem in Serbia.^{24,25} This situation in the labor market, together with a negative attitude (of managers and others in the company management structures) towards employment of persons with mental disorders significantly reduces the chances of finding work. Also, according to foreign research findings, the unemployment of people with mental problems is three to five times higher than that of the general population, but is also related to the diagnosis. Thus, people with schizophrenia are most rarely employed (80% to 90% are unemployed), followed by people with bipolar disorder (40% to 60% are unemployed) and, in a lesser percentage compared to the previous two categories, persons suffering from an anxiety disorder (20% to 35% are unemployed) (Milačić-Vidojević et al., 2010, p. 6). One of the few studies conducted in Belgrade also showed that the number of unemployed people diagnosed with schizophrenia is high and amounts to 76%, while 38% want to work, but do not manage to find employment (Milačić-Vidojević et al., 2010).²⁶

²⁴ After 2008, in Serbia “a large number of young people discouraged by lack of employment transitioned to inactivity”, often combined with the prolongation of education (Arandarenko, 2011 according to Mojić, 2012, p. 120).

²⁵ Mojić (2012, p.122) states in the research that a number of young people are waiting for employment for a longer period of time and that the length of unemployment is longer if the following resources are scarce: individual resources (number of years of schooling, additional activities) and family resources (cultural capital, education of parents, average income per household member).

²⁶ According to this study, 62% of respondents experienced job-related discrimination, that is, 28% when applying for a position, and 34% when it comes to keeping the position (experienced discrimination). The data that 54% of respondents exhibit anticipated discrimination (expectations that they will be discriminated and unequally treated) and therefore do not seek employment is significant.

Particular attention should be paid to the data on the favorable educational structure of our respondents, on the one hand, and high unemployment, on the other. This finding requires research, certainly on a larger sample.

A significant number of respondents, over 40%, was not married, while over 20% were divorced, which points, on the one hand, to the age and presence of younger respondents in the sample, who have not yet decided to be married or live in a marital partnership, and, on the other hand, that there may be a problem with finding partners which are linked to psychological problems and non-acceptance of such problems by the “healthy”. A high percentage of divorced respondents, almost $\frac{1}{4}$, leads us to think about intolerance and non-acceptance of “a partner with a diagnosis”- in words of one respondent, especially if the illness developed during marriage (Table no. 3).

There were more unmarried men than women (almost half), but they were mainly members of the younger age group from 18 to 28 years of age, which is a *general trend* of a later marriage compared to the past century of our society. However, a significant number was in the category of 29 to 39 years of age, which can point to problems, i.e., it is more difficult to find a partner “tolerant to psychological problems”, unemployment and a lower social status, as well as having no desire for partnership, which, according to experience from practice, is the least possible assumption. Thus, one respondent (aged 35, with higher education, currently unemployed) stated:

“I have not been in a relationship for 3 years. I used to have girlfriends before. I was in long and short relationships. Now it’s a problem. I do not want to enter a relationship and hide that I am in treatment and go to psychotherapy. So far, two girlfriends have given up on me, and then I began to give up on them. The reason for this are negative stereotypes about myself and others who are being treated. I understand this only to a certain degree, I was brought up to accept different people. There are good and bad people among us, regardless of the diagnosis ... The group does not support my behavior in relation to girls – the giving up, and I’ve decided to try again. It’s easier to get in touch and contact when a girl also has mental issues, but I do not choose them according to this. Now I feel very well, I expect some work, so I will re-engage in looking for a partner, I believe with a little more success” (smile).

Only three men in both age categories were married, accounting for only 7%. Young respondents lived with their parents, just like those aged 29 to 39, while no respondents lived alone. According to our research (Dragišić Labaš, Ljubičić, 2012), the economic and residential dependence of young people in Serbia is significantly related to the functional and cognitive dimension of psychological separation.²⁷ However, in the case of the respondents, the users of psychiatric services, the reliance on parents is conditioned, in addition to the above factors, by additional feeling of insecurity due to mental problems, and particularly by stigmatization and discrimination in different contexts.

