

PREUSMERITEV POGLEDA OD STIGMATIZIRANIH K STIGMATIZIRAJOČIM

Duška Knežević Hočevar¹

POVZETEK

Članek presoja aktualne pristope preučevanja procesov (samo)stigmatizacije na področju duševnega zdravja. Na eni strani so teoretična prizadevanja socialnih psihologov od začetka tisočletja dalje, ki so v okviru kognitivne paradigme opozorili na paradoks samostigme, ki je proti pričakovanjem pokazal, da se ljudje s težavami v duševnem zdravju različno odzivajo na stigmatizirajočo okolico. Na drugi strani pa so sociologi opozorili na v socialno-psihološkem teoretiziranju zanemarjeno razsežnost politične ekonomije stigmatiziranja, ki poudarja problematiko strukturne stigmatizacije – tj. perspektivo stigmatizirajočega. Pri tem so se oprli na teoretike nevidnih struktur moči, da bi med drugim bolje pojasnili tudi paradoks samostigmatizacije. Prispevek kaže, da so teoretična prizadevanja raziskovalcev različnih akademskih ozadij koristna tudi glede oblikovanja primernejših ukrepov boja proti stigmati, ki naj bi upoštevali tako živečo izkušnjo nekoga s težavami v duševnem zdravju kot tudi specifične časovne in prostorske okoliščine, ki pogojujejo prakse stigmatiziranja ljudi s težavami v duševnem zdravju, obenem pa jih ti poustvarjajo.

Ključne besede: opismenjevanje o duševnem zdravju, javna stigma, paradoks samostigme, koncept stigma – moč, program za znižanje samostigme

1. Doktorica antropologije, višja znanstvena sodelavka;
ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut, Novi trg 2, 1000 Ljubljana
E-naslov: duska@zrc-sazu.si

1 UVOD

Poleg pilotnega »preverjanja terena« na začetku izvajanja programa Z večjo pismenostjo o duševnem zdravju do obvladovanja motenj razpoloženja (OMRA), da bi pri načrtovanju njegovih dejavnosti uspešno nagovorili »lokalne posebnosti« ciljnih regij severovzhodne Slovenije, smo proti koncu njegovega izvajanja opravili tudi kvalitativno evalvacijo njegove učinkovitosti.² V obeh primerih se je govor o stigmati pokazal kot samoumeven govor o pojavu, ki ga ni treba posebej razlagati. Vtis je bil, kot da vsi vemo, da je stigma ovira, »da si priznaš, da s tabo nekaj ni v redu«, da se zaradi stigme »o tem ne govori«, da te je zaradi stigme »strah, kaj bodo rekli drugi«, »da te ne bodo razumeli«, da te je »sram«, skratka, da je stigma nekaj, kar obstaja v tvojem domačem okolju in vpliva nate, »da se zapreš«.

Po udeležbi na delavnicah, na katerih se je poslušalstvo podrobneje seznanilo z opredelitvami stigme, njenih oblikah, procesu samostigmatizacije in strategijah proti samostigmati, pa je vtis ta, da so delavnice na eni strani delovale proti krivdi, sramu in strahu, na drugi strani pa so razprle novo problematiko večplastnih okoliščin, ki doživljanje stigme še stopnjujejo. Tako je ena od udeleženk z izkušnjo motnje razpoloženja pohvalila delavnico, zatrjujoč, da je zdaj (po delavnici) »ni več sram, da [je] duševno bolna«, ker je na delavnici srečala toliko »takih bolnikov« in smo predavateljice »čisto preproste in [nismo] vzvišene.« Povedala je tudi, da zdaj prepozna nekoga z motnjo razpoloženja, ker »se skriva, mu je nerodno, ga je sram«, pri čemer ve, da »ni on kriv, tako kot [ona ni] kriva, da [je] dobila to motnjo«. Drug sogovornik, ki je na delavnici osvežil svoje znanje in dobil potrditev, da razmišlja in deluje v »pravi smeri«, saj se poklicno ukvarja z ljudmi s težavami v duševnem zdravju, pa je odkrito priznal, da je imel močne pomisleke, ko se je odločal za svoj poklic. Prepričan je, da je »področje duševnega zdravja [...] zelo zanimivo, pa tudi malo strašljivo [...], potencialno nevarno, zelo stigmatizirano«. Njegovi uporabniki – zlasti po hribovitih zaselkih – pa nimajo samo depresije, ampak še kakšno telesno bolezen in težave z alkoholom. Okoliščine, v katerih živijo, pa je opisal takole: »Ne vem, če izraz socialno dno dovolj opiše klavnost teh razmer.«