The financial status of almost all respondents was assessed as “bad” or “very bad”, as over 50% of respondents “somehow make ends meet”, while over 20% “do not have money

²⁷ Ljubičić (2012) states in the research that older respondents are psychologically less dependent on their parents, as well as those who are independent in terms of finances and place of residence, and those accomplished in parental roles. It should also be taken into account that young people in our society are strongly emotionally connected with their parents, regardless of gender, housing and material situation, which is a socially expected behavior, unlike, for example, the Nordic model of upbringing.

for basic needs” or has enough “for food only”, while only 4% of respondents rated their financial status as good – “excellent” (Table no. 4).

Such data indicate a low social status of the respondents, despite a significant representation of highly educated people, which is usually associated with higher employment and a higher financial position. Unfortunately, the users of psychiatric services, as shown by these and other data, *got a position* as part of the marginalized population. This consideration also includes current views of antipsychiatrists about psychological problems “caused by social conditions of life” or a *sociosis* instead of psychosis, as Kisker called it, then Foucault’s insanity as a cultural and historical phenomenon in which society is taking part, as well as Goffman’s *career* of persons with psychological problems characterized by limiting normal forms of life, and increasing isolation, greatly contributed by the institutions of society (Opalić, 2008; see Dragišić Labaš, 2012).

Thus, judging by the findings on high unemployment, probably conditioned by the non-employment of persons with mental problems, the housing situation of young adults living in joint households with their parents, psychological problems, the additional finances needed for medication and possibly private psychotherapy services, problems with finding a partner, experiencing misunderstanding and rejection by the “healthy” and institutions, without systemic solutions and good policies for people with disabilities, the recovery is uncertain.

The importance of institutional and other support networks in the process of destigmatization of respondents

According to the testimonies of our respondents, the reliance on psychiatric and psychotherapy services in the hospital helps to better understand the *external* negative factors for their mental health, reduce the feeling of personal guilt for the illness, and *deal with* stigmatization more easily.

We also obtained important data on the existence of three types of support and help (financial, emotional and *empathic-understanding and advisory* support) that respondents mostly received in their family and the psychiatric institution. However, our respondents need a much stronger support for their financial and other problems in state policies and law. According to their testimony, they sought financial assistance primarily from their parents (45.2%), then from friends and relatives, and a very small percentage from the Center for Social Work (6.5%), while about 20% of respondents would not ask anyone for help “because no one would help them”.

They received emotional support from parents as much as from psychiatrists and psychotherapists (28.2%), then partners and to a lesser degree from friends and relatives. When in need of emotional support, 13% of respondents did not talk to anyone. They openly communicated about their problems and needs with psychotherapists and psychiatrists in the largest percentage (about 50%), then friends, parents and partners, while 5% did not *share* their problems with anyone. About 10% of the respondents had no friends, about 30% of them associated with people without psychological problems and felt accepted by them, while 60% were friends with people with similar problems. Unfortunately, only two of our respondents were members of associations of users of psychiatric services (“Duša” and “Videa”). A significant number was unaware that these

associations existed, over 30%, while others felt that the membership in them was not necessary because the services they received in the psychiatric institution, especially in the clubs, were sufficient. Respondents obviously still do not see associations as places to find support, share experiences, meet people and socialize.²⁸

According to these data, 70% of respondents were likely to be labeled, and labeling leads to a stigma that “permanently reinforces the negative stereotype of people with mental disorders” (Link and Felan, 1999 according to Opalić, 2008, p. 55). Stereotypical thinking that all people suffering from mental illnesses are - dangerous, aggressive, unpredictable, non-functional and incurable is incorrect, excessive, distorted and too generalized, and it does not correspond to the actual characteristics of the people to whom it relates. Therefore, the stereotype distorts reality (Kecmanović, 2010), reducing the chances of a better position and a better quality of life of our respondents. Thus, in an earlier study on the stigmatization of people addicted to alcohol in the process of treatment (Dragišić Labaš et al., 2012), it was found that 61% of the respondents, of which more are men, felt stigmatized at the beginning of the treatment from alcoholism.²⁹

More than 80% of our respondents were members of therapy groups, while more than 60% had their own psychotherapist. Nevertheless, the group work was shown to be particularly valuable. According to our previous research, group work leads to a faster recovery and longer abstinence.³⁰ Working in groups, in the Youth Club, empowers members to face different problems in the family, among peers and in the environment, to learn techniques for better communication, to more easily realize and maintain friendly contacts, relationships, then continue or finish their education, up to suggesting different ways of finding a job. The positive effects of group work are manifested in the reduction

²⁸ According to data from 2011 (Božović, Dimitrijević, 2011), 7 associations of users of psychiatric services existed in Serbia: “Duša” (15 members) “Herc” (about 40 members) and “Videa” (15 members) from Belgrade, “Zvono” (over 100 members) and “Valenca” (about 40 members) from Niš, “ULOP” (over 100 members) from Novi Sad and “Duga” (about 40 members) from Zrenjanin.

²⁹ A greater number of men compared to women experienced rejection and distancing: at work (colleagues, employers); in the social environment (acquaintances, friends, godfathers); in the extended family (relatives); in the close family (the spouse). This experience lasted from 7 months to 3 years. The reason for this can be found in public discourse in which it is expected and justified when a man drinks alcohol until he becomes “addicted” which is “not allowed” and “unexpected for men”, and so the treatment would also cause stigma. For women, the opposite is true, because drinking is “not allowed”, and if this rule is violated, addiction is expected, and the woman is expected to seek treatment.

³⁰ The study on the effects of the treatment of alcoholism and dependence on other substances, according to respondents' opinion, the following data were obtained on the significance of: 1. psychotherapeutic and sociotherapeutic methods for abstinence, establishing stable interpersonal relationships and quality psychological recovery, without medication; 2. family psychotherapy as the type of treatment with the greatest positive effects; 3. involvement of a family associate or other significant person; 4. the need and motivation for visiting the Club that is perceived as a favorable, supportive and destigmatizing social environment; 5. the Club as a part of the *recovery chain* that enables the completion of family rehabilitation, improving the quality of life and social integration; as well as 6. the connection of longer abstinence with fewer addicts in the narrower and wider family (Dragišić, Nastasić, 2013).

of depression and anxiety, while the continuous psychoeducational work increases the knowledge on mental disorders, influencing the acceptance of differences and the reduction of self-stigmatization, as well as the stigmatization of others with “severe disorders” (Ristić et al., 2018).

Stigmatization through terms, negative attitudes and relationship towards psychiatric service users

Respondents believed that other “healthy” people (mostly those who do not know them) had negative opinions about them and often saw them as being: *non-functional* – “incapable to work and live”, *with a different mood and appearance* – “boring”, “uninteresting”, “too sad”, “the ones who never stop talking”, “absent-minded”, “unusual”, “funny”, “completely different” and ultimately *dangerous* – “people one should avoid”, “people whose behavior at any given time is uncertain”. Some respondents experienced being called in this way, and some assumed others saw them like this. Such findings are expected because our respondents, as well as the “healthy”, had been socialized in the same society and culture, so they once probably stigmatized others, which was confirmed by a number of respondents. About 80% of respondents disagreed with the *image* others had about them. They thought they were exaggerating and that they were “almost as healthy” when in treatment, while the other 20% thought they significantly changed compared to the period before the illness, which indicates that the anticipated stigma was strong.

Their responses on how others see them are similar to the data from some of our previous studies dealing with this topic, but two characteristics – “aggression” and “danger” - had more prominent positions than the one our respondents gave them. They felt that others saw them as less aggressive and were less afraid of them. From the interview, we found that the respondents often feared the “healthy” because a significant number of them had experienced verbal and physical aggression.

The attitude of the “healthy” towards the “ill” is confirmed by the following examples in which our respondents described how others behaved toward them and how they felt about it. This was stigmatization primarily in the workplace, but also in the family in the second case.

Case 1. “This isn’t me, people”

Nevena³¹, aged 25, in her final year of studying literature, with a high GPA, occasionally works part-time as a journalist, she is single, she lives with her parents and brother, has been in treatment in a psychiatric hospital for 3 years due to a diagnosed bipolar affective disorder. She has been attending family therapy and the Youth Club for a year and is in good remission.