-
2. Pilotno »preverjanje terena« (11 kulturno občutljivih intervjujev in 1 fokusna skupina) v letu 2017 sva opravili z dr. antropologije Majo Kolarevič, kvalitativno evalvacijo učinkovitosti programa OMRA (20 evalvacijskih intervjujev in 2 fokusni skupini) v letu 2019 pa sva izpeljali z dr. antropologije Jano Šimenc.

Oba primera razmišljanj o stigmati nista izbrana naključno. Ponazarjata vedno izrazitejše poudarke raziskovanja procesa (samo)stigmatiziranja na področju duševnega zdravja. Ti skušajo konceptualno bolje kot doslej zgrabiti in razložiti proces ponotranjenja javne stigme. Prispevek ponuja pregled aktualnih pristopov preučevanja stigmatizacije na področju duševnega zdravja, ki poleg paradoksa samostigme prednostno presojajo polje tistega, ki stigmatizira – tj. politično ekonomijo stigme.

2 PARADOKS STIGME

Številne raziskave sporočajo, da je samostigma eden najpogostejših razlogov, da ljudje s težavami v duševnem zdravju ne iščejo strokovne pomoči (npr. Gulliver in sod., 2012; Schomerus in sod., 2009; Thompson in sod., 2008; Vogel in sod., 2013). To je bil tudi eden od razlogov, da je na začetku stoletja avstralski psiholog Anthony F. Jorm s sodelavci oblikoval koncept opismenjevanja o duševnem zdravju, ki vključuje taka »znanja in prepričanja o duševnih motnjah, ki pomagajo k njihovi prepoznavi, obvladovanju ali preprečevanju« (Jorm in sod., 1997: 182). V skladu s konceptom opismenjevanja je snoval tudi programe krepitve moči v skupnosti, ki nagovarjajo tako ljudi s težavami v duševnem zdravju kot tudi vse druge, ki so z njimi poklicno ali zasebno povezani (Jorm, 2000, 2012).

Vzporedno so se psihologi lotili sistematičnega preučevanja samostigmatizacije, da bi zmanjšali njene škodljive posledice, zlasti take, ki so bile zabeležene v pripovedih o nizkem samospoštovanju in nizki samostorilnosti ljudi z resnimi težavami v duševnem zdravju (Wahl, 1999; Wahl in Harman, 1989), vendar sta na podlagi temeljitega pregleda takratne literature Corrigan in Watsonova (2002) ugotovila različne odzive ljudi s težavami v duševnem zdravju na stigmatizirajočo okolico. To sta poimenovala paradoks samostigme, ki se jima je pokazal v treh skupinah odzivov. V prvo sta umestila ljudi z znižanim samospoštovanjem, v drugo take, ki so bili zaradi negativnih predsodkov upravičeno jezni, vendar so ohranili visoko samospoštovanje, v tretjo pa sta uvrstila take, ki so se zdeli brezbrizni do stigmatizirajoče okolice in prav tako niso izkazovali znižanega samospoštovanja. Ta izsledek ju je prepričal, da zavedanje o javni stigmati ni sinonim za njeno ponotranjenje in da samostigma ni univerzalna.