“Before, when in a manic phase, I would stop taking medication, I would immediately change the color of my hair, wear a shorter skirt, find at least three boyfriends, drink alcohol when I go out, and all would be happy and cheerful, I would work faster, make more mistakes, be on the phone, make huge bills, I would not make my room, hate washing the dishes, I would not stop talking in the group, I would go totally crazy. When I get myself together, I would go to my appointment, start taking medication, talking to a therapist, then I would feel

³¹ The name was changed.

embarrassed before my parents, my brother, my colleagues at work. I heard a colleague say, "she's crazy again". I know they call me a "lunatic", and, a "crazy intellectual". I felt terrible, I was desperate, and I was ashamed of such behavior, but I know that it was not me. I felt like shouting: - It's not me, people, I'm a different person when I'm not in that phase, it's these damn symptoms. They wouldn't have even hired me if they had known about it, but I did double shifts for the same money and I wrote well, and so... Now, I keep the symptoms under control, I'm older, I'm not making mistakes. But now it's too late. Once you get a label, you can never take it off, or it is very difficult to do so. Lately, I've been talking openly about the illness with some colleagues, they seem to understand me a bit, and accept me, but they only SEEM so. I feel very bad, I'm sad, I often cry about it, and I know that I'm not depressed now, I'm functioning well. I do not believe that my colleagues, neighbors and many relatives will ever see me as anything other than a lunatic. It's only in the group that I receive the support, the right and the honest one, and the others feel the same as I do. Can anything change, what do you think?"

Case 2. "My name is Alcoholic"

Nebojša³², aged 45, architectural technician (completed 3 years of study at the Faculty of Architecture), employed, 22 years of experience, married, one child. Has been in treatment due to alcohol addiction for 3 years. A long-standing alcohol drinker, since 20 years of age. At the time of starting the marriage, he also consumed alcohol and occasionally got drunk. Attended family therapy and to the Former Addicts Club, and then individual therapy and the Club.

"I'd been drinking for too long, but it seems to me that my wife and some of my colleagues were happier when I was drinking than now when I'm being treated. I wonder who's 'crazy' here, whether it's me or them (laughter). I expected positive reactions and comments, when in fact I got something that I had least expected, their unpleasant surprise, as if they were beginning to wonder, 'Is it possible that Nebojša is an alcoholic', of course that I am. I experienced to be totally rejected because I came to 'Laza' which means that I'm definitely crazy, and since they need to treat me, then I'm really an alcoholic, so apparently, I need to change my name as well, my name is Alcoholic... How did I feel at first- terrible, sad, unsupported, abandoned, but the group gave me strength and information... In fact, I am finally a normal man now, and I'm very proud of what I've accomplished for the past three years. My wife cannot accept that we make decisions together now, that I am interested in many things for which I was not, that we discuss the money and household investments together, she has ceased to be an associate in the treatment. People at the workplace used me while I drank as much as they could and now they cannot manipulate me anymore, that's the problem... Of course that I'm labeled, but because I'm in treatment, not because I drank, unlike others who suffer from a psychosis, whom they do not like to see in the company, they avoid them, they are afraid, and they hate them, as if they could catch an infection. We have a few very good engineers, they are in treatment and they are very good people. We have many more healthy ones who need to be treated, not only alcoholics, but also abusers, manipulators, moral disasters, this is called a personality disorder I suppose..."

³² The name was changed.

The terms that are most commonly used to label people with mental problems in our society and the opinion of respondents on more adequate terms

Our respondents think that the following terms are usually used in public discourse for people with mental disorders: *a lunatic, a mental patient, a mentally deranged person, a psycho, an alcoholic, a crackhead and a junkie*. Less frequently than the previous terms, the following expressions are used: *a drug addict, a psychiatric patient, a person with a mental problem, a person with a psychological disorder, a person with a substance-abuse problem*, and most rarely *a user of psychiatric services*.

The respondents find stigmatizing terms from the first group of the most frequently used to be: “insulting” and “humiliating”. The terms “do not have anything to do with their behavior, especially when they are in therapy”, but other people “believe that they are completely different than they are”, “think badly about them”. The terms also “close other people’s eyes”, “place everyone in the same circle”, “the treated are not differentiated from the untreated”. The terms also represent “the attitude towards us, not just words” and “words can kill”.