Čeprav sta javno stigmo in samostigmo opredelila v skladu s socialnopsihološko kognitivno paradigmo kot sestavljeni iz treh istovrstnih elementov – stereotipov,

predsodkov in diskriminacije³ – sta za pojasnitev paradoksa samostigme oblikovala t. i. situacijski model, ki sta ga utemeljevala z izsledki raziskav o drugih stigmatiziranih skupinah, npr. po spolu, rasi ali etnični pripadnosti. Izhodišče modela je podmena, da se ljudje z duševnimi motnjami lahko odzovejo različno na stigmatizirajočo okolico, odvisno od situacije. Povedano shematično: ljudje s težavami v duševnem zdravju, ki se strinjajo, da je javna stigma legitimna, imajo znižano samospoštovanje, tisti, ki se z njo ne strinjajo oz. je ne razumejo kot legitimne, pa ne kažejo njenega učinka na svoje samospoštovanje. Med slednjimi so nadalje taki, ki se identificirajo s skupino stigmatiziranih ljudi na področju duševnega zdravja in ti kažejo upravičeno jezo do stigmatizirajočih in imajo visoko samospoštovanje. Tisti, ki pa se iz različnih razlogov ne identificirajo s stigmatizirano skupino, izkazujejo brezbrižnost oz. samozadovoljstvo (Corrigan in Watson, 2002).

Situacijski model naj bi bil prvi korak k teoretizaciji paradoksa samostigme v okviru socialnopsihološke kognitivne paradigme, saj sta avtorja oblikovala veliko hipotez za bodoče raziskovanje, obenem pa nakazala metodološke zagate prenosa izsledkov o drugih stigmatiziranih skupinah na področje duševnega zdravja. Ena takih je težavno razlikovanje nizkega samospoštovanja kot posledice ponotranjene javne stigme ali kot odraza disfunkcije resne duševne motnje. Čeprav sta predpostavila, da je model uporaben za situacijski odziv na javno stigmatizacijo, ne pa toliko za razlago konsistentnih vzorcev odziva v različnih situacijah, je kot heuristično sredstvo vplival na nadaljnje raziskovanje in oblikovanje strategij in programov za znižanje samostigme (Corrigan in Rao, 2012; Corrigan in sod., 2013; Corrigan in sod., 2015).

-
3. Shematično sta razlike med elementi javne stigme in samostigme pojasnila takole: stereotip pri javni stigmatizaciji se nanaša na negativna prepričanja o članih stigmatizirane skupine kot nevarnih, nezmožnih in s šibkim značajem, stereotip pri samostigmatizaciji pa na negativna prepričanja o sebi kot nezmožni osebi ali s šibkim značajem. Predsodki kot potrditev stigmatiziranih prepričanj se kažejo v negativnih čustvih do stigmatiziranih ljudi v obliki izražene jeze ali strahu do njih, pri samostigmatizaciji pa se kažejo v nizkem samospoštovanju in zmanjšani samostorilnosti. Diskriminacija kot izključevalno vedenje je odziv na predsodke. Pri javni stigmatizaciji se kaže v odrekanju pomoči ljudem s težavami v duševnem zdravju, izogibanju njihovega zaposlovanja ipd., pri samostigmatizaciji pa v samoosamitvi, neprizadevanju za uresničitev drugih življenjskih ciljev, kar je znano pod izrazom »učinek zakaj si prizadevati« (Corrigan in Rao, 2012).

3 STIGMA - MOČ

Vzporedno s prizadevanjem raziskovalcev za izboljšano teoretizacijo procesa samostigmatizacije so drugi opozarjali na zanemarjeno sociološko razsežnost pojava. Tako sta denimo Link in Phelan (2001) potrdila skokovito naraščanje raziskav o stigmati, odkar je sociolog Erving Goffman spisal znamenito delo,⁴ ki je navdihnilo raziskovalce različnih disciplinarnih ozadij, vendar sta poudarila, da prevladujejo pristopi socialne psihologije, ki se praviloma osredotočajo na načine oblikovanja kognitivnih kategorij, ki jih ljudje povezujejo s stereotipnimi prepričanji in stališči – torej se osredotočajo na perspektivo stigmatiziranega. Obenem sta povzela takratne kritike pristopa socialne psihologije, ki so mu očitale, da na eni strani zanemarija živečo izkušnjo stigmatiziranih ljudi, na drugi strani pa strukturno problematiko stigmatizacije – tj. perspektivo stigmatizirajočega. Kot odziv na tovrstne kritike in v nasprotju s konceptom stigme socialne psihologije, ki naj bi bil v takratni prevladujoči rabi preohlapno opredeljen in osredotočen zgolj na stigmatiziranega posameznika, sta predlagala preoblikovan koncept stigme. Opredelila sta jo kot sopojavljanje njenih prepletenih elementov (procesov) – označevanja, stereotipiziranja, ločevanja »nas« od »njih«, izgube družbenega položaja in diskriminacije – pri čemer sta poudarila, da se stigmatizacija nujno pojavi v okoliščinah izvajanja moči, ki omogočajo, da se ti procesi razkrijejo (Link in Phelan, 2001).

Ugotovitev, da je vloga moči pogosto spregledana, ker so razlike v družbeni moči razumljene kot samo po sebi umevne,⁵ sta z leti teoretično dodelala z oblikovanjem koncepta stigma – moč. Opirajoča se tudi na dela Bourdieuja, v katerih je utemeljeval, da je moč najučinkovitejša, ko je prikrita ali »napačno prepoznana«, sta stigmatizacijo – moč opredelila kot vir za doseg ciljev ljudi, ki si prizadevajo druge omejevati, zadrževati v okviru pravil ali se jim izogibati (Link in Phelan, 2014). Izraz stigma – moč sta torej predlagala za sklicevanje na primere, v katerih procesi stigme uresničijo cilje stigmatizirajočih, ki izkoriščajo, nadzirajo ali izključujejo stigmatizirane. Pri tem ju zanima, kako se cilji stigmatizirajočih uresničujejo in kako so skriti v poskusih ljudi s težavami v duševnem zdravju, da obvladujejo stigmatizacijo. Zatrjujejo namreč, da stigmatizirajoči redko uresničujejo svoje interese v neposrednih in odkritih dejanjih, ampak bolj posredno in zakrito skozi percepcije in vedenja stigmatiziranih (Link in Phelan, 2014).

4. Gre za danes že klasično delo Ervinga Goffmana *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity* iz leta 1963.

5. Ali kot ponazorita s primerom: »Ko ljudje pomislijo na duševno obolenje [...], obstaja težnja, da se osredotočijo bolj na značilnosti, ki so združene s temi stanji, kot pa na razlike med ljudmi, ki jih imajo ali pa jih nimajo« (Link in Phelan, 2001: 375).

Tudi drugi zagovorniki vpeljave sociološke razsežnosti v raziskovanje procesov (samo)stigmatizacije (npr. Holley in sod., 2012; Parker in Aggleton, 2003; Tyler in Slater, 2018) so si enotni, da ima vsaj pol stoletja uporabljana Goffmanova opredelitev stigme v tovrstnih raziskavah za posledico predstavo, da sta stigma in z njo povezana diskriminacija individualna procesa, nekaj, kar posamezniki delajo drugim posameznikom brez presoje strukturnih okoliščin, ki proizvajajo izključitve »določenih« ljudi iz družbenega in ekonomskega življenja. Raziskovalci so namreč navajali in še vedno najpogosteje navajajo tisti del opisa Goffmanove definicije, ki pravi, da je stigma »označba, ki globoko zasramuje in izvzame [njenega] nosilca iz celote ter običajno osebo degradira v umazano, zavrženo« (Evans-Lacko in sod., 2014: 5). Prav opiranje na poudarek, da gre pri stigmati za diskreditirajočo označbo oz. lastnost, naj bi usmeril raziskovalce h gledanju stigme kot vrste stvari – sorazmerno statične značilnosti oz. lastnosti, čeprav naj bi bila po Goffmanu kulturno proizvedena (Parker in Aggleton, 2003). Še več, Parker in Aggleton (2003) sta prepričana, da je prav razumevanje Goffmanovega poudarka, da »neželena razlika« vodi do »pokvarjene identitete«, spodbudilo močno individualizirane analize raziskovalcev, čeprav bi lahko razumeli Goffmanovo stigmatizacijo kot proces, ki bolj razvrednoti odnose. Take analize, ki se osredotočajo na vprašanje, kaj nekateri posamezniki delajo drugim posameznikom, naj bi bile uporabne zgolj v visoko individualiziranih kulturah, kot sta ZDA in deli Evrope, kjer ljudi učijo, da verjamejo, da so svobodni akterji, nikakor pa niso primerne za t. i. svet v razvoju, kjer je še vedno prisotna močna navezanost na skupnost, vas, sorodstvo ipd. V teh predelih sveta programi za zniževanje samostigme, ki so zasnovani na podlagi analiz socialne psihologije, niso učinkoviti, saj spregledajo, da se stigma in stigmatizacija oblikujeta v specifičnih okoliščinah kulture in moči. Šele spoznanje, da stigma privzema svojske oblike pojavnosti v različnih časovnih momentih in v različnih krajih in prostorih, prav tako pa je zgodovinsko specifična, je podlaga za oblikovanje primernejših ukrepov boja proti njej in njenim posledicam.