Respondents believe that the most appropriate and least stigmatizing terms are “users of day hospital services” and “users of psychotherapy and psychiatric services”, but in some cases they include “substance abusers in the process of treatment”, “successful abstinent from alcohol use”, “users of service for Marriage and Family Counseling”, “users of Youth Counseling services”.

No statistically significant differences were found between education, age and suggestions of *adequate terms*. Thus, the respondents expressed the desire to change the stigmatizing terms, and they believe that this would partially affect the change in attitudes towards them. For the attitude to change, as one respondent said “it takes 100 years, but better then, then never”.

One respondent wrote: “Call me whatever you want, just stop with the violence”.

Conclusion

Treatment, care and relationship towards people with mental disorders, both in the public and in medical institutions, stems from the attitude towards them. If the attitude is negative, it can be associated with the use of inadequate terms. Inadequate expressions express intolerance more intensely, distance and rejection. Also, if the belief regarding the onset of a mental disorder is associated with psycho-social factors and stressful life circumstances, the understanding is greater, and the distance is smaller, while shifting the cause to the medical, individual, genetic or the moral level increases the distance and negative stereotypes.

Our respondents consider that the terms that are most commonly used offend and stigmatize them, and advocate for their change from “crazy”, “alcoholics” and “junkies” to “users of psychiatric services”. They believe that the media can contribute a lot, as well as educational institutions. It is clear to them that this does not directly mean a change, that is, a better attitude towards them, and they do not expect this in the near future, but believe that it is possible.

The various types of therapies they receive in the psychiatric institution are important for the alleviation or disappearance of symptoms, while psychoeducation and work with their families are seen as being most important for reducing the anticipated stigma and overcoming the “past obstacles”, e.g. for finding a job, a partner and a friend. However, it cannot be said that patients are not stigmatized in psychiatric institutions. Despite the expressed satisfaction with the services and the attitude of the staff to our respondents, inadequate treatment and attitudes are still present. Therefore, the role of psychiatry has not changed significantly since ancient times, and Munjiza (2011, p. 29) stated, “psychiatry was more worried about protecting society from a mental patient than about the protection of the mental patient”, and this relationship, although not in the proportions as before, is still present today.

Improvement of family relationships and a more favorable family climate is an important factor for the well-functioning of the ill outside of family, but if negative stereotypes are strong and broad, discrimination in other social contexts brings the patients *back* to the family and keeps them there. This is exactly what happened to our respondents. Their reliance on financial and emotional family resources is evident, conditioned by the structural factors (economic, political) over the last two decades in Serbia, as well as by structural discrimination which significantly reduces the life chances of the patients, and only partially by the illness itself.³³

Therefore, the literature recommends anti-stigma programs aimed at the older population (which has stronger negative attitudes), campaigns for hiring users of psychiatric services, educational programs based on scientific studies on factors that influence the formation of negative attitudes, changes in previously used names for people with mental problems and the names of certain mental disorders, especially schizophrenia. It is certainly worth mentioning here that associations of users of psychiatric services are very important and that their number in Serbia is negligible in relation to the number of people with mental disorders, so the establishment of new ones and the financial support of the community is much needed.

REFERENCES / ЛИТЕРАТУРА

- Božović, M., Dimitrijević, A. (2011). Actual status of Psychiatry Consumer Associations in Serbia. *Engrami*, 33 (1), 79-91.
- Danić, J., Cvijetić, M. (1895). *Mental illness in Serbia*. Beograd: Državna štamparija Kraljevine Srbije. [In Serbian]
- Denton, W., Bell, C. (2013). DSM-5 and the Family Therapist: First-order Change in a New Millennium. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*. (34), 147-155.
- Dragišić Labaš, S. (2012). The contribution of Petar Opalic to the development of sociology of mental disorders (from the social pathology to the sociology of mental disorders). *Sociološki pregled* 46 (2), Special Issue, 532-559. <http://www.socioloskipregled.org.rs/2017/08/18/socioloski-pregled-god-xlvi-2012-sv-2/> [In Serbian]

³³ Recommendation - try to see the person first and then their mental problem. You will understand how much prejudice you had.