S tega vidika tudi Tylerjeva in Slater (2018) presojata na prvi pogled všečno kampanjo boja proti stigmati v duševnem zdravju Heads Together, ki jo je v letu 2016 začela izvajati britanska kraljeva družina. Z javnim razkrivanjem težav v duševnem zdravju slavnih oseb in njihovega okrevanja je želela »normalizirati« pogovor o duševnem zdravju oz. si prizadevati za spremembo negativnih stališč v javnosti, vendar avtorja opozorita na vprašanje socialne porazdelitve stisk v britanski družbi in da obstaja bistvena razlika, če se javnosti razkrije princ ali slavna oseba, delodajalcu prekerni delavec, socialni delavki pa mati. Nadalje povzemata številne kritike mainstreamskih kampanj proti stigmati, ki z osredotočenjem zgolj na posamične zgodbe razkritja in okrevanja pogosto zanemarijo

sociološka vprašanja o vzrokih duševnih stisk. Zato sta še toliko bolj poudarila motive in finančno ozadje kampanje kraljeve družine in jo umestila v okoliščine izvajanja neoliberalnih politik kot odziva na finančno krizo v letu 2008, ki so se med drugim kazale v uresničevanju ukrepov radikalnega zmanjšanja socialnih pomoči in strogih varčevalnih ukrepov v državi, ki so pogojevali depresijo, tesnobo in druga psihosomatska obolenja med prebivalstvom. Še več, razkrila sta, da kampanjo Heads Together financirajo korporacijske in finančne organizacije (npr. Unilever in BlackRock), ki so koristnik neoliberalnih ekonomskih ukrepov in varčevalnih reform, ki spodkopavajo državo blaginje in socialno varstvo in pogojujejo duševne stiske najrevnejšega in najranljivejšega članstva družbe (Tyler in Slater, 2018).

4 ZAKLJUČEK

Vrnimo se k uvodu. Kako torej oblikovati učinkovit program za znižanje stigme za nekoga, ki živi osamljen v okoliščinah revščine, se predaja alkoholu, ne išče pomoči, nima socialne mreže, se zapira v svoj svet trpljenja? Odgovora verjetno ne gre iskati v zunajizkustvenem svetu nekoga, ki doživlja težave v duševnem zdravju, oz. zunajčasovnih in zunajprostorskih »univerzalnih« programih za zniževanje stigme ali celo takih, ki so učinkoviti v okoljih (npr. urbanih), kjer so bili oblikovani, in se nato pričakuje, da bodo enako učinkoviti v neprimerljivih kontekstih, kamor se »uvozijo« kot »dobre prakse«. Upoštevanje konteksta in živeče izkušnje ljudi s težavami v duševnem zdravju je pomembno, ko je govor o uporabnih strategijah proti stigmati, zato je še toliko bolj pomembno, da prisluhnemo argumentom raziskovalcev različnih disciplinarnih ozadij: od fenomenološko usmerjenih, ki opozarjajo na pomen subjektivnosti oz. delovalnosti izkustvenega jaza, ko je govor o stigmatiziranem jazu oz. paradoksu samostigme (Eriksson, 2019), do takih, ki utemnjujejo kritično protizitiralsko paradigmo tako v raziskovanju kot tudi v praksi, da bi spremenili večravske strukture in procese, ki tlačijo ljudi s težavami v duševnem zdravju (Holley in sod., 2012). Toliko bolj so zato dragocene pripovedi o osebnih izkušnjah udeleženk_cev pilotne raziskave in evalvacije učinkovitosti programa OMRA, ki nas vselej opozarjajo, da so programi za znižanje stigme namenjeni predvsem njim.