- Dragišić Labaš, S., Tošanović, D., Savić, B. (2012). The importance of the Club of treated alcoholic addicts in the process of destigmatization. In: S. Dragišić Labaš (prir.) *Humanity, Ethics, Education and Addiction Diseases*. Beograd: ZKLAS. [In Serbian]
- Dragišić Labaš, S., Nastasić, P. (2013). Demographic characteristics and Types of treatments applied to Members of Clubs of treated alcohol addicts in Serbia. *Engrami*, 34 (4), 15-32.
- Dragišić Labaš, S., Ljubičić, M. (2012). Between Children and Parents: Housing (In)dependence and „Growing up“. *Sociologija*, LIV, (2), 263–285.
- Fajgelj, S. (2014). *Behavior Research Methods*. Beograd: Centar za primenjenu psihologiju. [In Serbian]
- Högberg, T., Magnusson, A., Lütznén, K., Ewalds-Kvist, B. (2012). Swedish attitudes towards persons with mental illness. *Nord J Psychiatry*. 66 (2), 86–96.
- Kecmanović, D. (2010). *Through the psychiatrist's lens*. Beograd: Clio. [In Serbian]
- Koike, S., Yamaguchi, S., Ohta, K., Ojio, Y., Watanabe, K., Ando, S. (2017). Mental-health-related stigma among Japanese children and their parents and impact of renaming of schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. (71), 170-179.
- Kaszyński, H., Cechnicki, A. (2011). Attitudes of Polish employers toward hiring mentally ill people. *Psychiatria Polska*, 45 (1), 45-60.
- Ljubičić M., Dragišić Labaš, S., Nastasić, P. (2013). Student's attitudes on person suffering from psychological malfunctions: addition to stereotype researche. *Alcoholism*, 49 (2), 85-100.
- Ljubičić, M. (2012). Psychological separation of young people: A contribution to the construction of the integrative model of emerging adulthood. In: S. Tomanović (prir.) *Young people are present. The study on social biographies of young people in Serbia* (ed. 245-273). Beograd: Čigoja. [In Serbian]
- Munjiza, M. (2011). *The historical development of psychiatry*. Beograd: Službeni glasnik. [In Serbian]
- Mojić, D. (2012). Qualified and unemployed: Creating young people's work biographies. In: S. Tomanović (prir.) *Young people are present. The study on social biographies of young people in Serbia* (ed. 111-127). Beograd: Čigoja. [In Serbian]
- Mojtabai, R. (2010). Mental illness stigma and willingness to seek mental health care in the European Union. *Soc Psychiat Epidemiol*, (45), 705-712.
- Milačić Vidojević, I., Jovanović, V., Brojčin, B. (2010). Stigma and discrimination because of Schizophrenia and employment. *Engrami*, 32 (1-2), 1-16.
- Opalić P. (2008) *Psychiatric Sociology*. Beograd: Zavod za udžbenike. [In Serbian]
- Pavlichenko, A. V. (2016). Should the term «schizophrenia» be removed from psychiatry? *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 7 (3), 421-431.
- Popović M., Opalić P., Kuzmanović B., Đukanović B., Marković M. (1988). *We and different others*. Beograd: Institut za sociološka istraživanja Filozofskog fakulteta. [In Serbian]
- Republički zavod za statistiku (2014). *Statistic annual report*. Beograd: RZS.
- Ristić Dimitrijević, R. Dragišić Labaš, S., Ristić, B., Ljubičić, M. (2018). Effects of continuous group psycho-education and psychotherapy on reducing experience of stigma in late adolescents. IACAPAP, 23-27 July, Prague.
- Sartorius, N., Schulze, H. (2005). *Reducing the Stigma of Mental Illness. A Report from a Global Programme of the World Psychiatric Association*. London: Cambridge University Press.