Literatura

- Corrigan PW, Watson AC. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2002; 9(1): 35–53.
- Corrigan PW, Rao D. On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*. 2012; 57(8): 464–469. doi:10.1177/070674371205700804. Dostopno na: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/070674371205700804> (citirano 12. 3. 2018).
- Corrigan PW, Kosyluk KA, Rüsch N. Reducing self-stigma by coming out proud. *American journal of public health*. 2013; 103(5): 794–800.
- Corrigan PW, Larsona JE, Michaels PJ, Buchholz BA, Del Rossi R, Fontecchio MJ, et al. Diminishing the self-stigma of mental illness by coming out proud. *Psychiatry Research*. 2015; 229(1-2): 148–154. Dostopno na: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.053> (citirano 2. 1. 2018).
- Eriksson, K. Self-Stigma, Bad Faith and the Experiential Self. *Human Studies* april 2019. Dostopno na: <https://doi.org/10.1007/s10746-019-09504-8> (citirano 2. 7. 2019).
- Evans-Lacko S, Courtin E, Fiorillo A, Knapp M, Luciano M, Park A-L, et al. The state of the art in European research on reducing social exclusion and stigma related to mental health: A systematic mapping of the literature. *European Psychiatry*. 2014; 29(6): 381–389. Dostopno na <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.02.007> (citirano 2. 6. 2019).
- Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H, Mackinnon A, Cleave AL, Parsons A, Bennett K, et al. Internet-based interventions to promote mental health help-seeking in elite athletes: an exploratory randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2012; 14(3): 69. Doi: 10.2196/jmir.1864. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3414855> (citirano 5. 5. 2019).
- Holley L, Stromwall L, Bashor K. Reconceptualizing stigma: Toward a critical antioppression paradigm. *Stigma Research and Action*. 2012; 2(2). Dostopno na: <http://stigmaj.org/article/view/46> (citirano 12. 6. 2019).
- Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. »Mental health literacy«: A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*. 1997; 166: 182–186.
- Jorm AF. Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*. 2000; 177: 396–401.
- Link BC, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*. 2001; 27: 363–385.
- Link B, Phelan J. Stigma power. *Social Science & Medicine*. 2014; 103: 24–32. Dostopno na: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.07.035> (citirano: 2. 3. 2019).
- Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine*. 2003; 57: 13–24. Dostopno na: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00304-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00304-0) (citirano 4. 4. 2019).
- Schomerus G, Matschinger H, Angermeyer M. Attitudes that determine willingness to seek psychiatric help for depression: A representative population survey applying the theory of planned behaviour. *Psychological Medicine*. 2009; 39 (11): 1855–1865.

- Thompson A, Issakidis C, Hunt C. Delay to Seek Treatment for Anxiety and Mood Disorders in an Australian Clinical Sample. *Behaviour Change*. 2008; 25(2): 71–84.
- Tyler I, Slater T. Rethinking the sociology of stigma. *The Sociological Review*. 2018; 66(4): 721–743.
- Vogel DL, Armstrong PI, Tsai P-C, Wade NG, Hammer JH, Efstathiou G, et al. Cross-cultural validity of the Self-Stigma of Seeking Help (SSOSH) scale: Examination across six nations. *Journal of Counseling Psychology*. 2013; 60(2): 303–310.
- Wahl OF. Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*. 1999; 25(3): 467–478. Dostopno na: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033394> (citirano 4. 5. 2019).
- Wahl OF, Harman CR. Family views of stigma. *Schizophrenia Bulletin*. 1989; 15(1): 131–139. Dostopno na: <https://doi.org/10.1093/schbul/15.1.131> (citirano: 2. 4. 2019).