- Schomerus G., Van der Auwera S., Matschinger H., Baumeister S. E., Angermeyer M. C., (2015). Do attitudes towards persons with mental illness worsen during the course of life? An age-period-cohort analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. (132), 357-364.
- van't Veer, J., Kraan, H., Drosseart, S., Modde, J. (2006). Determinants that shape public attitudes towards the mentally ill A Dutch public study, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. (41), 310-317.
- World Psychiatric Association - WPA and Stuart, Heather (edit.) (2005). *Global programme to reduce stigma and discrimination because of schizophrenia, Schizophrenia - Open the Doors Training Manual*.
- Yamaguchi, S., Mizuno, M., Ojio, Y., Sawada, U., Matsunaga, A., Ando, S., Koike, S. (2017). Associations between renaming schizophrenia and stigma-related outcomes: A systematic review. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, (71), 347-362.

APPENDIX / ПРИЛОЗИ

Табела бр. 1. Образовање испитаника
Table 1. Education of respondents

Пол/ Gender	Образовање/ Education					Укупно/ Total
	Незавршена основна школа/ Unfinished Primary School	Основна школа/ Primary School	Средња школа/ Secondary School	Више образовање/ Vocational college	Високо образовање/ Academic studies	
Мушки/ male	2	5	48	10	14	79
Женски/ female	0	2	27	8	8	45
Укупно/Total	2	7	75	18	22	124

Табела бр. 2. Радни статус испитаника
Table 2. Employment status of respondents

Старост/ Age	Радни статус/ Employment status					Укупно/ total
	незапослен и нисам никада радио/ unemployed with no work experience	незапослен и дао отказ/ unemployed who quit	незапослен добрио отказ/ unemployed who was fired	Запослен/ employed	у пензији/ retired	
18 до/ to 28	9	5	2	4	1	21
29 до/ to 39	9	7	3	2	1	22
40 до/ to 50	2	2	8	10	5	27
51 до/ to 61	1	3	9	15	14	42
62 и преко and above	0	1	0	0	11	12
Укупно/Total	21	18	22	31	32	124

← НАЗАД

← BACK

← НАЗАД

← BACK

← НАЗАД
← BACK

Табела бр. 3. Брачно стање испитаника
Table 3. Marital status of the respondents

Брачни статус/ Marital status		Старост/ Age					Укупно/ Total
		18 до/ to 28	29 до/ to 39	40 до/ to 50	51 до/ to 61	62 и преко/ and above	
неожењен, неудата/ Unmarried	Пол/ Gender	15	14	2	3	2	36
	М/М						
	Ж/Ф	3	5	7	1	1	17
	Укупно/ Total	18	19	9	4	3	53
У ванбрачној заједници/ In a marital partnership	Пол/ Gender	1		0	0		1
	М/М						
	Ж/Ф	0		2	1		3
	Укупно/ Total	1		2	1		4
ожењен, удата/ Married	Пол/ Gender	1	2	4	13	4	24
	М/М						
	Ж/Ф	0	0	5	6	0	11
	Укупно/ Total	1	2	9	19	4	35
разведен/на/ Divorced	Пол/ Gender	1	0	2	9	2	14
	М/М						
	Ж/Ф	0	1	4	7	0	12
	Укупно/ Total	1	1	6	16	2	26
удовац/ца/ Widow/ widower	Пол/ Gender			1	0	2	3
	М/М						
	Ж/Ф			0	1	1	2
	Укупно/ Total			1	1	3	5
Укупно/ Total	Пол/ Gender	18	16	9	25	10	78
	М/М						
	Ж/Ф	3	6	18	16	2	45
	Укупно/ Total	21	22	27	41	12	123



НАЗАД



НАВАМ

Табела бр. 4. Оцена материјалне ситуације
Table 4. Assessment of financial situation

Пол/ Gender		Како бисте оценили материјалну ситуацију Ваше породице/ How would you assess the financial situation of your family						Укупно/ Total
		немамо довољно за основне потребе/ We do not have enough for basic needs	имамо за храну, али остало тешко плаћамо/ We have food, but the rest is hard to pay for	некако излазимо на крај/ We somehow make ends meet	успевамо нешто и да уштедимо/ We manage to save some money	материјална ситуација је одлична/ The financial situation is excellent	Укупно/ Total	
Мушки/ Male		5	11	47	12	4	79	
Женски/ Female		5	9	22	8	1	45	
Укупно/ Total		10	20	69	20	5	124	